Informe de repositorio de materiales producidos

Directora del proyecto

Carmen Cecilia Caballero Domínguez PhD en Psicología

Equipo coordinador

Mónica Reyes Rojas

Johanna Bocanegra Sandoval

Kelly Obispo Salazar

Universidad del Magdalena

Santa Marta 18 de diciembre de 2025

Informe de repositorio de materiales producidos

Estrategias de comunicación

Centro de Escucha

1. Introducción

La comunicación en salud mental dentro de los entornos universitarios constituye un componente esencial del bienestar colectivo y un eje estratégico para la construcción de comunidades académicas empáticas, saludables y resilientes. En contextos como el colombiano, donde la salud mental aún enfrenta barreras de acceso, estigmas culturales y desinformación digital, la Universidad se erige como un espacio privilegiado para fomentar el diálogo, la prevención y la búsqueda oportuna de ayuda profesional (Arias, 2024).

El CE de la Universidad del Magdalena es una respuesta institucional a estas necesidades, con el propósito de ofrecer estrategias y actividades de contacto inicial e intervención en crisis y de prevención universal. Estas estrategias se sustentan en la perspectiva de la educación para la salud mental, que aporte a la alfabetización, el autocuidado emocional, la reducción del estigma y la creación de redes de apoyo entre estudiantes, docentes y personal administrativo.

La comunicación en salud mental se define como el conjunto de acciones informativas, educativas y persuasivas dirigidas a promover actitudes positivas hacia el bienestar emocional y prevenir conductas de riesgo (Fernández & Rodríguez, 2024). Por tanto, la comunicación institucional en salud mental requiere adaptarse a este ecosistema digital, equilibrando el rigor científico con la empatía y el lenguaje cercano.

Por lo anterior, el presente informe documenta y analiza el repositorio de materiales comunicativos producidos en el marco de la estrategia Puentes de Escucha Activa, componente del proyecto institucional Centro de Escucha de la Universidad del Magdalena. El repositorio constituye un insumo clave de trazabilidad, memoria institucional y sostenibilidad, al consolidar las piezas audiovisuales, gráficas y pedagógicas desarrolladas para la promoción de la alfabetización en salud mental, la participación comunitaria y la visibilización de rutas de apoyo.

Con el propósito de ampliar el alcance y la sostenibilidad de las estrategias implementadas, se diseñó el curso virtual "*Cuidarse para cuidar: un enfoque en alfabetización en salud mental",* el cual se constituye en un componente estratégico y transversal del proyecto. Este curso profundiza y amplifica los principios de la estrategia de comunicación al transformar los contenidos narrativos y divulgativos difundidos en el ecosistema digital en un proceso estructurado de formación pedagógica, orientado a la reflexión crítica y a la apropiación de competencias básicas en salud mental. A través de esta modalidad virtual, los materiales comunicativos adquieren un carácter formativo sistemático, lo que permite garantizar la continuidad, escalabilidad y apropiación institucional de la estrategia más allá de acciones puntuales de difusión. El curso se encuentra alojado en el Bloque 10 de la Universidad del Magdalena, consolidándose como un recurso permanente de alfabetización en salud mental para la comunidad universitaria.

Este informe responde al requerimiento de contar con un registro organizado, verificable y analítico de los productos comunicativos, con identificación clara de fechas de publicación, tipología de contenido y alineación estratégica, permitiendo valorar la coherencia entre planificación, ejecución y resultados.

2. Objetivo general

Documentar, organizar y analizar el repositorio de materiales producidos evidenciando su coherencia narrativa, diversidad de formatos y aporte a los objetivos de alfabetización, divulgación y vinculación comunitaria del Centro de Escucha.

3. Estrategia de Comunicación

La estrategia de comunicación del Centro de Escucha se diseñó como un componente esencial del proyecto institucional de fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud Mental. Su propósito fue promover alfabetización, prevención, búsqueda de ayuda y participación estudiantil, mediante un ecosistema digital, audiovisual y pedagógico coherente con los hábitos, lenguajes y emociones de la comunidad universitaria (Anexo 1).

La estrategia Puentes de Escucha Activa inicialmente estructuradas en torno a conmemoraciones mensuales relacionadas con la prevención del suicidio, la promoción del bienestar y la visibilización de las rutas de ayuda en salud mental, fueron reorganizadas y agrupadas en tres estrategias integradoras: "Nuestras narrativas de cuidado", orientada a la prevención del suicidio desde un enfoque narrativo y cultural; "Escucharte nos transforma", centrada en la promoción del bienestar mediante el diálogo y la empatía; y "Rutas de ayuda", dirigida a fortalecer el conocimiento y la activación de los servicios y mecanismos de apoyo que ofrece el Centro de Escucha. Este cambio se debió a los ajustes en el cronograma del proyecto en respuesta a la fecha de inicio de la ejecución del proyecto, considerando que esta estrategia contemplaba su desarrollo a partir de una programación mensual asociada a hitos conmemorativos por la OMS, estructurada de la siguiente manera:

- Septiembre – Mes de la Vida y la Esperanza, en el marco del Día Mundial de la Prevención del Suicidio, bajo el lema "Cambiar la narrativa", orientado a derribar barreras como el estigma, generar conciencia y promover una cultura de comprensión y apoyo para la prevención del suicidio.
- Octubre – Mes de la Salud Mental y el Bienestar, bajo el enfoque "Escuchar es cuidarte y hablar es sanar", centrado en categorías como productividad, aporte a la comunidad, bienestar, flexibilidad, resiliencia, solución de problemas y afrontamiento del estrés.
- Noviembre – Estrategia de Búsqueda de Ayuda y Rutas, orientada a fortalecer el reconocimiento de la Universidad del Magdalena como una red de apoyo en salud mental y a visibilizar las rutas institucionales de atención.

No obstante, debido a los ajustes en el cronograma derivados del inicio efectivo de la ejecución del proyecto, no fue posible desarrollar las acciones conforme a la temporalidad mensual inicialmente prevista. En consecuencia, se realizó una reorganización metodológica que permitió agrupar y articular las líneas temáticas afines, manteniendo la coherencia con los objetivos originales, pero redefiniendo su denominación y alcance operativo. A partir de este ajuste, las estrategias quedaron estructuradas de la siguiente manera:

- Estrategia 1: Nuestras narrativas de cuidado
  Enfocada en la prevención del suicidio desde un enfoque narrativo y cultural, centrado en las formas de enunciación de los estados anímicos.
  Busca recoger, visibilizar e interactuar con diversas maneras de expresar el malestar emocional, especialmente la depresión, así como problematizar las barreras y el estigma, promoviendo una cultura de comprensión y cuidado mutuo.
- Estrategia 2: Escucharte nos transforma
  Orientada a la promoción del bienestar y la búsqueda de ayuda a través del diálogo, la empatía y la escucha activa.
  Propicia el desarrollo de herramientas individuales y colectivas para el cuidado de la salud mental, fortaleciendo capacidades conceptuales y prácticas para la protección de condiciones favorables de bienestar en la vida cotidiana.
- Estrategia 3: Rutas de ayuda
  Dirigida a fortalecer la vinculación de la comunidad universitaria con los servicios, acciones y facilidades que ofrece el Centro de Escucha.

Busca socializar pautas generales de cuidado en contextos institucionales y promover la detección temprana de situaciones de riesgo, así como la activación oportuna de las rutas de atención en salud mental.

Figura 1. Estrategia de comunicación



La estrategia Puentes de Escucha Activa, se concibe como un modelo comunicativo basado en dos grandes ejes, uno de Divulgación y otro Formativo/Pedagógico, con un enfoque participativo alineado con la Comunicación para el Cambio Social (CPCS). Se establecieron metas cuantitativas (alcance, vinculación, producción de contenidos) y supuestos operativos sobre frecuencia de publicación, formatos y articulación con los facilitadores. El diseño de la estrategia se construyó a partir de:

- Revisión documental previa, incluyendo informes de análisis de entorno y resultados del plan de contingencia inicial.
- Indicadores de hábitos mediáticos de la comunidad universitaria. Por ejemplo, el diagnóstico mostró que Instagram (93%) y WhatsApp (86%) son los canales más usados, mientras que TikTok ocupa un rol creciente en la consulta de contenidos de salud mental.
- Análisis del lenguaje y narrativas estudiantiles en temas de salud mental, donde se evidenciaron expresiones como “quiero estar en paz”, “estoy estresado” o hashtags como #SaludMental, que orientaron la creación de contenido cercano y empático.
- Identificación de brechas de percepción: el 75% manifestó que “poco se habla” de salud mental y existe desconocimiento de referentes digitales en el tema (86%). Esto convirtió al Centro de Escucha en una oportunidad para ocupar un vacío de cercanía y orientación emocional.

El diagnóstico (Anexo 2) planteó un reto central, hacia el aumento de la visibilidad, legitimidad y participación en salud mental a través de una estrategia comunicativa pedagógica, accesible, emocionalmente segura y culturalmente pertinente.

3.1. Propósito general de la estrategia

Puentes de Escucha Activa tiene como misión generar un ecosistema de comunicación que fomente la vinculación emocional, pedagógica y participativa entre la comunidad universitaria y el Centro de Escucha, reduciendo estigmas, fortaleciendo el apoyo mutuo y promoviendo la búsqueda de ayuda oportuna. Para ello, integra principios de cuidado, empatía, escucha activa y participación comunitaria bajo un enfoque de comunicación para el cambio social (CPCS) y un giro ético basado en vulnerabilidad compartida, justicia epistémica y emancipación.

La estrategia se organiza en tres líneas narrativas que orientan todo el contenido (Anexo 1). Estas estrategias constituyen hilos narrativos continuos que se entretejen en todo el ecosistema digital del proyecto.

Con base a lo expuesto, la estrategia organiza toda la producción en dos grandes ejes complementarios:

La estrategia reconoce que la comunicación institucional suele operar desde marcos estructuralistas centrados en la transmisión unidireccional (Saussure, Barthes, Greimas). Sin embargo, para abordar fenómenos de salud mental y promover cambios sociales significativos, se requiere integrar modelos participativos y dialógicos.

Por ello, la estrategia adopta principios de

- Comunicación para el Cambio Social (CPCS) – centrada en la agencia comunitaria y la co-creación.
- Pedagogía crítica (Freire) – participación como práctica de cuidado y transformación.
- Vulnerabilidad y reconocimiento (Butler) – la escucha como acto político y ético.
- Justicia epistémica – combatir silencios y desigualdades en la voz de los estudiantes.

Este marco permite que la comunicación trascienda lo informativo para volverse relacional, emancipadora y significativa.

Para el desarrollo de la estrategia de comunicación, se han planteado flujos operativos y de trabajo con un sistema de producción estructurado en cinco fases de preproducción, producción, edición y posproducción, verificación, divulgación y gestión comunitaria; así como el bucle de diálogo e interactividad que transforma las redes sociales en un espacio de escucha, aprendizaje colectivo y co-creación, alineado con la CPCS (Anexo 1).

4. Metodología

La información que integra el repositorio de materiales producidos fue generada como resultado de la implementación de Puentes de Escucha Activa, siguiendo los parámetros técnicos, operativos y de calidad definidos en el plan de trabajo aprobado para el proyecto. La producción de contenidos se realizó mediante un flujo estructurado que incluyó fases de preproducción, producción, edición, verificación y divulgación, garantizando la coherencia temática, la pertinencia pedagógica y la consistencia institucional de cada pieza comunicativa.

Todos los materiales audiovisuales, gráficos y pedagógicos producidos fueron debidamente organizados, sistematizados y almacenados en la plataforma institucional OneDrive del Centro de Escucha, la cual opera como repositorio oficial del proyecto. Este sistema de almacenamiento permite asegurar la trazabilidad, integridad, disponibilidad y verificación de la información, en concordancia con los requisitos ministeriales de custodia documental, transparencia y control de productos.

El repositorio fue estructurado bajo criterios que incluyen fecha de producción y publicación, estrategia de comunicación asociada (E1, E2, E3), tipo de contenido, formato y finalidad (divulgativa o formativa), facilitando su consulta y reutilización institucional. Desde el punto de vista ético, la producción y difusión de los materiales comunicativos se desarrolló bajo principios de respeto y cuidado.

5. Resultados

5.1. Estrategia 1. Nuestras narrativas de cuidado

Esta estrategia se orientó a la prevención del suicidio y la comprensión del malestar psicológico desde un enfoque narrativo, culturalmente situado y emocionalmente seguro. Su eje central fue la forma en que las personas nombran, expresan y significan sus estados emocionales, especialmente aquellos asociados a la depresión, la desesperanza y el sufrimiento psíquico.

Los materiales producidos buscaron:

- Visibilizar múltiples maneras de enunciar el malestar emocional.
- Cuestionar narrativas estigmatizantes y barreras culturales frente a la salud mental.
- Validar emociones difíciles.
- Promover una cultura de cuidado mutuo y comprensión colectiva.

Desde el repositorio, esta estrategia se expresa en reels narrativos, videos breves pedagógicos y piezas reflexivas, que funcionan como puntos de referencia para la identificación emocional y apertura del diálogo, alineándose con enfoques contemporáneos de prevención basados en evidencia y comunicación ética en salud mental.

Total insumos producidos: 7 piezas audiovisuales.

Formatos predominantes: videos cortos y Reels.

La estrategia muestra coherencia, ritmo estable y una clara orientación a sensibilizar mediante narrativas breves de autocuidado. Es la estrategia con menor volumen de producción, pero con alta especialización en contenido emocional, lo cual favorece la empatía y conexión con la comunidad estudiantil.

Tabla 1. Insumos para publicaciones en Instagram

Fecha de publicación	Tipo de archivo	Link en el repositorio (Drive)
06_11	Video tipo Reel	Link
07_11	Video tipo Reel	Link
05_11	Video tipo Reel	Link
21_11	Video tipo Reel	Link

La estrategia cuenta con 4 piezas en formato Reel, concentradas en el mes de noviembre.

Esto evidencia una intencionalidad de reforzar los mensajes de cuidado emocional durante un momento crítico del semestre (picos académicos y estrés estudiantil). La periodicidad semanal (05, 06, 07 y luego 21) sugiere un microciclo de campaña con esfuerzos consecutivos para aumentar alcance orgánico.

El hecho de que todos los insumos sean Reels indica alineación con las tendencias de consumo juvenil en Instagram, optimizando la probabilidad de reproducciones, guardados y compartidos, métricas claves en estrategias de cuidado.

Tabla 2. Insumos para publicaciones en Tik Tok

Fecha de publicación	Tipo de archivo	Link en el repositorio (Drive)
22_10	Video corto	Link
06_11	Video corto	Link

21_11	Video corto	Link

La estrategia produjo 3 videos cortos, un formato adecuado para TikTok. La publicación del 22/10 marca el inicio temprano de la estrategia, anticipándose a la concentración de piezas en noviembre. Los contenidos entre 06/11 y 21/11 se distribuyen de forma consistente con las publicaciones en Instagram, mostrando sincronía de narrativa en ambas plataformas.

Estrategia 2. Escucharte nos transforma

La Estrategia 2 se centró en la promoción del bienestar emocional, el autocuidado, la empatía, la resiliencia y el apoyo mutuo, entendiendo la escucha como una práctica transformadora tanto a nivel individual como colectivo.

- Los contenidos producidos bajo esta línea narrativa priorizaron:
- Herramientas prácticas para el autocuidado emocional.
- Desarrollo de habilidades socioemocionales.
- Reflexiones sobre bienestar, esperanza, regulación emocional y afrontamiento del estrés.
- Mensajes pedagógicos orientados a fortalecer capacidades protectoras en la vida cotidiana universitaria.

El repositorio asociado a esta estrategia se caracteriza por una alta densidad pedagógica, con carruseles, reels explicativos y piezas didácticas que trascienden la lógica informativa y se constituyen en recursos reutilizables para talleres, procesos formativos y espacios de alfabetización en salud mental.

Total insumos producidos: 13 piezas (8 para Instagram y 5 para TikTok).

Es la estrategia más robusta y educativa del proyecto, con presencia equilibrada a lo largo de tres meses. Destaca el uso de contenidos largos, inexistentes en las otras estrategias, lo que aporta valor técnico y evidencia claridad metodológica.

Representa el pilar formativo del Centro de Escucha, indispensable para los reportes al Ministerio sobre alfabetización en salud mental.

Tabla 3. Insumos para publicaciones en Instagram

Fecha de publicación	Tipo de archivo	Link en el repositorio (Drive)
14_10	Video tipo Reel	Link
17_10	Video tipo Reel	Link
24_11	Video tipo Reel	Link
26_11	Video tipo Reel	Link
28_10	Láminas para carrusel	Link
30_10	Video tipo Reel	Link
11_12	Video tipo Reel	Link
10_12	Láminas para carrusel	Link

Es la estrategia con mayor diversidad de formatos: Reels y carruseles.

Octubre registra 4 publicaciones, lo que evidencia un fuerte arranque de alfabetización emocional al inicio del proyecto.

Noviembre tiene dos publicaciones clave, acompañando momentos de estrés académico.

En diciembre se retoma el esfuerzo con dos piezas adicionales, reforzando mensajes previos al cierre del año.

Los carruseles del 28/10 y 10/12 aportan profundidad pedagógica, lo que balancea adecuadamente el carácter emocional de otras estrategias.

Tabla 4. Insumos para publicaciones en Tik Tok

Fecha de publicación	Tipo de archivo	Link en el repositorio (Drive)
13_11	Video corto	Link
02_12	Video largo pedagógico	Link
05_12	Video largo pedagógico	Link
11_12	Video largo divulgativo	Link
11_12	Video largo divulgativo	Link

TikTok presenta una evolución progresiva desde videos cortos (noviembre) hacia contenidos largos y educativos (diciembre). Esta tendencia demuestra una estrategia que profundiza en la pedagogía, utilizando TikTok no solo para viralidad, sino para formación.

Los dos videos del 11/12 consolidan una mini–campaña de mensajes divulgativos antes de finalizar el semestre.

Estrategia 3. Rutas de apoyo

La Estrategia 3 tuvo un énfasis institucional y operativo, orientado a fortalecer el conocimiento, la apropiación y la activación de las rutas de atención en salud mental disponibles en la Universidad del Magdalena.

Los materiales producidos buscaron:

- Socializar de manera clara y accesible los servicios del Centro de Escucha.
- Explicar procedimientos de atención en crisis.
- Visibilizar roles institucionales como el de Facilitador en Salud Mental.
- Promover la detección temprana y la búsqueda oportuna de ayuda.

El repositorio de esta estrategia incluye piezas audiovisuales de alto impacto institucional, entre ellas los contenidos asociados a la inauguración del Centro de Escucha, que cumplen una función clave de legitimación, confianza y posicionamiento del proyecto como red de apoyo en salud mental.

El análisis del repositorio evidencia una producción sostenida, diversa y estratégicamente alineada, organizada en formatos audiovisuales, gráficos y pedagógicos, con predominio de contenidos en video corto (Reels), complementados por carruseles e infografías.

La organización de los materiales por estrategia permite identificar:

- Coherencia entre objetivos estratégicos y piezas producidas.
- Complementariedad entre divulgación y alfabetización.
- Articulación entre comunicación digital y procesos presenciales del Centro de Escucha.

Más allá del volumen de piezas, el repositorio destaca por su calidad narrativa, sensibilidad ética y potencial pedagógico, consolidándose como un activo institucional que trasciende el periodo de ejecución.

Total insumos producidos: 14 piezas (9 para Instagram y 5 para TikTok).

Esta es la estrategia más orientada a informar y activar rutas de atención, con una presencia fuerte en momentos de riesgo emocional estudiantil. La combinación de fotos, videos horizontales y reels permite documentar evidencia operativa, útil para auditoría y reportes oficiales.

Tabla 5. Insumos para publicaciones en Instagram

Fecha de publicación	Tipo de archivo	Link en el repositorio (Drive)
09_10	Reel informativo	Link
10_10	Video tipo Reel	Link
10_10	Video tipo Reel	Link
10_11	Video tipo Reel	Link
11_11	Carpeta de fotografías	Link
13_11	Video horizontal	Link
15_11	Video tipo Reel	Link
18_11	Video tipo Reel	Link
13_12	Video tipo Reel	Link

Estrategia con mayor frecuencia de publicaciones informativas, alineadas con el objetivo de visibilizar rutas y servicios. Octubre presenta un bloque de contenido continuo (09 y 10) que marca el despliegue institucional temprano.

