SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA/
SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO

EQUIPOS DE MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

ACCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA:
Cuidado Continuo Por una Vida con Bienestar.

LINEA OPERATIVA: Promoción de la Salud y Gestión del Riesgo Familiar.

ACCIONES DE BIENESTAR: PLANES DE BIENESTAR

VIGENCIA: OCTUBRE DE 2025 A DE JUNIO DE 2027

Bogotá D.C. 2026

Contenido

1. Acciones de Bienestar 5

1.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar. 5

1.2. Objetivo General 8

1.3. Población sujeto 8

1.4. Talento humano 8

1.5. Unidad de medida 8

1.6. Forma de reporte de ejecución del producto 8

1.7. Descripción de la acción de bienestar: 9

1.7.1. Actividad 1. Contacto inicial con la familia para la implementación del plan de bienestar. 16

1.7.2. Actividad 2. Identificación de riesgos Integral en el Hogar. 17

1.7.3. Actividad 3. Concertación del Plan de bienestar. 25

1.7.4. Actividad 4. Implementación y Seguimiento del Plan de bienestar..... 27

MATERNO..... 35

1.7.4.1. Estrategia Gestantes con más bienestar 37

1.7.4.2. Estrategia Ángeles Guardianes 44

1.7.4.3. Estrategia Sí la sífilis gestacional se previene, tu bebe se protege. 51

INFANCIA..... 59

1.7.4.4. Estrategia Ángeles Kids..... 60

1.7.4.5. Estrategia para la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda EDA: Alto riesgo respiratorio y gastrointestinal. 70

1.7.4.6. Estrategia De Seguimiento a la Recuperación Nutricional. 77

1.7.4.7. Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI 85

1.7.4.8. Estrategia de consejería en Lactancia Materna y Alimentación Complementaria. 86

1.7.4.9. Estrategia promoción de la Alimentación Saludable. 87

1.7.4.10. Estrategia para la Reducción De Pérdidas y Desperdicio de Alimentos en el Hogar (PDA). 90

CONDICIONES CRÓNICAS 93

1.7.4.11. Estrategia Planes de automanejo 93

SALUD MENTAL 125

1.7.4.12. Estrategia Confróntate 7 126

1.7.4.13. Estrategia Fortalecimiento de las Pautas de Crianza 133

1.7.4.14. Estrategia Apoyo psicológico en casos de duelo 140

1.7.4.15. Estrategia Acompañamiento integral en salud para las mujeres. 147

1.7.4.16. Estrategia Adolescentes con MAS Bienestar. 156

1.7.4.17. Estrategia de Acompañamiento psicosocial 169

1.7.4.18. Estrategia de Habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes. . 174

POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y LIMITACIÓN FUNCIONAL 183

1.7.4.19. Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad -RBC 183

SOLEDAD SOCIAL 211

1.7.4.20. Estrategia MAS Compañía, MAS Bienestar. 211

PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER 220

1.7.4.21. Estrategia por una Vida con Bienestar. 220

SALUD ORAL 228

1.7.4.22. Estrategia Cuidado y autocuidado para la salud bucal familiar. 228

SALUD AMBIENTAL 234

1.7.4.23. Estrategia Vivienda Saludable. 234

1.7.4.24. Estrategia Vivienda Saludable con implementación de Unidades demostrativas en salud ambiental. 243

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA EN EL ABORDAJE DE LA ZONA RURAL DEL DISTRITO 246

1.7.5. Actividad 5. Evaluación y cierre del Plan de Bienestar..... 252

1.8. Tabla resumen de la acción de bienestar: 253

1.9. Indicadores..... 257

Referencias bibliográficas..... 263

Control de cambios..... 266

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

FICHA TÉCNICA ACCIONES DE BIENESTAR: PLANES DE BIENESTAR.

1. Acciones de Bienestar

- 6, 16 y 22. Plan de Bienestar - Cuidado y Bienestar. Correspondiente a las acciones desarrolladas por el profesional de enfermería.
- 7, 17 y 23. Plan de Bienestar - Bienestar Emocional. Correspondiente a las acciones desarrolladas por el profesional de psicología.
- 8. Plan de Bienestar con enfoque en Salud Mental. Correspondiente a las acciones desarrolladas por el profesional especializado en psicología clínica.
- 9. Plan de Bienestar - Seguridad Alimentaria y Nutricional. Correspondiente a las acciones desarrolladas por el profesional de nutrición.
- 10, 18 y 24. Plan de Bienestar - RBC para el bienestar de población con discapacidad y sus cuidadores. Correspondiente a las acciones desarrolladas por el profesional de terapias.
- 11. Plan de Bienestar - RBC para la ruta de inclusión de población con discapacidad. Correspondiente a las acciones desarrolladas por el agente de cambio.
- 12, 19 y 25. Plan de Bienestar - Salud Bucal. Correspondiente a las acciones desarrolladas por el profesional de odontología.
- 13, 20 y 26. Plan de Bienestar con enfoque en Vivienda Saludable. Correspondiente a las acciones desarrolladas por técnico en ciencias ambientales para zona urbana y profesional en zonas de ruralidad.
- 14. Plan de Bienestar - Fortalecimiento de redes para el bienestar. Correspondiente a las acciones desarrolladas por el profesional de trabajo social.
- 15 y 21. Plan de Bienestar - Con enfoque de Medicina Familiar. Correspondiente a las acciones desarrolladas por el profesional de medicina.
- 27 y 28. Plan de Cuidado Mas Bienestar para la persona cuidadora. Correspondiente a las acciones desarrolladas por auxiliares de enfermería.

1.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar.

Para la puesta en marcha de las acciones de los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar, la estrategia se organiza a partir de un Equipo Coordinador que define y orienta los lineamientos técnicos y estratégicos para la gestión territorial. En coherencia con esta orientación, la operación se desarrolla a través de las Áreas de Gestión del Riesgo, bajo la coordinación del Líder Operativo y con el respaldo del componente técnico en sistemas y el apoyo administrativo, quienes aportan a la generación, consolidación y análisis de la información para la toma de decisiones basadas en datos.

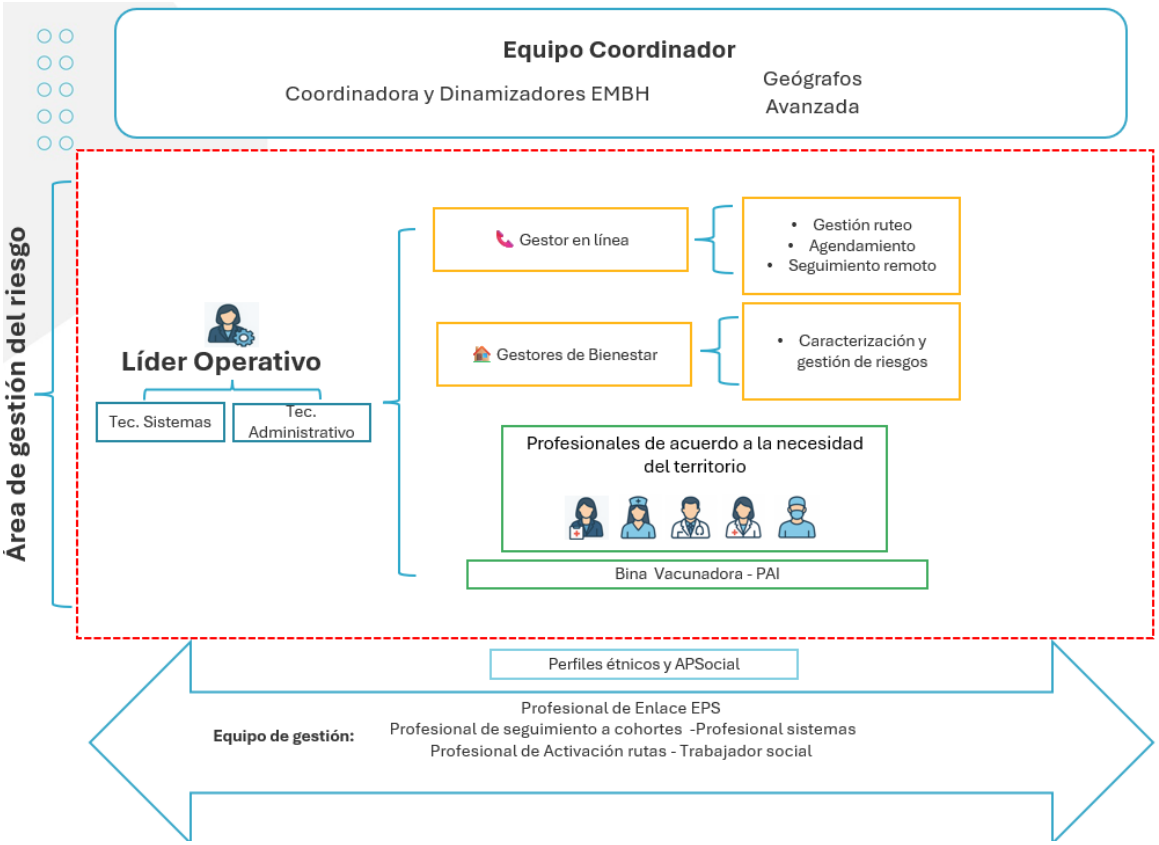
Cada Área de Gestión del Riesgo está conformada por Gestores en Línea y Gestores de Bienestar, quienes implementan de manera articulada —tanto remota como presencial—

procesos continuos y organizados de identificación, caracterización, gestión del riesgo y seguimiento de los usuarios priorizados en el territorio, garantizando el abordaje integral de la población asignada y de los casos definidos según su cohorte o condición de riesgo. En este contexto, los gestores cumplen un rol clave en la detección de necesidades, el análisis de condiciones de vulnerabilidad y la activación oportuna de rutas y respuestas sectoriales e intersectoriales.

Asimismo, en cada área se integran diferentes perfiles profesionales que intervienen conforme a los riesgos identificados, con especial énfasis en los usuarios clasificados con alto riesgo, mediante la formulación e implementación de Planes de Bienestar individuales y familiares. Estos planes articulan acciones de promoción, prevención, educación en salud, seguimiento y acompañamiento integral, orientadas a fortalecer las condiciones de salud y bienestar y vinculación de los usuarios a las Rutas Integrales de Atención en salud.

De igual manera, se dispone de equipos con otros perfiles profesionales que permiten el abordaje integral de las familias, por ejemplo, una bina de vacunación por cada área de gestión, y equipos diferenciales en las áreas que lo requieren para el abordaje de poblaciones diferenciales, como población privada de la libertad, habitante de calle, población migrante, comunidades étnicas afrodescendientes, indígenas, palenqueras, gitanas, entre otros, que permiten garantizar una atención integral, pertinente y ajustada a las dinámicas y particularidades del territorio.

Todo este quipo operativo, cuenta con un soporte de gestión transversal en la subred, que adelanta: a. seguimiento a las cohortes de riesgo, b. monitoreo de las activaciones de rutas y acciones de prescripción social, c. eliminación de barreras por aseguramiento en salud para garantizar afiliación, d. enlace con EPS para la gestión de riesgos, e. inducción y reinducción para el desarrollo de capacidades en el talento humano, f. gerencia de la información.



Fuente: Construcción propia

La operación da inicio con la fase de apropiación y organización territorial. Para ello, los perfiles del componente geográfico del equipo adelantan los procesos de delimitación y asignación territorial a los gestores en línea, gestores de bienestar, profesionales de planes de bienestar y de estrategias de abordaje diferencial, de manera que se brinde una atención continua e integral acorde a las necesidades sentidas en los individuaos, familias y comunidades abordadas.

A partir de esta apropiación, se emprenden las acciones de los gestores de bienestar y profesionales de cada área de gestión, de manera que entre todo el equipo se gestionan las necesidades y expectativas en salud de las familias. Particularmente las acciones de **Planes de Bienestar** se lleva a cabo el abordaje de diferentes núcleos familiares definidos acorde a las necesidades identificadas en el distrito, teniendo en cuenta los indicadores de morbi-mortalidad, las poblaciones prioritarias y los determinantes sociales en salud que deben ser abordados desde la gestión del riesgo y la promoción de la salud.

En el abordaje de estas familias se definen diferentes criterios de selección y priorización para la intervención de las poblaciones más vulnerables, con presencia de eventos de interés en salud pública, condiciones de vida que representan altos riesgos para la salud, casos priorizados mediante el enfoque del Modelo de Salud preventivo y predictivo y

casos con alertas identificadas en el abordaje territorial a nivel sectorial e intersectorial; los planes de bienestar son definidos con enfoque poblacional, diferencial y de derechos, a través de los cuales se establecen compromisos con las familias para la apropiación de prácticas de cuidado, la transformación de hábitos y la mitigación de riesgos en salud.

Las acciones de plan de bienestar se adelantan en dos modalidades; de manera presencial y remota, teniendo en cuenta las prioridades identificadas en la Identificación de riesgos realizada por los gestores de bienestar y la ocurrencia de eventos de interés en salud pública, así como otros casos prioritarios y situaciones emergentes que serán notificadas por SDS y derivadas de otras estrategias emprendidas a nivel sectorial o en articulación con otros sectores. Los planes de bienestar son desarrollados mediante la implementación de estrategias integrales para dar respuesta a las necesidades puntuales de cada familia, por parte del o los perfiles pertinentes para cada caso.

1.2. Objetivo General

Desarrollar estrategias integrales que permitan el fortalecimiento de capacidades familiares para el cuidado de la salud y la gestión de los riesgos identificados, a través de planes de bienestar concertados e implementados de manera conjunta con las familias.

1.3. Población sujeto

Familias de Bogotá con prioridad en salud materna e infantil, seguridad alimentaria y nutricional, salud mental, salud bucal, salud ambiental, condiciones crónicas, personas con discapacidad y cuidadores.

1.4. Talento humano

- Técnico 1 (Operativo). Técnicos en ciencias ambientales.
- Profesional Universitario 3 (Operativo). Medicina
- Profesional Universitario 2 (Operativo). Enfermería, psicología, terapias, nutrición, odontología, trabajo social, ciencias ambientales.
- Profesional Especializado 4 (Operativos). Psicología Clínica.
- Gestor social territorial (Operativo). Agente de Cambio.
- Técnico 1 (Operativo). Auxiliar de enfermería Auxiliar de Cuidado.

1.5. Unidad de medida

Sesión de abordaje familiar. Corresponde a cada una de las sesiones de abordaje que se realiza con las familias, integrando caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de bienestar.

1.6. Forma de reporte de ejecución del producto

- Se realiza reporte mensual de cada una de las sesiones con las familias, integrando caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de bienestar; esto incluye los casos, con contacto inicial en la vivienda de la familia,

donde al adelantar la verificación de riesgos se identifica que, la familia No cumple criterio para el abordaje, dado que el riesgo reportado no existe o ya se ha mitigado. En estos casos el equipo debe justificar el estado de "No cumple criterio" y adelantar acción promocional con la familia. Se reporta una unidad por cada sesión familiar realizada; sin embargo, para la sesión 1 de cada plan de bienestar donde se desarrolla Identificación de riesgos o actualización familiar, se reportará 1,5 unidades.

- Para el caso de desarrollar sesiones familiares remotas, se podrá reportar una unidad por cada 4 seguimientos adelantados.

- Para el caso de los perfiles que participan en jornadas de intensificación requeridas desde la Secretaría Distrital de Salud, se reportarán 2 unidades cuando se trate de media jornada y 4 cuando sea jornada completa, por cada perfil que participe.

- Para el caso de la acción de bienestar *15. Plan de Bienestar - Con enfoque de Medicina Familiar*, se podrá reportar una unidad por cada jornada desarrollada con grupos poblacionales diferenciales, sujetos de intervención en el marco de la APSocial, dentro de los que se encuentra comunidades de vida, comunidades de cuidado, instituciones de personas con discapacidad, centros transitorios, pagadiarios, población privada de la libertad, entro otros. Cada una de las jornadas deberá contar con la atención de mínimo 10 personas por profesional para el reporte de la unidad; en caso de tener menos o más atenciones, el reporte será proporcional al número de usuarios abordados, teniendo en cuenta este parámetro.
  Para el caso de jornadas integrales en población habitante de calle, estas jornadas se realizarán con un mínimo de 12 participantes y reporte de dos unidades (o su proporcional según usuarios abordados), teniendo en cuenta las precisiones técnicas brindadas en la ficha técnica de APS Social.
- Para los casos de grupos poblacionales, abordados en el marco de la APSocial y comunidades étnicas, se podrá reportar una unidad en la acción de bienestar *Plan de Bienestar - Cuidado y Bienestar*, por cada caso en el que se administre tratamiento para sífilis con cargo a la EPS, pero que también recibe acciones promocionales. Así como 4 unidades por cada jornada de recorrido nocturno que acompañen para el abordaje de población habitante de calle.
- Para el caso de las jornadas a cargo de los auxiliares de cuidado, se reportará una unidad por cada sesión de relevo de cuidadores y 0,5 unidades por cada acompañamiento realizado en el marco de la estrategia de MAS Compañía, MAS Bienestar.

1.7. Descripción de la acción de bienestar:

Para esta actividad se cuenta con diferentes fuentes por medio de las cuales se conocen los casos potenciales para establecer un plan de bienestar; estas familias son cargadas

en el módulo en línea del aplicativo GTAPS y contactadas previamente por el gestor en línea asignado al sector catastral donde reside la familia, de manera que adelanta la gestión del ruteo y una vez son derivados a los profesionales ya han tenido un contacto inicial donde se confirman datos de ubicación y se da a conocer a la familia las generalidades del abordaje a recibir por parte del equipo interdisciplinario. Una vez se adelanta este primer contacto, los casos priorizados para el desarrollo de las estrategias integrales, corresponde a familias de prioridad alta que así lo requieren. No obstante, se cuenta con algunos casos, de salud materna principalmente, que requieren un abordaje prioritario e inmediato y que son derivados a nivel local, los cuales deberán ser abordados directamente por profesional que corresponda. Estos casos deben ser cargados en el módulo de ruteo por el equipo de soporte de la subred, de manera que se cuente con el 100% de casos abordados, en dicho módulo.

De esta manera, se consolidan los casos de ruteo y aquellos con derivaciones del equipo MAS Bienestar posterior a una caracterización familiar, constituyendo así la base con el 100% de familias que tienen un abordaje por gestores o planes de bienestar. Este aspecto, será objeto de validación por parte del equipo de la SDS, junto con el orden de abordaje, para garantizar la oportunidad y pertinencia de las intervenciones, y emitir así conceptos técnicos.

Estas familias contactadas por el gestor son derivados a los profesionales correspondientes, quienes están organizados acorde a la pertinencia técnica según el criterio de priorización de la familia, y son los responsables de las acciones de identificación de riesgos, la concertación del plan de bienestar, su implementación y monitoreo. Sin embargo, en caso de identificar la necesidad de abordar la familia por otro profesional, dadas las necesidades en salud, se contará con los demás perfiles del equipo, quienes desarrollarán las sesiones de implementación de los planes de bienestar, en los casos que sea necesario y conforme a los criterios establecidos para cada una de las estrategias.

La asignación de casos se realiza a través del aplicativo en línea, previo cargue de registros de información geográfica e identificación del caso por parte de la SDS y en un segundo momento, a partir del contacto telefónico por gestor. En este proceso, se debe facilitar a los profesionales operativos, la totalidad de la información con la que se cuente del caso, acorde a las fuentes mecanismo de información por el cual fue recibido el caso: Bases de datos de VSP, activación de rutas (Generadas por los diferentes entornos de vida cotidiana y procesos transversales del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas), bases de datos sectoriales e intersectoriales, etc. Esto, con el fin de conocer los avances en la identificación de riesgos y/o intervención que se pueda tener en la familia por parte del remitente del caso.

De igual forma, se cuenta con casos que han sido abordados en los sectores catastrales por parte de los gestores de bienestar, y que, dadas las necesidades y características de

la población allí identificada, son derivados para el desarrollo de planes de bienestar por alguno de los perfiles del equipo interdisciplinario. Estos casos, son abordado a partir de las mismas estrategias de los casos remitidos por ruteo, de acuerdo con el criterio de priorización, y son dado a conocer a los profesionales, a través de la organización y asignación que realiza el líder operativo con el resto del equipo de soporte, y retomados en los espacios de comités territoriales en los que participa todo el equipo acorde a asignación y apropiación territorial.

Como parte de este alistamiento, se debe tener en cuenta que en caso de que la demanda de abordaje supere capacidad de respuesta del equipo, se deberá priorizar la atención de las familias donde han ocurrido eventos priorizados, con el fin de impactar la reducción de la mortalidad materna, mortalidad Perinatal, mortalidad Infantil, mortalidad por Infección Respiratoria Aguda y por Desnutrición Aguda; siguiendo los parámetros de orden de abordaje para cada uno de los perfiles, según las cohortes que aborda. De igual forma, en el momento de contar con cambios en los indicadores de salud de la ciudad o de identificar necesidades de abordaje de otros criterios, que implique el ajuste o incorporación en los ya definidos, se informará desde SDS para el desarrollo de los planes de bienestar.

Teniendo en cuenta que para el desarrollo de planes de bienestar se cuenta con diferentes fuentes de información de ruteo y casos derivados por gestores de bienestar, se establece un orden de abordaje según cohorte de riesgo y criterio de priorización, el cual se estructura desde el primer contacto remoto por gestor en línea y su posterior derivación a los profesionales, quienes a su vez deben considerarlo para la intervención oportuna y pertinente de los casos que recibe. Dicho orden de abordaje se relaciona a continuación:

cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto	Perfil a quien deriva
1. MATERNO PERINATAL	1	Alta	MME post egreso hospitalario.	Gestor en línea	Enfermería
	2	Alta	Usuarias con MME y alto riesgo de presentar complicaciones, identificadas por modelo predictivo. *	Gestor en línea	Enfermería
	3	Alta	Gestantes con resultados positivos en pruebas de tamización no adherentes o sin tratamiento.	Gestor en línea	Enfermería
	4	Alta	Gestantes con ITS - VIH.	Gestor en línea	Enfermería
	5	Alta	Gestantes con ITS - Sífilis.	Gestor en línea	Enfermería
	6	Alta	Gestantes con ITS - HB.	Gestor en línea	Enfermería
	7	Alta	Gestante sin CNP.	Gestor en línea	Gestor en línea
	8	Alta	Gestante con riesgo cardio cerebro vascular y metabólico, no adherente.	Gestor en línea	Enfermería
	9	Alta	Gestantes con Edades Extremas, NO ADHERENTE	Gestor en línea	Enfermería
	10	Alta	Gestante migrante y/o sin aseguramiento.	Gestor en línea	Enfermería
	12	Alta	Gestantes con Bajo Peso.	Gestor en línea	Enfermería

cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto	Perfil a quien deriva
	13	Alta	Gestantes con obesidad.	Gestor en línea	Enfermería
	14	Alta	Gestantes con alerta en salud bucal.	Gestor en línea	Odontología
	15	Media	Gestantes Adherentes a la RIAS	Gestor en línea	Gestor en línea

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto	Perfil a quien deriva
2. INFANCIA	1	Alta	Recién nacidos pretérmino con Bajo Peso al Nacer sin adherencia al plan canguro.	Gestor en línea	Enfermería
	2	Alta	Recién nacido con sífilis congénita.	Gestor en línea	Enfermería
	3	Alta	Recién nacidos con Morbilidad neonatal - Sepsis.	Gestor en línea	Enfermería
	4	Alta	Recién nacidos con Morbilidad neonatal Asfixia.	Gestor en línea	Enfermería
	5	Alta	Cáncer Infantil.	Gestor en línea	Enfermería
	6	Alta	Recién nacido con defectos Congénitos.	Gestor en línea	Enfermería
	7	Alta	Menores de un año con Hipotiroidismo Congénito.	Gestor en línea	Enfermería
	8	Alta	Niños y niñas menores de 18 meses con antecedente de hospitalización por ERA perteneciente a cohorte de riesgo (prematurez, DNT, bajo peso al nacer, patologías crónicas, defectos congénitos) y reconsultantes o reingreso.	Gestor en línea	Enfermería
	9		Menores de 2 años con bronquiolitis o sibilante recurrente de alto riesgo sin control	Gestor en línea	Enfermería
	10	Alta	Menores post egreso de sala ERA no contactable o sin asistencia a control.	Gestor en línea	Enfermería
	11	Alta	Niños y niñas menores de 1 año con IRAG.	Gestor en línea	Enfermería
	12	Alta	Recién nacidos con tamizaje endocronometabólico positivo.	Gestor en línea	Enfermería
	13	Alta	Niños de 0 a 59 meses con indicador nutricional de DNT aguda moderada o severa inadherentes.	Gestor en línea	Nutrición
	14	Alta	Menores de 5 años con Desnutrición Aguda Moderada.	Gestor en línea	Nutrición
	15	Alta	Menores de 5 años con Desnutrición Aguda severa.	Gestor en línea	Nutrición
		Alta	Menores con DNT y alto riesgo de presentar complicaciones asociadas, identificados por modelo predictivo. *	Gestor en línea	Nutrición o Enfermería
	16	Alta	Niños y niñas 0 a 59 meses con clasificación nutricional de riesgo de desnutrición aguda según indicador de peso para la talla entre -1.5 y -2.0 sin atención.	Gestor en línea	Enfermería
	17	Media	Niños o niñas menores de 1 mes con dificultades en el proceso de lactancia materna.	Gestor en línea	Enfermería
	18	Alta	Niñas o niñas menores de 5 años con presencia de tres o más episodios de Enfermedad diarreica Aguda (EDA) en el último mes sin control.	Gestor en línea	Enfermería
	19	Alta	Menores de 5 años con obesidad.	Gestor en línea	Enfermería
	20	Alta	Niños, niñas menores de 5 años con alerta en salud bucal.	Gestor en línea	Odontología
	21	Media	Niños y niñas menores de 5 años SIN ADHERENCIA A LA RIAS de PyM.	Gestor en línea	Gestor en línea