La carpeta fotográfica del 11/11 es un insumo clave para evidenciar territorios, actividades, talleres o activaciones presenciales. Entre 10/11 y 18/11 se concentra una semana de alta intensidad, lo que sugiere cobertura de eventos o activaciones en campo. La pieza horizontal del 13/11 sugiere uso para testimonios institucionales o explicaciones más profundas.

Tabla 6. Insumos para publicaciones en Tik Tok

Fecha de publicación	Tipo de archivo	Link en el repositorio (Drive)
21_10	Video informativo	Link
01_11	Video informativo	Link
10_11	Video corto	Link
18_11	Video corto	Link

22_11	Video corto	Link

La estrategia mantiene un ritmo sostenido entre octubre y noviembre, alternando videos informativos y cortos. La progresión semanal entre 01/11 – 10/11 – 18/11 – 22/11 indica una estrategia consistente para orientación inmediata y mensajes de prevención.

Destaca que las fechas coinciden con semanas académicas de mayor reporte de estrés y demanda emocional, lo que muestra coordinación operacional entre comunicación y servicio clínico.

Tabla 7. Relación general de material

Estrategia	Total Instagram	Total TikTok	Total insumos	Características principales
1. Narrativas de cuidado	4	3	7	Sensibilización, mensajes breves, alto componente emocional.
2. Escucharte nos transforma	8	5	13	Mayor diversidad y profundidad pedagógica; núcleo formativo del proyecto.
3. Rutas de apoyo	9	5	14	Informativa; explica rutas, servicios y activaciones presenciales.

Link Carpeta con insumos: 01_ARCHIVOS PARA PUBLICAR

6. Valor agregado a la estrategia de comunicación: Diseño del Curso el arte de cuidarse(te) alfabetización en salud mental

El diseño del curso virtual El arte de cuidarse(te): alfabetización en salud mental (Anexo 3) constituye un componente estratégico transversal que materializa, profundiza y amplifica los principios de la estrategia de comunicación Puentes de Escucha Activa, al traducir los contenidos narrativos y divulgativos difundidos en el ecosistema digital del Centro de Escucha en un proceso estructurado de formación pedagógica, reflexión crítica y apropiación de competencias en salud mental (Enlace al curso).

El curso se alinea de manera directa con dos grandes ejes de la estrategia al generar contenido divulgativo y formativo/pedagógico, y se articula de manera coherente con las tres estrategias narrativas (E1, E2, E3) operando como un puente entre la comunicación digital de alcance masivo e interacción educativa sostenida en la comunidad universitaria.

- Contribución a la Estrategia 1: Nuestras narrativas de cuidado
  El curso aborda ejes temáticos alineados con esta estrategia a través de la Unidad 1: ¿Salud mental? Al abordar la comprensión conceptual de la salud mental, los problemas y los trastornos mentales desde un enfoque no patologizante. El análisis crítico del estigma, la discriminación, el autoestigma y sus efectos en la búsqueda de ayuda, y la identificación de problemas frecuentes en el contexto educativo, como depresión, ansiedad, conducta suicida y consumo de sustancias, incorporando factores de riesgo, factores protectores y señales de alarma.
  Estos contenidos trasciende lo compartido a través de redes sociales, al ofrecer espacios de profundización conceptual, actividades reflexivas y evaluación formativa. De este modo, el refuerza

el objetivo de la Estrategia 1 de legitimar la conversación sobre salud mental, desnaturalizar el estigma y promover una comprensión culturalmente situada del malestar psicológico.

- Contribución a la Estrategia 2: Escucharte nos transforma
  La Estrategia 2, centrada en el bienestar, el autocuidado, la empatía y la resiliencia, se articula principalmente a través de la Unidad 2: Promoción de la vida y la esperanza. En este nivel, el curso operacionaliza los mensajes comunicativos de bienestar difundidos en redes mediante el desarrollo de herramientas prácticas para la promoción del bienestar emocional, la esperanza y la regulación emocional, la reflexión sobre la soledad, las redes de apoyo y la importancia del cuidado mutuo en contextos universitarios. La Estrategia 2 en redes sociales funciona como una puerta de entrada accesible y emocionalmente cercana a prácticas de autocuidado, el curso permite una apropiación más sostenida y consciente de estas herramientas.
- Contribución a la Estrategia 3: Rutas de apoyo
  La Estrategia 3, orientada a la visibilización de servicios, rutas de atención y mecanismos institucionales de apoyo, se articula de forma explícita en la Unidad 3: Escuchar es cuidarte y hablar es sanar. En esta unidad, el curso desarrolla, el reconocimiento de barreras culturales e institucionales para la búsqueda de ayuda, la formación en primeros auxilios psicológicos como competencia comunitaria básica y la socialización clara de las rutas de atención universitarias, locales y nacionales.

Tabla 11. Alineación del curso virtual con las estrategias de comunicación

Estrategia de comunicación	Ejes temáticos de la estrategia	Unidades del curso	Enlace	Aporte del curso a la estrategia
E1. Nuestras narrativas de cuidado	Prevención del suicidio; comprensión cultural del malestar; emociones difíciles; estigma y barreras para la escucha.	Unidad 1. ¿salud mental?	Link	Narrativas preventivas mediante alfabetización en conceptos clave, estigma y señales de riesgo
E2. Escucharte nos transforma	Bienestar, autocuidado, empatía y resiliencia.	Unidad 2. Promoción de la vida y la esperanza	Link	Contiene herramientas prácticas para el bienestar y competencias socioemocionales
E3. Rutas de apoyo	Servicios, atención en crisis, mecanismos institucionales	Unidad 3. Escuchar es cuidarte, hablar en sanar	Link	Divulgación sobre rutas de atención
E1-E2	Albetización	Unidad 4. Salud mental en tiempos de IA	Link	Actualiza narrativas de cuidado y bienestar frente a los desafíos digitales



La formulación del curso virtual El arte de cuidarse(te) constituye un logro estratégico de alto valor agregado, al integrar la comunicación digital con un proceso estructurado de alfabetización en salud mental, ampliando el impacto de la estrategia hacia la formación y la construcción de capacidades comunitarias.

7. Conclusiones

- La implementación de Puentes de Escucha Activa permitió consolidar un repositorio de materiales comunicativos alineado con los objetivos del Centro de Escucha de la Universidad del Magdalena, constituyéndose en un activo institucional de para la promoción de la salud mental universitaria.
- El repositorio evidencia una producción sistemática de piezas audiovisuales, gráficas y pedagógicas que trascienden la lógica de la divulgación informativa, para posicionarse como recursos de alfabetización, prevención y vinculación comunitaria.
- El análisis del repositorio demuestra una clara coherencia narrativa entre las tres estrategias de comunicación (Nuestras narrativas de cuidado, Escucharte nos transforma y Rutas de apoyo), las cuales permitieron abordar la salud mental desde una perspectiva integral, culturalmente situada y éticamente responsable.
- Asimismo, el repositorio refleja una adecuada articulación entre los ejes de divulgación y formación/alfabetización, evidenciando que la comunicación en salud mental, cuando se diseña desde enfoques participativos como la Comunicación para el Cambio Social, puede convertirse en un dispositivo pedagógico con capacidad de generar identificación emocional, aprendizaje significativo y activación de conductas de búsqueda de ayuda.
- Un logro estratégico de alto valor agregado fue la formulación del curso virtual El arte de cuidarse(te): alfabetización en salud mental, el cual integró de manera estructurada los contenidos comunicativos con un proceso formal de formación. Este curso permite ampliar el impacto de la estrategia, pasando de la sensibilización y divulgación a la construcción de capacidades comunitarias sostenidas en salud mental.

En conjunto, la estrategia Puentes de Escucha Activa demuestra que una comunicación planificada, ética y basada en evidencia puede convertirse en un pilar estructural para la promoción, prevención y cuidado colectivo en salud mental institucional.

8. Recomendaciones

Con base en los resultados obtenidos, se formulan las siguientes recomendaciones para la continuidad y fortalecimiento de la estrategia:

- Consolidar el repositorio como biblioteca institucional de alfabetización en salud mental, con indexación temática y pedagógica.
- Priorizar la reutilización de piezas pedagógicas en cursos, talleres y procesos de inducción.
- Incorporar criterios de adaptación de contenidos para nuevos periodos académicos.
- Proyectar el repositorio como insumo para transferencia de la experiencia a otras IES.

9. Anexos

Anexo 1

Puentes de Escucha Activa

Estrategia de comunicación para el proyecto Centro de Escucha 2025 II

Descripción General

La salud mental constituye un pilar fundamental para el bienestar integral de las personas y las comunidades. En el contexto universitario, los desafíos asociados al estrés académico, los problemas emocionales y las dificultades de adaptación exigen respuestas comunicativas claras, accesibles y cercanas, que promuevan la prevención, la búsqueda de ayuda y la eliminación de estigmas. La habilidad y el acto de escucha supone una de las principales herramientas tanto para el cuidado y el autocuidado comunitario, como para el ejercicio profesional en salud mental.

De esta manera, la presente estrategia de comunicación busca hacer uso de la escucha y el diálogo participativo para generar vinculación emocional y afectiva de la comunidad universitaria con relación a los fenómenos de salud mental y las facilidades institucionales que el Centro Escucha ofrece, fomentando la generación de capacidades autónomas de la propia comunidad y el fortalecimiento de la relación de esta con los procesos de acompañamiento que tienen a disposición.

Puentes de escucha activa es el resultado de un análisis del contexto de la Universidad del Magdalena y de los hábitos de consumo de contenidos relacionados a la salud mental que tienen sus estudiantes. Con base en esta información y teniendo en cuenta las potencialidades que el equipo de Centro Escucha, particularmente su equipo de comunicación puede ofrecer, se plantea un ejercicio de comunicación que vele por la participación de la comunidad enfocada en dos ejes principales:

Formativo / pedagógico

Por medio del cual se busca generar contenido y dinámicas que, desde la comunicación, se articulen con las actividades centrales del proyecto: acompañamiento a estudiantes y realización de talleres formativos y alfabetizadores; ampliando sus posibilidades de alcance y propendiendo por incluir a una audiencia, cada vez menos pasiva, en el ejercicio pedagógico continuo. No solo poner la discusión sobre la salud mental en las redes y mucho más que izar la bandera de las actividades realizadas, cultivar un diálogo de saberes soportado en las tecnologías de la información por medio de los canales dispuestos para la ejecución de esta estrategia.

Divulgación

Por medio del cual se busca ampliar el alcance de dicha discusión, aprovechando recursos narrativos, audiovisuales y mediales, este eje se apoya en la pertinencia general del conocimiento básico en salud mental para el cuidado colectivo y responsable que incluye las correspondientes invitaciones a la comunidad para participar de las actividades desarrolladas por el proyecto Centro Escucha, pero además generando una comunicación constante con un valor agregado de pregunta y reacción, que permita a las audiencias no solo enterarse sino también interactuar con el contenido a lo largo de su ejecución.

Marco Teórico

La comunicación de los proyectos institucionales suele afiliarse a la llamada *Teoría Estructuralista de la Comunicación* (TEC) cuyo marco teórico fundacional se encuentra vinculado a la perspectiva lingüística de Ferdinand de Saussure. La priorización del sistema y el código (langue) por sobre la acción y la intención (parole) es el pilar que sostiene la visión estructuralista de la comunicación como una operación inherentemente unilateral. (Arias, 2018; Marartínez, 2014)

Esta perspectiva de sistema, acompasada por el marco analítico semiótico de, por ejemplo, Barthes, Greimas, Metz, permite analizar los mensajes visivo-verbales en los medios de comunicación de masas bajo una lógica de sistema, lo que también facilita su estructuración y conformación en programas y estrategias estandarizables que de otra manera podrían volverse extremadamente complejos en cuanto a disponer solo de marcos cuantitativos demasiado abiertos o indeterminados.

Sin embargo, como ya puede suponerse, esta perspectiva es limitante a la hora de pensar la acción social atomizada, precisamente, la propia descripción crítica de Althusser y su estructuralismo marxista, resulta crucial para el análisis del control social en la comunicación y como la dialéctica entre ideología, realidad y creencia operan en su modelo a través de los Aparatos Ideológicos del Estado (AIE), entre los que se incluye el aparato ideológico "Información" o medios masivos y donde el mecanismo clave es la interpelación ideológica, a través de la cual los individuos son constituidos como sujetos y se les asignan espacios dentro de la estructura social. (Althusser, 2014; Mattelart & Mattelart, 2005; Parra, 2017)

Una estrategia de comunicación estructuralista, entonces, plantea unos públicos objetivo desde la repartición de sujeciones, se asigna un lugar al público, un lugar que además está enmarcado en la naturaleza de receptor pasivo, de espectador, el cual omite la agencia propia en la construcción de su propio significado, la determinación de su propio lugar, esta omisión, como puede ir volviéndose evidente, es un problema a resolver para el caso de intervenciones sociales, particularmente en salud y sobretodo, cuando se trata de fomentar un desarrollo de capacidades dentro de la comunidad de interés.

En respuesta a estas limitaciones para el planteamiento de estrategias y programas que desde la acción comunicativa buscan generar un vínculo distinto con las comunidades, en las últimas décadas se ha dado un llamado *giro ético* que apunta a prácticas comunicativas más horizontales y comunicativas, rechazando la intención de control que las teorías estructuralistas profesan, entre las que se encuentra la *comunicación para el desarrollo* (C4D), de la cual, si bien su origen se suscribe dentro de la lógica binaria de la modernización, donde el objetivo era abordar los síntomas de la pobreza mediante la transferencia de la lógica de progreso occidental y por medio de modelos como los desarrollados por la Teoría de Difusión de Innovaciones, popularizada por Everett Rogers (Alonso & Arcila Calderón, 2014), con el tiempo demostró ser limitado, elitista y no generar cambios estructurales profundos. En contraste, el cambio de comportamiento real se lograba más eficazmente a través de contactos interpersonales y el involucramiento activo en el proceso comunicativo, lo que llevó a la necesidad de un giro paradigmático, la comunicación participativa (Servaes & Malikhao, 2007).

Más recientemente estos problemas se han ido resolviendo en favor de modelos más horizontales a la visión vertical que la visión estructuralista planteaba, y donde la C4D ha virado a una visión menos desarrollista denominada *Comunicación para el Cambio Social* (CPCS), la cual se centra en el auto-desarrollo y la comunidad local, permitiendo que la comunidad gane voz (Sala Valdés, 2017).

Esta perspectiva se hace de particular interés pues plantea la posibilidad de que, dentro de marcos estructuralistas de la información, como lo son los medios sociales hegemónicos actuales, y en el contexto de proyectos institucionales, donde la norma se mantiene en el direccionamiento lineal de la difusión informativa, se puedan llevar a cabo prácticas alternativas intermediadas por estructura no del todo favorables para ellas.

Tal es la idea de el *giro ético* incorporado en esta estrategia de comunicaciones y por la cual se invita a desarrollar prácticas comunicativas participativas dentro de los límites operativos delimitados por las lógicas administrativas e institucionales y las capacidades humanas y procedimentales de programas como el Centro Escucha de la Universidad del Magdalena.

Este *giro ético* está influenciado por la perspectiva *de abajo hacia arriba* que se propone desde posturas como la *pedagogía de los oprimidos* de Freire, pero también incorpora varios conceptos importantes para tener en cuenta y que deben estar dentro del ejercicio consciente que el equipo realice y su propia situación enmarcada en lógicas estructuralistas en las que, de todas maneras, se ubica el proyecto y que se encuentra evidenciada en los indicadores determinados por productos y los tiempos delimitados por razones administrativas más que sociales.

Así, esta estrategia incorpora ambas perspectivas, una conciencia de la situación con elementos estructuralistas, pero también una inclusión de los planteamientos que el giro ético y la comunicación para el cambio social promueven. Estos conceptos para destacar son la vulnerabilidad, la emancipación y la justicia epistémica.

Desde la filosofía de Judith Butler, se postula que el reconocimiento de la vulnerabilidad no debe ser visto

como una forma de sumisión o debilidad, sino como el principio de la acción política, desde el cual cada cuerpo, con su propia vulnerabilidad física y colectiva se expresa en el mundo y en este caso particular, se hace partícipe de un ejercicio de diálogo más que de una recepción o emisión particular. Al integrar esta perspectiva, resuelve el problema de la agencia que el estructuralismo dejó sin respuesta. El sujeto ya no es visto como inherentemente determinado y necesitado de ser liberado por estructuras externas, sino que logra la liberación colectiva a través de la movilización deliberada de su exposición corporal y vulnerabilidad compartida. Esto constituye la negación ontológica más radical del sujeto sujetado y determinado por el sistema. (Butler, Judith et al., 2021)

La justicia epistémica se refiere al combate y mitigación de las formas en que el conocimiento, la voz y la credibilidad de ciertos grupos, son sistemáticamente marginados o silenciados. El enfoque ético en CPCS busca corregir esto mediante el mandato de la inclusión, que exige abrir canales de comunicación para todos los grupos, particularmente los mal o pobremente representados. Para el cambio social, la comunicación debe promover la transformación de actitudes que normalizan prácticas insanas y fortalecer la capacidad de las personas para negociar opciones y perspectivas de voz en el espacio político del cuidado mutuo.

Y la emancipación, en el contexto del ejercicio comunicativo, implica que la comunicación debe evitar la manipulación o el control, enfocándose en lo que es auténticamente importante y en fortalecer la capacidad de las personas para tomar decisiones seguras y exigir su lugar, su atención, en el marco de una soberanía moral que valorización propia individual y colectiva, fomentada desde los sistemas, metodologías y mecanismos de comunicación establecidos.

Este es el marco por el cual la presente estrategia de comunicación plantea realizar un desarrollo integral del ejercicio comunicativo del proyecto Centro Escucha, que sea coherente con la intención material en sus tres componentes, postura ideal, sustantivación ritualizable y proyección material, articulándose en un continuo desde el ejercicio del cuidado desde la salud y particularmente, la psicología, hasta el cumplimiento de unos compromisos administrativos establecidos en un programa acordado, lo cual supone un nivel de maleabilidad y reacción operativa, pero por sobre todo, una alta sensibilidad del equipo humano para con sus pares durante la ejecución del programa planteado.

Objetivos y productos

El objetivo general de esta estrategia propone lograr un alcance del 30% de la población de interés, lo cual corresponde, según datos actuales, a un aproximado de 8.400 personas. Si sobre este aproximado aplicamos una heurística que tenga en cuenta un ejercicio comunicativo principalmente soportado por medios digitales y lo hacemos tomando en cuenta márgenes de conversión comunes para comercio digital (como una práctica de estimación fundamentada en mecanismos similares), esto nos indicaría que, sobre el alcance, un objetivo de vinculación activa razonable estaría entre el 1-3% del alcance logrado, que sobre las 8.400 personas rondaría entre las 84 y 252 personas.

Además de este alcance y vinculación planteados, la estrategia *Puentes de escucha activa* también incluye dentro de sus objetivos la producción de los denominados *hitos* de producción incluidos en el proyecto centro escucha, los cuales están articulados en tres estrategias del plan original que incluían

- SEPTIEMBRE: MES DE LA VIDA Y LA ESPERANZA. Día mundial de la prevención del suicidio: "Cambiar la narrativa": derribar barreras, como el estigma, crear conciencia y crear una cultura de comprensión y apoyo para prevenir el suicidio.
- ESCUCHAR ES CUIDARTE Y HABLAR ES SANAR. OCTUBRE: MES DE LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR. Conceptos y categorías: ser productivos, aportar a la comunidad, bienestar (estar bien), flexibilidad - resiliencia, solución de problemas, afrontamiento del estrés.
- NOVIEMBRE: ESTRETEGIA BÚSQUEDA DE AYUDA Y RUTAS. UNIMAGDALENA, RED DE APOYO EN SALUD MENTAL.

Estas estrategias se modifican en tiempos calendario debido a la realidad contractual del proyecto y el actual desarrollo de la presente estrategia y pasan a definirse como sigue:

- Estrategia 1: Nuestras narrativas de cuidado
  - Enfocada en la prevención del suicidio desde un enfoque narrativo-cultural (enunciación)
  - Busca recoger e interactuar con formas de enunciar los estados anímicos en general, enfocándose en la depresión y las maneras de enunciar las barreras y el estigma para fomentar una cultura de compresión y cuidado mutuo.
- Estrategia 2: Escucharte nos transforma
  - Enfocada en la búsqueda y pedagogía sobre bienestar por medio del diálogo y la empatía.
  - Busca fomentar el desarrollo de herramientas individuales y colectivas para el cuidado mutuo de la salud mental entre los actores del ejercicio comunicativo, así como la formación conceptual y práctica-cotidiana de herramientas para la protección de las condiciones idóneas de bienestar.
- Estrategia 3: Rutas de ayuda
  - Enfocada en la vinculación de la comunidad con las acciones, servicios y facilidades que ofrece el Centro Escucha, así como la formación social para la detección y activación de procedimientos de cuidado en salud mental.
  - Busca comunicar unas pautas generales de cuidado en los contextos institucionales y vincular a la comunidad con el entorno y servicios de acompañamiento del Centro Escucha.