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto	Perfil a quien deriva
3. CÁNCER	1	Alta	Cáncer de Cuello Uterino: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento. Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente	Gestor en línea	Enfermería
	2	Alta	Cáncer de mama: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento. Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente	Gestor en línea	Enfermería
	3	Alta	Usuarias con diagnóstico de cáncer de mama y alto riesgo de complicaciones, identificadas por modelo predictivo. *	Gestor en línea	Enfermería
	4	Alta	Cáncer de colon recto: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento. Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente	Gestor en línea	Enfermería
	5	Alta	Cáncer de próstata: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento. Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente	Gestor en línea	Enfermería
	6	Alta	Cáncer de estómago: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento. Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente	Gestor en línea	Enfermería
	7	Alta	Cáncer de piel: Usuario con sospecha sin definición de diagnóstico o tratamiento. Usuario con diagnostico sin tratamiento o no adherente	Gestor en línea	Enfermería
	8	Alta	Enfermedades huérfanas	Gestor en línea	Enfermería

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto	Perfil a quien deriva
	1	Alta	Riesgo de Feminicidio	Gestor en línea	Enfermería
	2	Alta	Conducta suicida en gestantes.	Gestor en línea	Psicología
	3	Alta	Casos de ideación estructurada e intento suicida en niños, niñas y adolescentes hasta 17 años, 11 meses y 29 días.	Gestor en línea	Psicología
	4	Alta	Conducta suicida con trastorno mental de base en niños, niñas y adolescentes hasta 17 años, 11 meses y 29 días.	Gestor en línea	Psicología Clínica
	5	Alta	Personas mayores de 60 años con intento de suicidio	Gestor en línea	Psicología
	6	Alta	Intento suicida reiterado	Gestor en línea	Psicología
	7	Alta	Personas entre 29 y 59 años notificadas con intento suicidio previo Intento suicida reiterado	Gestor en línea	Psicología

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto	Perfil a quien deriva
4. SALUD MENTAL	8	Alta	Casos de violencia sexual ejercida contra gestantes.	Gestor en línea	Psicología Clínica
	9	Alta	Violencia ejercida contra gestantes.	Gestor en línea	Psicología
	10	Alta	Maltrato infantil reiterado en niños, niñas y adolescentes (17 a, 11 m, 29 d)	Gestor en línea	Psicología
	11	Alta	Maltrato infantil reiterado con presencia de violencia sexual ejercida en niños, niñas y adolescentes.	Gestor en línea	Psicología Clínica
	12	Alta	Menores de 14 años en gestación o Postparto, sin atención.	Gestor en línea	Psicología Clínica
	13	Alta	Casos de duelo asociado a suicidio consumado	Gestor en línea	Psicología Clínica
	14	Alta	Casos de duelo por Muertes Perinatales	Gestor en línea	Psicología Clínica
	15	Alta	Casos de duelo asociado a moralidad materna	Gestor en línea	Psicología Clínica
	16	Alta	Usuarios con sobrecarga (resultado de Zarit moderado o intenso)	Gestor en línea	Psicología
	17	Alta	Usuarios con resultado de APGAR Familiar en disfunción severa.	Gestor en línea	Psicología
	18	Alta	Usuarios con Depresión no adherentes a proceso terapéutico	Gestor en línea	Psicología
	19	Media	Usuarias con diagnóstico de depresión y alto riesgo de complicaciones, identificadas por modelo predictivo. *	Gestor en línea	Psicología
	20	Alta	Usuarios con Ansiedad no adherentes a proceso terapéutico	Gestor en línea	Psicología
	21	Alta	Consumo experimental o problemático de SPA en adolescentes	Gestor en línea	Psicología
	22	Alta	Factor de riesgo psicosocial	Gestor en línea	Psicología
	23	Media	Trastornos mentales de base en tratamiento, adherentes a la RIAS	Gestor en línea	Gestor en línea

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto	Perfil a quien deriva
5. DISCAPACIDAD	1	Alta	Personas con discapacidad sin atenciones para su condición.	Gestor en línea	Terapeuta
	2	Alta	Personas con discapacidad sin adherencia a las RIAS con limitación de movilidad.	Gestor en línea	Terapeuta
	3	Alta	Persona con discapacidad y cuidador	Gestor en línea	Terapeuta
	4	Alta	Personas con discapacidad con adherencia a la RIAS.	Gestor en línea	Terapeuta
	5	Alta	Personas con dependencia funcional mayores de 60 años por condiciones crónicas o edad.	Gestor en línea	Terapeuta

Cohorte de Riesgo	Orden de abordaje	Prioridad	Tipo de Prioridad	Perfil Primer contacto	Perfil a quien deriva
6. CCVM	1	Alta	Pacientes con muy alto riesgo cardiovascular (ACV, IAM, enfermedad renal crónica estadio 3b). *	Gestor en línea	Enfermería
	2	Alta	Paciente con patología Crónica NO controlado (cifras tensiones superiores 180/110 o Hemoglobina glicosilada mayor a 10%).	Gestor en línea	Enfermería
	3	Media	Persona con capacidad de gestar con intención reproductiva con patología crónica no adherente	Gestor en línea	Gestor en línea

	4	Media	Persona con capacidad de gestar sin intención reproductiva con patología crónica sin método de regulación de la fecundidad.	Gestor en línea	Gestor en línea
	5	Alta	Paciente con patología Crónica NO adherente, ultimo control > 12 meses.	Gestor en línea	Enfermería
	6	Alta	Usuarios con patología crónica con discapacidad sin atención	Gestor en línea	Terapeuta
	7	Media	Usuarios con patología crónica (HTA-DM) cuidadores de personas con alta dependencia.	Gestor en línea	Gestor en línea
	8	Media	Usuarias con diagnóstico de HTA–DM y alto riesgo de complicaciones, identificadas por modelo predictivo, inadherentes mayor a 12 meses. *	Gestor en línea	Enfermería
	9	Baja	Personas con resultado de tamizaje Framingham mayor a 20%, en la valoración por parte de medicina.	Gestor en línea	Gestor en línea
	10	Baja	Pacientes con patología crónica (DM e HTA) Adherentes a la RIAS.	Gestor en línea	Gestor en línea
	11	Baja	Usuario con patología crónica (HTA-DM) no adherente a la RIAS con pérdida de pieza dental.	Gestor en línea	Odontología

* *Los casos corresponden a usuarios priorizados del modelo predictivo.*

Conforme al enfoque del Modelo de Salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS), el abordaje no se limitará exclusivamente a los eventos actualmente parametrizados en el modelo predictivo; de manera progresiva, y conforme se definan y validen nuevos eventos o patologías priorizadas, estos se incorporarán paulatinamente en la asignación de casos de la estrategia de ruteo. En consecuencia, los equipos deberán acoger las actualizaciones técnicas emitidas y garantizar su aplicación en la gestión operativa, asegurando la continuidad e integralidad de la atención.

Se precisa, que los planes de bienestar son integrales y buscan la continuidad del cuidado de la salud; es por ello por lo que, para cada una de las estrategias, se relacionan actividades colectivas a desarrollar y las derivaciones a realizar al componente primario de atención, para el desarrollo de atenciones individuales en los casos que así lo requieran. Esto implica, transitar inicialmente por el proceso de agendamiento de citas y posteriormente, en caso de no contar con atención efectiva, gestionar la atención individual extramural conforme a los criterios que se desarrollan en la descripción de las actividades.

En caso de requerirse el desarrollo de las atenciones individuales a nivel extramural, los profesionales a cargo de ello (Medicina, enfermería, nutrición, entre otros), podrán desarrollar la intervención colectiva y la individual garantizando la calidad, pertinencia e integralidad de cada una de ellas, así como los entregables descritos en la atención colectiva y los requerimientos según guía de práctica clínica y requerimientos establecidos en los planes de beneficio. Se precisa que en el informe de gestión se reportará con cargo al convenio de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, las actividades desarrolladas en el marco de las acciones de bienestar y las atenciones individuales que se realicen, serán con cargo a los contratos celebrados entre las Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS) con las EPS, garantizando el principio

de concurrencia y complementariedad de los diferentes planes de beneficio, conforme a lo establecido en la resolución 1597 de 2025.

1.7.1. **Actividad 1. Contacto inicial con la familia para la implementación del plan de bienestar**.

La gestión de los casos para abordaje del equipo, que son direccionados a partir de la estrategia de ruteo, tiene la gestión inicial por parte de los gestores en línea; sin embargo, en los casos que, desde el proceso de planeación del abordaje, sean asignados directamente para el profesional, este deberá realizar la concertación de la visita de manera telefónica. De acuerdo con el resultado de este primer contacto, se podrá definir un estado para cada caso, que podrá ser: programado contactado, programado no contactado, rechazado, fuera de Bogotá, otra subred, fallecido o no requiere visita con gestión efectiva. Este estado de la gestión será registrado en el aplicativo GTAPS, módulo de ruteo.

Posterior a la concertación de la visita (bien sea por el gestor en línea o el mismo profesional) se deberá realizar acercamiento a la vivienda para el inicio del proceso y realimentar el estado final del seguimiento del 100% de los casos asignados registrando alguno de los siguientes estados de la visita:

- Efectiva: Usuario con atención realizada a nivel familiar o individual.
- Rechazada: Familia que manifiesta disentimiento, dado que manifiesta no querer participar del proceso de abordaje familiar; para ello, el equipo debe comunicar claramente el objetivo y beneficios de este y contar con formato de disentimiento de la familia.
- No residencial: Caso en el que se realiza desplazamiento a la dirección registrada para el usuario y se verifica que el predio corresponde a uso no residencial.
- Fallida: Se denomina tras realizar tres intentos de búsqueda del usuario.
- No requieren la intervención o no cumplen criterio de abordaje: Corresponde a familias que, al ser verificadas por el equipo, se identifica que no presenta riesgos en salud y no requiere concertación e implementación de plan de bienestar a través de una de las estrategias integrales de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar; estas familias contarán únicamente con el registro de un abordaje por el perfil a cargo, donde se relacionen las acciones promocionales adelantadas y justificación del estado.

Esta información deberá ser registrada en el aplicativo GTAPS-Módulo de ruteo, de acuerdo con los parámetros establecidos para dar estado final a la gestión que inició en la estrategia ruteo.

- **Nota**: Se deberá realizar seguimiento de manera semanal por el líder operativo, en articulación con el profesional de acceso, al avance en la gestión de los casos asignados y generar las alertas tempranas necesarias.

Para las familias con las que se logra el contacto presencial, se realizará el diligenciamiento de la planilla de firmas, en el cual se encuentra relacionado el consentimiento informado y política de tratamiento de datos, el cual debe ser socializado de manera explícita a la familia.

1.7.2. Actividad 2. Identificación de riesgos Integral en el Hogar.

En la primera sesión de abordaje a la familia se adelantan las actividades de Identificación de riesgos del plan, concertación y validación del evento o prioridad. Una vez asignadas las familias a abordar por cada profesional, se debe revisar la fuente de priorización para dar continuidad al proceso de plan de bienestar y garantizar que se cuente con información de Identificación de riesgos integral de la familia. Es por ello, que los casos que no cuenten con Identificación de riesgos previa, deberán ser caracterizados por el perfil que va a desarrollar el plan de bienestar; así mismo, en las familias que ya cuentan con Identificación de riesgos previa, se realizará actualización del caso, con el registro de las novedades identificadas dada la experticia del profesional y la ocurrencia de eventos de interés en salud pública; adicionalmente si se identifican integrantes en el hogar, que no hayan sido caracterizados, deberán ingresarlos al aplicativo, en el formulario de creación de integrante y alertas.

En caso de que la Identificación de riesgos sea realizada por un perfil diferente a enfermería, no se realizará el diligenciamiento del formulario de signos y medidas antropométricas, los cuales serán desarrollados en los momentos de seguimiento o actualización a desarrollar por profesionales de enfermería o gestores, acorde a pertinencia técnica. Se precisa, que los profesionales de nutrición deberán diligenciar el formulario de medidas para los menores de 5 años en seguimiento por eventos priorizados para este perfil.

El equipo realizará la complementariedad de la información de identificación de riesgos a partir de la aplicación de tamizajes acorde a la pertinencia técnica, necesidad y características poblacionales de los integrantes de la familia. De igual forma, se indagará por los aspectos claves que se requiera para la puesta en marcha de las diferentes estrategias para el acompañamiento familiar según alertas, las cuales registrará en el aplicativo en línea, módulos de seguimiento, implementación del plan de bienestar y derivaciones.

Todos los perfiles del equipo podrán verificar los registros de la Identificación de riesgos familiar e individual, lo que permitirá la apropiación de todos los perfiles, frente a las necesidades de la familia.

Este primer momento de los profesionales con la familia, permite ampliar la información de las características de la familia y el entorno de la vivienda, así como factores de riesgo para la salud y momentos significativos en el curso de la vida; es el punto de partida del abordaje familiar, que posteriormente contempla la concertación, implementación y seguimiento del plan de bienestar, establecido a partir de las características de la familia y orientado a partir de las disposiciones técnicas para las diferentes estrategias descritas en la actividad de implementación del plan.

Esta actividad se realiza en el primer acercamiento al domicilio, donde se informa a la familia del proceso a realizar, su objetivo, resultados esperados, acciones de orientación y la importancia de mantener contacto permanente tanto por la prioridad inicial, como por los riesgos identificados en otros integrantes de la familia y las acciones de cuidado que se deban fortalecer en la misma, acorde a sus determinantes sociales; es decir, el profesional debe indagar acerca de condiciones de salud de toda la familia y mantener el enfoque de abordaje familiar en el entorno hogar.

Se precisa, que para el caso de la estrategia Ángeles Guardianes, direccionada al abordaje de gestantes con morbilidad materna extrema, se establece el primer contacto a nivel hospitalario (Para los casos en que las condiciones de salud y dinámicas institucionales lo permiten), donde se realiza la socialización del proceso a realizar y se busca generar el proceso de comunicación y reconocimiento de la familia y el equipo, para garantizar proceso familiar en casa. La Identificación de riesgos se adelantará en la vivienda una vez egrese la usuaria de la atención hospitalaria.

Como parte del primer abordaje del profesional a la familia, se debe generar un espacio de confianza, que permita valorar los conocimientos, percepciones usos y costumbres de la familia que puedan incidir en la concertación e implementación del plan de bienestar. En este proceso, se realizará el registro de la información correspondiente, en el aplicativo en línea al cual accede cada uno de los perfiles del equipo con un usuario y contraseña personal; este aplicativo, se encuentra organizado con diferentes módulos que se encuentran dispuestos en cascada, iniciando con la asignación de casos.

En el momento en que cada profesional hace el ingreso al aplicativo, puede consultar los casos asignados y en cada uno de ellos puede hacer el registro de la efectividad de la intervención, así como la creación de las familias abordadas, los integrantes de cada una de ellas, y los registros propios de la Identificación de riesgos y plan de bienestar realizados; cada uno de los perfiles debe adelantar el registro de su intervención, con énfasis en el módulo de seguimiento y plan de bienestar. Adicionalmente, diligenciarán

en físico la planilla de firmas de las familias que recibieron las acciones de plan de bienestar, como soporte de cada una de las sesiones adelantadas.

Para este proceso, se deben tener en cuenta las siguientes precisiones:

- Caracterizar el contexto familiar para la identificación de factores protectores y de riesgo en la familia, así como el acceso a servicios públicos, sociales y acciones de soporte familiar con los que cuenta; condiciones de seguridad alimentaria y dinámica familiar. En este apartado se reconocen también aspectos ambientales de la vivienda y su entorno más cercano.
- Explorar habilidades, conocimientos, experiencias, valores, tradiciones, visiones del mundo respecto al cuidado de la salud, desde su contexto y cultura, así como su implementación en casa.
- Identificación de alertas latentes a partir del evento o prioridad por la que se aborda la familia, así como las que se puedan estar presentando en otros integrantes de la misma, teniendo en cuenta momento de curso de vida, condición o situación de cada uno de ellos. para ello, se debe iindagar por condiciones de salud general de la familia, incluyendo a todos sus integrantes, dado que el caso índice notificado se constituye en la puerta de entrada al abordaje familiar, más no en el único foco de intervención.

- Si se identifica que la prioridad por la que es inicialmente remitida la familia no corresponde precisamente a la situación actual, se debe precisar el criterio e implementar las estrategias y acciones acorde a la necesidad de la familia.
- Reconocer prácticas de autocuidado de la salud y de cuidado familiar. Así como los planes de manejo ordenados por médicos o especialistas en los casos que corresponda y su cumplimiento.
- Explorar en gestantes, menores de 5 años y personas con condiciones crónicas, signos de alarma y signos de peligro de muerte, junto con los aspectos específicos acorde a cada evento.
- Realizar toma de medidas antropométricas y signos vitales acorde a pertinencia técnica y prioridades encontradas en el hogar. Toma de glucometría a las personas cuyo tamizaje FINDRISK tenga una puntuación igual o mayor a 12 puntos o personas diabéticas sin adherencia al tratamiento o sin controles médicos.
- Verificar esquemas de vacunación acorde al momento de curso de vida.
- Reconocer en la vivienda Unidades de Trabajo Informal, establecimientos a puerta cerrada, puntos comerciales, entre otros.
- Identificación de niños, niñas y adolescentes en trabajo infantil.
- Identificación de poblaciones de riesgo: Gestantes, menores de 5 años, personas con riesgos en salud mental, personas con condiciones crónicas, personas con discapacidad y cuidadores, entre otras condiciones de riesgo, teniendo en cuenta las dificultades de acceso a servicios de salud y falta de continuidad o apropiación

de pautas de cuidado; con dichas poblaciones prioritarias o de riesgo, se debe verificar la adherencia a programas de control por grupo de riesgo, a planes de manejo en casa, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos acorde a la condición o prioridad en salud.

- Verificar información relacionada con la asistencia a actividades de Protección Específica y Detección temprana, acorde a las frecuencias de uso de cada integrante de la familia. Para ello, cada uno de los perfiles debe adelantar la consulta en el visor de historia clínica, donde puede verificar las atenciones que cada uno de los integrantes de la familia ha recibido y contrarrestar la información con lo referido en el hogar.

De igual forma, acorde al criterio de priorización, los eventos de interés en salud pública presentes en la familia, el curso de vida de los integrantes de la misma y la pertinencia técnica del perfil que aborda la familia, se deberá realizar la aplicación de pruebas tamiz que permitirán ampliar la información de alertas y factores de riesgo para la salud, orientar el plan familiar a desarrollar y posteriormente, la evaluación de logros alcanzados en el proceso.

Tabla 1. Precisiones para la aplicación de tamizajes en la familia.

TAMIZAJE	CRITERIO PARA APLICACIÓN	OBSERVACIONES
APGAR Familiar	Aplicación a todas las familias abordadas.	Permite evidenciar la percepción de la funcionalidad familiar. Se aplica en la Identificación de riesgos o actualización familiar. Se recomienda ser aplicado a diferentes miembros de hogar teniendo en cuenta las preguntas puntuales según grupo de edad: 7 a 17 años o 18 años en adelante.
SRQ para jóvenes y adultos.	Aplicación en los casos que se identifiquen criterios de riesgo de trastorno mental en jóvenes y adultos (Mayores de 16 años de edad).	Permite la detección temprana de riesgos de trastornos mentales. Permite identificar riesgos para activación de la ruta de atención integral en salud mental y propiciar diagnóstico oportuno. Se aplica a las personas que a partir de la conversación y la lectura del contexto social, se
RQC para niños y adolescentes.	Aplicación en los casos que se identifiquen criterios de riesgo de trastorno mental en niños y adolescentes (Entre los 5 y 15 años de edad).	

TAMIZAJE	CRITERIO PARA APLICACIÓN	OBSERVACIONES
		evidencia que podrían estar presentando signos o síntomas de problemas relacionados con trastornos mentales y del comportamiento. Esta identificación de riesgos puede darse en cualquier momento del proceso de intervención y no necesariamente en la Identificación de riesgos. Sin embargo, para los casos de factor de riesgo psicosocial, se aplica en todos los casos referidos en la primera visita con la familia.
Brief COPE 28- Violencias y Conducta Suicida.	Aplicación a todos los casos remitidos por el subsistema SISVECOS y los casos de Violencia ejercida contra las gestantes del SIVIM.	Permite identificar estrategias de afrontamiento ante situaciones problemáticas o de estrés. Se aplica en la Identificación de riesgos y al evaluar el plan familiar.
Tablas de estratificación de riesgo cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud - AMR B de la OMS	Tablas de estratificación de riesgo cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y/o Framingham: Personas con sobrepeso u obesidad. Personas con hipertensión arterial. Personas con consumo de tabaco y alcohol. Población general mayor de 35 años.	Permite identificar factores de riesgo cardiovascular. El tamizaje de OMS y/o Framingham se aplica en la Identificación de riesgos únicamente, dado que permite una presunción diagnóstica para la activación de rutas.
FINDRISK.	Tamizaje FINDRISK a: Personas con sobrepeso u obesidad. Personas con hipertensión arterial.	Se aplica en la Identificación de riesgos únicamente, dado que permite una presunción diagnóstica para la activación de rutas.

TAMIZAJE	CRITERIO PARA APLICACIÓN	OBSERVACIONES
	Personas con consumo de tabaco y alcohol. Población general mayor de 35 años, Excepto a las diagnosticadas con diabetes.	
Ficha de observación de la lactancia materna	A todas las personas que se encuentren en proceso de lactancia materna exclusiva y complementaria.	Permite reconocer signos de que la lactancia funciona adecuadamente o signos de alarma de posible dificultad. Se deberá aplicar en la Identificación de riesgos y posteriormente, como parte de la verificación de compromisos del plan de bienestar al cierre de este.
Cuestionario breve para el tamizaje de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica- EPOC	A todas las personas mayores de 40 años, sin diagnóstico de EPOC.	Se aplica para evaluar la necesidad de activar la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.
Whodas	Personas con discapacidad.	Permite caracterizar y valorar el riesgo relacionado con el funcionamiento, categoría de discapacidad, limitaciones en la realización de actividades, participación, presencia de barreras y facilitadores físicos, actitudinales y comunicativos en el entorno.
Zarit	Persona cuidadora.	Permite identificar nivel de sobrecarga.
Barthel	Personas con discapacidad.	Permite medir la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación de su grado de independencia.

A partir del proceso de Identificación de riesgos realizado, se obtendrá tanto la clasificación familiar, como individual de cada uno de los integrantes, de manera que se categorizan los niveles de prioridad alta, media o baja, que orienta el desarrollo de acciones futuras de los profesionales con la familia, así como las derivaciones que se requieran, dentro de las que se encuentra la activación de rutas y/o notificación de eventos de interés en salud publica en salud mental identificados (Diferentes al evento inicial por el cual se está realizando la intervención), las cuales deben ser registradas en un lapso que no supere las 24 horas desde la visita realizada. De igual forma, se desarrollarán los primeros contenidos de educación en salud pública/educación transformadora a partir de las necesidades identificadas, los cuales se registrarán en el apartado inicial del formulario de Plan de bienestar.

Clasificación familiar

Es un proceso de categorización de familias basado en diferentes criterios y características, el cual permite comprender mejor, las condiciones y necesidades específicas de cada grupo familiar y diseñar intervenciones y políticas más efectivas para dar respuestas a sus necesidades. Los criterios para la clasificación familiar incluyen:

- Estatus Socioeconómico: Basado en ingresos, nivel educativo, ocupación, y condiciones de vivienda. Impacta directamente en el acceso a bienes y servicios esenciales, permite identificar el nivel de recursos y las necesidades económicas de la familia.
- Estructura Familiar: Considera la composición del núcleo familiar, como el número de miembros, relaciones entre ellos (padres, hijos, abuelos, etc.), y el tipo de hogar (nuclear, extendido, monoparental, etc.). Influye en el soporte social, la funcionalidad y la estabilidad del hogar.
- Vulnerabilidad Social: Evaluación de factores que pueden aumentar el riesgo de dificultades sociales o económicas, como el desempleo, la pobreza, la discriminación, o la falta de redes de apoyo.
- Acceso a Servicios de Salud: Evaluación de la capacidad de la familia para acceder a servicios de salud, teniendo en cuenta su afiliación al sistema de seguridad social.
- Características Demográficas: Incluye edad, género, nacionalidad, pertenencia étnica, entre otras características que pueden llegar a influir en la exposición al riesgo y en las necesidades y servicios requeridos.
- Condiciones de Salud: Considera factores y condiciones de salud de los integrantes de la familia, que requieran prioridad en la atención en salud.

De acuerdo con la evaluación de los criterios, la prioridad de la familia puede clasificarse en alta, media y baja; información que puede ser consultada en la Escala de Bienestar Familiar del aplicativo GTAPS, en el cual es calculado y se puede visualizar, conforme a la información de Identificación de riesgos ingresada por el gestor:

- Baja (Saludable): Familias sin riesgo en salud identificados, con acceso regular a servicios médicos preventivos.
- Media: Familias con situaciones de riesgo en salud menores o condiciones crónicas controlables.
- Alta: Familias con riesgos en salud identificados que no acceden a los servicios y se encuentran en alta vulnerabilidad.

Clasificación de los integrantes de la familia.

Dado que una intervención efectiva en la familia y sus miembros es esencial para promover la salud y el bienestar, es necesario realizar una clasificación exhaustiva del riesgo en salud de cada individuo dentro del núcleo familiar. Esta clasificación permite identificar de manera precisa las necesidades específicas y los factores de riesgo que afectan a cada persona.

Es por ello, que, a partir de la Identificación de riesgos, el profesional debe registrar en el aplicativo dispuesto, los tamizajes aplicados, las alertas identificadas en cada integrante y los datos de signos y medidas antropométricas que son verificados para determinar la presencia o no de riesgos. Una vez clasificados los riesgos, se pueden diseñar y desarrollar planes de bienestar que incluyan atenciones individuales, complementando las intervenciones colectivas propuestas en cada hogar. Estos planes se adaptan a las condiciones particulares de cada miembro de la familia, abordando de forma específica los problemas de salud identificados y estableciendo estrategias de intervención adecuadas.

Además, es necesario implementar un sistema de monitoreo continuo para observar la evolución de cada caso. Este seguimiento permite evaluar la efectividad de los planes de bienestar, hacer ajustes en tiempo real y detectar cualquier cambio o novedad en el estado de salud de los miembros de la familia. Así, se asegura una atención oportuna y ajustada a las necesidades emergentes, garantizando una respuesta ágil y efectiva ante cualquier situación que pueda surgir.

Por lo anterior los integrantes de la familia, tendrán de acuerdo con su condición de salud la siguiente clasificación:

Tabla 2. Clasificación de los integrantes de la familia.

TIPO 4	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 1
Usuario que pertenece a grupo de riesgo: - Materno perinatal. - Alteraciones nutricionales. - Enfermedad cardiovascular y metabolica. - Problemas en salud mental. - Enfermedades respiratorias crónicas. - Riesgos en la primera Infancia - Cáncer **Sin atención de salud para su condición de riesgo.**	- Usuario con alteraciones en resultado de tamizajes, para la identificación del riesgo por grupo de riesgo o población general, o - Usuario con antecedentes familiares de enfermedades crónicas no trasmisibles, con resultado de tamizaje de riesgo alterado. **Sin atención de salud para su condición de riesgo**.	- Usuario de grupo de riesgo o con factores de riesgo identificados que se encuentran vinculados a la ruta o tienen seguimiento.	- Usuario sin riesgo identificado con actividades en salud acordes para el curso de vida.

Fuente: Elaboración propia.

1.7.3. Actividad 3. Concertación del Plan de bienestar.

En el proceso de abordaje a la familia, el profesional debe identificar los principales aspectos a trabajar de manera concertada con ella, para la mitigación de riesgos en salud y el fortalecimiento de prácticas de cuidado y estilos de vida saludable acorde a las necesidades reconocidas previamente.

Para este ejercicio, se deberá verificar el criterio de priorización de la familia, las alertas registradas para sus integrantes, las necesidades identificadas y las detectadas tras la aplicación de tamizajes en la familia; las vivencias de sucesos vitales en la familia y sus integrantes y si se están afrontando de forma adecuada, el contexto sociocultural de la

vida familiar y redes de apoyo, así como los recursos con los que cuenta en términos de servicios públicos, sociales, sanitarios y de apoyo familiar, y el resultado de la escala de bienestar familiar.

A partir de esto, se deberán definir acciones concretas a desarrollar con la familia, de manera que se consoliden en compromisos a desarrollar de manera conjunta, enfocados a la adopción de pautas de cuidado, la gestión familiar para la mitigación de riesgos y la participación activa de la familia en las actividades colectivas e individuales que se logren gestionar con los demás actores del sistema de salud. Se debe tener en cuenta que las familias que fueron derivadas desde abordaje territorial ya cuentan con un plan de bienestar con compromisos iniciales por parte del gestor, por lo que desde la acción complementaria de los demás perfiles se deberá realizar la actualización y continuidad de los mismos. Los compromisos propuestos por el profesional deben ser socializados y concertados con la familia para su implementación y registrarse en el formulario de implementación del plan para su seguimiento, esta acción de concertación del plan se realizará en la misma visita de Identificación de riesgos o primer seguimiento de la familia por el profesional a cargo, donde también se adelantan los primeros contenidos de educación transformadora para la salud.

Así mismo, se debe tener claridad de las estrategias y acciones a desarrollar en el plan, las cuales están a cargo de uno o más perfiles conforme a los contenidos de cada una de ellas. En una familia, se podrán desarrollar diferentes estrategias para el trabajo complementario e integral con la familia; sin embargo, se establecen unas estrategias específicas que, entre otras, se deberán emplear en el plan de bienestar según los criterios de priorización y el perfil que la desarrolla.

Tabla 3. Estrategias del Plan de Bienestar acorde a la prioridad/evento a abordar

Población/evento	Estrategias de plan de bienestar
GESTANTES	- Embarazados con Mas Bienestar. - Ángeles Guardianes. - Sí la sífilis gestacional se previene, tu bebe se protege.
INFANCIA	- Ángeles Kids - Prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). - Seguimiento a la recuperación nutricional. - AIEPI
CONDICIONES CRÓNICAS	- Planes de Automanejo: Estrategias que fortalecen la capacidad de las personas para entender y manejar su enfermedad, reconocer oportunamente signos de alarma y adoptar hábitos saludables, favoreciendo su autocuidado y el control

Población/evento	Estrategias de plan de bienestar
CÁNCER	- Por una Vida con Bienestar.
SALUD MENTAL	- Fortalecimiento de estrategias de Afrontamiento, confróntate 7. - Fortalecimiento de las pautas de crianza. - Apoyo psicológico en casos de duelo. - Acompañamiento integral en salud para las mujeres. - Adolescentes con MAS Bienestar. - Acompañamiento psicosocial - Habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes.
SALUD BUCAL	- Cuidado y autocuidado para la salud bucal familiar.
DISCAPACIDAD Y CUIDADORES	- Rehabilitación Basada en Comunidad. - MAS Bienestar para la Persona Cuidadora
SOLEDAD SOCIAL	- MAS Compañía, MAS Bienestar.
SALUD AMBIENTAL	- Vivienda Saludable. - Agricultura Urbana- Estrategia Vivienda Saludable con implementación de Unidades demostrativas en salud ambiental.
TRANSVERSALES	- Promoción de la Alimentación Saludable - Consejería en Lactancia materna y alimentación complementaria. - Actividad Física para la Salud. - Estrategia para la Reducción De Pérdidas y Desperdicio de Alimentos en el Hogar (PDA).

En el momento de la concertación del plan, el profesional entregará a la familia el tablero de plan de bienestar, el cual se empleará para el registro y seguimiento de compromisos con la familia; por su parte, en las familias abordadas por perfiles ambientales con la estrategia de vivienda saludable, también se hará entrega del tablero correspondiente a esta estrategia.

Estos deben contar con las especificaciones establecidas por la SDS (Ver anexo de insumos), y se dejará a la familia en un lugar visible de la vivienda con el objetivo de emplearlo en el proceso de implementación y evaluación del plan de bienestar.

1.7.4. Actividad 4. Implementación y Seguimiento del Plan de bienestar.

Una vez concertado el plan de bienestar con la familia, se inician las acciones promocionales para la educación transformadora en salud y las de gestión del riesgo, para lo cual el profesional deberá contar con los recursos metodológicos y didácticos necesarios para el desarrollo de actividades con la familia, facilitando la apropiación de

contenidos técnicos; para ello, se contará con un rotafolio de acciones promocionales, así como el uso de otras herramientas que considere pertinente el profesional y la Subred.

Los planes de bienestar son continuos e integrales, deben favorecer el desarrollo de capacidades familiares y la gestión de los riesgos; están determinados por las estrategias integrales, las cuales tienen unos contenidos y propósitos específicos, por lo que son desarrollados por perfiles puntuales, acorde a pertinencia técnica. En su implementación debe tener en cuenta los aspectos como:

- El profesional debe realizar las intervenciones requeridas en coherencia con los contenidos de cada una de las estrategias y conforme a los compromisos pactados con la familia tanto por el profesional, como por el gestor, en los casos que cuente con abordaje previo, con el propósito de cumplir de manera conjunta y corresponsable con el plan.

- El abordaje desarrollado en el marco de los planes de bienestar debe ser integral y viabilizando todas las actividades de gestión del riesgo y promoción de la salud que requiera la familia. Esta acción, debe ser desarrollada por el procesional que concerta e implementa el plan de bienestar, de manera que no se cuente con planes simultáneos por diferentes perfiles, que puedan generar reprocesos o duplicidad de esfuerzos en el abordaje familiar. Esto permitirá que las familias y profesionales de salud, se empoderen de las acciones a desarrollar en el marco del plan de bienestar y de manera conjunta se avance en la gestión del riesgo. Los casos de familias en los que se evidencien eventos de interés en salud mental, relacionados con conducta suicida y violencias, se establece como casos de alta gestión en los cuales podrán concurrir de manera simultánea dos planes de bienestar por profesionales complementarios, siendo esta la única excepción en la que el psicólogo fortalece el abordaje familiar que ha instaurado el profesional inicial. En los casos que cumplan con este parámetro, los perfiles deberán informar a través de los líderes operativos, la necesidad de vincular a los perfiles requeridos y se determinará el abordaje; además, registrará la derivación de casos desde el aplicativo en línea, de manera que cada perfil pueda visualizar y registrar sus aportes al plan de bienestar.

- Desarrollar acciones promocionales para la adopción de comportamiento y conductas para la salud, donde se incluyan acciones preventivas acorde a la conformación familiar, momentos por curso de vida y necesidades sentidas por la familia y comunidad desde las diferentes prioridades y dimensiones de salud pública.

- Tener en cuenta la Identificación de riesgos del entorno y sus alrededores, de manera que a partir de las necesidades en salud y problemáticas evidenciadas en

el lugar en el que se encuentra ubicada la vivienda, se intensifiquen los contenidos promocionales trabajados con la familia en el plan de bienestar.

- Informar a la familia, en las atenciones individuales a las que debe y puede acceder en el marco de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, acorde al momento de curso de vida de sus integrantes.

- Brindar Información y educación en salud relacionada con las medidas de cuidado y a seguir en el marco de alertas ambientales y picos respiratorios.

- Enfatizar en la identificación de alertas o signos de alarma para acudir a los servicios de salud.

- Propender por el cumplimiento del plan de manejo ordenado en la atención en salud individual y realizar seguimiento a la adherencia a tratamiento farmacológico.

- Registrar los casos que requieren asignación de cita y que desde el equipo de las subredes se puede programar, dado que corresponde a población de EPS con contratos vigentes con las SISS y se puede viabilizar y agilizar el acceso a los servicios de salud requeridos. El agendamiento de citas realizado está definido para población que según frecuencia de uso requieren consultas de la Ruta de promoción y Mantenimiento de la Salud RPMS, y aquellos casos en los que se cuente con acceso y disponibilidad de agenda de especialidades, al encontrar en la visita órdenes sin asignación de cita.

- Tanto en la Identificación de riesgos, como en cualquiera de las sesiones de plan de bienestar, se podrán identificar nuevas condiciones de riesgo que requieran de la activación de rutas, dado que surgieron posteriormente. Para estos casos, el equipo deberá generar la activación de ruta en un lapso de 24 horas desde la sesión en la que se evidencia la situación, canalizando a servicios de salud, servicios sociales, trabajador social que apoya aseguramiento, entre otras, de manera que se registre al 100% de personas que lo requieran, para que el actor correspondiente, sectorial o intersectorial, de la respuesta.

- En los casos, en que la familia ha tenido intervenciones previas por otro equipo de salud de la gestión extramural, y se adelantó activación de ruta al mismo integrante de la familia, por el mismo motivo identificado y en el mismo mes, no se realizará activación de ruta en ese momento, dejando registrado en el campo de observaciones de la implementación del plan familiar, dicha situación. Sin embargo, se deberá adelantar seguimiento a dicha respuesta de manera conjunta con el profesional de canalizaciones, y en caso de no contar con respuesta y

persistir la necesidad, se realizará activación de ruta en el segundo mes de abordaje a la familia.

- Al generar las activaciones de rutas, se deberá brindar información de la política de protección de datos de la Secretaría Distrital de Salud; aspecto que debe ser relacionado en las observaciones del instrumento de recolección de información (Ver ficha técnica de la caja de herramientas). Esta activación será validada por el profesional a cargo de canalizaciones, con quien se verificará también la efectividad de la respuesta a través de los registros de aplicativo SIRC.

- Se precisa que si el riesgo identificado, corresponde a alguno de los descritos para los usuarios tipo 4, el perfil a cargo del plan de bienestar realizará el agendamiento de cita, a través de los canales dispuestos por cada una de las EPS, dentro de los que se encuentran medios virtuales y telefónicos; en el caso de EPS con contratos vigentes con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, el agendamiento se realizará a través de la articulación con el gestor en línea, quien realizará el agendamiento correspondiente, en una de las SER de la subred. Por su parte, si se trata de un caso de EPS que no cuenta con posibilidades de agendamiento desde la subred y donde el contacto por los mecanismos habituales no es efectivo, se cuenta con el contacto con un perfil dispuesto por cada EPS para la gestión directa de citas, la cual estará a cargo del profesional de enlace con EPS, posterior a la notificación del caso por parte del gestor.

  El perfil deberá dejar consignado en el aplicativo en línea, la cita gestionada y la fecha programada, de manera que los gestores en línea, puedan consultarlas y realizar recordación el día previo a la visita, así como confirmación de la asistencia el día posterior a la misma; de esta manera, se realiza el seguimiento a la gestión adelantada por el perfil y en caso de no contar con atención efectiva, el gestor en línea podrá realizar el agendamiento con uno de los profesionales de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar para que realice la atención individual en el domicilio, teniendo en cuenta el principio de concurrencia de recursos para la atención integral, dado que esta actividad se reporta con cargo al plan de beneficios en salud y surtiendo el proceso de facturación a la EPS correspondiente.

  Esta atención individual es desarrollada por los profesionales de medicina, enfermería y nutrición, teniendo en cuenta las siguientes precisiones:

  - Las atenciones individuales realizadas por los profesionales de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar se efectúan de manera complementaria a las actividades colectivas de educación transformadora para el cuidado de la salud familiar. Durante la planeación o desarrollo de las acciones colectivas —las cuales hacen parte de las actividades contempladas en el convenio—

, el profesional identifica, cuando corresponde, la necesidad de una atención individual específica en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) de Promoción y Mantenimiento o de gestión del riesgo, estas atenciones individuales se desarrollan de acuerdo a los lineamientos definidos por la SISS y se ejecutan con cargo al plan de beneficios en salud de la respectiva EPS, sin generar costos al convenio interinstitucional.

- Si la atención individual es desarrollada en una persona con prioridad alta, con quien se ha concertado un plan de bienestar a partir de una de las estrategias integrales, esta atención se constituye en parte integral de su implementación, conforme a los contenidos técnicos de cada una de las estrategias que se desarrollan más adelante.
- La atención individual se realiza cuando, tras haberse completado el proceso de agendamiento, la cita asignada no logra efectuarse de manera efectiva. No obstante, en los casos remitidos por las cohortes de riesgo de las diferentes EPS, en los que ya se haya realizado una gestión previa para promover la adherencia a las RIAS y esta no haya tenido resultado, el equipo MAS Bienestar en tu Hogar podrá efectuar la atención individual sin necesidad de surtir nuevamente el proceso de agendamiento, con el fin de garantizar la continuidad del cuidado y la oportunidad en la atención en salud.
- Por su parte, si la persona sujeto de atención individual se encuentra afiliada a una EPS con contrato vigente con la subred para el desarrollo de estas atenciones en modalidad extramural, se realizará la facturación al plan de beneficios correspondiente.
- Para el caso de EPS sin contrato vigente con la subred para el desarrollo de atenciones individuales en modalidad extramural, se realizará la gestión a través del profesional de enlace con EPS, para solicitar la autorización para realizar la atención individual en casa por el profesional requerido.
- Las atenciones individuales también podrán realizarse a otros integrantes del núcleo familiar al cual se accede a través de un usuario índice, siempre que, durante la verificación en tiempo real en el hogar, se identifique que: 1. presentan atenciones pendientes en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) o en la Ruta de Riesgo, de acuerdo con la frecuencia de uso establecida, lo que los hace susceptibles de atención individual, y 2. exista un contrato vigente entre la EPS del usuario y la Subred Integrada de Servicios de Salud (SISS) que habilite la prestación del servicio correspondiente. En los casos en que no se cumplan estas condiciones, el equipo procederá a realizar la gestión de atención mediante los mecanismos definidos para la derivación por agendamiento o activación de ruta, según corresponda.

- Durante este abordaje, las acciones educativas deberán incluir, entre sus temáticas, la importancia de dar continuidad a las atenciones contempladas en las rutas de riesgo y en la RPMS, conforme a la frecuencia de uso establecida y en articulación con las Unidades Básicas Resolutivas (UBR).
- Se precisa que las Subredes integrales de servicios de salud SISS, son responsables de dar cumplimiento a las condiciones y entregables definidas en los contratos celebrados con las diferentes EAPB, para el reconocimiento de las actividades individuales desarrolladas por los Equipos MAS Bienestar en Tu Hogar.

- Para el caso de niños y niñas identificados con desnutrición aguda que no se encuentren adheridos a la ruta de alteraciones nutricionales y Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad establecido en la Resolución 2350 del 2020, se deberá agendar una cita prioritaria con la EPS; en caso de no lograr dicho procedimiento, se deberá gestionar con el referente de la EPS la aprobación de atención domiciliaria por parte del profesional de medicina para definir escenario de manejo. De tratarse de menores de 6 meses de edad con desnutrición aguda, los casos con perímetro braquial igual o menor a 11,5cm o menores de 5 años que presenten signos de alarma y desnutrición aguda, se deberá activar el CRUE para garantizar atención inmediata.

- Para el resto de población, que no son usuarios tipo 4 y pertenecen a EPS con contrato vigente con la Subred, la gestión de atenciones de la RPMS se realizará a través del módulo de derivaciones, de manera que los gestores en línea puedan realizar el agendamiento del 100% de requerimientos para esta ruta.

- De tratarse de una persona con afiliación a una EPS que no cuenta con contrato vigente con la Subred la gestión se realizará a través del aplicativo SIRC (Sistema de Referencia y Contrarreferencia) - módulo de canalizaciones, de manera que el gestor deberá realizar el diligenciamiento del formato definido para tal fin y entregar al profesional del grupo de gestión a cargo de este proceso.

- De igual forma, se deberá adelantar el proceso a través del aplicativo SIRC, para los usuarios que requieran activación a otras rutas, complementando la respuesta descrita anteriormente; en estos se realiza la activación de ruta a la entidad promotora de servicios de salud (EAPB), entornos de vida cotidiana del PSPIC, entidad distrital intersectorial y/o oficina de atención al usuario de las subredes integradas de servicios de salud, para que realicen la gestión a estas necesidades según competencias.

- Registrar en las derivaciones los casos que requieren de vacunación por parte de la bina asignada a la unidad de gestión del riesgo a la cual pertenece el sector catastral en el que reside la familia; así como adelantar seguimiento para garantizar la completitud de esquemas en el 100% de los integrantes de las familias abordadas.

- Para el caso de población no asegurada que cumple con criterios para acceder a la afiliación, se adelantará derivación al profesional de trabajo social del equipo a cargo de esta gestión, con el fin de viabilizar la afiliación.

- Así mismo, se deberán adelantar los proceso de prescripción social que se requieran, a partir de la identificación de necesidades que puedan ser resueltas a través del trabajo conjunto con otras entidades o activos comunitarios presentes en los diferentes sectores catastrales; para ello, desde nivel local y distrital, se compartirán los portafolios de los diferentes dispositivos comunitarios e institucionales que tienen oferta de servicios, conforme se vayan habilitando cupos a los que se pueda activar a las familias.

.

- De igual forma, el equipo deberá realizar la notificación de eventos de interés en salud pública que pueda identificar a través del seguimiento, para los subsistemas de SIVIM Y SISVECOS.

- Realizar llamado a línea de atención 123, en el momento de la intervención familiar, en casos de identificarse riesgo alto para la salud (incluida salud mental), que requiere atención inmediata por el servicio de salud.

- En cada una de las sesiones se deberá consignar en el formulario de implementación del plan, el seguimiento a las variables y aspectos técnicos específicos para cada familia según su prioridad, las cuales están directamente relacionadas con el cumplimiento de metas e indicadores en salud pública, y deben ser diligenciadas en el aplicativo dispuesto para tal fin; en este instrumento se deben diligenciar todas las variables específicas para la prioridad y en el campo de observaciones, relacionar los aspectos claves, importantes y relevantes para el plan de bienestar, es decir, hace referencia a información diferente y complementaria a la consignada en los campos anteriores.

  Para el caso de las sesiones integrales, donde el profesional desarrolla tanto una intervención colectiva de educación transformadora para la salud, como una atención individual, la sesión colectiva se registrará en los formularios correspondientes al seguimiento familiar según evento o prioridad en salud

materna, salud infantil, seguridad alimentaria y nutricional o condiciones crónicas; por su parte, para casos de otras prioridades o familias donde no se han instaurado planes de bienestar desde una de las estrategias integrales, se diligenciará el formulario de acciones de educación con enfoque en medicina familiar. Adicional a ello, todas las atenciones individuales realizadas deberán ser registradas en el formulario de atenciones individuales dispuesto en el aplicativo.

Dicho registro se debe realizar rutinariamente, ingresando las sesiones adelantadas por el profesional el mismo día de la intervención, garantizando la completitud en la información, calidad técnica acorde a las características del caso y oportunidad en el reporte; aspectos que deberán ser revisados y validados por los líderes operativos. Para el caso de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, se contará con un único registro que dé cuenta de la intervención del profesional de terapias y el agente de cambio que adelanten la sesión familiar.

- La implementación de los planes de bienestar aportará al desarrollo de jornadas y actividades distritales en fechas conmemorativas (Salud mental, condiciones crónicas, salud sexual y reproductiva, infancia, entre otras), acorde a los alcances y objetivos de los equipos básicos extramurales.

Nota 1: Se precisa que para los casos que se encuentran en seguimiento desde meses anteriores, se debe dar continuidad y cierre, empleando los sistemas de información y bases de registro con las que se inició el abordaje familiar, con el fin de tener trazabilidad y continuidad en la intervención.

Con relación a las planillas de firmas en formato físico, se realizará apertura de nuevas versiones, acorde a los anexos de la caja de herramientas, registrando la continuidad del abordaje.

Nota 2: En el desarrollo del plan de bienestar, se establece la oportunidad de vincular acciones de seguimiento a través de la modalidad remota como una estrategia clave para garantizar la continuidad del cuidado, fortalecer la participación familiar y optimizar los recursos disponibles. El uso de herramientas digitales y llamadas telefónicas facilita el acompañamiento integral a las familias, promoviendo la prevención de enfermedades, el bienestar en salud mental y la inclusión social.

Nota 3. Los perfiles podrán participar en jornadas de intensificación, atención a urgencias, emergencias, necesidades en salud pública, entre otras, donde no se desarrollan actividades descritas en las acciones de bienestar y sean requeridas desde la Secretaría Distrital de Salud, para ello se informará la acción puntual a realizar y el entregable correspondiente.

Nota 4. Las atenciones individuales que desarrollan los profesionales del equipo en el marco de jornadas extramural a población migrante mediante los proyectos PAISS, se deberán registrar en el formulario de atenciones individuales y se debe garantizar la Identificación de riesgos de la familia en su vivienda posteriormente; este abordaje en el hogar será realizado por parte del gestor de bienestar o el profesional que desarrolle el plan de bienestar, en caso de evidenciarse alguno de los criterios definidos para las estrategias integrales.

Si el usuario abordado en la jornada no reside en la subred que desarrolla las atenciones individuales, se deberán reportar los casos interlocales a través de drive dispuesto por la SDS, quien cargará el caso en el módulo de ruteo a la subred correspondiente. Este cargue estará a cargo del técnico en sistemas y líder operativo del sector catastral donde se desarrolle la jornada.

A continuación, se describen las diferentes estrategias a desarrollar en los Planes de Bienestar, conforme a las necesidades de la familia:

MATERNO

Con el fortalecimiento del trabajo articulado a nivel nacional, y teniendo como marco las premisas que se establecen en las seis líneas de acción emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el plan de aceleración para la reducción de la Mortalidad Materna y perinatal, que llegan a reforzar lo establecido en la resolución 3280, junto con la emisión de la Circular 0047 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección social, la ley 2244 del 11 de julio 2022 y el decreto 441 de 2022, se generan nuevas herramientas que orientan a los equipos para aunar esfuerzos en pro de la oferta y demanda inducida de métodos de planificación así como la atención integral de los usuarios.

La GIRS en el Modelo de Salud de Bogotá contempla componentes de la Atención Primaria Social, centra su abordaje en la generación de bienestar y salud, donde la persona, la familia y la comunidad son el núcleo fundamental para la identificación temprana e intervención oportuna de riesgos generando procesos corresponsables para el cuidado de la salud. Es una obligación del Ente Territorial reorganizar la oferta de prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta los prestadores públicos y privados, promoviendo la racionalización de servicios y el control de la oferta de los mismos en su territorio, fortaleciendo la red pública, propendiendo por la inversión privada, atendiendo los principios de transparencia, coordinación, concurrencia, complementariedad, eficiencia, responsabilidad, austeridad y asociación, así como las normas que hacen parte del régimen de protección de la libre competencia en términos del control y la organización de la oferta

En este sentido, los compromisos adquiridos de manera conjunta con otros sectores están enmarcados en las necesidades en salud de la ciudad y los compromisos de la actual

administración a partir lo eventos priorizados por el Modelo de Atención en Salud de Bogotá + MAS Bienestar. Para tal fin se participa en la implementación de políticas como primera infancia e infancia adolescencia; juventud; actividades sexuales pagadas; entre otras.