Objetivos específicos

1. Por medio de la publicación en medios sociales y el uso de estrategias de comunicación comunitaria, lograr comunicar los contenidos producidos al equivalente al 30% de la población estudiantil de la Universidad del Magdalena (8.400 personas).
   a. Indicador: Vistas, miembros, seguidores y otras métricas de alcance disponibles en los canales definidos.
2. Por medio del diseño de contenido, la gestión de comunidades y didácticas mediales pertinentes,

generar la vinculación activa al proceso comunicativo de entre el 1 y el 3% del 30% anterior (Entre 84 y 252 personas)

a. Indicador: Comentarios, participaciones en chats y diálogo directo con comunidad en territorio o por medios digitales.

3. Producir contenidos pertinentes según el diseño del programa (piezas hito) y estrategias definidas (E1 a E3) estos incluyen:

a. E1 - Contenido *Pide y ofrece ayuda*.

i. Inicialmente planteado como un vídeo en formato vertical de corta duración que propone enunciar asertivamente los distintos estados de la salud mental, particularmente en relación con el manejo de la depresión y el tema del suicidio.

b. E1 - Contenido *Cuidémonos mutuamente*

i. Inicialmente planteado como un carrusel de 4 a 6 imágenes y una herramienta de planificación simple descargable.

c. E1 - Contenido *Kit de Herramientas*

i. Inicialmente planteado como una infografía motivacional que pueda ser fragmentada en frases interactivas para estados de los perfiles en medios sociales y los canales definidos.

d. E2 - Contenido *¿Qué es la salud mental*?

i. Inicialmente planteado como un vídeo institucional sobre mitos y realidades y con un elemento formativo para la detección de señales y desmitificación de la atención psicológica.

e. E2 - Contenido *Mitos y realidades*

i. Inicialmente planteado como un carrusel de imágenes y un llamado a la acción contundente y que trate el tema de la romantización del bienestar.

f. E2 - Contenido *5.0 pero a qué costo*

i. Inicialmente planteado como un carrusel de 4 a 6 imágenes con tips y datos sobre el bienestar físico, emocional y social.

g. E2 - Contenido *El poder del apoyo mutuo*

i. Inicialmente planteado como un vídeo de corta duración entre 1 y 2 minutos que presente historias de apoyo en momentos difíciles recogidas en entrevistas.

h. E3 - Contenido *Hablar puede salvar vidas*

i. Inicialmente planteado como un carrusel ilustrado de entre 4 a 6 imágenes de carácter reflexivo y que incluya consejos y datos.

i. E3 - Contenido *Ruta universitaria de atención en crisis.*

i. Inicialmente planteado como un vídeo de contenido corto vinculado a una infografía y el uso de preguntas interactivas en los canales definidos.

j. E3 - Contenido *compromiso estudiantil*

k. Pieza hito 1 - Soledad, adversidades, desasociego emocional y prevención de riesgos

VICERRECTORÍA DE EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL
Calle 29H3 No. 22-01
Bloque VIII, Piso 1
Santa Marta - Colombia PBX: (57-605) 438 1000 Ext. 3223
vicextension@unimagdalena.edu.co
www.unimagdalena.edu.co

i. Vídeo de 3 minutos destinado a divulgación por parte del Ministerio de Educación Nacional (MEN) y otras Instituciones de Educación Superior (IES)

l. Pieza hito 2 - Video experiencias proyecto Centro de Escucha

i. Vídeo de entre 5 a 15 minutos donde se exponga la implementación de la propuesta, resaltando la problemática identificada, estrategias desarrolladas, logros, aprendizajes y opiniones de la comunidad educativa.

4. Producción de contenidos pertinentes a la estrategia planteada y articulada.

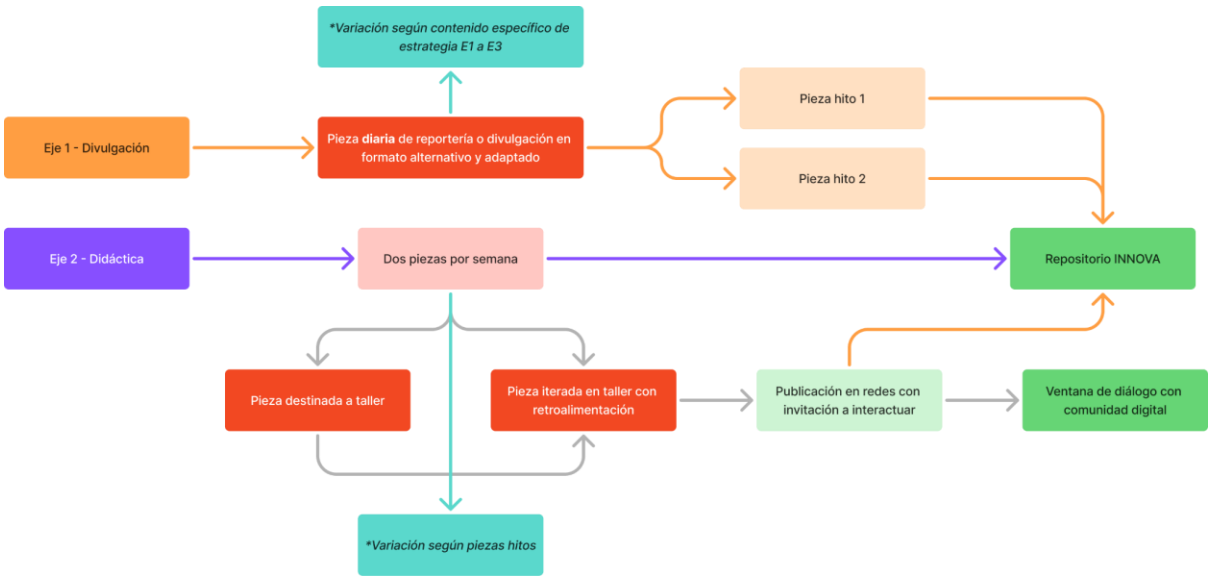
a. Contenidos rápidos

i. Reportería y clips de divulgación.

ii. Piezas pedagógicas.

Estrategia Operativa

La propuesta operativa principal está descrita en el siguiente diagrama de flujo.

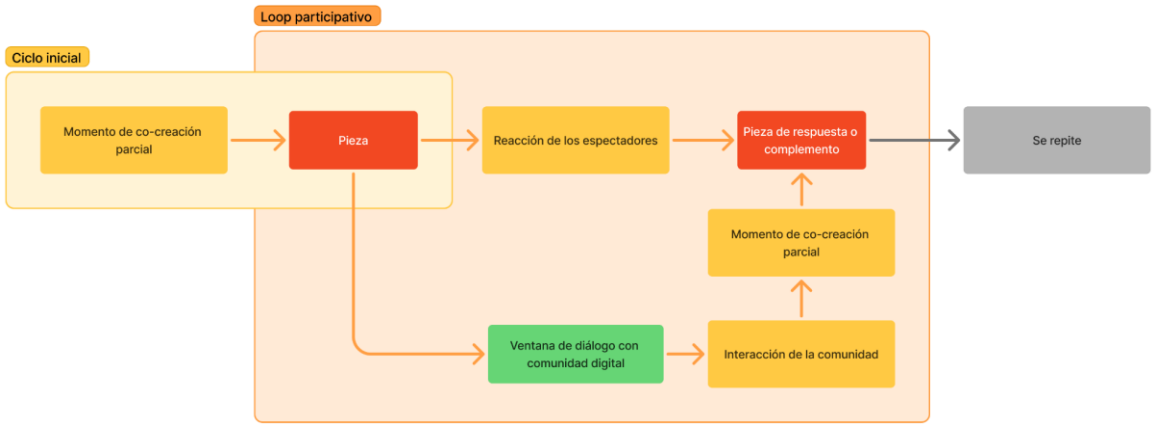


Por medio del cual busca realizar entre 7 y 9 publicaciones de contenido por semana con variaciones según los contenidos específicos de las estrategias E1 - E3 teniendo entre 5 y 7 piezas del eje *divulgación* y 2 del eje *didáctico*.

Todo el contenido registrado y producido para el *eje de divulgación* se producirá, explorará y experimentará con miras a desarrollar de a pocos las *piezas hito* 1 y 2. Esto no exime que las piezas del *eje didáctica* no se usen en estos hitos, pero estas estarán más enfocadas en el proceso formativo ampliado por medio de las plataformas digitales y en alimentar el repositorio INNOVA con piezas que perduren en el tiempo y puedan ser reutilizadas en un futuro para otros procesos didácticos y formativos posteriores.

Se hace importante el elemento de interactividad fomentado desde la gestión de comunidad en las plataformas de medios sociales con el enfoque en dirigir a los espectadores a una situación de mayor vinculación con el proyecto, este vínculo se generará por medio de una *ventana de diálogo con comunidad digital* la cual, en diálogo con el equipo de comunicación, se decidió se construya a partir de las comunidades de WhatsApp pre-existentes entre algunos facilitadores. Esto supone definir y delimitar pautas de participación que, en la organización estratégica aquí presentadas, están articuladas a toda la lógica de producción y publicación por medio de metodologías de co-creación parcial o total y bucles operativos enfocados en la generación de diálogos interactivos comunidad-facilitadores-proyecto.

Bucle de interactividad y diálogo continuo



Todas las piezas serán publicadas con el fin de ampliar la discusión por medio de las herramientas disponibles en medios sociales, pero con el objetivo de dirigir a los participantes más interesados a la *ventana de diálogo con comunidad digital* que permitirá abrir conversaciones temporales con los participantes de estas comunidades, de estas conversaciones se alimentará el contenido siguiente con el que se repetirá el bucle. Este bucle será aplicable a ambos ejes

Eje divulgación

De esta manera se propone que, en el eje de *divulgación*, se publique un contenido diario, los cuales serán de dos tipos más uno extra híbrido.

VICERRECTORÍA DE EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL
Calle 29H3 No. 22-01
Bloque VIII, Piso 1
Santa Marta - Colombia PBX: (57-605) 438 1000 Ext. 3223
vicextension@unimagdalena.edu.co
www.unimagdalena.edu.co

- Reportería en formato alternativo adaptado.
- Informativo en formato alternativo adaptado.
- Mixto en formato alternativo adaptado.

El equipo deberá escoger el tipo de contenido acorde y posible según cada situación y el carácter adaptado se refiere a que su contenido y formato deben responder a la situación particular del taller y por tanto hacer uso de recursos de fácil ejecución, como tendencias, filtros u otros emergentes en el ejercicio con facilitadores y participantes, que sean acordes al evento que se reporta o se divulga.



Eje formativo/pedagógico

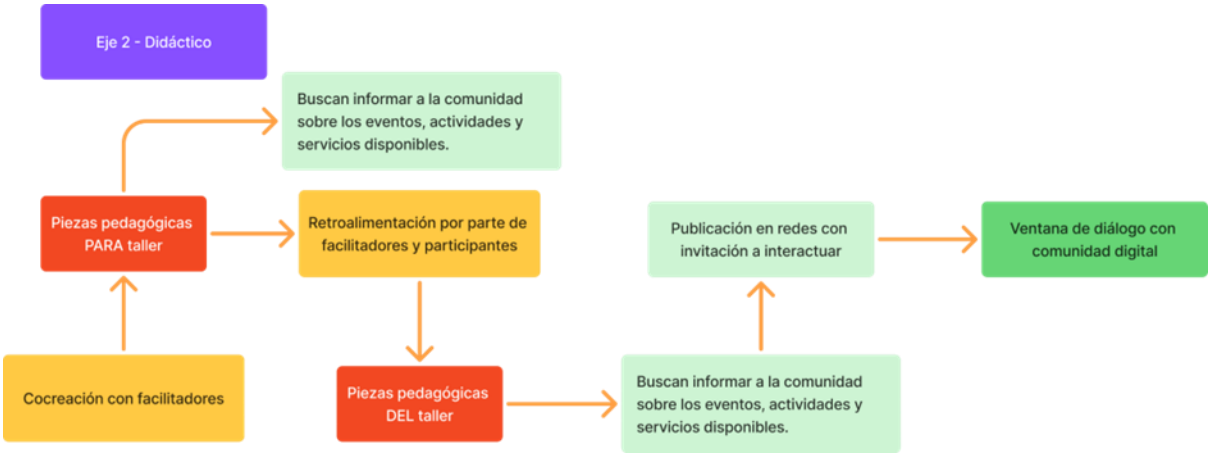
Y en el eje de *didáctica* se busca publicar dos piezas por semana iniciando por una sola la primera semana de ejecución.

- Pieza PARA taller.
- Pieza DEL taller.

El equipo deberá cocrear con los facilitadores y/ó las personas encargadas de la ejecución de los talleres (particularmente de los sábados o del más importante de la semana según estrategia, pertinencia e interacción con la comunidad) lo más posible dentro de las posibilidades técnicas y operativas.

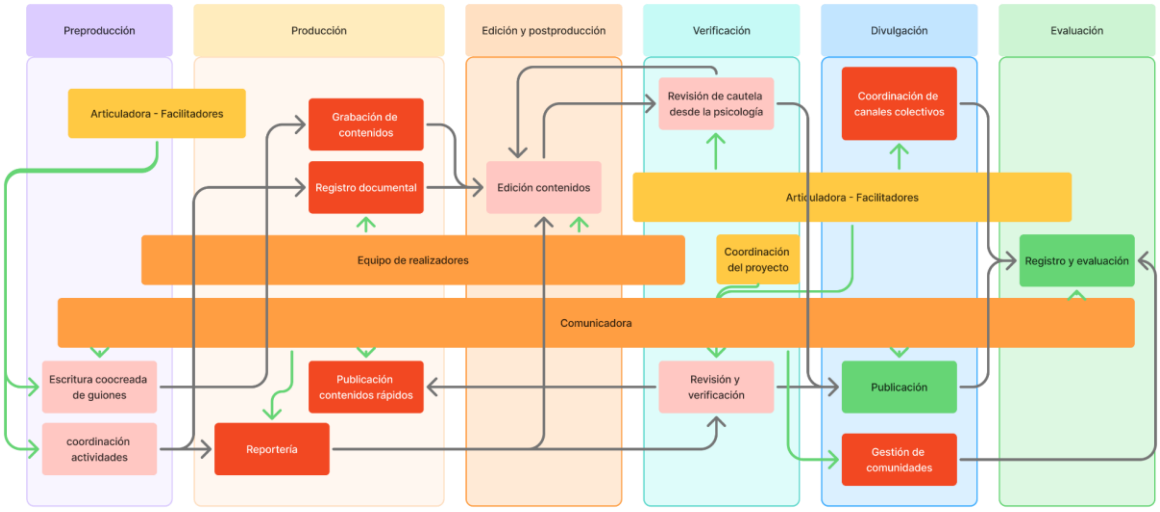
De esta colaboración emergerá la pieza PARA el taller, esta pieza deberá ser un contenido pertinente para ser mostrado y utilizado por el facilitador o la persona encargada y una vez realizado su uso, y en conjunto con el material registrado durante el taller en cuestión, se utilizará la retroalimentación y el registro realizado para producir la pieza DEL taller.

Esta pieza DEL taller será editada teniendo en cuenta, si ha lugar, las reacciones e interacciones recogidas desde la publicación de la pieza PARA el taller en plataformas de medios sociales, y será publicada como respuesta estas e invitación a expandir el diálogo de la actividad por medio de la *ventana de diálogo con la comunidad digital.*



Flujos de trabajo

Para lograr los objetivos determinados se propone la siguiente estructura de trabajo para el equipo de comunicaciones según el diagrama que aparece a continuación. Cabe resaltar que esta estrategia se construye bajo el enfoque estratégico dinámico que consolida las estrategias como marcos flexibles de operación para la toma racional de decisiones, permitiendo su adaptabilidad según corresponda, por tanto, se invita a los ejecutores a asimilar los criterios por sobre las instrucciones, de esta manera podrán afrontar los distintos desafíos del proyecto adaptándose a cada circunstancia.



Preproducción:

Por medio de la cual el desarrollo de cualquier producto o grupo de productos comunicativos se inicia en la fase de *preproducción* por parte de la *comunicadora*, quien, además es la columna vertebral de todo el proceso, en conjunto con la *articuladora* ancla con el equipo de facilitadores, de esta manera el equipo de comunicaciones podrá gestionar el desarrollo de guiones, pautas, y la coordinación general de los eventos, colaboradores y elementos necesarios para la producción de contenido, en consonancia formal y temática con los saberes profesionales en psicología que sean necesarios en cada caso.

El *equipo de realizadores* estará presente en esta etapa para enganchar hacia la producción y facilitar el desarrollo del registro y grabación del material necesario con autonomía.

Producción:

En esta fase la *comunicadora* estará encargada de los contenidos de reportería y podrá disponer de contacto directo con la *articuladora* para la generación y validación de los contenidos de rápida publicación.

Por su parte el *equipo de realizadores* hará el registro documental que alimentará el archivo de material destinado a las dos piezas principales del proyecto (hito no. 1 e hito no. 2) y que a su vez podrá ser usado por los contenidos de reportería y el material de los contenidos específicos por estrategia E1 a E3.

Edición y posproducción

Simplemente hace referencia a la fase de edición y perfeccionamiento de los contenidos, se sugiere que el equipo se enfoque en un esquema basado en dos entregas, una entrega en crudo para verificación de contenido y una entrega finalizada para publicación la cual no podrá tener modificaciones de fondo, solo de forma.

Verificación

Fase en la cual, por medio de la *articuladora* el equipo de comunicaciones podrá validar los productos para autorizar su publicación, solo aquellos productos de temática sensible o que se salgan de la norma en términos de implicaciones de rigor en psicología o riesgos y licencias creativas exóticas, de manera excepcional, deberán tener verificación de *coordinación*.

Divulgación

La comunicadora gestionará las redes incitando con comentarios y otras interacciones al diálogo y la participación, y con ayuda de la *articuladora* la *comunicadora* podrá gestionar la *ventana de comunidad digital.*

Evaluación

Se dispondrá de una tabla sugerida de seguimiento por publicación y acción comunicativa que permita hacerles seguimiento a los indicadores clave. Deberá asignársele responsable.

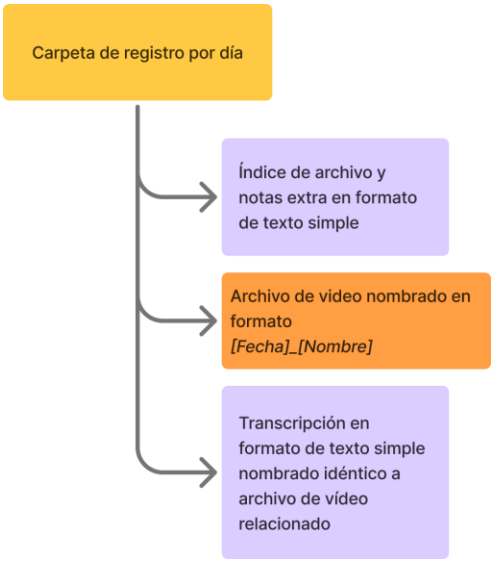
Sistema de gestión de archivo y verificación

Para la gestión del archivo se establece un principio de unificación por medio de la plataforma de almacenamiento de tal forma que todo tanto el contenido de registro como el contenido de publicación se almacene allí y por medio de las herramientas disponibles en la misma plataforma, la gestión de verificación y evaluación también ocurran y se almacenen documentalmente en la misma plataforma.

Partiendo del uso ya iniciado de *OneDrive* como plataforma de almacenamiento, se sugiere que los comentarios de verificación y aprobación previos a publicación de un contenido sean ejecutados por la *articuladora con el equipo de facilitadores* tomando el rol de verificadora y solamente bajo ciertas excepciones de contenido con temáticas delicadas o que requiera por cualquier motivo una verificación más detallada, dicha tarea de verificación y aprobación pase por el equipo de coordinación del proyecto.