La disminución en los indicadores de los eventos de mortalidad materna, perinatal, los nacimientos en adolescentes y la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, particularmente Sífilis y el VIH, se constituyen en el derrotero de los planes de acción desarrollados desde la Gestión de la Salud Pública GSP y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PSPIC que implementa interacciones en los diferentes entornos en donde transcurre la vida de las personas, familias y comunidades.

A nivel internacional las reducciones en estos indicadores se encuentran inmersos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), específicamente el Objetivo 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", que tienen como propósito orientar a los países en la adopción de medidas que permitan la mejora sostenible de las condiciones de vida en un ambiente sano y seguro.

Ángeles guardianes se convierte en una estrategia definida para el abordaje de casos con Morbilidad Materna Extrema (MME), a partir de un trabajo armonizados entre los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar y los equipos intramurales de las unidades de servicios de salud, de manera que se logre un proceso integral y continuo desde el diagnóstico y la atención hospitalaria hasta el abordaje el domicilio. Esta estrategia se desarrolla en el marco del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna-PARE.

De igual forma, las acciones en salud sexual y reproductiva buscan también la reducción del embarazo no planeado y el embarazo subsiguiente en la adolescencia, comprendiéndolo como el resultado de deficiencias en programas de educación en salud, accesibilidad o disponibilidad de servicios en los sistemas de salud y protección, así como de su pertenencia en condiciones de vulnerabilidad tales como la pobreza y la violencia. Se dará continuidad a las acciones desarrolladas en el marco del programa Distrital de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana que articula actividades desarrolladas por los distintos sectores de la administración en el abordaje articulado, armónico y eficiente de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

Sífilis Gestacional y Congénita: Intervenciones basadas en la estrategia Embarazados sin Sífilis, que busca optimizar las intervenciones que se ofrecen a las gestantes y sus recién nacidos. La sífilis congénita es el resultado de la transmisión de la infección por vía materno-infantil al producto de la gestación, y la disminución de los casos se fortalece a través de acciones de prevención y diagnóstico temprano, que incluyen el desarrollo de espacios de información, educación, tamización y seguimiento a casos. Se busca disminuir la incidencia de sífilis congénita en los niños y niñas mediante el desarrollo de diferentes estrategias y acciones de prevención, control y atención de la transmisión materno infantil de sífilis en conjunto con los demás con actores del SGSSS en el marco de las atenciones individuales y colectivas en población general con énfasis en gestantes enfocadas en los derechos sexuales y reproductivos. La estrategia contempla la armonización de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y la ruta materno

perinatal, a través de las acciones de los equipos del PSPIC en los entornos de vida cotidiana, así como la articulación intersectorial para la implementación y seguimiento de la estrategia en el Distrito capital.

Adicionalmente, se encuentra en implementación la Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas – ETMI-Plus, Colombia, 2019 – 2030, que tiene como objetivo fortalecer la atención de la mujer en edad fértil, la gestante y sus hijos e hijas a fin de orientar los esfuerzos del país hacia la eliminación de la transmisión materno infantil al año 2030.

En el Plan Territorial de Salud en torno a las prioridades de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y materno perinatal, se definen metas relacionadas en los proyectos de inversión que se presentan a continuación y que para su alcance cuentan con el aporte del Entorno Hogar:

Proyecto 8141: **Fortalecimiento de la Gobernanza y Gobernabilidad de la Salud Pública en el marco de la atención primaria social.**

- Meta 19. Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción para reducir la morbilidad y mortalidad materno- perinatal. Incluyendo el cumplimiento del Acuerdo 860 de 2022.
- Meta 20. Implementar el 100% del plan intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos con enfoque poblacional, diferencial y de género, incluyendo la gestión menstrual y el acceso a la IVE acorde a la jurisprudencia y la normatividad vigente.
- Meta 21. Mantener a 10 la tasa de mortalidad perinatal por cada 1000 nacidos vivos.
- Meta 22. Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción para la prevención y manejo del bajo peso al nacer.
- Meta 23. Lograr la incidencia a 2 la tasa de sífilis congénita 2 por cada 1.000 nacidos vivos más muertes fetales.
- Meta 24. Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción de la primera infancia para el fortalecimiento de la atención integral e integrada desde el nacimiento y durante la primera infancia.

A continuación, se describen las estrategias de salud materna a desarrollar por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, las cuales se encuentran lideradas por el perfil de enfermería, y que en casos excepcionales y según lo que se describe en cada estrategia, podría estar acompañado del profesional de medicina, en una de las sesiones del plan.:

1.7.4.1. Estrategia Gestantes con más bienestar

La Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) 2014-2021, alineada con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, concibe la salud integral, sexual y reproductiva como una dimensión prioritaria del ser humano, que promueve el bienestar físico, mental y social de las personas, reconociendo su diversidad, momento vital y contexto sociocultural. Esta política busca orientar

acciones sectoriales e intersectoriales desde un enfoque de derechos, género, diferencial y poblacional, en el marco de la Atención Primaria en Salud. En este contexto, el Distrito Capital requiere implementar estrategias que reconozcan la integralidad del ser humano, con especial énfasis en la reducción de la mortalidad materna y perinatal, y en la promoción del acceso a métodos de planificación y atención integral. En línea con este propósito, el modelo Más Bienestar del Distrito cobra especial importancia al fortalecer la articulación institucional, promover la equidad en salud y garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.

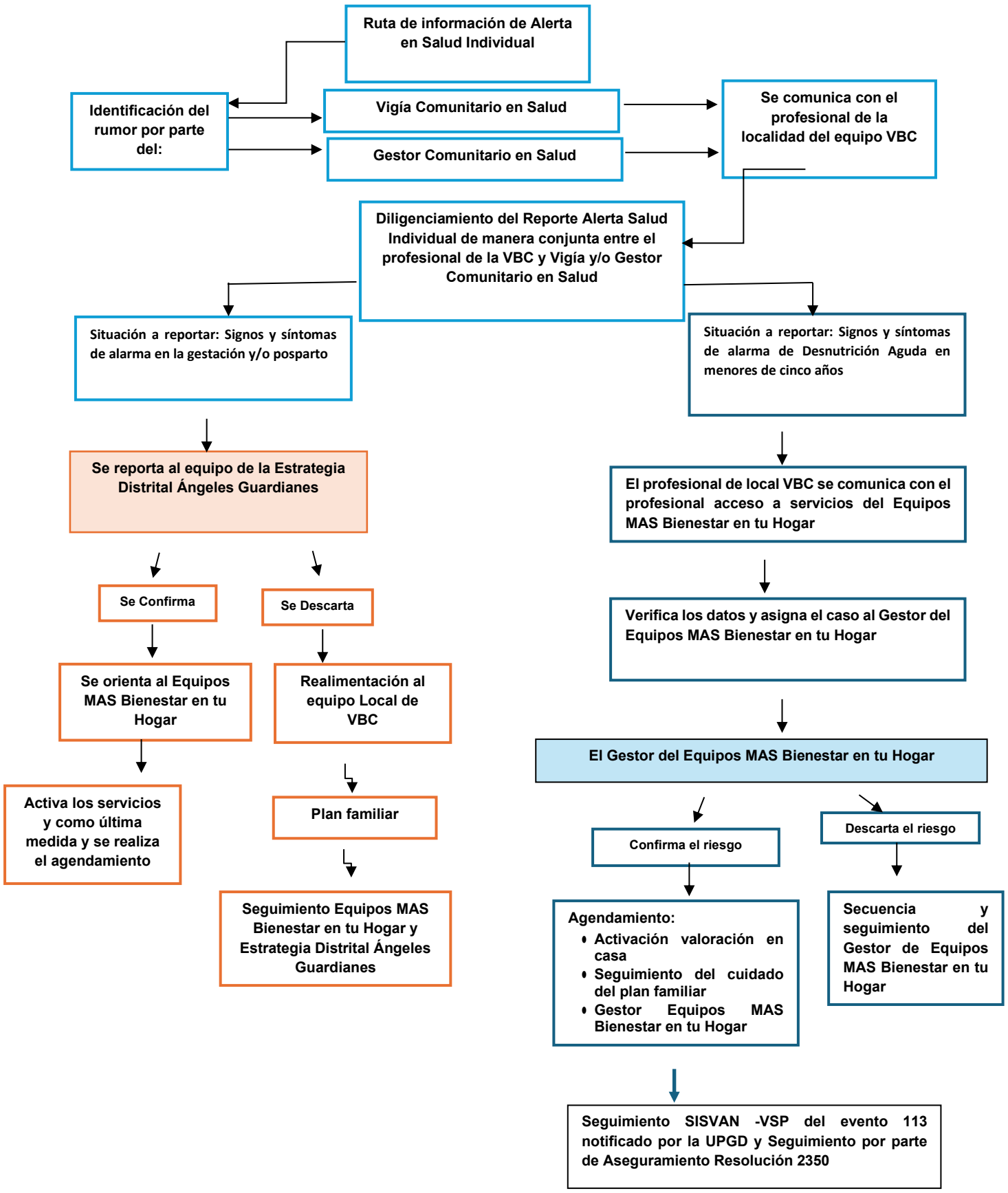
Criterio de priorización:

La estrategia busca gestionar integralmente los riesgos en salud identificados en mujeres gestantes con criterios de riesgo y familias priorizadas desde el entorno hogar, especialmente aquellas que incluyen personas gestantes y mujeres en edad fértil con comorbilidades, a través de acciones de promoción, prevención, acompañamiento domiciliario y activación de rutas integrales sectoriales e intersectoriales. Se pretende generar alertas tempranas sobre riesgos en salud sexual y reproductiva, garantizar un abordaje familiar centrado en el cuidado integral y gestionar la atención con enfoque diferencial, de derechos, poblacional y de género, con el fin de reducir la morbimortalidad materna, perinatal y de la población vulnerable. Para la gestión de riesgo tendrá en cuenta la identificación de los siguientes grupos poblacionales:

- Mujeres gestantes con comorbilidad (gestantes sin todas las pruebas de diagnóstico con algún resultado positivo o reactivo de tamizaje) Con alerta de laboratorio por resultados para clínicos.
- Mujeres gestantes con diagnóstico de ITS VIH y Hepatitis.
- Adolescentes en gestación.
- Gestantes con bajo peso gestacional u obesidad.
- Gestante migrante y/o sin aseguramiento.

La vigilancia comunitaria en salud es una estrategia participativa, continua y articulada con los servicios de salud, que permite la identificación, seguimiento y respuesta oportuna frente a los riesgos que afectan la salud de las personas, familias y comunidades, especialmente aquellos relacionados con la salud materna e infantil. En este contexto, se enfoca en el reconocimiento temprano de condiciones de vulnerabilidad o riesgo —como la morbilidad materna extrema, el embarazo en adolescentes, las infecciones de transmisión materno infantil, la desnutrición o el bajo peso al nacer— mediante la participación activa de los equipos comunitarios, el entorno hogar y la articulación con los servicios de salud. Su objetivo es generar alertas tempranas, fortalecer los procesos de promoción, prevención y atención integral, y garantizar el ejercicio efectivo de los derechos en salud de mujeres gestantes, recién nacidos y niños, contribuyendo así a la disminución de la morbimortalidad materna e infantil, por medio del siguiente esquema de identificación:

Ilutración 1. Ruta de reporte de eventos de interés en salud pública para la Vigilancia Basada en Comunidad


Ruta de información de Alerta en Salud Individual
Identificación del rumor por parte del:
Vigía Comunitario en Salud
Gestor Comunitario en Salud
Se comunica con el profesional de la localidad del equipo VBC
Diligenciamiento del Reporte Alerta Salud Individual de manera conjunta entre el profesional de la VBC y Vigía y/o Gestor Comunitario en Salud
Situación a reportar: Signos y síntomas de alarma en la gestación y/o posparto
Situación a reportar: Signos y síntomas de alarma de Desnutrición Aguda en menores de cinco años
Se reporta al equipo de la Estrategia Distrital Ángeles Guardianes
El profesional de local VBC se comunica con el profesional acceso a servicios del Equipos MAS Bienestar en tu Hogar
Se Confirma
Se Descarta
Verifica los datos y asigna el caso al Gestor del Equipos MAS Bienestar en tu Hogar
Se orienta al Equipos MAS Bienestar en tu Hogar
Realimentación al equipo Local de VBC
El Gestor del Equipos MAS Bienestar en tu Hogar
Activa los servicios y como última medida y se realiza el agendamiento
Plan familiar
Confirma el riesgo
Descarta el riesgo
Seguimiento Equipos MAS Bienestar en tu Hogar y Estrategia Distrital Ángeles Guardianes
Agendamiento:
Activación valoración en casa
Seguimiento del cuidado del plan familiar
Gestor Equipos MAS Bienestar en tu Hogar
Secuencia y seguimiento del Gestor de Equipos MAS Bienestar en tu Hogar
Seguimiento SISVAN -VSP del evento 113 notificado por la UPGD y Seguimiento por parte de Aseguramiento Resolución 2350

Desarrollo de la estrategia:

Para el desarrollo de esta estrategia, se abordan las familias que cumplen los criterios de priorización anteriormente enunciados, y se desarrollan 6 sesiones (2 contactos mensuales) que incluyen la Identificación de riesgos familiar, concertación, implementación y evaluación del plan de bienestar. Para ello, la sesión 3 y 5 se realizarán de manera remota, donde a través de contacto telefónico se adelante el seguimiento y acciones de información en salud.

Estas actividades, junto con las que se realizan de manera presencial, están orientadas no sólo al usuario índice, sino a todos los integrantes de la familia, razón por la cual, se relacionan aspectos a trabajar en mujeres en edad fértil, adolescentes, población general y gestantes. Las acciones se centran en informar, educar y canalizar oportunamente a los servicios de salud, de acuerdo con los riesgos identificados.

- **Mujeres en edad fértil:**
  - Verificar intención reproductiva y uso de métodos anticonceptivos modernos.
  - Promover consultas preconcepcionales y acceso a anticonceptivos eliminando barreras.
  - obligatoria de mujeres con comorbilidades sin uso de métodos modernos.
  - Articulación con estrategias de atención a familias con condición crónica.

- **Población adolescente:**
  - Promover la toma de decisiones informadas y el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos.
  - Canalizar a servicios de SSR según intención reproductiva.
  - Sensibilizar a adolescentes, padres y cuidadores.
  - Desmitificar creencias erróneas sobre sexualidad en el hogar.

- **Población general:**
  - Implementar campañas de información, educación y movilización social sobre VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas.
  - Incluir educación en adolescentes y jóvenes para prevenir infecciones.

- **Personas gestantes:**
  - Educar sobre la importancia del control prenatal, adherencia al mismo y señales de alarma.
  - Educar sobre la importancia del control prenatal, toma de micronutrientes, adherencia al control prenatal, realización del esquema de vacunación, la identificación de signos de alarma y el reconocimiento de centro resolutivo más cercano, así como de la línea orientadora de urgencias

  - Ofrecer educación diferencial en parto, puerperio, lactancia y cuidado del recién nacido, especialmente en gestantes con infecciones.
  - Verificar cumplimiento de intervenciones establecidas en la Resolución 3280 de 2018 (controles tempranos, pruebas rápidas, ecografías, valoraciones complementarias).

- En casos de morbilidad materna extrema, iniciar acompañamiento desde la estancia hospitalaria, garantizar atención en nivel adecuado de complejidad y minimizar tiempos de referencia para reducir el riesgo de muerte.
-

Estas acciones buscan garantizar una atención integral, oportuna y con enfoque diferencial, asegurando el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos y reduciendo los riesgos de morbimortalidad materna y perinatal.

Educación en mujeres gestantes:

Alimentación y Estilo de Vida

Durante el embarazo, la alimentación debe ser completa y variada para conservar su salud y la de su hijo. Se estima un aumento de peso saludable entre 9 y 13 kg.

Recomendaciones clave:

- Cocción: Priorice alimentos (carne y pescado) a la plancha o hervidos, especialmente si el aumento de peso es excesivo.
- Incremento moderado: Aumente el consumo de frutas, verduras, legumbres y cereales (pan integral, arroz y pasta).
- Lácteos: Consuma entre medio y un litro de libro de leche al día, o su equivalente en yogur o queso fresco.
- Restricciones:
  - * Reduzca grasas de origen animal (tocino, mantequilla, embutidos).
  - Reduzca azúcares (pasteles, dulces industriales, caramelos y chocolate).
- Sustancias nocivas: Evite estrictamente el alcohol, el tabaco y otras drogas, ya que son altamente perjudiciales para el desarrollo fetal.

Medicamentos y Radiaciones

- Fármacos: No tome ningún medicamento a menos que sea indicado expresamente por su médico.
- Rayos X: La exposición a radiaciones puede ser peligrosa. Solo deben realizarse radiografías estrictamente necesarias, autorizadas por el especialista y con la protección adecuada.

Cuidados Personales:

- Higiene: Se recomienda la ducha diaria, ya que la sudoración y el flujo vaginal aumentan durante la gestación.
- Salud Bucal: Extreme la limpieza dental después de cada comida y visite al odontólogo preventivamente.
- Vestimenta: Use ropa cómoda y holgada. El calzado debe ser confortable; evite tanto el tacón alto como el calzado excesivamente plano.
- Soporte: No se recomienda el uso de fajas (pueden atrofiar la musculatura abdominal) ni medias que produzcan compresión local (favorecen várices), a menos que el médico indique lo contrario.

- Higiene del Sueño: El insomnio es frecuente en el tercer trimestre debido a nicturia, disconfort físico y ansiedad.
- Recomendaciones:
- Dormir en decúbito lateral izquierdo: Esta posición optimiza el flujo sanguíneo uteroplacentario y renal, y se asocia con menor riesgo de óbito fetal tardío en comparación con dormir boca arriba (decúbito supino).
- Uso de almohadas para soporte entre las piernas y detrás de la espalda.
- Evitar pantallas y comidas copiosas 2 horas antes de dormir.

4. Actividad y Entorno

- Trabajo: Puede continuar su labor habitual hasta el octavo mes, siempre que no implique fatiga física o psíquica excesiva, ni exposición a tóxicos o radiaciones. En las últimas semanas, se recomienda el descanso laboral.
- Deporte: Es conveniente realizar ejercicio moderado (caminatas, natación o ejercicios de preparación al parto). Evite deportes de competición, violentos o que generen agotamiento.
- Acumular 150 minutos semanales de actividad aeróbica moderada (caminata, natación, bicicleta estática, yoga prenatal). Se puede dividir en sesiones de 30 minutos, 5 días a la semana.}
- El ejercicio no se debe realizar si presenta las siguientes condiciones: Ruptura de membranas, amenaza de parto pretérmino, placenta previa sangrante, preeclampsia severa, insuficiencia cervical
- Viajes: No están contraindicados, incluso en avión. Sin embargo, evite destinos con servicios sanitarios limitados o viajes muy largos hacia el final del embarazo.
- Síntomas para detener la actividad física: Disnea, mareo, dolor torácico, contracciones dolorosas o sangrado vaginal.
- Relaciones Sexuales: Si el embarazo es normal, no es necesario interrumpirlas, adaptando las posiciones según su comodidad. Evite el coito si presenta: hemorragia, pérdida de líquido amniótico, amenaza de parto prematuro o durante las últimas 2 o 3 semanas de gestión.

Cambios Esperados en su Cuerpo

Es normal experimentar los siguientes cambios; consulte a su médico para manejo de síntomas:

- Estado de ánimo: Mayor sensibilidad, emotividad o cansancio.
- Piel: Mayor pigmentación y posible aparición de estrías.
- Mamas: Aumento de tamaño y sensibilidad. Puede aparecer leche antes del parto (evite manipular el pezón).
- Digestión: Náuseas y vómitos (especialmente en el primer trimestre), ardor de estómago, estreñimiento y hemorroides. Mantenga una dieta rica en fibra y líquidos; no use laxantes sin consultar.
- Circulación: Aparición de várices o hinchazón de pies/tobillos. Evite estar de pie mucho tiempo y descanse con las piernas elevadas.
- Postura: Dolores de espalda al final del embarazo. Use sillas con respaldo recto y colchón firme.

- Sistema Urinario: Aumento en la frecuencia y necesidad de orinar, incluso por la noche.

Prevención de Infecciones

Para proteger al feto de infecciones peligrosas:

- Evite el contacto con personas enfermas.
- Extreme precauciones con gatos y animales domésticos.
- No consuma carne o huevos crudos/poco cocidos, ni embutidos poco curados.
- Lave rigurosamente las verduras y lávese las manos tras manipular carne cruda.
- Use preservativo para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Signos de alarmas ¿Cuándo acudir al médico?

Acuda a Consulta Externa si presenta:	Acuda a Urgencias (Clínica/Hospital) si presenta:
Vómitos intensos y frecuentes.	Hemorragia o pérdida de líquido por los genitales.
Diarrea o dolor al orinar.	Dolor abdominal intenso o contracciones dolorosas.
Dolor de cabeza no habitual.	Fiebre elevada.
Hinchazón que no desaparece con el reposo.	Dolor de cabeza muy intenso o visión borrosa.

Signos de Inicio de Parto:

Debe acudir al hospital si presenta:

1. Contracciones rítmicas: Al menos 2 en 10 minutos, durante media hora, que aumentan en intensidad.
2. Ruptura de fuente: Pérdida de líquido por la vagina.
3. Sangrado: Pérdida hemorrágica vaginal.

Postparto y Lactancia

- Lactancia Materna: Es la alimentación más segura y óptima. Iníciela inmediatamente tras el parto. La madre debe aumentar su ingesta de líquidos y calorías (especialmente lácteos) y mantener la abstinencia de alcohol y tabaco.
- Puerperio (Cuarentena): Durante los primeros 40 días, debe abstenerse de mantener relaciones sexuales. Lave sus manos y pezones antes y después de cada toma.
- Planificación: Al finalizar este periodo, acuda a su centro de salud para asesoría en planificación familiar.

Tabla micronutrientes :

Micronutriente	Dosis (Res. 3280)	Inicio/Duración	Justificación Fisiopatológica y Educación
Ácido Fólico	400 mcg/día (0.4 mg)	Preconcepcional hasta Sem 12-14	Cofactor esencial en la síntesis de ADN y cierre del tubo neural. En alto riesgo (epilepsia, antecedente de defectos), la dosis sube a 4 mg/día.
Calcio	1.200 mg/día	Desde Sem 14 hasta el parto	Reduce el riesgo de preeclampsia al disminuir la resistencia vascular y la sensibilidad vascular a la angiotensina II. Nota: No tomar junto con el hierro, pues inhibe su absorción.
Hierro	Sulfato Ferroso (~60 mg Hierro elemental)	Desde Sem 14 hasta 1 mes posparto	Previene anemia ferropénica ante la hemodilución fisiológica. Educación: Tomar con cítricos (vitamina C) para mejorar absorción; puede oscurecer las heces y causar estreñimiento.

Esquema de Vacunación

La vacunación en la gestante tiene el doble propósito de proteger a la madre (cuya inmunidad celular está modulada) y transferir IgG al feto a través de la placenta.

- Influenza Estacional: Dosis única a partir de la semana 14. Previene complicaciones respiratorias graves que son más frecuentes en el embarazo.[12]
- Tdap (Tétanos, Difteria, Tosferina acelular): Dosis única por cada embarazo, a partir de la semana 26. Es la estrategia principal para prevenir la tosferina neonatal y la muerte por *Bordetella pertussis* en los primeros meses de vida.[12]
- Tétanos (Td): Si no tiene esquema previo completo, iniciar esquema 0, 1, 6 meses (una de estas dosis debe ser Tdap).
- Virus sincitial respiratorio: Es una dosis única entre la semana 28 y 36 de la gestación

1.7.4.2. Estrategia Ángeles Guardianes

La estrategia Ángeles Guardianes fue implementada en 2018 en la Subred Sur como respuesta a la alerta epidemiológica generada por el incremento de la mortalidad materna en el Distrito Capital. Los resultados obtenidos favorecieron su adopción progresiva en las demás Subredes Integradas de Servicios de Salud, hasta consolidarse como una

intervención distrital de alto impacto y reconocimiento nacional, orientada a la reducción de muertes maternas prevenibles.

Su propósito central es garantizar la atención segura de las gestantes con morbilidad materna extrema (MME), mediante un enfoque técnico e integral que articula el acompañamiento clínico y el seguimiento oportuno por parte de los equipos *Más Bienestar en tu Hogar*. Este proceso facilita la generación de información de calidad que permite la detección temprana de riesgos, la emisión de alertas y el diseño de intervenciones preventivas y correctivas, contribuyendo de manera efectiva a la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal en el Distrito Capital.

La implementación se encuentra alineada con las seis líneas de acción definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal, fortaleciendo lo establecido en la Resolución 3280, la Circular 0047 de 2022, la Ley 2244 de 2022 y el Decreto 441 de 2022. Dichos lineamientos conforman un marco normativo sólido que orienta a los equipos de salud en la articulación de esfuerzos, garantiza la atención integral de las gestantes y promueve el acceso oportuno a servicios esenciales, incluyendo la oferta y la demanda inducida de métodos de planificación familiar.

Objetivo General

Fortalecer la atención integral y segura de las gestantes con morbilidad materna extrema en el Distrito Capital mediante la estrategia Ángeles Guardianes, garantizando el acompañamiento clínico y el seguimiento oportuno por parte de los equipos Más Bienestar en tu Hogar, en articulación con los lineamientos nacionales, para reducir la morbimortalidad materna y perinatal.

Criterios de priorización:

El seguimiento está dirigido a todas las mujeres notificadas con morbilidad materna extrema (MME) en el Distrito Capital. Se garantiza la cobertura del 100 % de los casos, incluyendo a las afiliadas a Capital Salud, a las EAPBS vinculadas mediante convenios o adscritas a las Subredes Integradas de Servicios de Salud, así como a las mujeres sin aseguramiento.