La gestión del archivo recaerá sobre el equipo de realizadores quienes deberán cargar todo el material disponible en un formato que cumpla con el principio de trazabilidad y bajo un sistema de indexación simple.

VICERRECTORÍA DE EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL
Calle 29H3 No. 22-01
Bloque VIII, Piso 1
Santa Marta - Colombia PBX: (57-605) 438 1000 Ext. 3223
vicextension@unimagdalena.edu.co
www.unimagdalena.edu.co



Esta estructura busca facilitar el proceso de búsqueda de cualquier clip por parte del propio *equipo de realizadores*, como por parte de la *comunicadora* y reduce la fricción operativa a la hora de requerir material para generar el contenido gráfico, fotográfico, audiovisual o mixto.

Protocolos

Seguimiento y Control

Como lo plantea el flujo de trabajo, la verificación y aprobación recaerá sobre la *articuladora* con el equipo de facilitadores y el criterio principal de verificación será la precisión sobre los fenómenos propios de la salud mental y la reducción de riesgos en imprecisiones y prevención de reacciones no deseadas en el ejercicio comunicativo. Solamente en ciertos materiales que bajo criterio de la *articuladora* deban pasar por la *coordinación* del proyecto, se realizará una verificación y aprobación extra. Esto con el fin de reducir la fricción en el proceso y no generar cuellos de botella.

Para la comunicación interna se dispone de un canal de comunicación directa soportado en la plataforma *Whatsapp* cuyo uso principal debe ser operativo y de instrucción ágil, mientras que comentarios específicos sobre contenido deberán realizarse dentro de la plataforma de almacenamiento haciendo uso de los comentarios y reportando la inclusión de los mismos en el *chat* de *Whatsapp*. Manteniendo así el principio de unificación.



Indicadores clave sugeridos Específicos de medios sociales

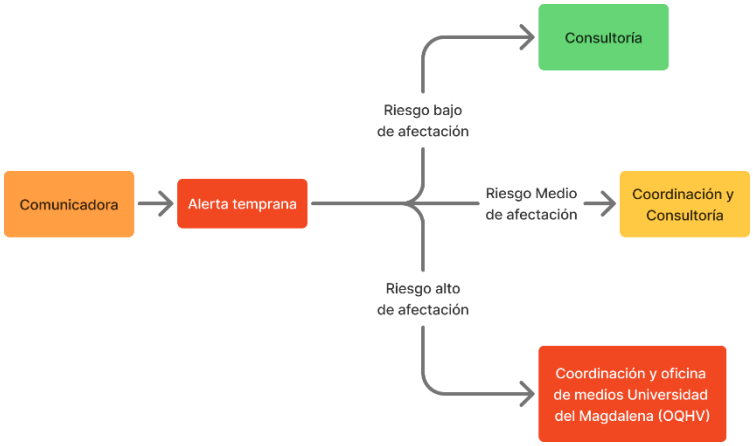
1. Vistas a las 24 horas de publicación.
2. Likes a las 24 horas de publicación.
3. Comentarios a las 24 horas de publicación.
4. Visitas al enlace (acceso a la *ventana de comunidad digital*) a las 24 horas de publicación.
5. Mensajes directos a las 24 horas de publicación.
6. Visitas a los 7 días de publicación.
7. Likes a los 7 días de publicación.
8. Comentarios a los 7 días de publicación.
9. Visitas al enlace a los 7 días de publicación.
10. Mensajes directos a los 7 días de publicación.

Complementarios de pertinencia

1. Percepción de credibilidad (encuestas o entrevistas rápidas presenciales o virtuale
2. Número de derivaciones al Centro de Escucha desde perfiles en medios sociales.
3. Cantidad de personas participantes en espacios de diálogo digital gestionado.
4. Cantidad de personas de comunidad digital que derivan a participación presencial.

Periodos de iteración

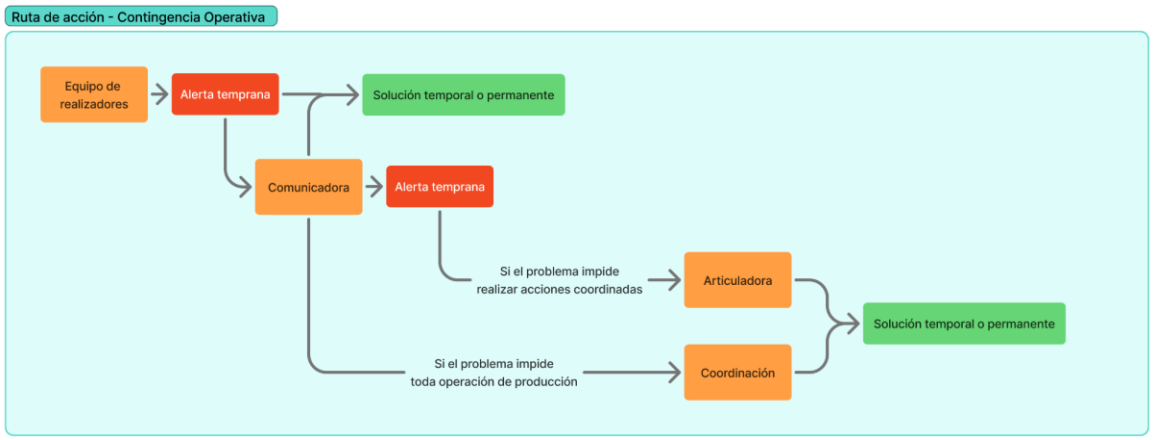
- Las verificaciones y aprobaciones de contenido serán diarias y/o constantes.
- Se realizará una reunión semanal de seguimiento y control
- La estrategia tiene dos periodos de corte
    - Primer periodo: 20 de octubre al 10 de noviembre.
    - Segundo periodo: 11 de noviembre al 1 de diciembre.



Contingencia y control de daños

Se implementa sistema de control de daños por medio de rutas de acción en categorías operativa, relaciones públicas y talento humano según los siguientes diagramas de flujo.

Contingencias operativas



Ruta de control de alerta y control de daños de eventos de relaciones públicas

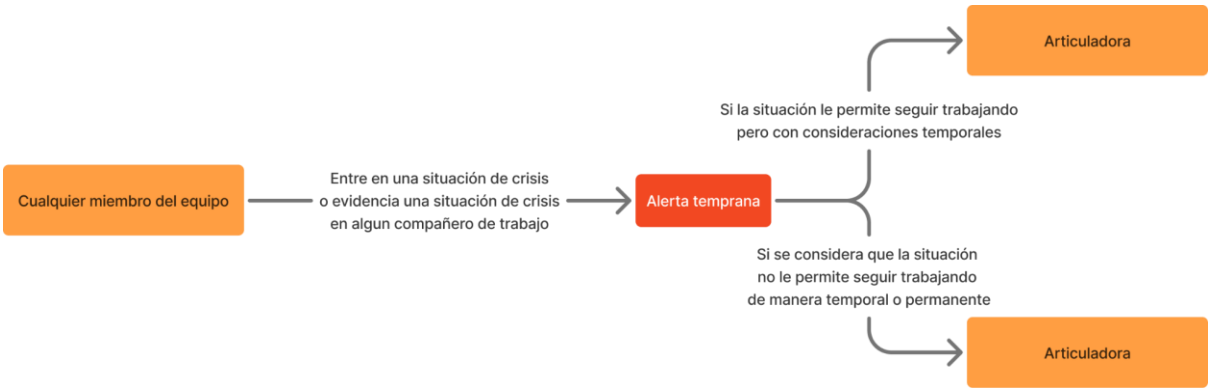
Donde:

- Riesgo bajo de afectación:
  - Se refiere a que no afecta el nombre o dignidad de una persona o institución, su más alto grado de afectación es disminuir el alcance de una acción, afectar su eficiencia o una malinterpretación menor.
- Riesgo medio de afectación:
  - Puede incluir la afectación moral, emocional o afectiva sobre una persona (por ejemplo, un actor de un vídeo o un miembro de la institución), pero no involucra connotaciones legales sino morales y de cuidado. La respuesta requiere como máximo la generación

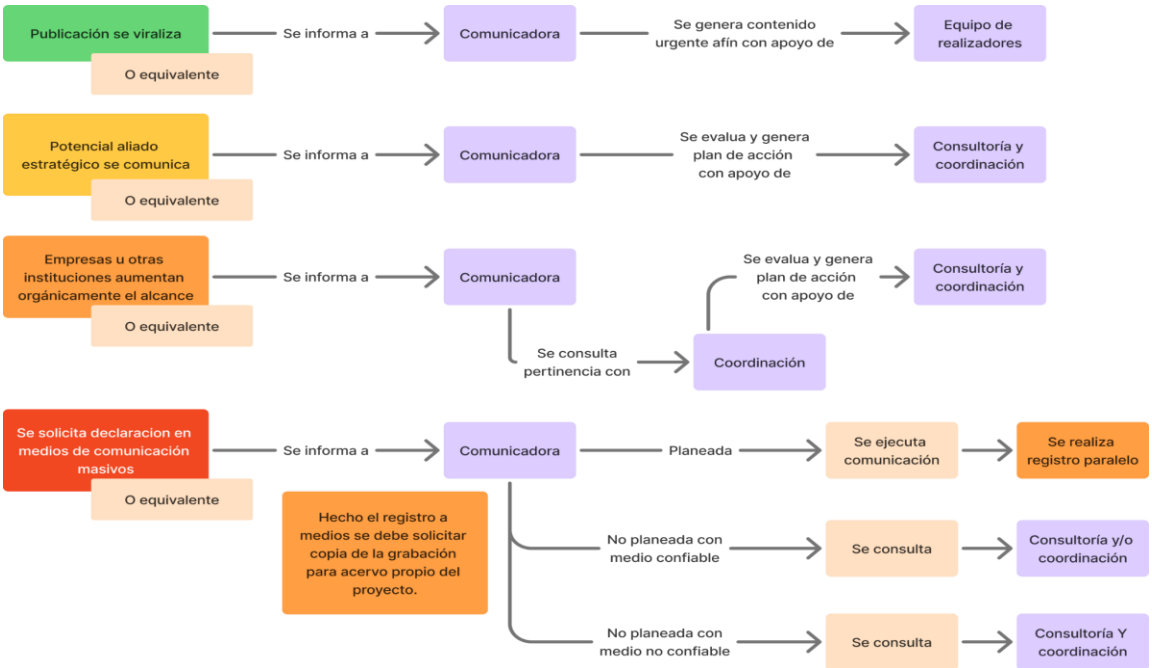
de comunicados.

- Riesgo alto de afectación:
  - Puede llegar a involucrar temas legales de cualquier índole, poner en una presión importante a una persona o afectar el nombre de una institución. Debe buscarse apoyo de instancias superiores para la reacción y plan de choque.

Ruta de control de alerta y control de daños de eventos de relaciones públicas



De oportunidad



Anexo 2

Diagnóstico

Introducción

La comunicación en salud mental dentro de los entornos universitarios constituye un componente esencial del bienestar colectivo y un eje estratégico para la construcción de comunidades académicas empáticas, saludables y resilientes. En contextos como el colombiano, donde la salud mental aún enfrenta barreras de acceso, estigmas culturales y desinformación digital, la Universidad se erige como un espacio privilegiado para fomentar el diálogo, la prevención y la búsqueda oportuna de ayuda profesional (Arias, 2024).

El CE de la Universidad del Magdalena surge como una respuesta institucional a estas necesidades. Su propósito es ofrecer estrategias y actividades de contacto inicial e intervención en crisis y de prevención universal. Estas estrategias se sustentan en la perspectiva de la educación para la salud mental, que aporte a la alfabetización, el autocuidado emocional, la reducción del estigma y la creación de redes de apoyo entre estudiantes, docentes y personal administrativo. No obstante, la efectividad de este tipo de programas depende, en gran medida, de su capacidad de comunicar con pertinencia cultural y emocional, adaptándose a los lenguajes y formatos que predominan en las comunidades digitales universitarias.

La comunicación en salud mental se define como el conjunto de acciones informativas, educativas y persuasivas dirigidas a promover actitudes positivas hacia el bienestar emocional y prevenir conductas de riesgo (Fernández & Rodríguez, 2024). Investigaciones recientes señalan los jóvenes universitarios consumen preferentemente contenidos breves, visuales y testimoniales, distribuidos principalmente en redes sociales como Instagram, TikTok y YouTube (García & Muñoz, 2023; Fernández & Rodríguez, 2024). Por tanto, la comunicación institucional en salud mental requiere adaptarse a este ecosistema digital, equilibrando el rigor científico con la empatía y el lenguaje cercano.

Por lo anterior, este informe presenta los resultados de la primera fase de la Estrategia de Comunicación del Proyecto de Fortalecimiento del Centro de Escucha, desarrollada entre septiembre y octubre de 2025. Se estructura en tres fases metodológicas articuladas:

Fase 1 – Alistamiento: planeación y diseño operativo.

Fase 2 – Diagnóstico y Plan de Contingencia: recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, creación de contenidos experimentales y evaluación técnica

Fase 3 – Identificación de Estrategia: interpretación de resultados y formulación de la narrativa comunicativa institucional definitiva. En general, el propósito de este informe es sistematizar los avances logrados en la estrategia de comunicación, evidenciar los hallazgos del diagnóstico y justificar las decisiones técnicas y narrativas adoptadas. Su enfoque combina rigor académico y análisis argumentativo, reconociendo la comunicación como una práctica transformadora que incide en la salud mental universitaria.

4.2 Metodología

El diagnóstico de las estrategias de comunicación en salud mental se enmarca en un enfoque mixto que combina herramientas cuantitativas y cualitativas, con el fin de obtener una comprensión integral de los contenidos consumidos por los estudiantes en cuento a los hábitos, percepciones y necesidades comunicativas de la comunidad universitaria. El carácter participativo del proyecto permitió involucrar a profesionales de la salud, comunicadores y estudiantes en las distintas fases, asegurando la validez contextual y cultural de los hallazgos.

El diseño empleado fue exploratorio descriptivo, orientado a identificar patrones de consumo de información, evaluar productos comunicativos experimentales y validar narrativas adecuadas para la estrategia institucional. En total participaron setenta personas, entre mujeres y hombres, y fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple. El trabajo se estructuró en tres fases:

Figura 1. Fases metodológicas de la estrategia de comunicaciones



Fase 1 - Alistamiento
Estructuración del equipo, planificación técnica, diseño de instrumentos y definición de ejes de comunicación.

Fase 2 - Diagnóstico y plan de contingencia
Aplicación de encuestas y entrevistas, análisis de tendencias digitales, redacción y prueba de guiones.

Fase 3 – Identificación de Estrategia
Interpretación de resultados y formulación del modelo de comunicación definitiva.

Se emplearon instrumentos de recolección de datos la encuesta en línea, la revisión de tendencias digitales, el contenido audiovisual y entrevistas semiestructuradas. Las encuestas se aplicaron en línea, para la revisión de tendencias se usó herramientas como Google Trends y YouTube Trends. Por su parte, las entrevistas estuvieron enfocadas en las percepciones sobre salud mental, hábitos digitales y credibilidad de las fuentes, para el análisis audiovisual se revisaron guiones, entrevistas grabadas y materiales piloto publicados en redes institucionales.

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta un proceso de codificación temática en cuanto a los datos cualitativos, esto ayudó a identificar patrones discursivos y emocionales, las narraciones se clasificaron según tono (serio, empático, humorístico) y tipo de contenido (educativo, testimonio, activismo). En cuanto al análisis cuantitativo, se empleó Excel para tabular las respuestas y generar tablas y gráficos estadísticos.

Se garantizó el consentimiento informado de todos los participantes y la confidencialidad de sus testimonios. Los datos se emplearon exclusivamente para fines académicos e institucionales. Además, los contenidos de prueba fueron revisados por profesionales de salud mental para evitar interpretaciones erróneas o potencialmente dañinas.

4.3 Resultados

El desarrollo de la primera etapa de la Estrategia de Comunicación del Proyecto de Fortalecimiento del CE de la Universidad del Magdalena permitió establecer un panorama amplio sobre la percepción de la salud mental, los hábitos de consumo digital y la pertinencia de los mensajes institucionales. Se recopilaron datos de 70 participantes, entre ellos eran 68% mujeres y 32% hombres, con edades entre los 20 y 39 años. Este perfil confirma la importancia de focalizar los contenidos en jóvenes universitarios y profesionales emergentes, principales consumidores de narrativas digitales sobre bienestar emocional.

Se elaboraron instrumentos de recolección de información, tales como encuestas digitales, guías de entrevista y formatos de análisis de contenido audiovisual. Asimismo, se establecieron los protocolos técnicos de producción, incluyendo el diseño del archivo audiovisual institucional, la estandarización de la nomenclatura de archivos y la habilitación de un soporte de almacenamiento de 4 TB para el registro sistemático de materiales. El producto de esta fase fue un cronograma de producción inicial vinculado al calendario académico 2025-II (ver anexo 4).

Fase 2. Diagnóstico y Plan de Contingencia

Al caracterizar la muestra se identificó que el 82% de los participantes tenían entre 20 – 39 años y el 18% menos de 20 años (ver tabla 1), además, el 68% fueron mujeres y el 32% hombres (ver tabla 2).

Tabla 1. Edades de los participantes

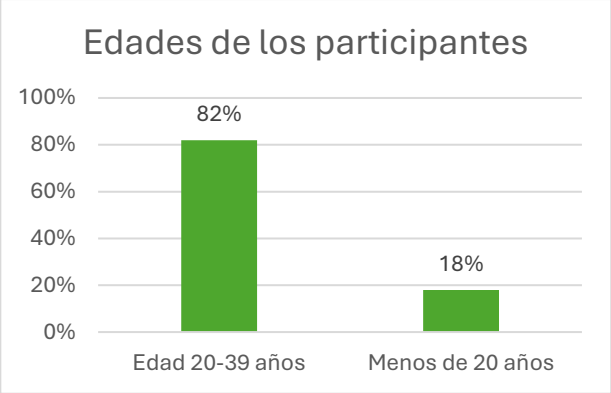
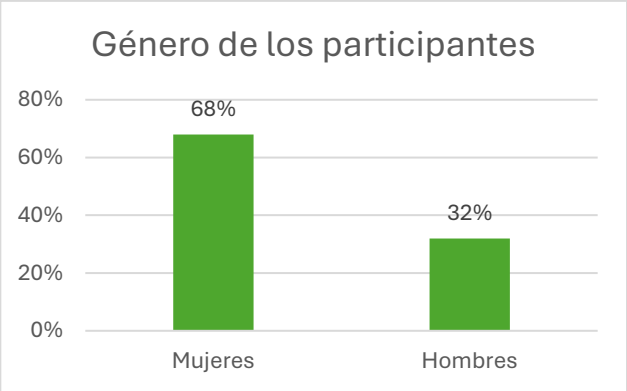
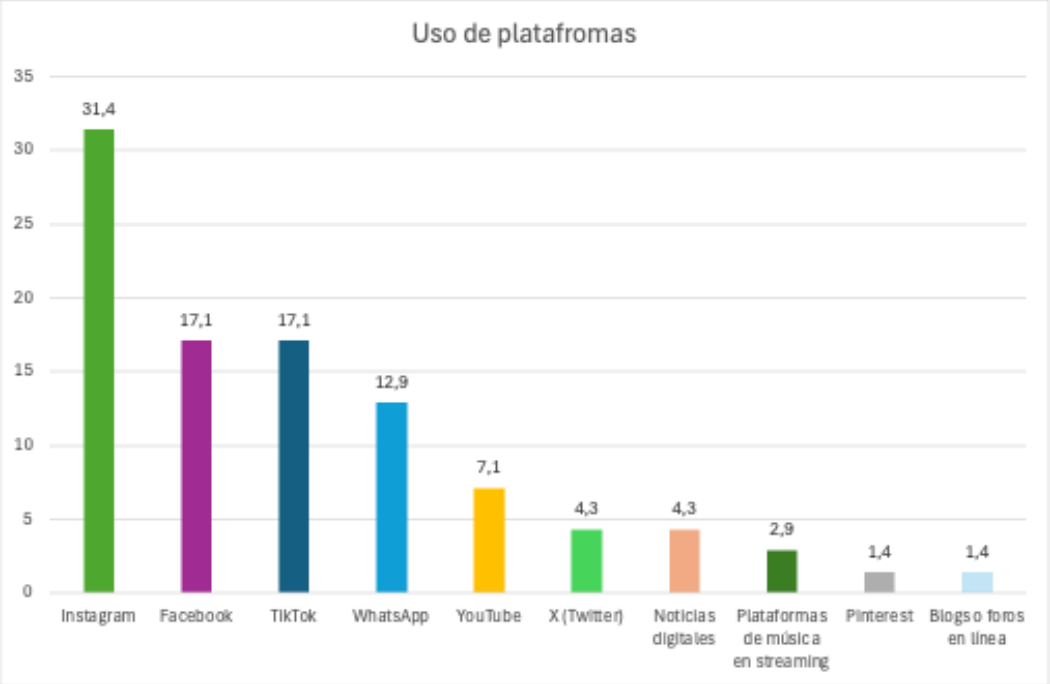