El seguimiento de las mujeres notificadas con morbilidad materna extrema (MME) se realiza conforme al Protocolo de Vigilancia en Salud Pública – Código 549 del Instituto Nacional de Salud (INS), garantizando la atención integral y segura de todos los casos reportados en el Distrito Capital. Los criterios de priorización son:

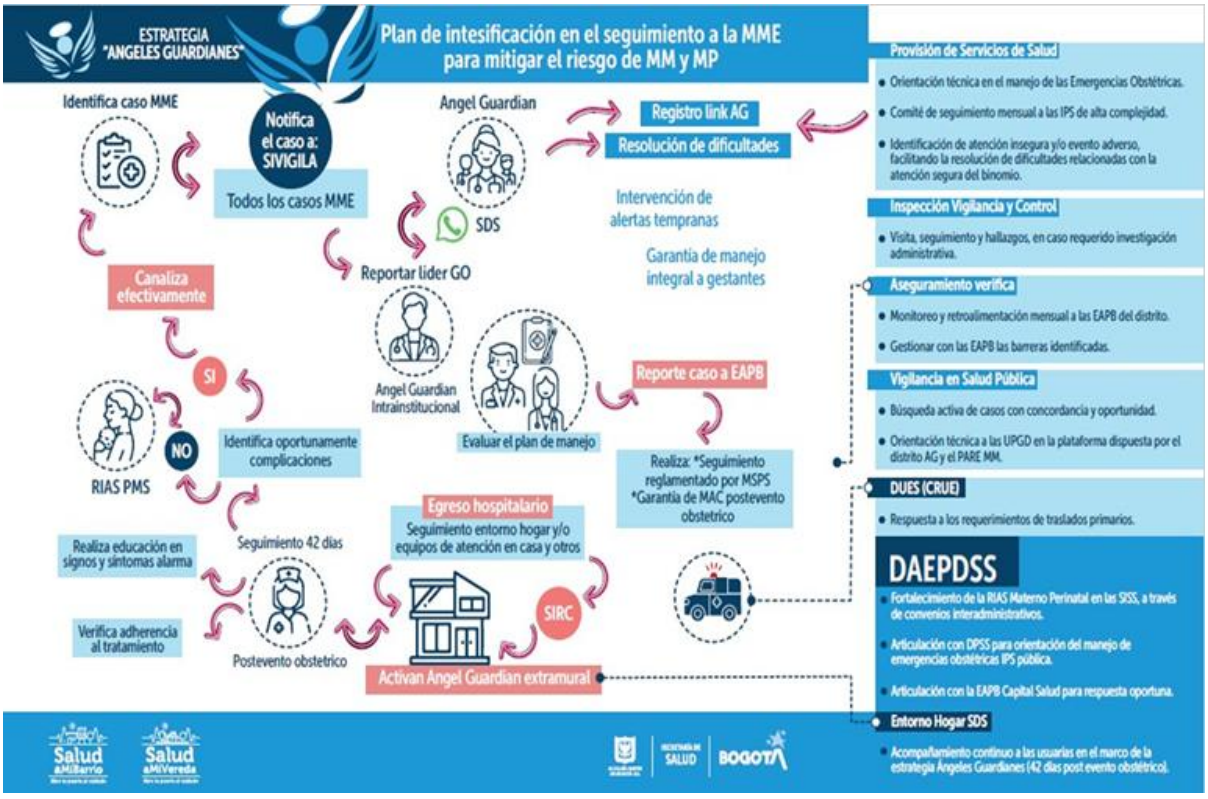
- Vigilancia intensificada de las complicaciones graves asociadas a la MME, tales como preeclampsia severa, hemorragia, sepsis y tromboembolismo pulmonar, garantizando detección temprana, manejo oportuno y continuidad en la atención.
- Ubicación en el mayor nivel de complejidad disponible, asegurando el manejo de acuerdo con la condición clínica de la paciente.

- Continuidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos intrahospitalarios, sin interrupciones y dentro de los tiempos establecidos en el protocolo.
- Referencia y contrarreferencia oportuna, garantizado acceso a servicios de alta complejidad según el riesgo identificado y especialidades.
- Acompañamiento integral a la gestante y su familia, articulado con la IPS y los equipos Más Bienestar en tu Hogar, para garantizar atención oportuna, continua y de calidad.

Estos criterios buscan cumplir con los lineamientos del INS, optimizar la respuesta institucional y contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal en el Distrito Capital.

Desarrollo de la estrategia:

Ilutración 2. Flujograma Estrategia Ángeles Guardianes



El desarrollo de la estrategia Ángeles Guardianes inicia con la identificación y notificación de los casos de morbilidad materna extrema (MME) en el sistema SIVIGILA. Este proceso activa al Ángel Guardián intrainstitucional, quien gestiona el reporte a la EAPB y articula la respuesta entre la institución, la aseguradora y la Secretaría Distrital de Salud. De esta manera, se evalúa el plan de manejo, se garantiza la atención en el mayor nivel de complejidad disponible y se resuelven de manera oportuna las barreras que puedan comprometer la calidad y continuidad del proceso asistencial. La información correspondiente al seguimiento intramural debe ser registrada en los **formularios de**

Google asignados por el proyecto especial a cada Subred, asegurando el diligenciamiento completo, coherente y oportuno de las variables.

Posterior al egreso hospitalario, el seguimiento es asumido por el Ángel Guardián extramural, representado por los equipos de Más Bienestar en tu Hogar, quienes acompañan a la gestante y a su familia durante los 42 días posteriores al evento obstétrico. En esta fase, se verifica la entrega de medicamentos antes del alta hospitalaria y se fortalecen aspectos esenciales como la adherencia al tratamiento, el acceso a métodos anticonceptivos de larga duración, la promoción de la lactancia materna, la vacunación y la educación en signos de alarma. Para garantizar la trazabilidad y articulación de la atención, toda la información recolectada debe registrarse en el aplicativo GTAPS de la Secretaría Distrital de Salud, lo que asegura la continuidad, eficacia y calidad del cuidado, con impacto positivo en la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal en el Distrito Capital.

Tipos de seguimiento:

Seguimiento telefónico: Se verifica la adherencia al tratamiento y el cumplimiento del plan de manejo de la gestante, puérpera o neonato, incluyendo comorbilidades y riesgos en salud. Se brinda orientación específica según la patología que originó la morbilidad materna extrema y se realiza educación sobre signos de alarma y prácticas de autocuidado, con el fin de fortalecer la salud y seguridad del binomio madre-hijo.

Seguimiento domiciliario: Se realiza una Identificación de riesgos inicial de la familia y su contexto sociocultural. Posteriormente, se implementa un seguimiento intensivo de mujeres con Morbilidad Materna Extrema hasta los 42 días posteriores al evento obstétrico, orientado a fortalecer prácticas de cuidado y autocuidado mediante educación, información y promoción de los derechos sexuales y reproductivo.

Seguimiento Presencial institucional: Presentación con la gestante o puérpera, explica los objetivos y la importancia del acompañamiento, con el fin de generar confianza y garantizar la continuidad del seguimiento domiciliario. Para los casos de acompañamiento en unidad neonatal, validar signos vitales, adherencia al tratamiento y fortalecer acciones de educación y autocuidado.

Seguimiento extramural evento de morbilidad materna extrema (MME).

El seguimiento extramural en morbilidad materna extrema (MME) debe ser efectivo y oportuno, asegurando el registro de la información en los sistemas establecidos. Esto permite garantizar la trazabilidad de los casos y fortalecer las acciones orientadas a la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal.

A continuación, se presenta la matriz periodicidad del seguimiento.

Tabla 4. Matriz perioricidad del seguimiento

Sesión/ Momento	Descripción del seguimiento	Profesional responsable	Modalidad (Presencial/Telefónico)
Primera Sesión	**Antes del egreso hospitalario**. El referente institucional debe informar al entorno cuidador sobre la condición de la mujer y el plan de seguimiento. La enfermera asignada se presenta con la gestante, explica los objetivos y la importancia del acompañamiento, con el fin de generar confianza y evitar fallas en la ubicación para el seguimiento.	Profesional de enfermería Asignada (o)	Presencial (IPS)
Segunda Sesión	En el domicilio, **dentro de las 72 horas** posteriores al egreso hospitalario, se realiza la Identificación de riesgos integral del entorno, la usuaria y su familia, junto con una valoración integral que incluye la verificación del método de planificación familiar, la entrega de medicamentos, el registro de la adherencia al tratamiento actual (dosis y frecuencia, si aplica) y la educación en signos de alarma. Si la usuaria tiene programadas las citas de control posparto y del recién nacido dentro de los primeros cinco días. En caso de no contar con dichas citas, la enfermera deberá informar el caso al profesional de medicina asignado al sector catastral, para que realice la valoración integral durante la tercera sesión.	Profesional de enfermería Asignada (o)	Presencial Domicilio
Tercera Sesión	**Entre los días 3 y 5 posteriores al parto** **,** se realiza el control médico y la valoración integral de la mujer, incluyendo la evaluación de signos vitales, involución uterina, estado de heridas quirúrgicas o episiotomía, sangrado, estado emocional, lactancia materna, identificación de signos de alarma, planificación familiar, adherencia a tratamiento y	Profesional de medicina Asignada (o)	Presencial Domicilio

Sesión/ Momento	Descripción del seguimiento	Profesional responsable	Modalidad (Presencial/Telefónico)
	autocuidado. Esta actividad debe registrarse en la historia clínica y, en caso de identificarse riesgos, se activarán las rutas de atención correspondientes. **Nota:** Se aclara que esta valoración médica no sustituye las citas de control programadas para el postevento obstétrico ni las del recién nacido asignada por la institución del parto.		
Cuarta Sesión	**Día 7 post egreso**. Seguimiento general por enfermería. Valoración de progreso del puerperio, adherencia a tratamiento, detección de signos de alarma y entorno familiar. Enfoque en prevención de reingresos y fortalecimiento de SSR.	Profesional de enfermería Asignada (o)	Presencial Domicilio
Quinta Sesión	**Día 14 post egreso.** Seguimiento general por enfermería. Valoración de progreso del puerperio, adherencia a tratamiento, detección de signos de alarma y entorno familiar. Enfoque en prevención de reingresos y fortalecimiento de SSR.	Profesional de enfermería Asignada (o)	Presencial Domicilio
Sexta Sesión	**Día 21 post egreso.** Seguimiento telefónico. Revisión del plan de bienestar y riesgos en evolución.	Profesional de enfermería Asignada (o)	Telefónico
séptima sesión	**Día 28 post egreso.** Seguimiento telefónico. Evaluación de estado general y continuidad del cuidado según riesgo.	Profesional de enfermería Asignada (o)	Telefónico
Octava sesión	**Día 35 post egreso.** Seguimiento telefónico. Evaluación de estado general y continuidad del cuidado según riesgo.	Profesional de enfermería Asignada (o)	Telefónico

Sesión/ Momento	Descripción del seguimiento	Profesional responsable	Modalidad (Presencial/Telefónico)
Novena sesión	**Dia 42 cierre de caso.** En caso de identificar riesgos maternos y/o neonatales que puedan ser intervenidos en el ámbito domiciliario, se mantendrán los seguimientos en el hogar según el plan de bienestar, hasta lograr su resolución.	Profesional de enfermería Asignada (o)	Presencial Domicilio

Nota 1: Si el recién nacido se encuentra en UCI, el seguimiento de cada sesión deberá realizarse directamente en la institución, garantizando la oportunidad en los tiempos y una valoración integral.

Nota 2: Si la estancia hospitalaria del recién nacido se prolonga por más de 15 días, los profesionales deberán mantener el seguimiento en la institución. Posterior al egreso hospitalario, será obligatorio garantizar la Identificación de riesgos de la familia en el hogar, como parte del plan de bienestar y del cierre de intervenciones.

Nota 3: Para las pacientes notificadas tempranamente durante la gestación, el seguimiento mantendrá la periodicidad establecida. Al finalizar esta etapa, se realizará un monitoreo telefónico cada dos semanas para verificar la asistencia a controles prenatales, la realización de paraclínicos (laboratorios y ecografías), el cumplimiento del esquema de vacunación y la asistencia a citas tras el egreso. Asimismo, se enfocarán esfuerzos en la identificación de signos de alarma y el direccionamiento oportuno a urgencias en caso de ser necesario. Una vez iniciado el puerperio, se reactivará el seguimiento hasta los 42 días posparto, retomando la frecuencia institucional definida, estos seguimientos deben contar con su adecuado registro en GTAPS

Nota 4: Los seguimientos fallidos deben mantenerse por debajo del 10% del total de usuarias intervenidas antes de los 42 días posteriores al evento obstétrico, en caso de que no se logre contacto directo con la usuaria, se realizarán las siguientes acciones:

- **Búsquedas activas**: Se efectuarán intentos de contacto en diferentes horarios y días, utilizando todos los datos disponibles en la historia clínica y fuentes oficiales.
- **Gestión de nuevos datos de contacto:** El equipo intramural coordinará con familiares, cuidadores o redes de apoyo para actualizar teléfonos, direcciones y otros medios de comunicación.
- **Registro y seguimiento**: Todas las acciones realizadas deberán documentarse en el aplicativo GTAPS de la Secretaría Distrital de Salud, dejando evidencia de los intentos de contacto y resultados obtenidos.
- **Cierre del caso:** Si, a pesar de las búsquedas y gestiones anteriores, no se logra contacto con la usuaria, el caso se registrará como fallido definitivo y se dará por cerrado dentro de la estrategia, asegurando trazabilidad y justificación de la intervención.

Resultados Esperados

1. **Incrementar la efectividad de las visitas domiciliarias por los equipos de Más Bienestar en Tu Hogar:**

    - Reforzar la coordinación entre los equipos de vigilancia en salud pública y los equipos de Más Bienestar en Tu Hogar, asegurando que todas las visitas se realicen dentro del plazo establecido (48 a 72 horas posteriores al egreso hospitalario).
    - Implementar medidas correctivas basadas en las causas de los casos no efectivos para mejorar el seguimiento domiciliario.
    - El seguimiento efectivo se evalúa con base en la línea de referencia del año 2022, estableciendo como meta distrital para PTS alcanzar una efectividad del 90 % en las usuarias intervenidas.

2. **Cumplimiento del reporte de egreso hospitalario:**

    - Garantizar que los casos sean reportados al equipo equipos Más Bienestar en tu Hogar dentro de las primeras 24 horas posteriores al egreso hospitalario.

3. **Fortalecimiento de la coordinación entre actores de la Ruta Materno-Perinatal:**
    - Mejorar la articulación entre Unidades de Servicios de Salud, equipos de gestión del riesgo y actores de la Ruta Materno-Perinatal.
    - Mantener un monitoreo continuo de los indicadores, incluyendo la efectividad de las visitas domiciliarias, la provisión de anticonceptivos y la puntualidad en el reporte de egresos hospitalarios.
    - Utilizar los datos recolectados para identificar oportunidades de mejora y ajustar las estrategias según sea necesario.
    - Fortalecer acciones integradas entre vigilancia epidemiológica y otras áreas institucionales, asegurando la efectiva implementación de la estrategia en salas de parto, hospitalización de gineco-obstetricia, UCIN y plan canguro.
    - Proporcionar información completa a las usuarias y generar espacios de confianza que permitan un seguimiento integral y coordinado con el equipo del entorno hogar.

1.7.4.3. Estrategia Sí la sífilis gestacional se previene, tu bebe se protege.

La sífilis gestacional representa un desafío para la salud pública, debido a sus consecuencias adversas en recién nacidos, como bajo peso, aborto, morbilidad neurológica o sífilis congénita, afectando significativamente el bienestar materno-infantil.

En Colombia, ha fortalecido la normatividad para combatirla mediante lineamientos como la Circular 13 de 2019, que establece acciones de prevención, diagnóstico, manejo, control y vigilancia de ITS, incluida la sífilis gestacional y congénita. A su vez, a través de la Estrategia ETMI-Plus (2021-2030) Estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas, se despliegan líneas operativas orientadas a la promoción de la salud, atención integral y gestión pública, con una meta clara: reducir la incidencia de sífilis congénita (incluidos mortinatos) a 0,5 casos o menos por 1 000 nacidos vivos.

Criterios de priorización:

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por la bacteria Treponema pallidum. Se caracteriza por un curso clínico en diferentes fases:

- **Sífilis primaria:** aparición de una úlcera indolora (chancro) en el sitio de entrada de la bacteria.
- **Sífilis secundaria**: lesiones en piel y mucosas, adenopatías, fiebre, malestar general.
- **Sífilis latente:** fase asintomática en la que la infección persiste sin manifestaciones clínicas.
- **Sífilis terciaria** (tardía, en algunos casos no tratados): daño cardiovascular, neurológico y lesiones en órganos internos.

Se transmite principalmente por contacto sexual sin protección, transfusiones no seguras y de madre a hijo durante el embarazo.

La sífilis gestacional es la infección por Treponema pallidum diagnosticada en una mujer embarazada, en cualquiera de sus fases clínicas, con o sin síntomas. Tiene relevancia especial porque puede transmitirse de la madre al feto a través de la placenta en cualquier trimestre del embarazo, o durante el parto. Sin diagnóstico y tratamiento oportuno, puede ocasionar sífilis congénita, aborto espontáneo, parto prematuro, muerte perinatal, bajo peso al nacer y malformaciones graves en el recién nacido.

Criterios de Sífilis Gestacional: Se considera sífilis gestacional cuando se cumplen uno o más de los siguientes criterios en una mujer embarazada:

- **Criterio clínico:** Presencia de signos y síntomas compatibles con sífilis en cualquier estadio (primaria, secundaria o latente).
- **Criterio serológico**: Prueba no treponémica (VDRL o RPR) reactiva, confirmada con una prueba treponémica (pruebas rápidas treponémicas o FTA-ABS, TPHA). Una prueba rápida treponémica positiva durante la gestación iniciar tratamiento.
- **Criterio epidemiológico:** Gestante con antecedente de pareja sexual diagnosticada con sífilis y no tratada adecuadamente, aun en ausencia de síntomas o pruebas confirmatorias.
- **Criterio de tratamiento inadecuado o ausencia de tratamiento:** Gestante diagnosticada con sífilis que no ha iniciado tratamiento, lo inició de forma tardía

(menos de 30 días antes del parto) o recibió un esquema incompleto/no adecuado (ej. antibiótico distinto a penicilina benzatina).

Desarrollo de la estrategia:

Para el abordaje de familias con casos de sífilis gestacional, se deben emprender intervenciones colectivas de acompañamiento a la familia para el desarrollo de capacidades para el cuidado de la gestante y el recién nacido; esto, debe ser a partir del reconocimiento de las dinámicas familiares propias de cada hogar y teniendo en cuenta los procesos de educación para la salud pública en derechos sexuales y reproductivos, la comprensión de la enfermedad, reducción del estigma, apropiación de pautas de autocuidado, entre otras que el profesional identifique como punto a fortalecer.

Puntualmente el seguimiento de la gestante con diagnóstico de sífilis gestacional y del recién nacido debe realizarse, con el propósito de garantizar el tratamiento oportuno, la adherencia, la prevención de reinfecciones y la reducción del riesgo de transmisión vertical.

Para el abordaje de familias con casos de sífilis gestacional, se deben implementar intervenciones colectivas orientadas al acompañamiento familiar y al fortalecimiento de capacidades para el cuidado integral de la gestante y del recién nacido. Estas acciones deben partir del reconocimiento de las dinámicas propias de cada hogar, su contexto social y cultural, y las condiciones que puedan influir en la adherencia al tratamiento y en la prevención de reinfecciones.

Asimismo, se debe integrar un proceso estructurado de educación en salud pública con enfoque en derechos sexuales y reproductivos, promoviendo la comprensión adecuada de la enfermedad, la disminución del estigma y la discriminación, y la apropiación de prácticas de autocuidado y corresponsabilidad familiar. Igualmente, el profesional deberá identificar y abordar otros factores de riesgo o aspectos susceptibles de fortalecimiento como redes de apoyo, barreras de acceso, comunicación en pareja y prácticas preventivas con el fin de garantizar una atención integral, protectora y centrada en el binomio madre-hijo.

El seguimiento de la gestante con diagnóstico de sífilis gestacional y del recién nacido debe realizarse de manera rigurosa durante la gestación, el parto y el posparto, hasta confirmar una respuesta terapéutica adecuada o descartar la infección. Este proceso se llevará a cabo mediante un trabajo conjunto con el asegurador (EAPB), articulando esfuerzos para garantizar el cumplimiento de los lineamientos nacionales vigentes y la continuidad del control clínico y serológico.

Este seguimiento sistemático y oportuno tiene como propósito garantizar el tratamiento adecuado, verificar la adherencia terapéutica, prevenir reinfecciones y reducir el riesgo de transmisión vertical. Asimismo, permite identificar de manera temprana posibles fallas

terapéuticas o complicaciones, intervenir oportunamente y disminuir la morbimortalidad materno-infantil. A corto plazo, estos controles contribuyen a evitar la progresión de la enfermedad y las manifestaciones clínicas en el recién nacido; a largo plazo, permiten prevenir secuelas neurológicas, auditivas, óseas y sistémicas asociadas a la sífilis congénita, así como fortalecer la calidad de la atención y el control epidemiológico del evento en salud pública.

Tabla 5. Matriz de perioricidad del seguimiento

Sesión/ Momento	Descripción del seguimiento	Frecuencia	Profesional responsable	Modalidad (Presencial/ Telefónico)
Primera Sesión	Caracterización integral y planificación del seguimiento 1. Realizar entrevista integral y confidencial. 2. Caracterizar el entorno familiar y social. 3. Indagar antecedentes personales y familiares de ITS. 4. Identificar número de parejas sexuales, prácticas de riesgo y uso de preservativo. 5. Registrar circunstancias del diagnóstico. 6. Verificar tratamiento recibido, adherencia y controles previos. 7. Confirmar si la(s) pareja(s) fue(ron) informada(s) y tratada(s). 8. Brindar educación en: • Sífilis gestacional y congénita. • Riesgos de transmisión materno-infantil. • Importancia del tratamiento completo. 9. Planificar cronograma de seguimiento. 10. Explicar periodicidad de controles serológicos (3, 6 y 12).	Primer contacto.	Profesional de enfermería Asignada (o)	Presencial Domicilio
Segunda Sesión	Verificación de continuidad del tratamiento 1. Confirmar aplicación de penicilina según esquema (intervalos de 7 días). 2. Verificar que no se hayan superado los 7 días entre dosis. • Si se incumple el intervalo → Reiniciar esquema. 3. Confirmar tratamiento de pareja(s).	Una semana después de la primera sesión	Profesional de enfermería Asignada (o)	Telefónico

Sesión/ Momento	Descripción del seguimiento	Frecuencia	Profesional responsable	Modalidad (Presencial/ Telefónico)
	4. Identificar signos de reinfección. 5. Reforzar educación preventiva. 6. Activar ruta institucional si se detecta riesgo de reinfección.			
Tercera Sesión	Confirmación de finalización del esquema terapéutico y/o continuidad 1. Confirmar culminación completa del esquema terapéutico. 2. Evaluar adherencia. 3. Identificar exposición a nuevo riesgo. 4. Reiniciar tratamiento si: • No hubo adherencia. • Se confirma reinfección. 5. En caso de tratamiento completo: • Cerrar fase terapéutica inicial. • Mantener seguimiento serológico. 6. Reforzar uso de preservativo. 7. Educar sobre signos de alarma en el embarazo.	Una semana después de la segunda sesión	Profesional de enfermería Asignada (o)	Presencial Domicilio
Cuarta Sesión	Seguimiento clínico y preventivo 1. Verificar estabilidad clínica de la gestante. 2. Confirmar tratamiento de pareja(s). 3. Reforzar prevención de ITS. 4. Identificar signos de alarma obstétrica. 5. Verificar continuidad en controles prenatales. 6. Preparar control serológico de los 3 meses.	Una semana después de la tercera sesión	Profesional de enfermería Asignada (o)	Telefónico
Quinta Sesión	Primer control serológico			

Sesión/ Momento	Descripción del seguimiento	Frecuencia	Profesional responsable	Modalidad (Presencial/ Telefónico)
	1. Verificar realización de VDRL o RPR. 2. Comparar títulos con resultados previos. 3. Confirmar descenso adecuado de títulos (respuesta terapéutica). 4. Si títulos no descienden: • Evaluar reinfección. • Reiniciar esquema. 5. Si gestación cercana al parto: • Garantizar prueba inmediata. • Coordinar valoración del recién nacido al nacimiento. 6. Reforzar educación sexual y reproductiva.	A los 3 meses de la primera sesión.	Profesional de enfermería Asignada (o)	Presencial Domicilio
Sexta Sesión	Segundo control serológico 1. Verificar segundo control serológico materno. 2. Validar control serológico del recién nacido (si ya nació). 3. Confirmar descenso progresivo de títulos. 4. Identificar signos compatibles con sífilis congénita. 5. Reiniciar tratamiento si hay reinfección. 6. Reforzar uso permanente de métodos de barrera.	A los 6 meses de la primera sesión.	Profesional de enfermería Asignada (o)	Telefónico
séptima sesión	Tercer control materno y seguimiento del RN 1. Verificar tercer control serológico materno. 2. Confirmar segundo control serológico del recién nacido. 3. Evaluar negativización o descenso esperado de títulos. 4. Activar ruta de manejo especializado si hay: 5. Títulos persistentes. 6. Incremento de títulos. 7. Signos clínicos en el RN. 8. Reforzar educación continua en prevención.	Evaluar el caso según lo identificado en la sexta sesión.	Profesional de enfermería Asignada (o)	Telefónico

Sesión/ Momento	Descripción del seguimiento	Frecuencia	Profesional responsable	Modalidad (Presencial/ Telefónico)
Octava sesión	Seguimiento en caso de reinfección 1. Repetir control serológico madre-hijo. 2. Confirmar nuevo esquema terapéutico completo. 3. Verificar tratamiento de pareja(s). 4. Evaluar condiciones sociales que favorezcan reinfección. 5. Garantizar atención integral en el binomio. 6. Documentar cierre del caso cuando corresponda.	3 meses después de la quinta sesión, en casos de reinfección	Profesional de enfermería Asignada (o)	Presencial Domicilio

Nota: Es necesario que en cada una de las intervenciones previamente mencionadas y en particular las que se lleva un seguimiento serológico se debe realizar registro en el aplicativo GTAPS tanto para la madre e infante.