Tabla 2. Género de los participantes



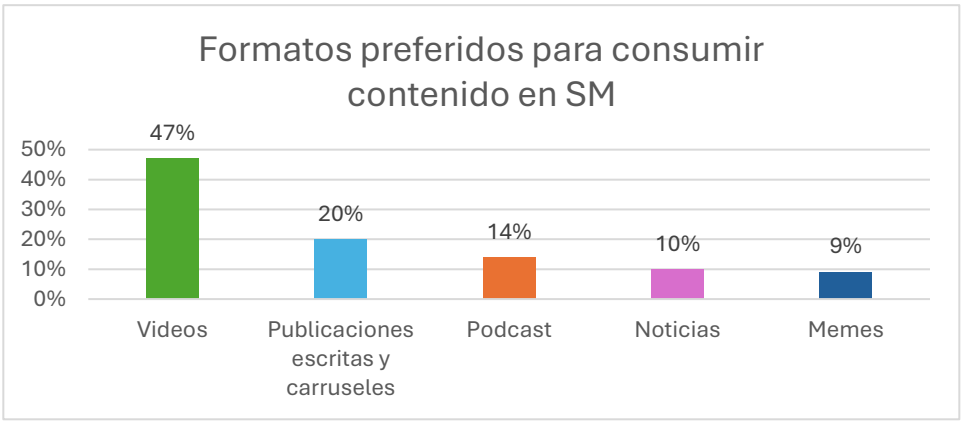
El diagnóstico se hizo para reconocer el uso de plataformas, formatos preferidos para contenido en Salud Mental y la percepción acerca de los servicios de salud mental en Santa Marta. En cuanto al uso de plataformas se identificó que Instagram es la plataforma es la más prevalente con un 31,4%, seguida de Facebook y Tik Tok con 17, 1% cada una, WhatsApp con 12,9%, YouTube con 7,1%, X y noticias digitales con 4,3% cada una, 2,9% plataformas de música en Streaming, por último Pinterest y Blogs o foros en línea con 1,4% cada una (ver tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de plataformas empleadas por los participantes



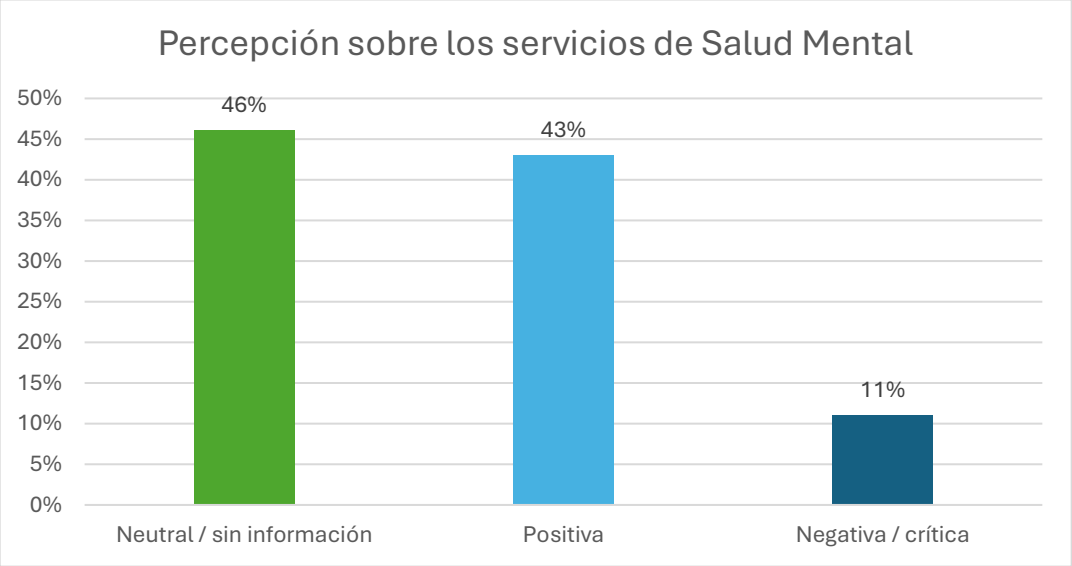
Al consultar por los formatos preferidos para consultar contenido sobre salud mental se pudo reconocer que vídeo fue el más prevalente con 47%, seguido de publicaciones escritas y carruseles con 20%, podcast con 14%, noticias con 10% y memes con 9%, tal como se evidencia en la tabla 4.

Tabla 4. Formatos preferidos para consumir contenido sobre Salud mental



Al explorar sobre la percepción de los servicios de salud mental en Santa Marta, se identificar que la mayoría de las personas tienen una percepción neutra (46%), seguida de una positiva (43%) y por último negativa (13%).

Tabla 5. Percepción sobre los servicios de salud mental en Santa Marta



Estos datos se complementan con las entrevistas que permitieron comprender las percepciones, emoción y narrativas asociadas a la salud mental en la comunidad universitaria. Los testimonios revelaron tanto avances en la sensibilización como persistencia del estigma, sobre esto los participantes expresaron:

> *"Todavía es un tema tabú, la mayoría de la gente no lo ve como algo importante"* (P1)
>
> *"Algunos lo ven como algo positivo, pero otros todavía piensan que pedir ayuda es de personas débiles"* (P2)
>
> *"He visto publicaciones que normalizan problemas graves, como frases de productividad extrema o diagnósticos sin respaldo profesional"* (P3)

Estas declaraciones ilustran la ambivalencia cultural existente: mientras crece la apertura hacia el autocuidado, subsiste la idea de que la atención psicológica implica vulnerabilidad.

Se identificaron además expresiones recurrentes que configuran un glosario emocional de uso cotidiano: *"prefiero mi salud mental", "modo colapso", "estoy saturado", "necesito resetearme".*

Durante esta fase se produjeron más de 20 entrevistas audiovisuales y 11 guiones sobre bienestar, ansiedad y prevención del suicidio. La fase 2 permitió reconocer que la comunidad universitaria esta interesada en hablar de salud mental, sin embargo, necesita canales institucionales confiables y un lenguaje emocionalmente cercano. Los datos cuantitativos evidencian la relevancia de Instagram y los videos breves como medios de mayor alcance, mientras que los resultados cualitativos revelan una tensión entre el discurso público de bienestar y las experiencias personales de estrés y soledad.

Fase 3. Identificación de estrategia

I. Construcción de la narrativa comunicación en salud mental

Se buscó identificar una narrativa institucional de los contenidos informativos y divulgativos alrededor de la salud mental, para esto fue necesario la realización de talleres colaborativos que incluyeron estudiantes, psicólogos y comunicadores, todo esto con el propósito de asegurar que los mensajes reflejen las voces reales de la comunidad. En ese sentido, inicialmente se proponen tres principios clave que orienta el proceso de comunicación:

- Empatía: reconocer las emociones sin juicio, haciendo uso de testimonios y expresiones reales para humanizar las experiencias de los miembros de la comunidad académica.
- Prevención: visibilizar las rutas de ayuda disponibles como el Centro de Escucha y las demás dependencias encargadas de prestar servicios a nivel institucional.
- Participación: integrar a la comunidad en la creación de contenidos a través de concursos de videos cortos, de interacciones a través de historias de Instagram con cajas de preguntas, que permita a los participantes generar canales de comunicación directa.

Este ejercicio sintetizó el lema: “Comunicar para cuidar”, que enmarca una aproximación ética y transformadora. La línea editorial multicanal se diseñó para ser flexible, permitiendo feedback en tiempo real, difusión en redes sociales con recursos gráficos, testimoniales y educativos, asegurando la accesibilidad al público (subtítulos y descriptores).

II. Articulación institucional

Para asegurar la sostenibilidad, se plantea la creación de un Comité Institucional de Comunicación y Salud Mental, conformado por representantes de Bienestar Universitario, Desarrollo estudiantil, el Programa de atención Psicológica (PAP) y la oficina de comunicaciones de la Universidad, con el fin de coordinar mensajes, revisar contenidos y unificar criterios éticos, incorporando prácticas de proyección y revisión de material a divulgar. Este comité podrá fomentar alianzas con otras Instituciones de Educación Superior y otros medios para promover la divulgación del material generado.

III. Sistema de seguimiento y evaluación

El sistema de seguimiento es integral, con monitoreo de indicadores que permita medir impacto y ajustar en tiempo real de acuerdo con los resultados obtenidos a medida que se realiza el monitoreo. Por lo anterior se plantean los siguientes indicadores:

- Alcance e impresiones de publicaciones: Usando analytics de redes sociales para rastrear vistas únicas y cobertura demográfica.
- Interacciones: Comentarios, mensajes directos, compartidos, reacciones y tasas de clics en enlaces a rutas de ayuda.
- Participación en actividades presenciales del Centro de Escucha: Número de asistentes a talleres y consultas derivadas de campañas.
- Retroalimentación cualitativa: Encuestas post-evento y análisis percepciones en comentarios, utilizando herramientas como Forms para capturar opiniones sobre pertinencia y tono.

Esta fase consolidó el tránsito de la investigación diagnóstica hacia la formulación estratégica, revelando que una comunicación efectiva en salud mental debe ser dinámica y guardar coherencia entre discurso,

imagen y práctica institucional. Los aprendizajes incluyen la importancia de la co-creación para superar estigmas, la necesidad de integración tecnológica y la necesidad de generar campañas para posicionar a la Universidad del Magdalena como referente regional en comunicación universitaria para el bienestar emocional. Esto se alinea con estudios que dan cuenta de experiencias exitosas en el uso de tecnologías de la información como estrategia basada en comunidades, para educar en salud (Cárdenas et al., 2020). El lema "Comunicar para cuidar" resume una postura ética: informar, acompañar y escuchar.

Discusión

Los resultados de la estrategia de comunicación desarrollada para el Centro de Escucha de la Universidad del Magdalena, que incluye el desarrollo y producción de contenido informativo y divulgativo, confirman que la salud mental, como campo de acción institucional, requiere un enfoque comunicativo integral y multifacético. Este enfoque debe articular la investigación social con la innovación narrativa, el uso responsable de plataformas digitales y la colaboración intersectorial, evitando riesgos como la desinformación o la banalización de temas sensibles (Reyes, 2025). La estrategia de comunicación propuesta destaca por su énfasis en narrativas locales y digitales, adaptadas a la diversidad cultural del Magdalena.

En consonancia con la literatura contemporánea sobre comunicación en salud, los hallazgos evidencian que los jóvenes universitarios valoran contenidos breves, auténticos y empáticos, que fomentan aprendizaje y sensibilización (Carton et al., 2024). Las entrevistas revelaron desconfianza hacia discursos institucionales distantes, prefiriendo testimonios visuales validados, lo que resalta la necesidad de transparencia y validación profesional para construir confianza. En el caso de la Universidad del Magdalena, el diagnóstico demostró que el Centro de Escucha posee reconocimiento nominal, pero escasa apropiación simbólica. Esto significa que muchos estudiantes conocen su existencia, pero no lo identifican como un espacio cercano o emocionalmente accesible. Esta brecha se asocia a determinantes sociales más amplios, entre los que se puede considerar la persistencia de estigmas culturales frente a la salud mental y falta de estrategias visuales coherentes con las prácticas juveniles.

El análisis comparado de las fases muestra que la transición del diagnóstico a la estrategia fue posible gracias a la integración de métodos mixtos, donde el componente cualitativo aportó profundidad interpretativa y el cuantitativo brindó soporte empírico. Este equilibrio permitió construir una visión más humana y contextualizada de la salud mental universitaria.

La comunicación, se convierte así en una herramienta de transformación cultural, educando emocionalmente y promoviendo redes de apoyo, con impactos potenciales en reducción de deserción académica y mejora del rendimiento (Zapata et al., 2021). Institucionalmente, el proyecto demuestra viabilidad de estrategias basadas en pertinencia cultural (códigos lingüísticos locales), validación profesional y participación comunitaria (involucrar a los facilitadores en salud mental en la creación de contenido), evolucionando el Centro de Escucha hacia un laboratorio de bienestar colectivo. Esto se alinea con políticas nacionales que abordan determinantes sociales y promueven inclusión (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024). Sin embargo, desafíos como la saturación digital requieren monitoreo continuo para mantener relevancia.

Limitaciones

Aunque el proyecto de fortalecimiento del Centro de Escucha representa un avance significativo en la promoción de la salud mental universitaria mediante estrategias de comunicación adaptadas al contexto colombiano, sus limitaciones metodológicas, técnicas y contextuales deben reconocerse para contextualizar sus hallazgos y guiar mejoras futuras.

Una restricción principal reside en la cobertura muestral limitada, con solo 70 participantes distribuidos en niveles geográficos, lo que proporciona una visión inicial representativa pero insuficiente para capturar la

diversidad plena de la comunidad universitaria, incluyendo programas académicos variados, sedes regionales o comunidades diversas como estudiantes indígenas, rurales o de bajos recursos socioeconómicos. Esta limitación es común en investigaciones sobre salud mental en América Latina, donde barreras como el acceso desigual a participantes y recursos financieros restringen el tamaño y la representatividad de las muestras. Además, la ausencia de una medición longitudinal impide evaluar la evolución temporal de las percepciones y comportamientos relacionados con la salud mental, capturando durante los meses de septiembre y octubre de 2025 información para el presente informe.

Las perspectivas futuras deben considerar la creación de un Observatorio Universitario de Comunicación y Salud Mental, enfocado en monitoreo permanente de tendencias discursivas y emocionales, que podría colaborar con redes universitarias, para generar datos comparativos y longitudinales. Asimismo, integrar la estrategia al sistema de comunicaciones implementado por diversas dependencias a nivel institucional para fomentar sinergias con programas de cultura y deporte, promoviendo enfoques colectivos que aborden determinantes sociales. Otra propuesta es el desarrollo de un repositorio digital abierto con materiales educativos, facilitando replicación, uso de información por parte de miembros de la comunidad externa.

Conclusiones

Este informe ilustra cómo la comunicación estratégica en salud mental trasciende el intercambio informativo para convertirse en una herramienta para educar sobre resiliencia y empatía en entornos universitarios, que permite a demás prevenir estigmas y empoderando a las comunidades. En primer lugar, la pertinencia institucional de estas iniciativas se manifiesta en el fortalecimiento del compromiso de la Universidad del Magdalena con el bienestar emocional, mediante estrategias con soporte científico que se alinean con políticas públicas educativas.

En segundo lugar, el valor del diagnóstico radica en su capacidad para identificar canales eficaces como Instagram y Tik Tok, transformando interacciones digitales en escenarios preventivos y educativos; investigaciones sobre hábitos digitales en universitarios colombianos validan que plataformas visuales aumentan el engagement y la retención de mensajes de autocuidado. Tercero, el impacto narrativo y técnico de las fases iniciales se evidencia en productos como guiones audiovisuales que integran rigor científico con empatía, estableciendo un laboratorio narrativo sostenible.

Cuarto, la exploración revela una transformación cultural en la percepción del autocuidado, donde expresiones como “prefiero mi salud mental” simbolizan un cambio generacional impulsado por comunicación cercana. Finalmente, la proyección institucional consolida a la Universidad del Magdalena como referente, integrando ciencia y tecnología para el bienestar estudiantil que eleven el uso de servicios y contribuya a un espacio académicos con más educación relacionada con temas de salud mental.

Referencias

Adam., M., Chase, R., McMahon, S., Kuhnert, K., Johnstin, J., Ward, V., Prober, C. & Bärnighausen, T. (2021). Design preferences for global scale: a mixed-methods study of“glocalization” of an animated, video-based health communication intervention. *BMC Public Health. 21*.1223. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11043-w

Agudelo, A. (2025). Aportes de las aplicaciones móviles a la salud de estudiantes universitarios en Medellín. *Anagramas Rumbos y Sentidos de la Comunicación. 24* (47). 1 - 23. https://doi.org/10.22395/angr.v24n47a10

Arias, F., Garibello, C., Dávila, D., Serna, M y Solórzano, M. (2025). Anxiety and Depression Among University Students in Cali, Colombia: A Cross-Sectional Analysis of the Prevalence and Contributing Factors. *Int J Environ Res Public Health. 22* (9). https://doi.org/10.3390/ijerph22091445

Barrios, A. (2024). Information Consumption Habits of Young Colombian University Students. *Journalism and Media. 5.* 915–932. https://doi.org/10.3390/journalmedia5030058

Benítez, J., Restrepo, D., Navarro, E. y Clemente, V. (2025). Longitudinal effects of stress in an academic context on psychological well-being, physiological markers, health behaviors, and academic performance in university students. *BMN Psychology. 13*(743). 1 – 14. https://doi.org/10.1186/s40359-025-03041-z

Cárdenas, P., Bartels, S., Cruz ,V., Gáfaro, L., Uribe, J., Torrey, W., Castro, S., Cubillo, L., Williams, M., Marsch, L., Oviedo, D. y Gómez, C. (2020). Perspectives, Experiences, and Practices in the Use of Digital Information Technologies in the Management of Depression and Alcohol Use Disorder in Health Care Systems in Colombia. Qualitative Health Research.;30(6):906-916. doi:10.1177/1049732320902460

Carton, L., Martín , A., Gragera, R., Sanz, M., Muriel, A., Mirón, R. y Gigante, C. (2024). Uso de redes sociales como fuente de información sobre salud y alfabetización digital en salud en población general española. *Rev Esp Salud Pública. 98*. 1 – 10.

Devendorf, A. R., Wilson, S., y Ingram, W. M. (2025). Reducing mental health stigma in academia: Assessing the acceptability of a first-person narrative program. Psychological Services, 22(2), 324–336. https://doi.org/10.1037/ser0000908

Lei, T., Deng, Y., Yang, R. y Li, Z. (2025). The Application of Interactive Narrative in the Health Knowledge Visualization. In: Duffy, V.G. Digital Human Modeling and Applications in Health, Safety, Ergonomics and Risk Management. HCII 2025. Lecture Notes in Computer Science. Springer. 210 – 226. https://doi-org.ezproxy.uninorte.edu.co/10.1007/978-3-031-93502-2_14

Manobanda, M., Rivera, L., López, S., y Rivera, S., (2024) Salud y bienestar en la era digital en América Latina durante los últimos diez años. *Reincisol, 3*(6). 5067-5087.

https://doi.org/10.59282/reincisol.V3(6)5067-5087

Martínez-Hernáez, A., DiGiacomo, S. M., Carceller-Maicas, N., Correa-Urquiza, M., & Martorell-Poveda, M. A. (2023). Mental health research in South America: Psychiatrists and psychiatry trainees' perceived resources and barriers. *Global Mental Health, 10*. https://doi.org/10.1017/gmh.2023.65

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Orientaciones para el desarrollo de la información en salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-informacion-pic.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Política Nacional de Salud Mental 2024-2033. https://www.minsalud.gov.co/Anexos_Normatividad_Nuevo/Document-2025-01-17T111829_306.pdf

Ramalho, R., Chappe, V., Álvarez, L., Argomedo, G., Rivera, G., Bonay, L., Libuy, J., Cuellar, M., Cevallos, D. y González, J. (2023). Mental health research in South America: Psychiatrists and psychiatry trainees' perceived resources and barriers. *Global Mental Health.10*(66). 1 – 7. https://doi.org/10.1017/gmh.2023.58

Reyes, A. (2025). Redes sociales: entre la información y desinformación en la era digital. *Universita Ciencia. 13*(36). 84 – 94. https://doi.org/10.5281/zenodo.15120899

Zapata, J., Patiño, D., Vélez, C., Campos, S., Madrid, P., Pemberthy, S., Pérez, A., Ramírez, P. y Vélez, V. (2021). Intervenciones para la salud mental de estudiantes. universitarios durante la pandemia por COVID-19: una síntesis crítica de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría. 50*(3). 199 – 213. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.04.007

Tablas de métricas de participación digital

En este anexo se presentan las tablas generadas a partir de la base de datos recolectados durante la aplicación de la estrategia de comunicaciones. Se presentan las tablas sobre edades, género, el uso de plataformas digitales, formatos de contenido preferidos, percepción de servicios de salud mental y frecuencia de términos y expresiones más buscadas en plataformas digitales.

Cada gráfico fue elaborado a partir de los datos tabulados en Microsoft Excel, lo que permite visualizar de manera clara las tendencias descritas en el texto principal del informe.

Tabla 1. Porcentaje de género de los participantes

Género	**Porcentaje**
Mujer	68%
Hombre	32%

Tabla 2. Porcentaje de rango de edades

Edades	Porcentaje
Edad 20-39 años	57 (82 %)
Menos de 20 años	13 (18%)

En las tablas 1 y 2 se evidencia que hubo una mayor participación de mujeres y el rango de edad predominante fue de 20-39 años.

Tabla 3. Plataformas consultadas por los participantes

Plataforma	**Porcentaje**
Instagram	31,4
Facebook	17,1
TikTok	17,1
WhatsApp	12,9
YouTube	7,1

X (Twitter)	4,3
Noticias digitales	4,3
Plataformas de música en streaming	2,9
Pinterest	1,4
Blogs o foros en línea	1,4

La tabla 3 presenta las diferentes plataformas que consultan los participantes, destacándose entre ellas, Instagram, Facebook y TikTok.

Entre los formatos preferidos para ver contenido sobre salud mental es más prevalente es video, tal cual se evidencia en la tabla 4.

Tabla 4. Formatos preferidos para consultar contenido sobre salud mental

Formato	**Porcentaje (%)**
Videos	47%
Publicaciones escritas y carruseles	20%
Podcast	14%
Noticias	10%
Memes	9%

En esta exploración también se consultó sobre las percepciones alrededor de los servicios de salud mental en la ciudad, encontrando los hallazgos de la tabla 5.

Tabla 5. Percepciones sobre servicios de salud mental en Santa Marta

Percepción	**Porcentaje**
Neutral / sin información	46%
Positiva	43%
Negativa / crítica	11%

Igualmente, se exploró información mediante Google Trends, acerca de los municipios del departamento que mayormente hacían búsquedas sobre salud mental, de esta manera se evidencia que Sitionuevo es el lugar en donde más se realizaron indagaciones sobre el tema, seguido de Fundación.

Tabla 6. Búsquedas de las palabras salud mental o relacionados por georeferenciación de búsquedas en GOOGLE

Municipio	Frecuencia de búsqueda
Sitionuevo,	100
Fundación	94
Santa Marta	57
Ciénaga	29

Tabla 7. Términos utilizados en las búsquedas en GOOGLE para referirse a salud mental en el Departamento del Magdalena

Temas	Frecuencia de búsqueda
Salud mental	100
Que es salud mental	12
Salud mental en adolescentes	1

Anexo 2. Cuestionario sondeo uso de redes sociales para consulta de temas en salud mental

1. Edad
2. Sexo
3. ¿A qué te dedicas actualmente?
4. ¿Qué redes sociales o medios digitales usas con más frecuencia?
5. ¿En qué redes o medios sueles ver publicaciones relacionadas con bienestar o salud mental?
6. ¿Qué formatos te llaman más la atención? (videos, memes, publicaciones escritas, noticias, podcasts, etc.).
7. ¿Con qué dispositivo sueles consumir este tipo de contenidos?
8. ¿Qué palabras, frases o expresiones sueles escuchar o usar cuando se habla de salud mental?
9. ¿Conoces alguna jerga local o digital que se use para hablar del tema? (ej. expresiones entre jóvenes, memes, hashtags).
10. ¿Cómo sientes que se habla de la salud mental en Santa Marta?
11. ¿Qué tipo de comentarios has visto hacia las personas que buscan apoyo psicológico?
12. ¿Qué opinas de los servicios de salud mental que ofrecen instituciones como universidades, hospitales o fundaciones en la ciudad?
13. ¿Has escuchado sobre los servicios de salud mental de la Universidad del Magdalena? ¿Qué piensas de ellos?
14. ¿Conoces influencers, colectivos, líderes comunitarios o páginas en Santa Marta que hablen de salud mental o bienestar? ¿Cuáles?
15. ¿Recuerdas algún evento o campaña en Santa Marta que haya tratado este tema?
16. ¿Has visto contenidos en redes o medios que te parezcan preocupantes, desinformativos o de riesgo sobre salud mental? ¿Cuáles o de qué tipo?

17. Si conoces a alguien que haya tenido una mala experiencia al buscar ayuda o consumir contenidos de salud mental, describe la situación.

Anexo 3. Fragmentos de entrevistas

Transcripciones de Entrevistas

A continuación, se presentan las transcripciones textuales de las entrevistas realizadas en el marco de esta investigación. Las conversaciones se preservan en su totalidad para garantizar la fidelidad de las respuestas.

Entrevista 1

Pregunta: ¿Desde qué dispositivo accedes a contenidos de salud mental?

Respuesta: Siempre desde el celular, es más práctico.

Pregunta: ¿Qué plataformas utilizas con mayor frecuencia?

Respuesta: Principalmente Instagram y TikTok, a veces YouTube.

Pregunta: ¿Qué tipo de contenido te resulta más útil?

Respuesta: Videos cortos con consejos de autocuidado y testimonios de personas que han pasado por situaciones similares.

Entrevista 2

Pregunta: ¿Cómo sientes que se habla de la salud mental en la ciudad?

Respuesta: Muy poco, todavía es un tema tabú. La mayoría de la gente no lo ve como algo importante.

Pregunta: ¿Qué tipo de comentarios has visto hacia quienes buscan apoyo psicológico?

Respuesta: Algunos lo ven como algo positivo, otros todavía lo relacionan con debilidad.

Entrevista 3

Pregunta: ¿Has tenido alguna experiencia con contenido de riesgo en redes?

Respuesta: Sí, he visto publicaciones que normalizan problemas graves, como frases de productividad extrema o diagnósticos sin respaldo profesional.

VICERRECTORÍA DE EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL
Calle 29H3 No. 22-01
Bloque VIII, Piso 1
Santa Marta - Colombia PBX: (57-605) 438 1000 Ext. 3223
vicextension@unimagdalena.edu.co
www.unimagdalena.edu.co

Anexo 3.

CUIDARSE PARA CUIDAR

Un enfoque en alfabetización en salud mental

CUIDARSE

Alfabetización en salud mental

La salud mental es un estado de bienestar estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2022). A pesar de ser un componente esencial del desarrollo humano, el panorama global evidencia una crisis creciente, agudizada por barreras de acceso, desinformación y estigma.

Diversos estudios recientes exponen que la desinformación, el estigma y las barreras culturales siguen limitando la capacidad de las personas para identificar signos de malestar, buscar ayuda o brindar apoyo a otros. Investigaciones en universitarios latinoamericanos y europeos han encontrado niveles moderados-bajos de alfabetización en salud mental, acompañados de actitudes negativas hacia la búsqueda de ayuda (Martínez-Líbano et al., 2024; Amado-Rodríguez et al., 2024). Asimismo, estudios recientes han demostrado que el estigma continúa siendo uno de los principales obstáculos para acceder a servicios de salud mental, afectando especialmente a jóvenes y poblaciones con menor acceso a recursos psicosociales (Gere & Salimi, 2025; Sawma et al., 2024).

Ante este panorama, la alfabetización en salud mental (Mental Health Literacy, MHL) se ha posicionado como una herramienta esencial para empoderar a las comunidades. La evidencia reciente indica que fortalecer la alfabetización en salud mental mejora las actitudes hacia la salud mental, aumenta la probabilidad de búsqueda de ayuda y reduce los estereotipos negativos (Zabaleta González et al., 2023; OMS & OPS, 2024). Adicionalmente, organizaciones internacionales como la OPS han promovido activamente programas educativos para mejorar la comprensión pública de la salud mental en contextos escolares y universitarios, destacando su importancia para la prevención y la promoción de la vida. Exponen que, la mejora de la alfabetización en salud mental es clave para la reducción de desigualdades y promoción del acceso a los servicios de salud (OPS, 2023)

Por lo tanto, se busca promover la salud mental en la comunidad universitaria mediante un curso virtual de alfabetización en salud mental que proporcione conocimientos básicos fundamentales y herramientas prácticas para fomenta el bienestar, la toma de decisiones informadas, la identificación temprana de señales de riesgo, la reducción del estigma y la prevención de problemas como el suicidio y el consumo de sustancias, fortaleciendo el autocuidado y las redes de apoyo.

Diseño del curso

Características generales del curso

Modalidad	Virtual
Público objetivo	Personas pertenecientes a la comunidad universitaria

Estructura de la temática	Una introducción, desarrollo del tema, refuerzo conceptual por medio de actividades cortas en clase y cierre reflexivo. Al finalizar cada unidad de llevará a cabo una evaluación.
Recursos	Vídeos, lecturas cortas, podcasts, infografías, foros, kahoots, quizzi y casos simulados

Objetivo del curso

Promover la salud mental en la comunidad universitaria mediante un curso virtual de alfabetización en salud mental que proporcione conocimientos básicos fundamentales y herramientas prácticas para fomentar el bienestar, la toma de decisiones informadas, la identificación temprana de señales de riesgo, la reducción del estigma y la prevención de problemas como el suicidio y el consumo de sustancias, fortaleciendo el autocuidado y las redes de apoyo.

Competencias del curso

Al finalizar el curso, los participantes:

Comprender los conceptos fundamentales y actuales de la salud mental, identificando creencias erróneas y estigmatizantes.

1. Analizar e identificar signos y señales de malestar emocional en uno mismo y en otros.

Aplicar estrategias prácticas de autocuidado e identificar las rutas de atención y recursos disponibles para brindar apoyo inicial.

Estructura general del curso y objetivos de cada unidad

Unidad 1: ¿Salud mental?

Objetivo: Comprender los conceptos clave de la salud mental, el estigma y la discriminación, y reconocer los problemas de salud mental más frecuentes en el contexto educativo, con el fin de identificar señales de riesgo.

Tema	Sub-tema	Vídeos
Conceptos	1. ¿Qué es salud mental? 2. Problema de salud mental 3. Trastorno mental 4. Determinantes sociales en salud mental	videocorto_07102025 videocorto_29102025 001ENTREVISTA_SaludMental.MOV 003ENTREVISTA_SaludMental.MOV 001ENTREVISTA_SaludMental.MOV 003ENTREVISTA_SaludMental.MOV 004ENTREVISTA_SaludMental.MOV 005ENTREVISTA_SaludMental.MOV
Estigma y discriminación	5. Actitudes, estereotipos, prejuicios y estigma 6. Estigma-discriminación: a) Estigma internalizado y externalizado; b) Estigma-discriminación y su impacto en la salud mental	006ENTREVISTA_PrevenciónSuicidio1.MOV ENTREVISTA004_PrevenciónSuicidio.MOV 005ENTREVISTA_SaludMental
Problemas de salud mental frecuentes en el contexto educativo	7. Depresión 8. Ansiedad 9. Conducta de autolesión y suicidio: a) Factores de riego y protectores; b) Señales de alarma; c) Niveles de riesgo 10. Esquizofrenia 11. Consumo de alcohol y otra sustancia.	Material Diana Agudelo Material Irene polo, esquizofrenia

VICERRECTORÍA DE EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL
Calle 29H3 No. 22-01
Bloque VIII, Piso 1
Santa Marta - Colombia PBX: (57-605) 438 1000 Ext. 3223
vicextension@unimagdalena.edu.co
www.unimagdalena.edu.co

Primeros auxilios psicológicos		Carpeta: Clips_11022025 clip: C0069 min 54

Unidad 2: Promoción de la vida y la esperanza

Objetivo: *Conocer los principios de la psicología positiva acerca de la salud mental e identificar estrategias para la promoción del bienestar.*

Tema	Sub-tema	Vídeos
Conceptos	1. ¿Cómo podemos entender la soledad?; b) ¿Cómo podemos identificar y afrontar la soledad? 2. Kit de herramientas para promover la esperanza (bienestar)	005ENTREVISTA_SaludMental.MOV

Unidad 3: Escuchar es cuidarte y hablar es sanar

Objetivo: Identificar las barreras culturales que dificultan la búsqueda de ayuda y reconocer las rutas de atención a nivel universitario, local y nacional con el fin de favorecer un acceso oportuno y efectivo a servicios de salud mental.

Tema	Sub-tema	Vídeos
Barreras culturales para la búsqueda de ayuda		006ENTREVISTA_PrevencionSuicidio3 ENTREVISTA004_PrevenciónSuicidio.MOV 002ENTREVISTA_PrevencionSuicidio.MOV
¿Cómo buscar ayuda? ¿Cómo hacerlo de manera efectiva?		ENTREVISTA004_PrevenciónSuicidio.MOV videocorto_01102025
Rutas de atención	1. Rutas de atención de la Universidad. 2. Rutas de atención de la ciudad y a nivel nacional.	Reel_09102025 Reel_10102025 005ENTREVISTA_RedApoyo 004ENTREVISTA_RedApoyo 001ENTREVISTA_RedApoyo

Unidad 4: salud mental en tiempos de IA

Objetivo: Comprender qué es la inteligencia artificial (IA) y sus implicaciones en la salud mental, sus riesgos y los principios éticos para usarla de manera critica e informada**.**

Tema	Sub-tema	Vídeos
¿Qué es la IA?		
Beneficios y riesgos del uso de IA para la salud mental		
Aspectos éticos en el uso de IA		

Otros recursos:

- 001ENTREVISTA_Bienestar.MOV
- 003ENTREVISTA_PrevenciónSuicidio.MOV
- Carpeta Clips: vídeo 4 (para replicar)
- Carpeta Videos_Talleres_Alfabetización : David Padilla Vídeos 004 y 005 (para replicar/incluir en rutas), Gresisy vídeo 0042 (actividad interesante para incluir en el curso)

Estructura general para los vídeos del curso

1. Apertura

- Saludo breve
- Presentación del tema
- Pregunta o dato llamativo

2. Propósito del video

- “Al finalizar este video podrás…” “el objetivo de este vídeo es...”

3. Desarrollo del contenido

- Idea clave 1 → explicación + ejemplo
- Idea clave 2 → explicación + ejemplo
- Idea clave 3 → explicación + mini síntesis

4. Actividad breve

- Foro/quizzi/kahoot/caso

5. Cierre

- Resumen de 1 idea fuerza
- Invitación a seguir
- Mensaje de reflexivo de acuerdo a la temática

6. Complemento

- Material complementario educativo como artículos científicos, páginas de organizaciones internacionales, vídeos informativo, infografías referentes al tema dado.

Definiciones y conceptos por unidad

Unidad 1: Ofrecer conocimientos en salud mental

1. Conceptos

1.1 ¿Qué es salud mental?

La salud mental es un estado de bienestar mental que permite que los individuos hagan frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollen habilidades, puedan aprender y trabajar adecuadamente y contribuyan a la mejora de su comunidad. Además, es un derecho humano fundamental y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.

1.2. Problema de salud mental

Se refiere a cualquier malestar emocional, conductual o psicológico que afecta el bienestar de un persona. Estos pueden presentarse en todos los ámbitos de la vida, incluidas las relaciones con familiares, los amigos o problemas en la escuela y el trabajo.

1.3. Trastorno mental

Según el DSM-V, los trastornos mentales son caracterizados por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Generan malestar o dificultades importantes y reflejan alteraciones en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo. Son diagnosticados por medio de criterios definidos, que ayudan a los profesionales a comprender mejor lo que le ocurre a la persona y ofrecer una atención adecuada. Los trastornos mentales tienen tratamientos eficaces.

1.4. Determinantes sociales en salud mental

Los determinantes sociales en salud (DSS) se pueden entender como aquellas circunstancias en las que una persona nace, crece, trabaja, vive y envejece. Estas condiciones de vida determinan en gran medida la salud de las personas.

Dentro del marco conceptual de los DSS se pueden identificar 2 tipos:

- Estructurales: hacen referencia al contexto socioeconómico y político en el que se produce y distribuye el poder y los recursos. La desigualdad en esta distribución se da en términos de clase social, género y etnia-raza, causando inequidad en el acceso a la salud y el bienestar de los diferentes grupos sociales.
- Intermedios: están relacionados a las condiciones de vida y trabajo específicas de cada persona, las cuales son más cercanas a su realidad cotidiana, tales como las condiciones de la vivienda, de empelo trabajo, de transporte.

De acuerdo a esto, la salud sigue un gradiente social. Es decir, entre más desfavorables e inequitativas sean las condiciones de vida de una persona, peor será su salud y tendrá menos años de vida sanos.

2. Depresión

Según el DSM-5, la depresión es un trastorno mental de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Es decir, este trastorno implica un estado de ánimo deprimido, con sentimientos persistentes de tristeza, perdida de interés en actividades que antes resultaban placenteras y sentimientos de desesperanza.

A diferencia de la tristeza pasajera, la depresión se mantiene en el tiempo durante largos periodos, por lo que afecta todas las esferas de la vida: las relaciones, tanto familiares, amorosas y amistosas; los estudios; y el trabajo. Esto implica que la depresión requiere intervención clínica profesional.

Los episodios depresivos pueden ser de tres tipos: leve, moderados o graves, dependiendo del número e intensidad de los síntomas, así como las consecuencias que estos tienen en funcionamiento cotidiano de la persona. Algunos de los síntomas presentes durante un episodio depresivo, son:

- Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, durante varios días.
- Sentirse irritado o frustrado.
- Disminución del interés en actividades que antes eran placenteras.
- Pérdida o aumento del peso y del apetito.
- Dificultades para dormir o dormir demasiado.
- Fatiga fácil o pérdida de la energía.
- Dificultad para concentrarse.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos.
- Pensamientos sobre la muerte o el suicidio.

3. Ansiedad

Según el DSM-5, la ansiedad se entiende como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Quienes tienen un trastorno ansioso, experimentan miedo y preocupación de manera intensa y excesiva por largos periodos de tiempo.

La ansiedad puede interferir con las actividades diarias de las personas, deteriorando su vida familiar, social, escolar o laboral. Así mismo, esta aumenta el riesgo de desarrollar depresión y trastornos por consumo de drogas, al igual que pensamientos y comportamientos suicidas. Algunos de los síntomas que se experimentan en un trastorno por ansiedad, son:

- Impaciencia, miedo o malestar emocional intenso ante eventos futuros.
- Irritabilidad, tensión o inquietud.
- Sensación de peligro inminente, de pánico o de que algo malo va a ocurrir.
- Dificultad para poner la mente en blanco.
- Dificultad para dormirse, para continuar durmiendo durante toda la noche, o sentir que el sueño fue inquieto e insatisfactorio.
- Náuseas o malestar abdominal, sudoración, palpitaciones o temblores.

4. Comportamiento de autolesión y suicidio

El suicidio es una de las principales prioridades en salud pública. Los costos económicos y humanos del comportamiento suicida para los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad hacen del suicidio un desafío que requiere respuestas rápidas.

A nivel mundial, aproximadamente de 800.000 personas mueren por suicidio cada año, una cifra que supera las muertes anuales por cáncer de mama y que se traduce en una muerte cada 40 segundos. En la Región de las Américas, cerca de 100.000 personas pierden la vida por esta causa anualmente. Sin embargo, estas cifras no reflejan toda la magnitud del problema ya que no incluye ni refleja el número de intentos de suicidio: por cada suicidio consumado, se estima que al menos 20 personas realizan un intento.

Cada suicidio o intento de suicidio constituye una tragedia personal profunda, con un efecto dominó que repercute de manera significativa en quienes rodean a la persona: familiares, amistades, compañeros y redes de apoyo. El impacto emocional, psicológico y social puede ser duradero y afectar a múltiples niveles.

El suicidio se concibe como el acto de quitarse la vida deliberadamente. Por otro lado, se denomina comportamiento suicida a una variedad de conductas que incluyen los pensamientos suicidas (ideación), la planificación, el intento de suicidio y el suicidio en sí. Se entiende intento de suicidio como cualquier comportamiento suicida no mortal, incluye la intoxicación o lesiones autoinfligidas intencionadas y la autolesión que puede o no tener una intención o resultados mortales.

La estigmatización asociada a la autolesión al suicidio puede repercutir negativamente en la búsqueda y recibir ayuda, los estudios, el empleo, la interacción social, sus familias, su hogar y otros derechos básicos que damos por sentado. Uno de los mayores pensamientos errados es creer que si se habla de suicidio se está alentando a alguien más a hacerlo, sin embargo, preguntar acerca de la auto lesión y suicido NO provoca actos de autolesión. A menudo, reduce la ansiedad asociada con los pensamientos o con los actos de autolesión y suicidio y ayuda a que la persona se sienta comprendida.