Así mismo, se debe verificar que la gestante reciba un seguimiento integral por parte de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB), asegurando la continuidad de la atención, promoviendo la adherencia al tratamiento y facilitando el acceso oportuno a los servicios de salud. También es esencial reforzar la educación en salud sexual y reproductiva dirigida tanto a la gestante como a su pareja, enfatizando el uso consistente de métodos de barrera, como el preservativo, para prevenir nuevas infecciones de transmisión sexual (ITS) y evitar el riesgo de reinfección por sífilis.

En el desarrollo de las sesiones de seguimiento, se debe mantener de manera permanente el enfoque en el binomio madre-hijo, garantizando una atención integral, continua y articulada entre los diferentes actores del sistema de salud. Es indispensable asegurar el registro completo, claro y oportuno en los registros clínicos correspondientes, incluyendo hallazgos clínicos, resultados serológicos, intervenciones realizadas y acciones de seguimiento implementadas. Asimismo, se debe activar de forma inmediata la ruta institucional ante cualquier riesgo o sospecha de reinfección, garantizando una intervención oportuna y efectiva.

Es fundamental garantizar el tratamiento simultáneo de las parejas sexuales para mitigar el riesgo de reinfección y salvaguardar la salud materno-infantil. Para ello, se debe activar de manera efectiva a la EAPB, cuya gestión debe asegurar el acceso oportuno a valoraciones, exámenes diagnósticos y medicamentos, eliminando cualquier barrera administrativa que comprometa la continuidad del cuidado, y al momento de la intervención del profesional se debe educar de la importancia para evitar la reinfección

por sífilis la necesidad del tratamiento a la pareja/ contactos sexuales así como el uso de métodos de barrera

Se debe realizar el seguimiento serológico a los 3, 6 y 12 meses posteriores al tratamiento, evaluando la respuesta terapéutica mediante el descenso progresivo de los títulos no treponémicos. En el recién nacido, se debe garantizar el seguimiento hasta la negativización serológica o conforme a lo establecido en el protocolo nacional vigente, asegurando la detección temprana y el manejo oportuno de posibles complicaciones.

Para evaluar la respuesta terapéutica, se implementará un seguimiento serológico trimestral y semestral (3, 6 y 12 meses). En los binomios madre-hijo, los controles deben mantenerse hasta confirmar el descarte de la infección. Durante el último trimestre, la gestión del caso se priorizará desde el perfil de gestores de salud, bajo la categoría de 'familia de alta prioridad".

La garantía de la adherencia terapéutica y el cumplimiento del esquema con penicilina dependen de una gestión proactiva con la EAPB para resolver obstáculos administrativos o de acceso. Este esfuerzo se complementa con procesos de educación continua dirigidos al núcleo familiar sobre el uso de métodos de barrera y la prevención de reinfecciones. Bajo un modelo de corresponsabilidad, se debe asegurar que la pareja sexual reciba valoración clínica y tratamiento inmediato; para esto, la coordinación con el programa perinatal y el asegurador es vital para facilitar la captación del compañero y asegurar que el tratamiento sea verdaderamente simultáneo, protegiendo así la salud de la gestante y el neonato.

Nota: 1. El número y frecuencia de los seguimientos debe ajustarse a la edad gestacional al momento del diagnóstico, la adherencia al tratamiento, la definición del caso (nuevo o reinfección) y la evolución serológica. Todo el proceso debe estar soportado en registros clínicos, articulado con la vigilancia en salud pública y coordinado con las EAPB para garantizar oportunidad, integralidad y continuidad en la atención.

El número, la periodicidad y la modalidad de las sesiones de seguimiento podrán variar según el escenario clínico, la edad gestacional al momento del diagnóstico, la adherencia al tratamiento, la definición del caso (infección nueva o reinfección) y la evolución serológica evidenciada durante el proceso. No obstante, independientemente de estas variaciones, se debe asegurar el cumplimiento riguroso de los controles clínicos y serológicos requeridos en cada caso, garantizando la oportunidad y la continuidad del seguimiento conforme al riesgo identificado. Todo el proceso deberá estar debidamente soportado en los registros clínicos, articulado con el sistema de vigilancia en salud pública y coordinado con la EAPB correspondiente, a fin de garantizar una atención integral, oportuna y continua para el binomio madre-hijo.

Nota 2: En el marco de la implementación del Plan o de Bienestar concertado con el núcleo familiar, se deberá realizar en el primer contacto la verificación del esquema de vacunación de todos los integrantes del grupo familiar, conforme a la edad, condición individual y población objeto, de acuerdo con los lineamientos vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

En los casos en que se identifiquen esquemas incompletos, atrasados o pendientes, se deberá efectuar la respectiva orientación y derivación al servicio de vacunación correspondiente (bina vacunadora), garantizando la articulación con las rutas institucionales definidas.

Al momento del cierre del Plan o de los Planes de Bienestar, deberá dejarse establecido como compromiso que todos los integrantes del núcleo familiar cuenten con el esquema de vacunación completo, acorde con los lineamientos técnicos del PAI, o que se encuentren en proceso activo y documentado de actualización de este.

INFANCIA

Los planes de bienestar desarrollados en familias donde se encuentra población menor de 5 años son desarrollados con el liderazgo de profesionales de enfermería y nutrición principalmente; sin embargo, acorde a la necesidad y procesos de atención integral y continuo del cuidado, en los planes se podrán vincular otros perfiles, teniendo en cuenta los criterios de priorización y estrategias complementarias que se requieran desarrollar.

En estos planes de bienestar, se emprenderán acciones de promoción del cuidado de la salud infantil y la gestión de riesgos que incluye la atención individual conforme a las actividades establecidas en las rutas de riesgo y en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Para el caso puntual de casos de menores de 5 años que se encuentren inadherentes a las rutas, se emprenderán las acciones de agendamiento ya descritas previamente y agendamiento de la atención extramural en los casos excepcionales que no asisten a citas programadas en las Unidades Básicas Resolutivas; con estos casos inadherentes, los planes de bienestar tendrán 6 sesiones de implementación de la estrategia pertinente para el abordaje familiar, siendo una de ellas desarrollada por el profesional de medicina o nutrición (para el caso de DNT aguda severa o moderada), quienes adelantarán las acciones de educación para la salud infantil que se requieran en el hogar, así como la atención individual con cargo al Plan de Beneficios de Salud según el aseguramiento del menor:

Tabla 6. Sesiones y contenidos

SESIÓN	CONTENIDOS	PERFIL
1	Identificación de riesgos integral en el hogar. Entorno, familia, individuo.	Enfermería o Nutrición para los casos de DNT Aguda Moderada o Severa.

2	Desarrollo de acción promocional para el cuidado de la salud y atención individual (Opcional, conforme a la efectividad del agendamiento).*	Medicina o Nutrición para los casos de DNT Aguda Moderada o Severa.
3	Sesiones de implementación del plan de bienestar, con el desarrollo técnico de cada una de las estrategias definidas según criterio de priorización.	Enfermería o Nutrición para los casos de DNT Aguda Moderada o Severa.
4		
5		
6	Cierre del plan de bienestar.	

*Se precisa que en caso de ser necesaria la atención individual extramural, se podrá desarrollar en cualquiera de las sesiones de la 2 a la 5, conforme a la identificación de la necesidad.

En los casos priorizados, que son adherentes a la ruta de riesgo correspondiente, el plan de bienestar se desarrollará en 5 sesiones, con la implementación de los contenidos de cada una de las estrategias, sin incluir la sesión integral que abarca la atención individual. Estas estrategias se describen a continuación:

1.7.4.4. Estrategia Ángeles Kids

Es una estrategia de acompañamiento integral a familias con menores de 1 año, con el fin de promover prácticas de cuidado para la salud integral para que cada niño alcance su máximo potencial de crecimiento y desarrollo, disminuyendo así la morbilidad y la mortalidad infantil evitable.

Criterios de priorización:

1. Niños o niñas menores de 1 año con bajo peso al nacer sin adherencia al Programa Madre Canguro.
2. Niños o niñas menores de 1 año con diagnóstico de hipotiroidismo congénito
3. Recién nacidos con defectos congénitos (cardiopatías congénitas, defectos de pared abdominal, defectos del SNC, cromosomopatías)
4. Recién nacidos con morbilidad neonatal (asfixia, prematurez y sepsis)
5. Recién nacidos sin control posterior al nacimiento
6. Recién nacidos con tamizaje endocronometabólico positivo
7. Niños o niñas menores de 1 año con diagnóstico de sífilis congénita; casos inadherentes o sin continuidad de controles serológicos.

Desarrollo de la estrategia:

La estrategia *Ángeles Kids* debe ir de la mano con la estrategia de consejería en lactancia materna y alimentación complementaria. Esto significa que todos los niños y niñas priorizados por presentar algún riesgo en salud mencionados en el listado previo, deben

recibir valoración sobre su proceso de lactancia y, además, orientación adecuada en estas prácticas.

Adicionalmente, en caso de que la madre no pueda lactar o decida no hacerlo, orientar la consejería a la adecuada preparación y suministro de sucedáneo de la leche materna, en condiciones higiénico-sanitarias que eviten el deterioro del estado nutricional asociado a la presencia de enfermedad diarreica aguda o inadecuada preparación de la fórmula (dilución de la concentración indicada por el fabricante).

Por otro lado, se deberán realizar recomendaciones nutricionales y de actividad física para la familia y la madre en periodo de lactancia teniendo en cuenta los mensajes clave establecidos en las guías alimentarias basadas en alimentos -GABAS dirigido a mujeres o personas en período de lactancia. Si el niño o niña se encuentra entre los 4 a 6 meses, refuerce en alimentación complementaria que debe iniciarse a partir de los 6 meses, según las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos -GABAS. Reforzar lavado de manos, higiene básica, manejo de excretas y desechos, perdidas y desperdicios de alimentos y signos de alarma de enfermedades prevalentes de la infancia: Infección Respiratoria Aguda -IRA, Enfermedad Diarreica Aguda -EDA y desnutrición aguda. También se establecerán compromisos frente a la adherencia a programas de salud: asistencia a controles de atención integral, pediatría, programa madre canguro, salud oral, etc.

A continuación, se relacionan aspectos clave para tener en cuenta en el abordaje de cada una de las familias, según el criterio de priorización:

- ✓ **Niños y niñas menores de 1 año con bajo peso al nacer sin adherencia al Programa Madre Canguro.**

- Identificación de riesgos de factores familiares, sociales y económicos que afectan el estado nutricional del recién nacido, para lo cual se tendrán en cuenta los siguientes aspectos a evaluar: edades extremas (menores 20 años y mayores de 35 años) de la madre, número de menores de cinco años en el núcleo familiar, promedio de ingresos económicos del hogar, escolaridad de la madre, familia sin método de regulación de la fecundidad, hacinamiento, periodo intergenésico corto (menor a dos años), barreras para la atención en salud, indagación de antecedentes gestacionales y del parto y otros que según criterio profesional sean relevantes para orientar el desarrollo del plan de bienestar.

- La evaluación antropométrica y clasificación nutricional del recién nacido incluye: toma y registro de medidas antropométricas (peso, longitud y perímetro cefálico) y clasificación nutricional. En los casos de niños y niñas con antecedentes de prematurez, la clasificación nutricional se hace a partir del cálculo de la edad corregida hasta las 40 semanas con base en las tablas de Fenton sobre crecimiento postnatal de prematuros hasta 40 semanas edad corregida. Al cumplir 40 semanas de edad corregida, los datos antropométricos deben ser valorados y clasificados, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o aquella que la modifique o adicione.

Cálculo de la edad corregida: Se calcula **restando a las 40 semanas (fecha teórica prevista del parto) el número de semanas reales de gestación al nacer:**

- 40 semanas – edad gestacional al nacer (semanas completas) = Semanas de prematuridad.
- Edad cronológica – semanas de prematuridad = **Edad corregida.**

Por ejemplo, si el bebé nació en la semana 28 de gestación, habría que restar a 40 esa cifra para **calcular sus semanas de prematuridad** (en este caso, 12 semanas prematuro). Si ese bebé tiene ahora seis meses (24 semanas desde el nacimiento), su edad corregida es el resultado de restar a las 24 semanas las 12 semanas de prematuridad. Por tanto, su edad corregida es de 12 semanas. Tres meses.

- Examen físico: para realizar el examen físico se sugiere tener en cuenta los siguientes aspectos:
  - Apariencia- coloración de la piel.
  - Actividad: movimientos espontáneos y alternos de las extremidades.
  - Gestos: identifique si el bebé se calma o llora cuando la madre ofrece alimento (leche materna o fórmula láctea) o lo sostiene en brazos.

  Igualmente, se debe verificar si el niño o niña presenta algún signo de alarma que aumente el riesgo de muerte y deba ser remitido de inmediato al servicio de urgencias para su atención prioritaria:
  - No puede beber, comer o tomar el pecho.
  - Vomita todo.
  - Convulsiona.
  - Está letárgico o inconsciente.
  - Hipotermia: temperatura axilar <35.5 °C.
  - Fiebre: temperatura axilar >38°C.
  - Riesgo de deshidratación: diarrea, vómito persistente y rechazo a la vía oral.
  - Aumento de la frecuencia respiratoria para la edad o retracciones intercostales

- Verificación de asistencia a control del recién nacido, ingreso a ruta de promoción y mantenimiento de la salud, y consulta de valoración y apoyo a la lactancia materna, adherencia a programa madre canguro y suplementación con micronutrientes según esquema definido en la Resolución 3280 de 2018.

- Evaluar la práctica de lactancia materna exclusiva, retomando el formato de "Valoración de la lactancia materna" OMS con observación directa del proceso de amamantamiento, que permita identificar dificultades en el proceso y brindar apoyo a la familia. Reiterar la importancia de la práctica de lactancia materna exclusiva en niños y niñas menores de 6 meses y conceptos frente a la alimentación complementaria de niños y niñas de 6 meses a 12 meses. Tenga en cuenta que la lactancia materna NO está contraindicada durante la presencia de enfermedad respiratoria en la madre.

- Evaluación del estado de salud de la madre: Análisis de la Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria – FIES, que se encuentra en la Identificación de riesgos Social y Ambiental, frecuencia de consumo en la madre lactante (priorizando la

identificación de consumo diario de fuentes alimentarias de proteína de alto valor biológico (fuentes de origen animal), calcio (leche y productos lácteos), hierro (vísceras), así como frutas, verduras y agua); consumo productos ultraprocesados y otros aspectos que según criterio profesional sean relevantes para la Identificación de riesgos del caso. En los casos de inseguridad alimentaria se realizará la de la familia a los programas sociales a través del SIRC.

- Agendamiento y/o activación de ruta: Al identificar barreras de acceso a los servicios de salud para el seguimiento médico y nutricional o entrega de tratamientos, se procede de manera inmediata a realizar el proceso de agendamiento o sectorial por el módulo de ACTIVACIÓN DE RUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA GRUPOS DE RIESGO- RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales describiendo la particularidad de la barrera de acceso; lo anterior, teniendo en cuenta las precisiones brindadas previamente con relación a los contratos vigentes entre la Subred y las diferentes EPS.

  Además, en caso de evidenciar inseguridad alimentaria, se debe realizar activación de ruta intersectorial a programa de apoyo alimentario, a través del SIRC.

  Estas acciones de gestión del riesgo que se emprenden por el equipo deberán estar registradas en el plan de bienestar concertado de manera que en las sesiones de implementación del plan y en el cierre, se realice el acompañamiento en los procesos de autogestión y corresponsabilidad de la familia para el cumplimiento de las atenciones intramurales que sean requeridas para complementar la atención y aportar a la recuperación del estado de la salud del usuario y su familia.

  - ✓ **Niños o niñas menores de 1 año con diagnóstico de hipotiroidismo congénito**

- Identificación y clasificación del riesgo:
  - Identificación de riesgos de factores familiares, sociales y económicos que afecten el estado de salud del menor de 1 año con hipotiroidismo
  - Verificar si el niño o niña presenta algún signo de alarma que aumente el riesgo de muerte

  - Identificación de Caso probable; Verificación del reporte de TSH neonatal (INS):
  - Recién nacido con prueba de TSH para tamizaje neonatal en cordón umbilical, mayor al punto de cohorte establecido, de 15 mUI/L
  - Recién nacido con prueba de TSH para tamizaje neonatal en talón, mayor al punto de cohorte establecido, de 10 mUI/L

  - Identificación de Caso confirmado:
  - Es el caso probable con confirmación por laboratorio con TSH elevada y T4 libre (fT4) inferior a 55.17 nmol/l en una muestra de suero o también si la T4 libre (fT4) es menor al valor de referencia del kit de ensayo

Si el hipotiroidismo congénito está confirmado, verificar la instauración del tratamiento con hormona tiroidea y la correcta administración del medicamento, la cual se describe a continuación:

1. Pulverice la(s) tabletas entre dos cucharas y mézclelas con una pequeña cantidad de agua fría, leche materna o fórmula que no contenga soya o hierro.
2. Dele esta mezcla con un gotero en la comisura de la boca entre la mejilla y la encía, confirme su ingesta administrando posteriormente agua en el gotero y ofrézcala al bebe.
3. Use agua a temperatura ambiente.
4. NO mezcle con agua caliente.

- <u>Verificación del seguimiento a los niños con hipotiroidismo congénito</u>

Verificar la realización periódica de toma de TSH y ft4:

- 2 y 4 semanas de iniciada la hormona tiroidea (L-T4)
- Cada mes dentro de los primeros 6 meses de vida
- Cada 2 meses hasta el primer año
- Cada 3 meses hasta los 3 años
- A intervalos más frecuentes si se duda de los cuidadores del niño
- Cada vez que se cambia la dosis o la fuente de la L-T4, medir 4 semanas después
- Cuando se trate un niño en un grupo de riesgo (niños que estuvieron en UCI por bajo peso u otras causas)

A los niños con hipotiroidismo congénito se les debe asegurar:

- Promoción de la lactancia materna (Res. 3280 de 2018).
- Reforzar prácticas familiares orientadas al riesgo (prácticas de higiene, lavado de manos, signos de alarma para IRA y EDA, Signos de peligro de muerte)
- Verificar el esquema de vacunación acorde a los lineamientos del PAI

- <u>Realizar agendamiento o Activación de ruta si:</u>
  - La madre no reclamó el resultado de TSH neonatal.
  - El resultado del TSH fue anormal y no le han realizado prueba confirmatoria.
  - Le realizaron prueba confirmatoria pero no reclamó el resultado.
  - El resultado de la prueba confirmatoria fue positivo, pero no le han iniciado el tratamiento.
  - No hay adherencia del familiar o cuidador al tratamiento (No se lo suministra, le brinda una dosis inadecuada, entre otros).

La activación de la ruta por el aplicativo SIRC de los niños que cumplen criterios debe hacerse de forma inmediata para que las EAPB asuman de manera prioritaria el

tratamiento, evitando complicaciones.

Seguimiento a tamizaje auditivo y visual: A todo menor de 3 meses se le debe verificar la realización de tamizaje visual y auditivo por parte de la EAPB o IPS de atención del parto. En caso de no contar con el resultado de las emisiones otoacusticas o potenciales evocados auditivos asegurar la consulta del recién nacido o valoración integral para su realización, a través de agendamiento o la activación de ruta en el aplicativo SIRC.

- ✓ **Recién nacidos con defectos congénitos (cardiopatías congénitas, defectos de pared abdominal-gastrosquisis, onfalocele)**

- Identificación y clasificación del riesgo
  - Identificación de riesgos de factores familiares, sociales y económicos que afecten el estado de salud del menor de 1 año con defectos congénitos
  - Verificar si el niño o niña presenta algún signo de alarma que aumente el riesgo de muerte
  - Verificación de ingreso a ruta de promoción y mantenimiento de la salud, y a la ruta especifica de las RIAs (cardiología, cirugía).
  - Adherencia a los tratamientos instaurados en caso de cardiopatías congénitas en los que se ha postergado la intervención quirúrgica.
  - Promoción de la lactancia materna (Res. 3280 de 2018).
  - Reforzar prácticas familiares orientadas al riesgo (prácticas de higiene, lavado de manos, signos de alarma para IRA y EDA, Signos de peligro de muerte)
  - Verificar el esquema de vacunación acorde a los lineamientos del PAI

En caso de no tener adherencia a alguno de los procesos enunciados se debe realizar agendamiento o activación de ruta a través del aplicativo SIRC.

- ✓ **Recién nacidos con morbilidad neonatal (asfixia, prematurez y sepsis)**

- Identificación y clasificación del riesgo
  - Identificación de riesgos de factores familiares, sociales y económicos que afecten el estado de salud de los recién nacidos con asfixia o sepsis neonatal
  - Verificar si el niño o niña presenta algún signo de alarma que aumente el riesgo de muerte
  - Verificación de ingreso a ruta de promoción y mantenimiento de la salud
  - Adherencia a los tratamientos instaurados
  - Promoción de la lactancia materna (Res. 3280 de 2018).
  - Reforzar prácticas familiares orientadas al riesgo (prácticas de higiene, lavado de manos, signos de alarma para IRA y EDA, Signos de peligro de muerte)
  - Verificar el esquema de vacunación acorde a los lineamientos del PAI

- ✓ **Recién nacidos sin control posterior al nacimiento**

La atención individual estará enfocada a las familias con niñas o niñas Recién nacidos sin control, con el propósito de redireccionarlos a la atención ambulatoria con adherencia a su plan de manejo; el abordaje del profesional deberá contar con las siguientes actividades.

Teniendo en cuenta que esta consulta tiene por objeto verificar el proceso de adaptación a la vida extrauterina del niño o la niña y verificar los cuidados y la adaptación a la llegada del niño por parte de los padres y/o familiares, incluyendo las siguientes actividades:

Indague:

- ¿Ha podido recibir leche materna o fórmula láctea?
- ¿Tolera los alimentos o a vomitado todo lo ingerido?
- ¿Se ha alterado su estado de conciencia?
- ¿Ha tenido llanto incontrolable?
- ¿Ha tenido dificultad respiratoria o apnea en las últimas 72 horas?
- ¿Ha presentado convulsiones o movimientos anormales en las últimas 72 horas?
- ¿Ha tenido fiebre o hipotermia?
- ¿Ha presentado cambios en la coloración de la piel o aparición de secreciones o lesiones tipo petequias o pústulas?
- ¿Ha presentado deposiciones con sangre?

Verificar síntomas que haya presentado el recién nacido, se debe verificar la lactancia materna y sus dificultades, indagar por inicio de otros alimentos e interrogar los hábitos de micción y deposición.

Se debe realizar la lectura de los tamizajes realizados (TSH y cardiopatía congénita, auditivo y de otros errores innatos del metabolismo), verificar que se hayan tomado y se estén procesando o que ya esté programado para su realización antes del mes de edad. En todo caso se debe recomendar a los padres estar atentos a recoger los resultados pendientes y presentarlos en la siguiente consulta de control. Debe indagarse por posibles preocupaciones de los padres en torno al cuidado o la salud de los niños.

Dentro de los antecedentes indagar dificultades o patologías durante el embarazo, edad gestacional, peso y talla al nacer, como fue el proceso de adaptación, necesidad de requerimiento de oxígeno u hospitalización en unidad de cuidados neonatales.

Indagar por fumadores en casa, esquema vacunal de las personas que conviven con el recién nacido, ocupación de los padres y antecedentes familiares. Registrar grupo sanguíneo materno y del recién nacido.

- <u>Identificación de riesgos:</u>

- Toma de signos vitales: Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, se debe tomar la saturación de oxígeno a nivel preductal (en mano derecha) y posductal (en los pies) para tamizaje de cardiopatía congénita compleja (nuevamente)
- Valoración antropométrica: Peso, talla, perímetro cefálico (realizar clasificación nutricional: peso/ talla, talla/edad, peso/edad según resolución 2465 de 2016)
- Vigilar adecuadas condiciones de actividad, reactividad, perfusión, fuerza, color, temperatura, tono y fuerza, realizar reflejo rojo retiniano. Debe realizarse un examen físico completo con especial atención a la progresión de peso (los primeros 7 días es normal una pérdida de peso hasta el 10% del peso de nacimiento), identificación de

ictericia, cianosis o palidez, a la vigilancia de signos de infección umbilical y a otros signos que sugieran una condición de riesgo.

- Identificación de signos de alarma:
  - Intolerancia o rechazo a la vía oral
  - Alteración del estado de conciencia: Somnolencia o inconciencia, verifique tono muscular (hipotonía o hipertonía).
  - Dificultad respiratoria: Tirajes, taquipnea, quejido, aleteo nasal, asincronía torácica-abdominal, desaturación.
  - Presencia de convulsiones o movimientos anormales en las últimas 72 horas.
  - Llanto inconsolable
  - Apnea o pausas respiratorias o desaturación según altitud al nivel del mar
  - Cianosis central o generalizada o palidez extrema, verifique llenado capilar
  - Fiebre o hipotermia cuantificada
  - Coloración o lesiones de piel (ictericia – aspecto "moteado"), lesiones tipo equimosis, petequias, pústulas, vesículas en la piel, secreción purulenta del ombligo
  - Distensión abdominal importante, deposiciones con sangre – descarte lesiones en ano.
  - Fontanela abombada o deprimida, separación de suturas.