Es crucial comprender que la autolesión y suicidio son prevenibles. La eliminación del estigma y discriminación no solo salva vidas, sino que fomenta el bienestar de las familias y comunidades.

4.1. Factores de riesgo y protectores

1. Factores de riesgo

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), múltiples factores interconectados aumentan la vulnerabilidad de una persona al suicidio. Entre los más relevantes se encuentran:

- Problemas de salud mental

La depresión, la ansiedad y el consumo de sustancias son algunos de los factores más frecuentes que la OPS identifica como impulsores del riesgo suicida.

- Determinantes sociales y estructurales

El aislamiento social, la discriminación, la violencia y las desigualdades de género también elevan la vulnerabilidad.

Por ejemplo, un estudio reciente de la OPS resalta que el desempleo tiene una fuerte asociación con el suicidio tanto en hombres como en mujeres.

- Acceso a medios letales

La disponibilidad de armas de fuego o sustancias tóxicas puede facilitar la consumación y planeación de un intento suicida.

- Factores económicos

La inestabilidad financiera, el desempleo y la inseguridad económica son señalados por la OPS como riesgos que se han intensificado en ciertas poblaciones.

- Estigma y barreras para buscar ayuda

Según la OPS, el estigma asociado a los problemas de salud mental reduce la búsqueda de apoyo profesional y social.

- Eventos de vida estresantes

Experiencias como pérdidas, crisis familiares, traumas o violencia contribuyen al riesgo. (Apoyado también por guías internacionales)

- Antecedentes personales

Intentos previos de suicidio son uno de los predictores más potentes de riesgo.

Otros factores incluyen enfermedades crónicas, dolor persistente o discapacidad

2. Factores protectores

La prevención del suicidio también se basa en fortalecer condiciones y capacidades que reducen la probabilidad de ideación o acción suicida. Algunos de estos factores protectores son:

- Apoyo social y redes comunitarias

La pertenencia a una red de apoyo (familia, amigos, comunidad) actúa como amortiguador frente al riesgo suicida. La OPS promueve la construcción de comunidades más cohesionadas para este fin.

Crear rutas de atención accesibles y servicios integrales es clave para prevenir conductas suicidas.

- Competencias socioemocionales

Habilidades como la resolución de problemas, la autorregulación emocional, la esperanza y la autoestima son factores protectores importantes (apuntados también por literatura académica).

- Cohesión familiar

El apoyo familiar, la comunicación saludable y la cohesión pueden reducir el riesgo.

- Valores culturales, espirituales o religiosos

Las creencias positivas, la espiritualidad y la integración en prácticas culturales pueden aportar un sentido de propósito y protección.

- Información responsable y sensibilización

Educación pública sobre salud mental, reducción del estigma y cobertura mediática responsable son componentes esenciales en la prevención.

4.2 Señales de alarma

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatizan que el reconocimiento temprano de señales de alerta es una de las estrategias más efectivas para la prevención del suicidio. Identificar estos signos permite activar ayuda inmediata y reducir el riesgo de que una conducta autolesiva se concrete.

Señales verbales

Las señales verbales reflejan pensamientos de desesperanza, inutilidad o deseo de morir. De acuerdo con la OPS:

- Frases como “No vale la pena seguir” o “Desearía no existir” deben considerarse señales de alarma.
- Expresiones relacionadas con sentirse una carga, perder el propósito o hablar de la muerte de forma reiterada.

Señales conductuales

Según la OPS, los cambios conductuales abruptos o inusuales pueden indicar riesgo suicida. Entre los más comunes:

- Aislamiento social o alejamiento repentino de actividades habituales.
- Regalar objetos significativos o poner "asuntos en orden".
- Buscar métodos para hacerse daño, como buscar información en internet o adquirir sustancias / herramientas peligrosas.
- Cambios bruscos en el comportamiento, como irritabilidad, euforia repentina después de un período depresivo, impulsividad o descuido de la higiene.

La OPS y la OMS coinciden en que estas señales deben considerarse indicadores serios, incluso si parecen ambiguos. Una sola señal puede justificar una intervención preventiva, y varias señales juntas elevan sustancialmente el riesgo.

4.3 Niveles de riesgo

Los niveles de riesgo ayudan a orientar la urgencia de la intervención y el tipo de atención que la persona necesita. Diversas organizaciones (OMS, OPS, APA, NICE) coinciden en que deben evaluarse la ideación, el plan, la intención, los medios disponibles, los antecedentes y los factores psicosociales.

1. Riesgo Bajo

La persona presenta ideación suicida pasiva, sin intención, sin plan y sin medios disponibles.

Características:

- Expresa desear "dormir y no despertar" o no querer existir, pero niega querer hacerse daño.
- No hay plan, medios ni intención actual.
- Cuenta con redes de apoyo estables.
- Factores protectores presentes (familia, proyectos, creencias, soporte comunitario).

2. Riesgo Moderado

Existe ideación suicida activa, pero aún sin un plan claramente estructurado o con baja letalidad. Puede haber ambivalencia.

Características:

- La persona piensa en hacerse daño y describe formas generales ("tomar pastillas", "hacer algo"), pero sin un plan detallado.
- Puede haber sufrimiento emocional intenso.
- Red de apoyo limitada o inconsistente.
- Historia de intento previo no reciente.

Acciones recomendadas:

- Evaluación clínica urgente.
- Elaboración de un plan de seguridad.
- Monitoreo frecuente.

- Derivación a salud mental (psicología/psiquiatría).

3. Riesgo Alto

Existe plan suicida claro, intención y/o acceso a medios letales.

Características:

- Plan estructurado (cómo, cuándo, dónde).
- Intención manifiesta ("sí lo voy a hacer", "estoy decidido").
- Acceso a medios (armas, medicamentos, alturas, cuerdas).
- Intento suicida reciente (días o semanas).
- Ansiedad, desesperanza o agitación marcada.
- Factores psicosociales severos (violencia, pérdidas recientes, aislamiento).

Acciones recomendadas:

- Intervención inmediata.
- No dejar sola a la persona.
- Derivación urgente a atención de emergencia (hospital, urgencias).
- Posible hospitalización según evaluación clínica.

5. Esquizofrenia

Según el DSM-5, la esquizofrenia es un trastorno mental que se caracteriza por una alteración importante en la forma en la que una persona percibe la realidad. Este trastorno causa un deterioro funcional grave que afecta las esferas familiares, sociales, académicas y laborales. De acuerdo a la OMS, quienes padecen esquizofrenia suelen estigmatizados y vulnerados, lo que causa que los derechos humanos de estas personas se vean afectados, impactando de forma negativa su acceso a atención medica general, a la educación, la vivienda y el empleo.

Algunos de los síntomas y cambios comportamentales en la esquizofrenia, según la OMS, son:

- Presencia de ideas delirantes: creencias errores sobre la realidad, a pesar de tener pruebas tangibles de que no es cierto.
- Alucinaciones: las personas pueden ver, oír, sentir, oler y tocar cosas que no están presentes.
- Vivencia de influencias, control o pasividad: sentir que los pensamientos, impulsos o acciones no son generados por uno mismo, si no colocados o retirados por otros, o sentir que los pensamientos son trasmitidos a otros.
- Pensamientos desorganizados, discurso confuso o incoherente.
- Comportamiento desorganizado. Por ejemplo: mostrar reacciones emocionales impredecibles o inapropiada.
- Habla limitada, emociones restringidas, incapacidad para experimentar placer o interés y retraimiento emocional.
- Agitación extrema o movimientos lentos.

6. Consumo de alcohol y otras sustancias

El trastorno por consumo de sustancias (TCS) se refiere al uso problemático de alcohol, drogas u otros fármacos recetados. La persona consume de manera excesiva y continúa haciéndolo a pesar de las consecuencias negativas, lo que interfiere con su funcionamiento diario. Los casos más severos suelen conocerse como adicciones.

Quienes padecen un TCS pueden presentar alteraciones en sus pensamientos y conductas. Las modificaciones en la estructura y el funcionamiento del cerebro generan deseos intensos de consumir, variaciones en la personalidad y comportamientos inusuales. Esto puede afectar su capacidad de juicio, la toma de decisiones, el aprendizaje, la memoria y el autocontrol.

Estos cambios pueden persistir incluso después de que pasan los efectos inmediatos de la sustancia. Cuando la persona experimenta dichos efectos, se denomina "período de intoxicación", caracterizado por un aumento del placer, la euforia, la relajación o una percepción intensificada, que varía según la sustancia. Algunas personas desarrollan tolerancia, lo que significa que necesitan dosis cada vez mayores para lograr los mismos efectos.

El Instituto Nacional de Abuso de Drogas señala que las personas consumen sustancias por diversas razones, entre ellas:

- Para sentirse bien: experimentar placer, euforia o un estado de “high”.
- Para sentirse mejor: reducir el estrés, evadir problemas o adormecer emociones.
- Para rendir mejor: mejorar el desempeño físico o cognitivo.
- Por curiosidad, presión social o deseo de experimentar.

Los síntomas del TCS se organizan en cuatro grupos principales:

1. Dificultad para controlar el consumo: deseos intensos de consumir, intentos fallidos por reducir o dejar la sustancia.
2. Problemas sociales: incumplimiento de responsabilidades en el trabajo, escuela o hogar; abandono o reducción de actividades importantes por el uso de sustancias.
3. Consumo riesgoso: exposición a situaciones peligrosas para obtener o consumir la sustancia.
4. Efectos fisiológicos de la droga: desarrollo de tolerancia y presencia de síntomas de abstinencia, como escalofríos, calambres, diarrea, pupilas dilatadas, inquietud, ansiedad, náuseas, vómito, insomnio y fuertes ganas de consumir, los cuales pueden variar según la sustancia.

7. Primeros auxilios psicológicos

En el mundo suceden diversos tipos de situaciones angustiantes como guerras, desastres naturales, accidentes, incendios y violencia entre personas. Los individuos pueden perder sus familiares, sus hogares, pueden ser separados de su familia o comunidad, o ser testigos de violencia, destrucción o muerte.

Todos resultan afectados de cierta manera por estas circunstancias, hay una gran variedad de reacciones que las personas pueden tener. Muchos pueden sentirse abrumados, confundiditos, con miedo, ansiosos, irritables o incluso, indiferentes. Algunas personas experimentan reacciones leves, mientras que otros pueden reaccionar de forma más grave.

Los primeros auxilios psicológicos (PAP) es una respuesta human de apoyo a ptro ser humno que está sufriendo y puede que necesite ayuda tras un suceso crítico. Esta respuesta son acciones que están orientadas a prevenir o disminuir consecuencias negativas en la salud mental de los afectados.

Sus características son:

- Son intervenciones de primera instancia que buscan brindar ayuda y apoyo práctico, de manera no invasiva
- Inmediatas y de corta duración
- Son guiadas escuchar a las personas, pero no presionarlas para que hablen
- Buscan proteger a las personas de otros peligros en el momento

Pero ¿ Qué NO son los PAP?

- NO son psicoterapia
- No es algo que solo puedan hacer profesionales de la salud
- No es analizar lo que sucedió

Sus objetivos son:

- Proporcionar apoyo, promoviendo que la persona se sienta escuchada y comprendida, facilitando la expresión de sentimientos y la ventilación de emociones negativas.
- Reducir la mortalidad: al entender que el suceso estresor puede generar situaciones violentas hacia otros o hacia sí mismo.
- Proporcionar recursos de ayuda, dando información de recursos necesarios y orientación sobre qué hacer y cómo hacerlo.

¿Cómo comunicarte?

- Identifícate y mantén un estilo de comunicación y una actitud calmada: 1) Acércate a las personas a las que desees transmitir un mensaje; 2) Evita tomar decisiones precipitadas.
- Responde a lo que pregunten, sin alarmar ni dar informaciones que provoquen miedo o ansiedad. Si no sabes la respuesta, dilo y busca información para poder satisfacer las dudas y preguntas hechas.
- Explicar lo que se hace o lo que se va a hacer para tranquilizar: 1) No pierdas el contacto visual, verbal y táctil de las personas a las que estás atendiendo.
- Escucha para que la víctima pueda desahogarse, exprese sus emociones y sentimientos y comunique qué necesidades tiene.
- Narrar lo ocurrido es terapéutico siempre que no se fuerce y le ayude a ordenar su experiencia.

¿Qué hacer?

- Presente de la manera más completa posible, ej. Mi nombre es pedro blázquez, soy (rol dentro de la universidad), veo que te encuentras mal por alguna situación, ¿te gustaría hablar al respecto?
- Respete el derecho a de las personas de tomar sus propias decisiones
- Deje claro que incluso si se rechaza la ayuda ahora, podrá recibirla en un futuro
- Escuche atentamente a la persona, tenga en cuenta factores como la cultura, el género, orientación sexual, etc.
- Ten en cuenta tu lenguaje no verbal: 1) sitúate cerca de la persona, pero manteniendo distancia adecuada; 2) Hágale entender a la persona que la está escuchando, (asienta con la cabeza u otros gestos de afirmación)
- Ofrezca información completa.

- Mantenga la calma

¿Qué NO hacer?

- No presione a la persona para que le cuente lo ocurrido
- No apure ni interrumpa a la persona mientras cuenta su historia
- No toque a la persona sin consentimiento explicito o que sea requerido por esta
- No juzgue lasa acciones o sentimientos de los individuos
- No invente cosas que no sabe
- No utilice expresiones muy técnicas
- NO haga falsas promesas
- No piense ni actúe como si tuviera que resolver todos los problemas de la persona
- No hable de otras personas en términos negativos.

Evita en todo momento las siguientes frases o frases similares:

- "TRANQUILO"
- "TIENES QUE ESTAR TRANQUILO"
- "NO LLORES, YA ESTÁ, YA HA PASADO"
- "AHORA TIENES QUE SER FUERTE"
- "NO PUEDES VENIRTE ABAJO"
- "TIENES QUE PENSAR EN TUS HIJOS Y SALIR ADELANTE"
- "HAZLO POR ELLOS"
- "NO LE DES MÁS VUELTAS, ESTO SON COSAS QUE PASAN"
- "TIENES QUE CUIDAR A TU MUJER/MARIDO/PADRES"
- "TENÉIS QUE PERMANECER UNIDOS PORQUE ESTAS SITUACIONES SEPARAN A LAS PAREJAS"
- "YA ESTÁ CON DIOS"

Principios de los PAP

Observar: Comprobar seguridad, comprobar si la persona tiene evidentes necesitades básicas urgentes

Escuchar: Pregunte acerca de que necesita la persona y qué le preocupa, escuche a la persona atentamente.

Conectar: 1) Ayude a las personas a acceder a los principios; 2) brinde información; 3) Ponga en contacto a la persona con sus seres queridos y con las redes de apoyo social; 4) Póngase en contacto con los centros de atención psicológica de la universidad (si el caso es en el campus), el centro de escucha o el programa de atención psicológica.

2. Estigma y discriminación en salud mental

El estigma en salud mental se refiere a las creencias, percepciones y etiquetas negativas atribuidas a las personas con trastornos mentales, que llevan a actitudes de rechazo. La discriminación es la conducta o trato injusto derivado de ese estigma, que se manifiesta en exclusión, vulneración de derechos y desigualdad en

acceso a servicios de salud, empleo y educación. Las organizaciones internacionales reconocen que este binomio constituye una de las principales barreras para la recuperación y la búsqueda de ayuda.

2.1 Actitudes, estereotipos, prejuicios y estigma

Las actitudes son predisposiciones evaluativas (positivas o negativas) hacia un grupo. Los estereotipos son creencias generalizadas que simplifican y exageran características de las personas con trastornos mentales. Los prejuicios son respuestas emocionales negativas basadas en esos estereotipos. El estigma surge cuando estos componentes se articulan y se aplican a una persona, otorgándole una identidad social desacreditada.

2.2. Fenómeno Estigma-discriminación

El fenómeno "estigma-discriminación" se concibe como un proceso social complejo que incluye tanto las creencias negativas (estigma) como las acciones derivadas (discriminación), afectando múltiples esferas: social, clínica, educativa, laboral y económica. Las revisiones recientes destacan que este fenómeno se reproduce a nivel individual, interpersonal y estructural, generando inequidades sistemáticas en salud mental

2.2.3 Estigma internalizado y externalizado

El estigma internalizado, también llamado autoestigma, ocurre cuando la persona con un trastorno mental acepta los estereotipos negativos, afectando su autoestima, autoeficacia y disposición a buscar tratamiento. Por otro lado, el estigma externalizado se refiere a las actitudes y conductas estigmatizantes que los demás ejercen, desde rechazo social hasta discriminación directa.

Ambos tipos de estigma son perjudiciales: el autoestigma afecta la propia identidad y la salud mental, mientras que el estigma externo limita oportunidades sociales y de tratamiento.

2.3. Estigma-discriminación y su impacto en la salud mental

El estigma-discriminación afecta negativamente los resultados clínicos en la salud mental, al disminuir la búsqueda temprana de ayuda, afectar la adherencia al tratamiento y deteriorar el pronóstico. A nivel social, genera aislamiento, exclusión, pérdida de oportunidades laborales y menor calidad de vida. A nivel emocional, refuerza sentimientos de vergüenza, desesperanza y miedo a ser juzgado.

Unidad 2: Promoción de la vida y la esperanza

1.Perspectiva de la psicología positiva

La Psicología Positiva es un enfoque que propone que no es suficiente con "corregir problemas" o aliviar el sufrimiento. Desde esta perspectiva es fundamental potenciar las fortalezas, promover el bienestar y prevenir que aparezca el malestar. En lugar de centrarse en lo que falta o está mal, la Psicología Positiva invita a construir cualidades, desarrollar y potenciar recursos personales, y mejorar la calidad de vida de las personas.

Un aspecto importante para la mejora de la calidad de vida es la habilidad de mantener relaciones sociales positivas y estables con otras personas, amigos en los que poder confiar. Este es un componente fundamental del bienestar psicológico y, por consiguiente, de la salud mental. Numerosas investigaciones señalan que el aislamiento social, la soledad y la perdida de apoyo social están relacionados con el riesgo de padecer enfermedades y con la reducción del tiempo de vida.

1.1. ¿Cómo podemos entender la soledad?

La soledad se entiende como una experiencia subjetiva que no depende de la cantidad de amigos o conocidos que se puedan tener, sino por la discrepancia entre el nivel de conexión social deseado y el percibido.

Se pueden identificar dos tipos de soledad: la deseada y la no deseada. La soledad no deseada puede producir una angustia constante o dolor emocional, acompañado de una sensación de soledad incluso cuando se esta en compañía. Esta puede experimentarse como prolongada, con la percepción de no tener control sobre la

situación. Para identificar este tipo de soledad, se pueden buscar las siguientes señales: tener poco o ningún contacto social; desconexión afectiva; presentar síntomas físicos como presión arterial alta, enfermedades del corazón o debilitamiento inmunitario; y experimentar síntomas psicológicos como los relacionados a la ansiedad, depresión o el deterioro cognitivo.

Por otro lado, la soledad deseada o sana, se experimenta como temporal, bajo control, ya que la persona determina cuándo esta finaliza. Esto significa que la soledad no siempre es negativa, se puede pasar tiempo sin compañía y no sentirse solo ni angustiado. Cuando esto ocurre, la persona tiene la capacidad de disfrutar los momentos de reflexión personal, tener contacto social ocasional y disfrutar de este.

1.2. ¿Cómo podemos identificar y afrontar la soledad?

El primer paso para identificar la soledad no deseada es reconocer que esta es una experiencia subjetiva. Es importante distinguir entre esta y el aislamiento social objetivo.

Se deben identificar aquellas expresiones verbales o creencias que surgen en momentos de soledad. Frases como: “nadie me entiende”, “mis amigos no sienten interés por mí”, “nadie me expresa amor” pueden ser indicadores verbales. Así mismo, interpretar las relaciones como poco seguras o gratificantes pueden ser distorsiones cognitivas que perpetuán el malestar.

También, hay que observar la conducta. El deterioro gradual de las relaciones y el aislamiento social puede iniciar con patrones conductuales como la cancelación de planes, menor participación en actividades presenciales, el uso de pantallas en horarios nocturno, mayor uso de la tecnología, alteraciones en el sueño y el descuido del auto cuidado.