En caso de identificar signos de alarma remitir de manera urgente, por lo que debe activarse 123 para traslado a unidad de servicios de salud.

Si el recién nacido no presenta signos de alarma: Se deben dar recomendaciones para continuar el adecuado cuidado del recién nacido en casa, signos de alarma para consulta a urgencias, asignar cita de control para la valoración integral en salud según lo dispuesto en el lineamiento de atención integral en salud de la Ruta para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Primera Infancia.

- ✓ **Recién nacidos con tamizaje endocronometabólico positivo**

- Identificación y clasificación del riesgo

Para el seguimiento a casos de niños y niñas con diagnóstico de hipotiroidismo congénito, se plantea la siguiente estrategia de abordaje por el entorno cuidador, los casos serán priorizados desde nivel central:

- Identificación de riesgos de factores familiares, sociales y económicos que afecten el estado de salud del menor de 1 año con hipotiroidismo
- Verificar si el niño o niña presenta algún signo de alarma que aumente el riesgo de muerte

En los niños con tamizaje endocrino metabólicas (galactosemia, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita y deficiencia de biotinidasa) positivo, se debe verificar que se haya realizado prueba confirmatoria y en caso de que esa prueba sea positiva

debe garantizarse inicio de tratamiento. En caso de no haberlo reclamado el resultado, remitir para reclamar y ser valorado de forma inmediata.

✓ **Niños o niñas menores de 1 año con diagnóstico de sífilis congénita**

Identificación y clasificación del riesgo

Para el seguimiento a casos de niños y niñas identificados con sífilis congénita, se plantea la siguiente estrategia de abordaje por el entorno cuidador, los casos serán priorizados desde nivel central:

- Identificación de riesgos de factores familiares, sociales y económicos que afecten el estado de salud del menor de 1 año con sífilis congénita
- Verificar si el niño o niña presenta algún signo de alarma que aumente el riesgo de muerte
- Verificación de seguimiento por pediatría e infectología pediátrica
- Verificación de realización de pruebas de seguimiento así:
    - A los 3 meses después del tratamiento → prueba cuantitativa no treponémica (RPR o VDRL).
    - A los 6 meses → repetir prueba.
    - A los 12 meses → nueva prueba.

A los niños con sífilis congénita se les debe asegurar:

- Promoción de la lactancia materna (Res. 3280 de 2018).
- Reforzar prácticas familiares orientadas al riesgo (prácticas de higiene, lavado de manos, signos de alarma para IRA y EDA, Signos de peligro de muerte)
- Verificar el esquema de vacunación acorde a los lineamientos del PAI

Activación de ruta si:

✓ No hay adherencia al seguimiento por parte de pediatría o infectología pediátrica
✓ La madre no reclamó el resultado de VDRL.

Nota: Para los casos notificados tanto por sífilis gestacional como congénita, se deberá garantizar el registro de los dos formularios en el aplicativo GTAPS, con el fin de garantizar el seguimiento y registro integral de la madre, los contactos y el recién nacido.

Niños y niñas menores de 1 mes con dificultades en el proceso de lactancia materna

El perfil de enfermería capacitado en consejería en lactancia materna cumple un papel estratégico en el acompañamiento a las familias con niños y niñas menores de un mes que presentan dificultades en el proceso de amamantamiento, garantizando una atención integral, oportuna y articulada con el modelo de atención materno perinatal definido en los lineamientos nacionales y distritales.

Sus acciones se orientan a la identificación y clasificación temprana del riesgo, la consejería individualizada, la activación de las rutas de atención según el nivel de complejidad del caso y el seguimiento continuo, con el fin de proteger la práctica de la lactancia exclusiva, prevenir complicaciones nutricionales y promover el bienestar del binomio madre-hijo/a en el primer mes de vida, etapa crítica para el afianzamiento de la práctica de lactancia materna y el desarrollo infantil.

- Identificación y clasificación del riesgo (valoración del proceso de lactancia materna).
  - Realizar anamnesis dirigida a la madre y su familia para indagar antecedentes obstétricos, condiciones del recién nacido, experiencias previas de lactancia y factores socioculturales que influencien en la práctica de lactancia materna exclusiva.
  - Evaluar la lactancia materna observando a la madre y al bebé: Existen algunas cosas que pueden ser observadas cuando el bebé no está siendo amamantado y otras, que sólo pueden ser vistas cuando el bebé está siendo amamantado (posición del bebé, pechos, agarre del seno, succión efectiva, reflejo de deglución, signos de dificultad, etc.).
  - Valorar estado de salud materno (estado emocional, dolor, red de apoyo, etc.).
  - Evaluar estado nutricional y clínico del recién nacido (peso, talla, signos de alarma, ictericia, ganancia de peso, etc.).
  - Revisar adherencia a la atención en salud de acuerdo con la normatividad vigente (consulta del recién nacido, esquema de vacunación, consulta de consejería en lactancia materna, entre otros).
  - Definir aspectos a fortalecer en la consejería en lactancia y establecer compromisos con la familia acorde a lo identificado.

- Consejería en lactancia materna
  - Aplicar las habilidades para la consejería en lactancia materna con el fin de favorecer la práctica (ver estrategia de consejería en lactancia materna y alimentación complementaria).
  - Orientar sobre signos de hambre y saciedad.
  - Promover la extracción y conservación de leche materna en caso de separación madre-hijo/a o dificultades transitorias.
  - Fortalecer red de apoyo familiar y comunitaria, motivando la participación del padre, cuidadores y entorno. Así como la vinculación a grupos socioeducativos que oferta la comunidad o la Subred.
  - Identificar y abordar barreras emocionales, culturales o de desinformación que dificulten el proceso.

- Activación de ruta

En los casos donde se evidencie ganancia insuficiente de peso, signos de desnutrición aguda o deshidratación, ausencia de succión efectiva, mastitis, absceso mamario, fiebre o dolor intenso, riesgos de salud mental grave (depresión posparto severa, rechazo a la lactancia), violencia intrafamiliar, abandono o ausencia total de red de apoyo, entre otros riesgos que afecten la salud y bienestar de la madre y el bebé, se debe realizar agendamiento o activar la ruta de atención integral en salud o social que se requiera.

- Seguimiento al caso
  - Verificar en cada contacto la evolución de la familia lactante (ganancia de peso del bebé, mejoría en las dificultades observadas, signos de alimentación adecuada, entre otros) y la adaptación de la familia a la lactancia.
  - Ajustar consejería según nuevas necesidades detectadas (manejo de mastitis, reinducción de lactancia, entre otras).
  - Mantener comunicación con los actores que identificaron o remitieron el caso (IPS, PSPIC, nivel central), retroalimentando sobre resultados y apoyos requeridos.

1.7.4.5. Estrategia para la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda EDA: Alto riesgo respiratorio y gastrointestinal.

Criterios de priorización:

1. Niños o niñas menores de 1 año notificados al SIVIGILA por IRAG (centinela) e IRAG (inusitado) de régimen de afiliación subsidiado y no asegurado, al egreso de hospitalización y los niños sin seguimiento efectivo a las 48 o 72 horas en la estrategia SALA ERA y con criterio de riesgo
2. Menores de 2 años con bronquiolitis o sibilante recurrente de alto riesgo sin control (prematuridad, enfermedad congénita cardiovasculares y neurológicas, displasia broncopulmonar, trastornos congénitos de vías respiratorias, síndrome de Down, DNT aguda, inmunodeficiencia)
3. Niñas o niñas menores de 5 años con presencia de tres o más episodios de Enfermedad diarreica Aguda (EDA) en el último mes sin control.

Desarrollo de la estrategia:

- ✓ Niños o niñas menores de 1 año notificados al SIVIGILA por IRAG (centinela) e IRAG (inusitado) de régimen de afiliación subsidiado y no asegurado, al egreso de hospitalización los niños sin seguimiento efectivo a las 48 o 72 horas en la estrategia SALA ERA y con criterio de riesgo.

- Identificación y clasificación del riesgo

- Identificación de riesgos de factores familiares, sociales y económicos que afecten el estado de salud del menor de 1 año con Infección respiratoria
- Verificar si el niño o niña presenta algún signo de alarma que aumente el riesgo de muerte

- Indagar sobre factores asociados a la infección respiratoria en niños y niñas menores de 5 años y abordar con estrategias de información, comunicación y educación (IEC) aquellos que se pueden modificar:
  - Ausencia de lactancia materna

  - Hacinamiento (condiciones socioeconómicas)
  - Asistencia a guardería
  - El humo del cigarrillo (de segunda y tercera mano)
  - Hermanos en edad escolar
- Verificar el cumplimiento al plan establecido por la IPS en el momento del alta hospitalaria.

- Verificar si recibe inhaladores de dosis medida con inhalo cámara para el control de la sintomatología respiratoria y de confirmarse, verificar el buen uso de esta:
  - 1.Técnica de uso del IDM con inhalo cámara: La formulación de los inhaladores debe ir acompañada de instrucciones claras sobre su uso correcto.

- Verificar si presenta signos de alarma para enfermedad respiratoria
  - Respiración rápida (Taquipnea)
  - Hundimiento de costillas al respirar.
  - < 2 meses: hiporexia.
  - > 2 meses: no come nada, vomita todo.
  - Irritable, somnoliento.
  - Le “silba” el pecho.
  - < 2 meses: fiebre.
  - > 2 meses: fiebre por 2 o 3 días

Tabla 7. Frecuencia respiratoria rapida

SI EL NIÑO TIENE	EL NIÑO TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI USTED CUENTA
Menos de 2 meses	60 respiraciones o más por minuto
2 a 11 meses	50 respiraciones o más por minuto
12 meses a 5 años	40 respiraciones o más por minuto

Desde el Programa para la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda - IRA y las Enfermedades Diarreicas Agudas -EDA en niños menores de cinco años se proponen, 3 mensajes claves que facilitan el aprendizaje:

¿Cómo evito que mi hija/a se enferme?

1. Si se enferma ¿cómo lo debo cuidar en casa y cómo puedo evitar que contagie a otras personas?

2. ¿Cuáles son los signos y síntomas que hacen necesario consultar a una institución de salud?

Primer mensaje: ¿Cómo evito que mi hijo/a se enferme?

- Limpiar frecuentemente el polvo de las paredes, de los estantes y de todos los muebles con un paño húmedo.
- Limpiar el piso con un trapo húmedo.
- Sacudir frecuentemente, fuera de la vivienda y lejos de los niños: cobijas, almohadas y demás ropa de cama.
- Mantener abiertas las puertas y ventanas de las habitaciones durante el día para que penetren el aire puro y la luz solar.
- Si las habitaciones son poco ventiladas o iluminadas, saque las cobijas, colchones y ropas para sacudirlos y exponerlos al sol. Así elimina humedad y hongos.
- No permita fumar dentro de la vivienda.
- Mantenga fuera de los dormitorios: fogones, estufas, braseros y calentadores que utilicen leña o carbón y que produzcan ceniza y humo.
- Evitar el contacto con personas que tengan gripa o tos. Al estornudar o toser, hágalo poniendo la parte interna del codo en la nariz.
- Usar mascarilla o tapabocas cuando tenga gripa.
- Lavarse las manos con más frecuencia cuando tenga gripa.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura: Tapar la boca y la nariz del niño cuando va a cambiar de temperatura, principalmente en las mañanas y en las noches.
- Mantener el esquema de vacunación completo.
- Dar lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida e introducir otros alimentos en buen estado, paulatinamente desde los 6 meses de edad.

Segundo mensaje ¿Cómo debo cuidar en casa en casa a la niña o niño enfermo y evitar que contagie a otras personas?

- Enseñar las medidas de apoyo para la atención en el hogar a través del FALTAN.
- FIEBRE: Manejo según orientación médica, promover la no automedicación, adherencia a manejo indicado por médico. Medios físicos.
- ALIMENTOS y Líquidos: Es normal que disminuya el apetito, ofrecer alimentación fraccionada y frecuentes en pequeña cantidad.
- LAVADO DE MANOS: Recordar lavado de manos como medida importante para la transmisión de las infecciones respiratorias.
- TOS: No se usan medicamentos para quitar la tos, favorecer abundante consumo de líquidos y consumo de miel solo en mayores de 2 años.

- ALARMA: Conocer signos de alarma (ver tercer mensaje).
- NARIZ: Limpieza nasal (suero fisiológico en cada fosa nasal de acuerdo con la necesidad).

Tercer Mensaje: ¿Cuándo debo consultar a un centro de salud?

Reiterar en la identificación de signos de alarma o presencia de neumonía o de otro problema relacionado:

a. Signos de alarma en menores de 2 meses:
   - Respira más rápido de lo normal.
   - Disminuye el apetito.
   - Presenta fiebre así sea en una sola oportunidad.
   - Le suena el pecho al respirar.
   - Somnolencia o no despierta con facilidad.
   - Ataques o convulsiones.

b. Signos de alarma en niños de 2 meses a 5 años:
   - Fiebre de más de 38.5°C por más de tres días de difícil control.
   - Permanece decaído cuando baja la fiebre.
   - Respira más rápido de lo normal.
   - Se le hunden las costillas al respirar y tiene otro signo de alarma.
   - No puede comer o beber nada o vomita todo.
   - Somnolencia o no despierta con facilidad.
   - Ataques o convulsiones.
   - Supuración o mal olor de oído.

✓ **Menores de 2 años con bronquiolitis o sibilante recurrente de alto riesgo sin control (prematuridad, enfermedad congénita cardiovasculares y neurológicas, displasia broncopulmonar, trastornos congénitos de vías respiratorias, síndrome de Down, DNT aguda, inmunodeficiencia.**

El abordaje integral a las familias con niños o niñas menores de 2 años con bronquiolitis de alto riesgo (BAR) sin adherencia a controles, será mediada a través del agendamiento o la derivación de las EPS según criterios e identificación de riesgo, y el desarrollo del plan de bienestar a cargo del profesional, el cual deberá contar con las siguientes actividades.

BRONQUIOLITIS DE ALTO RIESGO, considérese cuando en la identificación de riesgos de los niños de 2 años de edad con sospecha de bronquiolitis, tiene las siguientes características asociadas

- <2 meses.
- Prematuridad (definida por peso <2000 gramos al nacer) en el <6 meses.
- Enfermedades congénitas cardiovasculares con repercusión clínica.
- Displasia broncopulmonar.
- Fibrosis quística.
- Trastornos congénitos de las vías respiratorias inferiores.
- Inmunodeficiencias.

- Trasplante.
- Enfermedades congénitas con compromiso pulmonar y/o cardiovascular.
- Enfermedad neurológica moderada a grave.
- Síndrome de Down.
- Presencia de apneas.
- Desnutrición aguda grave.

1. INTERROGUE: Signos de alarma, fiebre, tos, congestión nasal, frecuencia de los síntomas, ruidos respiratorios en el pecho, duración de los síntomas, tratamiento usado, episodios previos de sibilancias, adherencia al tratamiento al egreso.

2. VERIFIQUE Uso adecuado de inhaladores. Realizar examen físico completo incluyendo valoración antropométrica, verificando signos de alarma como retracciones, uso de músculos accesorios, sibilancias, cianosis, entrada de aire por medio de auscultación, hallazgos de otras enfermedades atópicas, otras condiciones de riesgo.

3. CLASIFIQUE: Si el niño persistente con sintomatología respiratoria es importante clasificar la bronquiolitis según escalas de severidad que permitirán definir el manejo adecuado y necesidad de remisión.

Tabla 8. ESCALA DE WOOD-DOWNES-FERRES MODIFICADA

PARÁMETRO	0	1	2	3
Sibilancias	No	Al final de la espiración	Durante toda la espiración	Tanto en espiración como inspiración
Músculos accesorios	No	Subcostal e intercostal inferior	Subcostal + Intercostal inferior + Supraclavicular + aleteo nasal	Lo anterior + Supraesternal
Frecuencia respiratoria < 6 meses	< 40	41–55	56–70	> 70
Frecuencia respiratoria > 6 meses	< 30	31–45	46–60	> 60
Frecuencia cardíaca	< 120	> 120	—	—
Entrada de aire	Buena	Regular simétrica	Muy disminuida simétrica	Tórax silente
Cianosis	No	Sí	—	—

Bronquiolitis Leve: Verificar necesidad de ajuste de inhaloterapia; para ello, se debe adelantar la gestión de una atención individual mediante agendamiento.

Bronquiolitis Moderada – grave: Remisión al servicio de urgencias para manejo prioritario según corresponda

- ✓ **Niñas o niñas menores de 5 años con presencia de tres o más episodios de Enfermedad diarreica Aguda (EDA) en el último mes sin control**

El abordaje integral a las familias con niños o niñas menores de 2 años con con niñas o niñas menores de 5 años con presencia de tres o más episodios de Enfermedad diarreica Aguda (EDA) en el último mes sin control, será mediada a través del agendamiento o la derivación de las EPS según criterios e identificación de riesgo, y el desarrollo del plan de bienestar a cargo del profesional, el cual deberá contar con las siguientes actividades.

Factores de riesgo para enfermedad diarreica aguda persistente

- Ausencia de lactancia materna exclusiva
- Indicadores antropométricos Z-P/T, Z-T/E ó Z- P/E, por debajo de –3 DE (Desnutrición severa)
- Uso de antibióticos durante el episodio de EDA
- Presencia de cualquier tipo de inmunodeficiencia
- Tener más de 10 deposiciones por día
- Deshidratación recurrente

INTERROGUE: Signos de alarma, fiebre, número de deposiciones en las últimas 4 horas, el número total en 24 horas, así como los días de evolución, sangre en las heces, número de episodios de vómito en las últimas 4 horas, otros síntomas asociados, cuadros previos de diarrea, duración de los síntomas, tratamiento usado, uso de sales de rehidratación oral, si recibe lactancia materna u otros alimentos.

VERIFIQUE: Signos de alarma, hallazgos al examen físico para clasificar la presencia y severidad de la deshidratación, condiciones de riesgo. Es muy importante la realización de la valoración antropométrica de forma adecuada.

CLASIFICAR: Diarrea persistente: Se considera diarrea persistente si la diarrea aguda se prolonga en duración por 14 días o más, puede asociarse a pérdida importante de peso, así como a otras infecciones extraintestinales, es fundamental su tratamiento adecuado en niños y niñas con desnutrición.

- Grave: si el niño presenta signos de alarma, es menor de 6 meses, signos de deshidratación o presenta desnutrición aguda moderada o severa. En este caso se debe adelantar agendamiento.

Posterior al abordaje individual del caso y conforme al plan de manejo ordenado, en el hogar se debe apoyar el seguimiento y desarrollo de capacidades de cuidado en el hogar para su cumplimiento. Dentro de los planes de manejo individual para EDA, se deben considerar los ordenados por el profesional, dentro de los que se puede encontrar:

- Suplementación terapéutica con zinc
    - Menor de 6 meses 10 mg/día
    - Mayor de 6 meses 20mg/día

- Administración de dosis adicional de Vitamina A.
- Realización de coproscópico.
- Continuar la lactancia materna.
- Recomendaciones específicas para la alimentación.
- Recomendaciones para la prevención.
- Informar a los padres los signos de alarma para regresar de inmediato.
- Consulta de control según evolución idealmente en 48 a 72 horas.

EDUCAR:

Explique las reglas para tratar diarrea en el hogar

1. Dar más líquidos de lo usual para prevenir la deshidratación.
2. Usar líquidos caseros recomendados o suero oral después de cada evacuación, tan pronto se inicie la diarrea, con el fin de reponer el agua y las sales y evitar así la deshidratación.
3. No están indicadas las bebidas azucaradas, tales como las gaseosas o los jugos industriales.
4. Alimentos para prevenir desnutrición: continuar la lactancia materna o sucedáneo cuando aplique, en este último caso revisar que las condiciones para su preparación sean adecuadas (reconstitución en las cantidades que refiere el fabricante, uso de agua potable para reconstituir, lavado con agua y jabón de los accesorios que se utilicen para preparar y suministrar la fórmula, prefiriendo vaso o cuchara- los biberones tienen mayor riesgo de contaminación).
5. En mayores de 6 meses que reciben alimentos sólidos y en adultos, dar la dieta corriente, sin forzar al niño. Deben evitarse alimentos con mucha azúcar porque empeoran la diarrea, preferir alimentos astringentes y cocinados de acuerdo con la disponibilidad: como guayaba, pera, manzana, galletas de soda, plátano verde, arroz o pasta; los alimentos que requieran cocción deben estar bien cocinados (ejemplo: carne, huevo, pollo, etc.), las frutas y verduras crudas lavarlas con agua potable antes de ofrecer al niño o niña.
6. Limpieza de alimentos antes de su ingesta, limpieza de superficies antes de contacto con manos.
7. Evitar el contacto directo de las manos con superficies de mucosas como ojos, boca, ano.

Deseche las heces de toda la familia, de manera segura y lávese las manos con agua y jabón después de la defecación y antes de preparar los alimentos y dar de comer a sus hijos:

- La familia debe lavarse las manos con agua y jabón antes de preparar los alimentos, antes de comer y dar de comer al niño, después de hacer sus necesidades, y después de cambiar los pañales del bebé.
- Las heces, incluyendo las de los niños, deben desecharse en forma segura, poniéndolas en el servicio sanitario o en una fosa cubierta.
- La forma más efectiva de evitar la diarrea es tomar agua segura, ya sea hervida o filtrada.

- Realizar adecuada higiene de alimentos.

SIGNOS DE ALARMA:

- Se le ven los ojos hundidos.
- Las deposiciones son muy líquidas y frecuentes (más de 10 en el día).
- Bebe ávidamente los líquidos que se le ofrecen.
- No puede beber ni tomar del pecho.
- Vomita todo (presencia de 4 episodios de vómito en las últimas 4 horas).
- Orina menos de lo que habitualmente orina o deja de orinar.
- Aparece fiebre que no tenía antes.
- Aparece sangre en heces.
- Convulsiona.
- No responde al llamado, no responde a estímulos físicos, no despierta con facilidad.

Si se evidencia una duración mayor de 14 días asociados a alguno de los siguientes criterios, se deberán adelantar acciones de gestión de atenciones individuales nuevamente:

- Criterios de clasificación de deshidratación grave o algún grado de deshidratación.
- Niño o niña menor de 6 meses.
- Desnutrición aguda moderada a severa.

1.7.4.6. Estrategia De Seguimiento a la Recuperación Nutricional.

Criterios de priorización:

1. Niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda moderada o severa.
2. Niños y niñas menores de 5 años con riesgo a desnutrición aguda.
3. Seguimiento a Familias con niños y niñas menores de 5 años con obesidad.

Desarrollo de la estrategia:

- ✓ **Niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda moderada o severa.**

<u>Identificación y priorización</u>

Para los casos de desnutrición aguda que hayan sido remitidos por los entornos y procesos transversales del GSP-PSPIC, el equipo realizará un reconocimiento inicial frente al proceso realizado por el otro equipo (datos básicos, antecedentes, clasificación nutricional, tratamiento, orientaciones iniciales, canalizaciones sectoriales e intersectoriales, factores de riesgo, etc.), lo que permitirá evitar reprocesos y garantizar continuidad en el seguimiento de la recuperación nutricional.

Durante la visita inicial, se aplicará recordatorio de 24 horas, frecuencia de consumo, toma de medidas antropométricas: peso, longitud o talla, perímetro cefálico y perímetro

braquial (mayores de 6 meses), con posterior cálculo de indicadores y clasificación nutricional.

Valoración antropométrica

Realizar clasificación nutricional tomando como referencia las curvas de la OMS y los puntos de corte establecidos en la Resolución 2465 de 2016 (Ver Cuadro 1), para los indicadores: peso/talla, talla/edad, perímetro cefálico y perímetro braquial, esta última medida antropométrica aplica solo para mayores de seis meses hasta los 59 meses. Dicho proceso se debe validar a través de la herramienta ANTHRO versión 3.2.2 disponible en https://www.who.int/tools/child-growth-standards/software

Tabla 9. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños menores de 5 años, según indicador y puntos de corte.

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE)	Clasificación nutricional
Peso para la talla (P/T)	>+3	Obesidad
	> +2 a ≤ +3	Sobrepeso
	> +1 a ≤ +2	Riesgo de sobrepeso
	≥ -1 a ≤ +1	Peso adecuado para la talla
	≥ -2 a < -1	Riesgo de desnutrición aguda
	< -2 a ≥ -3	Desnutrición aguda moderada
	< -3	Desnutrición aguda severa
Talla para la edad (T/E)	≥ -1	Talla adecuada para la edad
	≥ -2 a < -1	Riesgo de talla baja
	< -2	Talla baja para la edad o retraso en talla
Perímetro cefálico para la edad (PC/E)	> +2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo
	≥ -2 a ≤ 2	Normal
	< -2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo

Fuente: Resolución 2465 de 2016.

Perímetro del brazo. Es una medida complementaria a los indicadores antropométricos descritos, está indicada en todos los niños y niñas desde los 6 hasta los 59 meses de edad y está asociada a riesgo de muerte por desnutrición. Si el niño o niña tiene menos de 11,5 centímetros en el perímetro del brazo, debe recibir las atenciones descritas en la ruta específica y el lineamiento de atención integrada a la desnutrición aguda (Resolución 2350 de 2020). La medición del perímetro del brazo no reemplaza la toma de peso y talla, por lo cual se considera un criterio independiente y complementario a la clasificación antropométrica nutricional.