Algunas estrategias para afrontar la soledad:

- Desarrollar hobbies o actividades que produzcan placer y permitan generar distracciones sanas.
- Hacer actividad física regular.
- Participar en actividades comunitarias, así como aprovechar las pequeñas interacciones sociales como saludar a los vecinos o conversar con los compañeros.
- Usar de manera moderada la tecnología, procurando usar el tiempo libre para el desarrollo personal, el autocuidado y el mantenimiento de los vínculos personales.

2. Kit de herramientas para promover la esperanza

1. Respiración diafragmática: esta es una técnica de relajación. Primero, se debe buscar una posición cómoda. Con una mano en el pecho y la otra en el estómago, se inhala profundamente por la nariz. El abdomen, no el pecho, se debe expandir y luego se exhala, de manera lenta y controlada. Esto se debe repetir hasta que el cuerpo se sienta relajado.

2. Revaloración cognitiva: esta es una estrategia de regulación emocional que se basa en la reinterpretación de las situaciones que generan malestar, de modo que su significado e impacto emocional cambia. Por ejemplo, en lugar de ver un reto como amenazante y estresante, se puede interpretar como una oportunidad de aprendizaje. Esta reevaluación se asocia con resultados emocionales más positivos y es considerada una estrategia adaptativa el intentar cambiarlas o suprimirlas, lo cual puede ser muy funcional al momento de experimentar o manejar emociones difíciles, pues ayuda a eliminar la lucha interna y la relación que tenemos con esa emoción.

3. Selección/Modificación de Situación: esta estrategia de regulación emocional se basa en tomar medidas para enfrentar directamente la situación que causa la emoción negativa. Esto puede incluir la búsqueda de soluciones, la planificación de acciones o la comunicación de sentimientos. Esto permite que las personas aborden y resuelvan problemas en lugar de evitarlos.

4. Desplazamiento de Atención (Distracción): esta estrategia de control de las emociones consiste en desviar la atención de la fuente de la emoción negativa hacia algo más positivo o neutral.

Crear una rutina de sueño: tener una regular para ir a dormir puede favorecer la higiene del sueño.

La higiene del sueño es el conjunto de hábitos y condiciones que favorecen un sueño profundo y de buena calidad y, por ende, a un descanso reparador. Para lograr esto, se recomienda:

Evitar productos que contengan cafeína al menos 4 horas antes de acostarse.

Evitar consumir nicotina al menos 1 hora antes de dormir o al despertar durante la noche.

- Evitar el alcohol en las horas cercanas antes de ir a dormir.
- Evitar consumir grandes cantidades de comida antes de ir a dormir. Tampoco se debe dormir con el estómago vacío.
- Evitar hacer ejercicio intenso al menos 2 horas antes de dormir.
- Mantener el cuarto tranquilo y ordenado. La cama debe conservarse como un lugar exclusivo para el sueño y esta debe ser cómoda.
- Evitar temperaturas extremas en el cuarto.
- Evitar ruidos y luces durante las horas de sueño.
- La cama debe conservarse como un lugar exclusivo para el sueño y las actividades sexuales.
- Mantener horarios regulares para ir a dormir y despertar.

Unidad 3: Escuchar es cuidarte y hablar es sanar

1. Barreras culturales para la búsqueda de ayuda

Las barreras culturales para la búsqueda de ayuda en salud mental se refieren a los valores, creencias, normas sociales y expectativas comunitarias que limitan o retrasan que las personas acudan a servicios formales de atención. Incluyen el estigma asociado a los trastornos mentales, la percepción de que pedir ayuda es un signo de debilidad, el miedo al juicio social, los roles de género tradicionales, como el machismo en poblaciones latinas, y el énfasis en la autosuficiencia emocional promovido en algunos grupos. Estas barreras afectan el reconocimiento del malestar, disminuyen la disposición a expresarlo y generan desconfianza hacia los servicios de salud mental. Investigaciones en contextos latinoamericanos han mostrado que la vergüenza, la incomodidad para hablar de emociones y la percepción negativa de la atención profesional son factores que reducen la búsqueda de ayuda, especialmente en jóvenes y poblaciones vulnerables.

2. ¿Cómo buscar ayuda? ¿Cómo hacerlo de manera efectiva?

La búsqueda de ayuda efectiva en salud mental implica reconocer la necesidad de apoyo, identificar fuentes confiables de información y acudir a servicios profesionales adecuados. Buscar ayuda implica hablar con profesionales de salud mental competentes culturalmente, es decir, que comprendan la cultura, valores y contexto de la persona, y utilizar rutas formales y comunitarias disponibles. También supone informarse en fuentes oficiales, reconocer signos de alarma y comunicar las necesidades con claridad. En contextos donde existen barreras estructurales o desconfianza institucional, es útil complementar el apoyo profesional con redes de apoyo familiar o comunitario que faciliten el acceso a los servicios y reduzcan la carga emocional asociada al proceso.

3. Rutas de atención

Una ruta de atención es el conjunto de pasos, servicios y mecanismos disponibles para que una persona pueda acceder de manera efectiva y oportuna a apoyo psicológico o psiquiátrico. Incluyen:

A quién acudir, cómo solicitar la ayuda, qué hacer en una crisis, qué instituciones prestan el servicio, cómo se garantiza la continuidad del proceso, etc.

En salud mental, las rutas de atención buscan:

- Reducir barreras
- Evitar demoras peligrosas
- Ofrecer acompañamiento integral
- Proteger la vida

3.1. Rutas de atención de la ciudad y a nivel nacional.

La resolución 5261 de 1994 establece cuáles son los niveles de atención en salud. Conocer estos permitirá entender cuáles son los derechos y límites de cada individuo, dependiendo al lugar que acuda.

Nivel	Atención especializada	Procedimientos
Nivel I : Atención primaria	Promoción, prevención y control	Medicina general, enfermería, odontología, orientación psicológica y vacunaciones
Nivel 2: Atención secundaria	Atención médica por especialistas y laboratorios	Alergólogos, dermatólogos, oftalmólogos, psiquiatras, psicólogos clínicos, etc.
Nivel 3: Atención terciaria	Atención de alta complejidad	Hospitalización en UCI, cirugías de alta complejidad.
Nivel 4: Atención cuaternaria	Atención de máxima complejidad con tratamiento multidisciplinario	Cirugías de trasplantes, oncología, enfermedades huérfanas

3.2. Rutas de atención de la Universidad.

Dependencia	¿Qué ofrece?	¿A quiénes?	¿Dónde?
Centro de escucha	*Acompañamiento emocional.* *Atención en crisis.* *Psicoeducación.*	Estudiantes de la universidad del Magdalena	Primer piso del edificio Ciénaga Grande
Programa de Atención psicológica	Psicoterapia	Comunidad académica, funcionarios, egresados y externos	6to piso del Hospital Julio Méndez Barreneche *Citaspap@unimagdalena.edu.co* *Ext. 3612*

Bienestar Universitario	Medicina, enfermería, odontología, fisioterapia, nutrición y medicina del deporte	Comunidad académica	Edificio de Bienestar busalud@unimagdalena.edu.co Ext. 3247
Salud y seguridad en el trabajo	Orientación psicológica	Funcionario, docentes y contratistas	*Bloque 3- Primer piso* *saludocupacional@* *unimagdalena.edu.co* *Ext. 2132-2219*

Unidad 4: salud mental en tiempos de IA

1. ¿Qué es la IA?

La inteligencia artificial (IA) es un término general que abarca diversos tipos de tecnología. Generalmente se concibe como una subdisciplina de la informática que tiene como objetivo crear programas que simulen el aprendizaje humano, la comprensión, la resolución de problemas, la toma de decisiones, la creatividad y la autonomía.

La IA tiene muchos subcampos, y cada vez se utiliza más en el ámbito sanitario. Generalmente, se emplea para agilizar las tareas administrativas, optimizar los flujos de trabajo y facilitar la toma de decisiones clínicas.

2. Beneficios y riesgos del uso de IA para la salud mental

El uso de la IA en el ámbito de la salud mental ha crecido de manera acelerada debido a su capacidad para optimizar procesos, ampliar la atención y mejorar la calidad de los servicios. En el plano administrativo, la IA representa una herramienta valiosa para reducir la carga operativa que enfrentan los profesionales de la salud. Mediante funciones como la automatización de agendamiento, recordatorios y tareas rutinarias, así como la generación de notas clínicas o la revisión de autorizaciones y reclamaciones, los sistemas de IA permiten que los clínicos dispongan de más tiempo para enfocarse en la atención directa. Esto no solo aumenta la eficiencia del sistema, sino que también puede contribuir a disminuir el agotamiento profesional.

En la esfera clínica, la IA ofrece oportunidades significativas para complementar y ampliar los tratamientos tradicionales. Gracias a su capacidad para analizar grandes volúmenes de datos, puede facilitar la identificación temprana de personas que podrían estar en riesgo de desarrollar problemas de salud mental, permitiendo intervenciones oportunas. Además, el uso de herramientas como los *digital therapeutics* y los dispositivos portátiles basados en IA proporciona a los pacientes apoyo continuo fuera del consultorio. Estas tecnologías pueden monitorear síntomas en tiempo real, brindar recordatorios para practicar habilidades terapéuticas y generar información valiosa para los profesionales sobre la evolución del tratamiento.

También tiene un impacto notable en la formación de futuros profesionales. Su uso permite que los estudiantes de psicología y salud mental accedan a una mayor diversidad de casos simulados y reciban retroalimentación basada en patrones detectados durante el proceso de aprendizaje. Asimismo, estas herramientas pueden monitorear la adherencia a protocolos y sugerir mejoras, enriqueciendo la experiencia formativa.

Sin embargo, junto con estos beneficios, existen riesgos importantes que deben ser considerados. Uno de los principales desafíos es el sesgo algorítmico, ya que los sistemas de IA aprenden de los datos disponibles, los cuales pueden contener inequidades o patrones discriminatorios. Esto podría generar decisiones injustas

o inexactas en procesos como la priorización de pacientes o el análisis de riesgo. Otro riesgo clave está relacionado con la privacidad y la seguridad de la información, dado que la IA trabaja con datos altamente sensibles. Errores en el manejo, almacenamiento o protección de esta información podrían tener consecuencias graves. Además, existe la posibilidad de que, si no se regula adecuadamente, la IA sustituya funciones que requieren juicio humano, afectando la calidad de la atención o generando una dependencia excesiva en las recomendaciones automatizadas.

3. Aspectos éticos en el uso de IA

El avance de la inteligencia artificial en salud mental implica también una serie de consideraciones éticas que deben abordarse para garantizar un uso seguro, responsable y justo. En primer lugar, es fundamental reconocer la importancia de mitigar el sesgo algorítmico. Dado que los modelos de IA se entrenan con datos reales, existe el riesgo de que reproduzcan o amplifiquen inequidades presentes en la sociedad. Por ello, se requiere una supervisión continua y el uso de bases de datos diversas y representativas que permitan minimizar estos sesgos.

Además, el consentimiento informado adquiere un papel central. Los pacientes deben comprender claramente qué información se recopila, cómo será utilizada por los sistemas de IA y qué riesgos implica su procesamiento. Este consentimiento no debe ser un trámite técnico, sino un proceso transparente y accesible que garantice que las personas pueden tomar decisiones informadas sobre el uso de sus datos.

El manejo y la protección de la información representan otro eje ético crucial. Dado que los datos relacionados con la salud mental son especialmente sensibles, se requieren medidas estrictas de seguridad digital, protocolos de almacenamiento seguro y controles de acceso que protejan la confidencialidad. La falta de protección adecuada podría exponer a los usuarios a vulneraciones que afecten su bienestar emocional, social o incluso laboral.

También es necesario establecer marcos regulatorios y legales sólidos. Frente al avance acelerado de estas tecnologías, gobiernos, instituciones de salud, desarrolladores y organizaciones de pacientes están trabajando en la creación de lineamientos que garanticen el uso responsable de la IA. Estas regulaciones buscan establecer estándares de transparencia, supervisión humana, responsabilidad ante errores y mecanismos de auditoría.

Finalmente, es fundamental mantener claros los límites del rol de la inteligencia artificial. Aunque estas herramientas pueden apoyar y enriquecer el proceso terapéutico, no deben reemplazar la relación humana que caracteriza a la atención en salud mental. La IA debe ser un complemento que facilite la labor profesional, pero siempre bajo la supervisión y el juicio clínico de un especialista, asegurando que las decisiones se tomen desde una perspectiva ética, contextual y centrada en la persona.

Presentación del contenido

Unidad	Sub-tema	Tipo de material educativo principal	Material educativo complementario	Método de evaluación
Unidad 1	Conceptos Básicos	Vídeo único de: ¿Qué es salud mental?, Problema de salud mental, trastorno mental, y determinantes sociales en salud mental	-	Evaluación tipo opción múltiple

	Estigma-discriminación	Lectura de la temática: Actitudes, prejuicios, estereotipos y estigma. Estigma internalizado y externalizado e impacto del estigma-discriminación en la salud mental	Participación en foro.	
	Problemas de salud mental frecuentes en el contexto educativo	1. Depresión y ansiedad: vídeo corto 2. Conducta de autolesión y suicidio: vídeo 3. Esquizofrenia: lectura breve 4. Consumo de alchol y Otras sustancias: Lectura breve	Infografías de esquizofrenia y de consumo de alcohol y otras sustancias	
	Primeros auxilios psicológicos	Vídeo	-	
Unidad 2	¿Qué es la soledad y cómo afrontarla?	Vídeo	-	Evaluación tipo opción múltiple
	Kit de herramientas para promover la esperanza	Infografía	-	
Unidad 3	Barreras culturales para la búsqueda de ayuda	Lectura	-	Evaluación tipo opción múltiple
	¿Cómo buscar ayuda? ¿Cómo hacerlo de manera efectiva?	Lectura		
	Rutas de atención	Dos videos de: ruta nacional, ruta en la cuidad y rutas en la universidad	infografía/recurso visual con rutas de atención	

Unidad 4	Todos los sub-temas	Vídeos de: qué es la IA, riesgos y beneficios del uso de la IA para la salud mental, y aspectos éticos en el uso de la IA	Lectura de la página de la APA respecto a la IA	Evaluación tipo opción múltiple

Referencias

Amado-Rodríguez, Isaac Daniel, Casañas, Rocio, Mas-Expósito, Laia, Lalucat-Jo, Lluís, Roldan-Merino, Juan Francisco, & Fernandez-San-Martín, Mª Isabel. (2024). Alfabetización en salud mental en adolescentes españoles y su relación con las características sociodemográficas. *Revista Española de Salud Pública*, *98*, e202403018. Epub 21 de diciembre de 2024. Recuperado en 14 de noviembre de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272024000100117&lng=es&tlng=es.

American Psychological Association. (2025, March 12). *Artificial intelligence in mental health care*. https://www.apa.org/practice/artificial-intelligence-mental-health-care

Cabieses, B., Belo, K., Calderón, A. C., Rada, I., Rojas, K., Araoz, C., & Knipper, M. (2024). The impact of stigma and discrimination-based narratives in the health of migrants in Latin America and the Caribbean: a scoping review. *Lancet regional health. Americas*, *40*, 100660. https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100660

Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. Trends in cognitive sciences, 13(10), 447–454. https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005

Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma percibido asociado con trastornos mentales en estudiantes de medicina: un estudio exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 43*(4), 199–205.

Cárdenas, E., Juárez, C., Moscoso, R., & Vivas, J. (2017). *Determinantes sociales en salud* (1.ª ed.). Universidad ESAN. https://www.esan.edu.pe

Centers for Disease Control and Prevention – NIOSH. (2024). *Tips for stigma-free communication about mental health*. U.S. Department of Health and Human Services. https://www.cdc.gov/niosh/

Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *Estigma por la salud mental*. https://www.cdc.gov/mental-health/es/stigma/estigma-por-la-salud-mental.html

Chukwuma, O. V., Ezeani, E. I., Fatoye, E. O., Benjamin, J., Okobi, O. E., Nwume, C. G., & Egberuare, E. N. (2024). A Systematic Review of the Effect of Stigmatization on Psychiatric Illness Outcomes. *Cureus*, *16*(6), e62642. https://doi.org/10.7759/cureus.62642

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, *45*(1), 11–27. https://doi.org/10.1017/S0033291714000129

Farsi, Z., Dehghan, A., & Zand, S. (2020). Stigmatization toward patients with mental health conditions: A review. *Iranian Journal of Psychiatry, 14*(3).https://doi.org/10.5812/ijpbs.93851.

Fernández-Abascal, E. G. (2009). Emociones positivas, psicología positiva y bienestar. Emociones positivas, 27-46.

García López, S. J., & Navarro Bravo, B. (2017). Higiene del sueño en estudiantes universitarios: conocimientos y hábitos. Revisión de la bibliografía. Revista Clínica de Medicina de Familia, 10(3), 170-178.

Gere, B., & Salimi, N. (2025). Mental Health Literacy, Stigma, and Help-Seeking Behavior Among Black Male College Students in Historically Black Universities. *American journal of men's health*, *19*(1), 15579883251318214. https://doi.org/10.1177/15579883251318214

IBM. (s. f.). *¿Qué es la inteligencia artificial o IA?* IBM Think. https://www.ibm.com/mx-es/think/topics/artificial-intelligence

Kågström, A., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2025). Mental health stigma and its consequences: A systematic scoping review of pathways to discrimination and adverse outcomes. *EClinicalMedicine*, 103588. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103588

Martínez Líbano, J., Osorio Arévalo, D., Soto Valdivia, A., Barahona-Fuentes, G., & Iturra Lara, R. (2024). University Students Mental Health Literacy: A Systematic Review. *Health Leadership and Quality of Life*, *3*, .341. https://doi.org/10.56294/hl2024.341

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2014). *Lineamientos Estrategia de Comunicación para la Reducción del Estigma en Salud Mental*. Gobierno de Colombia. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/16.%20line-estrategia-comunicacion-reduccion-estigma-saludmental.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2021). *Orientaciones para la reducción del estigma y discriminación en salud mental, consumo de SPA y epilepsia*. Gobierno de Colombia. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-reduccion-estigma-salud-mental-consumo-spa-epilepsia-otros.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Determinantes sociales de la salud*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health

Organización Mundial de la Salud. (2025, 6 de octubre). *Esquizofrenia*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia

Organización Mundial de la Salud [WHO]. (2024). *Health Literacy: Fact Sheet*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Trastorno depresivo (depresión)*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Determinantes sociales de la salud*. https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Organización Panamericana de la Salud [PAHO/OPS]. (2024). *Iniciativas para fortalecer la alfabetización en salud mental en instituciones educativas*.

Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Haz tu parte: Campaña para reducir el estigma en salud mental*. Organización Mundial de la Salud – Oficina Regional. https://www.paho.org/es/campanas/haz-tu-parte

Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Salud mental*. https://www.paho.org/es/temas/salud-mental

Poseck, B. V. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo, 27*(1), 3-8.

Sharac, J., McCrone, P., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). The economic impact of mental health stigma and discrimination: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 19*(3),

223–232. https://doi.org/10.1017/S1121189X00001159 (PMID: 21261218)

Tanaka, C., Tuliao, M. T. R., Tanaka, E., Yamashita, T., & Matsuo, H. (2018). A qualitative study on the stigma experienced by people with mental health problems and epilepsy in the Philippines. *BMC psychiatry*, *18*(1), 325. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1902-9

Torales, J., Aveiro-Róbalo, T. R., Ríos-González, C., Barrios, I., Almirón-Santacruz, J., González-Urbieta, I., Caycho-Rodríguez, T., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2023). Discrimination, stigma and mental health: what's next?. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, *35*(3-4), 242–250. https://doi.org/10.1080/09540261.2023.2186218

Volkow, N. D., Gordon, J. A., & Koob, G. F. (2021). Choosing appropriate language to reduce the stigma around mental illness and substance use disorders. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, *46*(13), 2230–2232. https://doi.org/10.1038/s41386-021-01069-4

Zabaleta González, Rebeca, Lezcano Barbero, Fernando, & Perea Bartolomé, María Victoria. (2023). Alfabetización en Salud Mental: Revisión Sistemática de la Literatura. *Psykhe (Santiago)*, *32*(1), 00108. https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.2020.21787.

Zhou, E., Kyeong, Y., Cheung, C.S. *et al.* Shared Cultural Values Influence Mental Health Help-Seeking Behaviors in Asian and Latinx College Students. *J. Racial and Ethnic Health Disparities* **9**, 1325–1334 (2022). https://doi.org/10.1007/s40615-021-01073-w