Anamnesis alimentaria: Evaluar antecedentes alimentarios teniendo en cuenta los siguientes aspectos: duración de la lactancia materna exclusiva, introducción de alimentos complementarios (tipo de alimentos, cantidad, consistencia, porciones y frecuencia, entre otros), intolerancias o alergias alimentarias, problemas de masticación, u otro que según criterio profesional sean de interés para la Identificación de riesgos del caso.

Evaluar patrón de alimentación actual mediante frecuencia de consumo y recordatorio 24 horas, y evaluar las condiciones de preparación de alimentos: disponibilidad de agua potable para prepararlos, presencia de vectores o roedores en la vivienda, almacenamiento de alimentos, entre otros.

Análisis de la Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria –FIES, que se encuentra en la Identificación de riesgos Social y Ambiental, además tener en cuenta otros aspectos como: conformación del núcleo familiar, jefatura del hogar, número de integrantes menores de cinco años en el hogar, nivel educativo u otros aspectos relacionados a los determinantes sociales de la desnutrición, según criterio profesional.

- Edad menor de un año (tienen mayor probabilidad de presentar desnutrición).
- Niño o niña que presentó bajo peso al nacer (menor de 2.500 gr)
- Edad de presentación de hitos del desarrollo psicomotor: a qué edad el niño o niña sostiene la cabeza, se sienta, se para con apoyo y camina.
- Hijo de madre adolescente.
- Hermano menor de un (1) año o madre embarazada.
- Familia con inseguridad alimentaria.
- Familia con bajos ingresos económicos
- Baja adherencia a los programas de salud por parte de la familia
- Inasistencia a los controles de atención integral de la primera infancia
- Ausencia de suplementación con micronutrientes
- Presencia de maltrato o negligencia
- Esquema de vacunación incompleto.
- Muerte por desnutrición y/o infección de un miembro de la familia.
- Caso de tuberculosis u otras infecciones en el grupo familiar.
- Inadecuada práctica de la lactancia materna en niños y niñas de 0 a 6 meses de edad.
- Introducción inadecuada de la alimentación complementaria.
- Condiciones insalubres en la vivienda, no manejo adecuado de basuras, no consumo de agua potable, deficientes prácticas de manipulación de alimentos.

Nota: Se deberán incluir otros aspectos observables dentro de la visita que den cuenta de los determinantes sociales en salud, asociados a la presencia de desnutrición aguda.

Examen físico: Para realizar esta acción, se debe solicitar al padre, madre y/o cuidador(a) retirar la mayor cantidad de ropa posible, con el fin de identificar signos asociados a la desnutrición. Debe iniciar por la inspección general en la cual, se valore el estado de conciencia, aceptación de vía oral, la simetría y signos de pérdida de peso, como la disminución de masa muscular o de grasa subcutánea (extremidades, mejillas, glúteos, cuello), estructuras óseas sobresalientes, enoftalmos, fontanelas

persistentemente permeables, condiciones del cabello en distribución, color y textura, ojos opacos, condiciones de la esclera, labios secos, heridas o lesiones en piel, mucosas secas o ulceradas, lengua edematosa, lisa o pálida, daño o demora en erupción de piezas dentales o la presencia de manchas.

Tabla 10. Signos clínicos de la desnutrición severa

SEGMENTO CORPORAL	MARASMO	KWASHIORKOR
Cara	Lívida, delgada.	Fascies lunar.
Ojos	Secos, conjuntiva pálida, manchas de Bitot.	
Boca	Estomatitis angular, queilitis, glositis, encías hipertróficas y sangrantes, aumento de tamaño de parótidas.	
Dientes	Esmalte moteado, erupción tardía.	
Cabello	Atrofia de cabello.	Despigmentado, fino, seco, opaco, alopecia, quebradizo, bandas de color.
Piel	Seca. Plegadiza (le sobra piel). Sin dermatosis.	Seca con hiper o hipopigmentación difusa. Dermatosis pelagroide. Lesiones intertriginosas. Dermatosis escrotal y vulvar
Uñas	Coiloniquia, placas de uñas finas y blandas, fisuras, líneas.	
Pérdida de peso	Marcada.	Peso no confiable por presencia de edema.
Sistema muscular	Hipotrofia o atrofia muscular generalizada.	Hipotrofia muscular.
Edema	Sin edema.	Siempre hay presencia de edema nutricional, sea leve, moderado o severo.
Panículo adiposo	Ausencia.	Presente pero escaso.
Abdomen	Ruidos intestinales disminuidos.	Hepatomegalia, esteatosis.
Neurológico	Irritable, llora mucho.	Adinamia, apatía, irritabilidad, indiferencia por el medio, tristeza.
	Retraso global del desarrollo, pérdida de reflejos patelares y talares, compromiso de memoria.	
Hematológico	Palidez, petequias, diátesis sangrante.	

Fuente: Resolución 2350 de 2020

Valoración del edema: Para evaluarlo se toman los pies del niño y el examinador presiona el dorso del pie durante tres segundos con los pulgares. Si la depresión generada se mantiene, se confirma la presencia de edema. Se han establecido grados de severidad del edema, de acuerdo con el número de regiones corporales que comprometa.

- Edema leve (+): se presenta solo en los pies.
- Edema moderado (++): compromete pies, manos y parte inferior de piernas y brazos.
- Edema severo (+++): se refiere al edema generalizado que incluye pies, piernas, manos, brazos y cara.

Es importante tener en cuenta que hay situaciones como la picadura de insectos y otras condiciones médicas que pueden generar edema, las cuales deben descartarse antes de indicar que hay un edema nutricional.

Niños y niñas con desnutrición aguda severa que cursan con edema generalizado se deben manejar intrahospitalariamente, aunque no tenga otras evidencias de complicaciones médicas o la prueba de apetito sea positiva.

Nota: En caso de identificar un niño o niña con desnutrición aguda moderada o severa y alguna de las siguientes condiciones, se deberá realizar remisión **inmediata** a la Institución Prestadora de Servicios de Salud más cercana, a través del llamado de ambulancia:

- Niño o niña menor de 6 meses
- Niño o niña mayor de 6 meses que pese menos de 4 kilos
- Edema nutricional
- Estado de choque.
- Diarrea aguda o persistente.
- Infección respiratoria, sepsis, neuroinfección e infección urinaria.
- Temperatura axilar menor a 35.5 °C o mayor a 38 °C.
- Pérdida de continuidad, extensión y tipo de compromiso de la piel.
- Anemia severa.
- Hipoglicemia, hipofosfatemia o hipocalcemia.
- Signos de enfermedad grave: vomita todo o no come nada, se encuentra letárgico o inconsciente, convulsiona.
- Condición médica o social del niño o la familia que requiera evaluación e intervención, por ejemplo, abandono, discapacidad o enfermedad mental del cuidador.
- Niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda que no se encuentran con adherencia al lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad (Resolución 2350 del 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social) pese a que no presentan ninguna de las condiciones previamente mencionadas.

En estos casos, el o la profesional deberá informar al padre, madre o cuidador(a) del menor y realizar acompañamiento al niño, niña y cuidador a la Institución Prestadora de Servicios de Salud hasta garantizar el ingreso del menor con el profesional médico de urgencias.

Es importante mencionar que en el Parágrafo del Artículo 4 de la Resolución 2350 del 2020 se aclara lo siguiente: “La atención de la desnutrición aguda moderada y severa en

niños de cero (0) a 59 meses, se considera atención de urgencias, por lo que no requiere ningún tipo de autorización y su atención debe ser inmediata".

De esta manera, a ningún niño o niña con desnutrición aguda moderada o severa se le deberá negar la atención médica hospitalaria, debido a que ésta permite, además de realizar la confirmación del caso y su respectiva notificación al Evento 113 SIVIGILA, definir el escenario de manejo, iniciar el tratamiento y realizar el seguimiento oportuno y adecuado del menor para su recuperación médico nutricional.

Adicionalmente, se debe informar a la referente distrital a través de correo electrónico, los datos del niño o niña identificado (tipo y número de documento de identidad, nombres, régimen de afiliación y EAPB, número de contacto del cuidador, lugar de residencia y nombre de la institución donde fue identificado) y las acciones realizadas para garantizar la atención en salud. Asimismo, si el niño o niña presenta factores de riesgo socioeconómicos, psicosociales o cualquier otro, se debe remitir para establecer Plan de Bienestar por los Equipos Más Bienestar en tu Hogar.

En los casos en que el niño o niña presente desnutrición aguda moderada o severa sin ninguna condición de salud mencionada anteriormente, se deberá verificar la adherencia a la atención integral en salud de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2350 del 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social. En caso de identificar barreras o no adherencia se deberá agendar una cita prioritaria con la EPS; en caso de no lograr dicho procedimiento, se deberá gestionar con el referente de la EPS la aprobación de atención domiciliaria por parte del profesional de medicina del Equipo Más Bienestar en tu Hogar para definir escenario de manejo.

Adicional a ello, al identificar barreras de acceso a los servicios de salud para el seguimiento médico y nutricional o entrega de la FTLC se procede de manera inmediata a realizar el proceso de agendamiento.

Además, en caso de evidenciar inseguridad alimentaria, se debe realizar activación de ruta intersectorial a programa de apoyo alimentario, a través del SIRC.

Seguimiento a la recuperación nutricional

Se desarrollarán dos sesiones mensuales de implementación del plan de bienestar y en cada una de ellas se debe asegurar: valoración antropométrica, verificación de ganancia de peso, suministro de la Fórmula Terapéutica Lista para Consumir (FTLC) y tolerancia de esta u otro tratamiento nutricional ordenado por su IPS, acceso a controles médicos, así como garantía de derechos (abandono, negligencia, violencia) y efectividad del apoyo alimentario.

Nota: Si se evidencian complicaciones médicas que requieran manejo hospitalario, el niño o niña debe remitirse a urgencias de inmediato a través de la solicitud de ambulancia a la línea 123.

- ✓ **Niños y niñas menores de 5 años con riesgo a desnutrición aguda.**

Identificación y priorización

Para los casos de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda que hayan sido remitidos por los entornos y procesos transversales o por nivel central, el equipo realizará un reconocimiento inicial frente al proceso realizado por el otro equipo (datos básicos, antecedentes, clasificación nutricional, tratamiento, orientaciones iniciales, canalizaciones sectoriales e intersectoriales, factores de riesgo, etc.), lo que permitirá evitar reprocesos y garantizar continuidad en el seguimiento de la recuperación nutricional.

Valoración antropométrica

Para el desarrollo de la acción, se realizará inicialmente la toma de medidas antropométricas —peso, longitud o talla, perímetro cefálico y perímetro braquial (este último para niños y niñas de seis a 59 meses). Posteriormente, se efectuará la clasificación nutricional empleando las curvas de crecimiento de la OMS y los puntos de corte definidos en la Resolución 2465 de 2016 para los indicadores peso/talla, talla/edad, perímetro cefálico y perímetro braquial. Este proceso deberá validarse mediante la herramienta ANTHRO versión 3.2.2, disponible en https://www.who.int/tools/child-growth-standards/software, garantizando precisión y consistencia en la valoración nutricional.

Valoración clínica

Se tendrá en cuenta los aspectos mencionados para el caso de niños, niñas con presencia de desnutrición aguda (Anamnesis alimentaria, recordatorio de 24 horas, valoración de factores protectores y de riesgo, esquema de vacunación y asistencia a valoración integral). Si se identifican condiciones* que sugieran alteraciones del estado de salud, —además del riesgo de desnutrición aguda—, se deberá realizar remisión inmediata a urgencias a la IPS más cercana a través de la solicitud de ambulancia al 123, e informar a la referente distrital a través de correo electrónico a profesional de nivel central los datos del niño o niña identificado y remitido al servicio de urgencias (tipo y número de documento de identidad, nombres, régimen de afiliación y EAPB, número de contacto del cuidador, lugar de residencia) y las acciones realizadas para garantizar la atención en salud.

Estas condiciones son:

- Edema nutricional
- Estado de choque.
- Signos de enfermedad grave:
  - No puede beber, comer o tomar el pecho.
  - Vomita todo.
  - Convulsiona.
  - Está letárgico o inconsciente.
  - Hipotermia: temperatura axilar <35.5 °C.
  - Fiebre: temperatura axilar >38°C.
  - Riesgo de deshidratación: diarrea aguda o persistente, vómito persistente y rechazo a la vía oral.
  - Aumento de la frecuencia respiratoria para la edad o retracciones intercostales.

Agendamiento o activación de ruta

Se deberá verificar adherencia a lo establecido en la Circular 014 del 2023 de la Secretaría Distrital de Salud, o la normatividad nacional que la sustituya. En caso de no evidenciar adherencia, se deberá realizar el agendamiento o la activación de ruta sectorial a través del SIRC. De igual manera, cuando se identifiquen barreras de acceso a los servicios de salud para el seguimiento médico y nutricional, describiendo la particularidad de la barrera de acceso. Además, en caso de evidenciar inseguridad alimentaria, se realizará activación de ruta intersectorial a programa de apoyo alimentario, a través del SIRC.

Seguimiento a la recuperación nutricional

Se desarrollarán dos sesiones mensuales de implementación del plan de bienestar y en cada una de ellas se debe asegurar (según aplique): valoración antropométrica, verificación de ganancia de peso, acceso a controles médicos, así como garantía de derechos (abandono, negligencia) y efectividad del apoyo alimentario.

- ✓ **Familias con niños y niñas menores de 5 años con obesidad**

Identificación y priorización

La Identificación de riesgos incluirá la identificación de factores familiares, sociales, psicológicos, patológicos (como alteraciones de TSH u obesidad secundaria) y económicos que puedan influir en el estado nutricional del niño o niña, así como hábitos relacionados con el uso de pantallas y el sedentarismo, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Identificación de riesgos de factores familiares, sociales, psicológicas y económicos que afecten el estado nutricional del niño o niña.
- Verificación de antecedentes de salud.
- Práctica de la lactancia materna.
- Verificación de asistencia a valoración integral del desarrollo según esquema definido en la resolución 3280 de 2018.
- Acceso a consulta de nutrición y dietética.
- Frecuencia de consumo: priorizando la identificación de consumo diario de fuentes alimentarias de proteína de alto valor biológico, calcio, hierro, así como frutas y verduras, exceso en el consumo de nutrientes críticos (grasa saturada y grasa trans, azúcares simples, sodio) y consumo de productos comestibles ultraprocesados.
- Orientación de plan alimentario retomando las recomendaciones nutricionales que haya recibido por parte de la IPS (nutricionista), a partir de las cuales se reforzará la variedad y calidad nutricional.

Valoración antropométrica

De acuerdo con lo indicado en la Resolución 2465 de 2016, se deberán tomar medidas antropométricas de peso, longitud o talla, perímetro cefálico y perímetro braquial, con el propósito de obtener datos completos que den cuenta del estado nutricional actual y realizar clasificación nutricional con indicador de P/T-L.

En caso de ser necesario, con el apoyo del profesional psicosocial – psicólogo(a) establecer los factores sociales, psicológicos y emocionales de la familia y adultos cuidadores que pueden estar asociados o influir en el exceso de peso del niño o niña. Si es necesario, realizar orientación o activación de ruta según valoración de psicología.

A partir de este diagnóstico integral, se formulará un plan de orientación nutricional y se brindará acompañamiento psicosocial a la familia, con el propósito de favorecer la recuperación y el mantenimiento de un adecuado estado nutricional.

Agendamiento o activación de ruta

Al identificar barreras de acceso a los servicios de salud o inadherencia en el seguimiento médico, nutricional, toma de exámenes especializados o laboratorios, a que haya lugar, se procede de manera inmediata a realizar el proceso de agendamiento o activación de ruta sectorial por el módulo SIRC, describiendo la particularidad de la barrera de acceso, así mismo se debe orientar a la familia del niño o niña acerca de los recursos administrativos que puede adelantar para solicitar servicios (derecho de petición, quejas, reclamos, etc.).

Nota: la generación de la activación de ruta sectorial o intersectorial no exime al profesional de realizar el acompañamiento para facilitar la autogestión en la familia.

Seguimiento a la recuperación nutricional

Se desarrollarán dos sesiones mensuales de implementación del plan de bienestar y en cada una de ellas se debe asegurar (según aplique): valoración antropométrica, verificación de ganancia adecuada de peso, acceso a controles médicos, así como garantía de derechos (abandono, negligencia) y efectividad del apoyo alimentario.

Nota: En caso de evidenciar complicaciones médicas que requieran manejo hospitalario, el niño o niña debe ser remitido a urgencias de inmediato.

1.7.4.7. Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI

Criterio de priorización: Estrategia transversal para todas las familias con gestantes y niños o niñas menores de 5 años.

Desarrollo de la estrategia:

Las 18 prácticas clave de **AIEPI Comunitario** (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) son un conjunto de acciones sencillas y efectivas que las familias y la comunidad pueden realizar para promover la salud de los niños y niñas, y prevenir enfermedades. Se agrupan en tres grandes pilares: crecimiento y desarrollo, prevención de enfermedades y cuidados en el hogar.

Las sesiones sobre las prácticas de AIEPI Comunitario se desarrollarán bajo un enfoque dialógico, pedagógico y participativo, donde el intercambio de saberes entre profesionales y familias es fundamental. En lugar de limitarse a la transmisión unidireccional de

información, la estrategia busca generar una reflexión profunda, resolver dudas específicas y construir soluciones que se adapten a la realidad socioeconómica y cultural de cada hogar. Este enfoque busca empoderar a las familias para que se conviertan en agentes activos del bienestar de sus hijos. Según la identificación de necesidades particulares en la familia se abordarán una o varias de las siguientes temáticas:

Práctica 1: Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad
Práctica 2: Alimentación Complementaria
Práctica 3: Consumo de micronutrientes
Práctica 4: Afecto, cariño y estimulación temprana
Práctica 5: Vacunación Completa
Práctica 6: Higiene adecuada
Practica 7: Prevención de Malaria y Dengue
Practica 8: Prevención contra el VIH SIDA
Practica 9: Llevar a los niños al odontólogo desde los primeros meses de edad
Practica 10: Proteger a los niños que tienen contacto con personas con tuberculosis
Practica 11: Alimentación del niño enfermo en el hogar
Practica 12: Tratamiento en casa del niño enfermo
Practica 13: Buen trato y cuidado permanente de los niños
Practica 14: Participación del hombre en el cuidado del niño y de la mujer gestante
Practica 15: Prevención de accidentes en el hogar
Practica 16: Identificar signos de peligro
Practica 17: Seguir las recomendaciones del personal de salud
Practica 18: Atención a la mujer gestante

Practicas AIEPI comunitario. MINSALUD

Es importante la participación de los gestores y profesionales en los cursos virtuales o presenciales convocados por la secretaría distrital de salud frente a AIEPI comunitario, con el fin de garantizar una actualización constante de las temáticas.

1.7.4.8. Estrategia de consejería en Lactancia Materna y Alimentación Complementaria.

Criterio de priorización: Estrategia transversal para todas las familias abordadas

Desarrollo de la estrategia:

El objetivo de la estrategia es acompañar a las familias para promover la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años o más, fortaleciendo sus habilidades para tomar decisiones informadas sobre lactancia materna y alimentación complementaria, promoviendo prácticas seguras, nutritivas y culturalmente pertinentes que favorezcan la salud integral de niñas y niños.

Personas Lactantes

La consejería para personas lactantes debe iniciar con una evaluación detallada de la práctica de lactancia, incluyendo observación de la postura, el agarre y la respuesta del bebé, utilizando guías técnicas como la “Ayuda de Trabajo para la Observación de la Lactancia Materna”.

El profesional aplicará habilidades clave de consejería: escucha activa, para comprender inquietudes sin emitir juicios; comunicación no verbal útil, manteniendo contacto visual y una actitud empática; y uso de preguntas abiertas, que favorecen la expresión de experiencias y necesidades.

Se proporcionará información práctica sobre la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses, técnicas de extracción manual o mecánica y conservación adecuada de la leche. También se abordará el manejo de complicaciones comunes (grietas, ingurgitación mamaria, mastitis, sensación de baja producción) y factores de riesgo como el uso inadecuado de biberones o chupetes, estrés materno o retorno laboral. La consejería debe incluir apoyo emocional y la participación activa de la familia, promoviendo una red de soporte que contribuya a la continuidad y éxito de la lactancia.

Niños y Niñas menores de 2 años en proceso de alimentación complementaria

La intervención inicia evaluando si la transición de la lactancia exclusiva a la alimentación complementaria se dio en el momento oportuno (a los seis meses) y en qué condiciones.

Se brinda orientación sobre la selección de alimentos nutritivos, variados y culturalmente aceptados, con progresión adecuada de texturas, consistencias y frecuencia de alimentación. Se fomenta la alimentación perceptiva, enseñando a las familias a reconocer señales de hambre y saciedad para evitar prácticas coercitivas que puedan generar rechazo o sobrealimentación. Se ofrecen estrategias para manejo de dificultades comunes (rechazo a nuevos alimentos, inapetencia, problemas digestivos), y se promueve la manipulación adecuada de los alimentos mediante pautas de higiene, prevención de atragantamiento y uso adecuado de utensilios.

Las habilidades de consejería permiten adaptar los mensajes a las realidades familiares, respetando costumbres y recursos económicos. Se refuerza la continuidad de la lactancia junto con la alimentación complementaria hasta los dos años o más.

1.7.4.9. Estrategia promoción de la Alimentación Saludable.

Criterio de priorización: Estrategia transversal para todas las familias abordadas

Desarrollo de la estrategia:

La promoción de la alimentación saludable se basa en los lineamientos de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Bogotá (2019–2031) y las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) para la Población Colombiana del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. La estrategia busca fortalecer en las familias la capacidad de tomar decisiones alimentarias informadas, promoviendo hábitos saludables que favorezcan el bienestar integral, la prevención de la malnutrición en todas sus formas (desnutrición, deficiencias de micronutrientes, sobrepeso y obesidad) y la adopción de prácticas sostenibles que mejoren la calidad de la alimentación en el hogar.

Las sesiones se desarrollarán con un enfoque dialógico, pedagógico y participativo, fomentando el intercambio de saberes entre profesionales y familias. Esto implica que las estrategias no solo se centren en transmitir información, sino en generar reflexión, resolver dudas reales y construir soluciones adaptadas a las condiciones socioeconómicas y culturales de cada hogar. Se utilizarán metodologías lúdicas, demostrativas y experienciales, como muestras de opciones de cocina saludable, análisis colectivo de compras y almacenamiento de alimentos, y ejercicios de planificación de menús. Este enfoque favorece la apropiación del conocimiento y el empoderamiento de las familias para la toma de decisiones alimentarias conscientes y sostenibles.

- ✓ **Niños y niñas menores de 5 años**

Las temáticas se centrarán en fortalecer la alimentación saludable desde una mirada integral que promueva crecimiento, desarrollo y bienestar, sin enfocarse exclusivamente en el peso corporal. Se abordará la diversidad alimentaria, resaltando la importancia de incluir todos los grupos de alimentos (frutas, verduras, cereales, tubérculos, plátanos y cereales, leguminosas, huevos, carnes, lácteos, grasas saludables) en preparaciones caseras y culturalmente aceptadas.

Se enseñará a identificar señales de hambre y saciedad para fomentar la autonomía alimentaria y evitar la sobrealimentación o restricción injustificada. Además, se trabajará en el inicio adecuado de la alimentación complementaria a los seis meses, progresión de texturas, frecuencia de comidas y la combinación de alimentos que aseguren densidad nutricional. La consejería incluirá pautas para la prevención de deficiencias nutricionales (hierro, zinc, vitamina A) y prácticas de higiene para la inocuidad de los alimentos. Se reitera que la leche de vaca entera en cualquier presentación sea en polvo o liquida, no se debe iniciar antes del año.

En casos de niños y niñas con desnutrición aguda moderada o severa se orientará acerca del correcto consumo del Alimento con Propósito Medico Especial –APME, frecuencia de consumo, duración del tratamiento y la importancia de la adherencia para lograr la recuperación nutricional de acuerdo con las orientaciones dadas en la EPS de atención. Se reforzará la necesidad de seguimiento clínico de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2350 del 2020. Se aconseja no incluir alimentos como caldos, sopas, jugos, infusiones, gelatinas, postres. O productos comerciales que tienen un elevado contenido de azúcar y sodio. Estos alimentos tienen baja densidad nutricional y su introducción favorece el desplazamiento de alimentos de mejor calidad.

- ✓ **Personas gestantes**

Se abordará la alimentación saludable durante el embarazo desde la promoción del bienestar materno y fetal, evitando mensajes que culpabilicen o centren la conversación únicamente en el peso. No brindar orientaciones que motiven a la restricción calórica o de nutrientes. Las sesiones incluirán orientación sobre cómo lograr una alimentación variada, suficiente y equilibrada, considerando requerimientos energéticos y nutricionales de cada trimestre. Se tratarán temas como consumo de suplementos como el hierro, ácido fólico y calcio, hidratación adecuada, prevención del consumo de alcohol, cigarrillo y otras sustancias y selección de alimentos frescos, priorizando la accesibilidad económica y

cultural. También se incluirán pautas para prevenir complicaciones como anemia, hipertensión y diabetes gestacional mediante hábitos saludables y actividad física ligera adaptada, siempre desde un enfoque positivo, inclusivo y respetuoso.

Brindar orientaciones para la preparación del proceso de lactancia materna: beneficios para madre y bebé, inicio temprano de la lactancia (primera hora), contacto piel con piel, alojamiento conjunto, reconocimiento de un buen agarre y señales de saciedad, plan de apoyo familiar y del entorno (quién ayuda, cómo etc.). Se abordarán mitos frecuentes, derechos para amamantar y extraer leche, y pautas para retorno al trabajo/estudio (reservas de leche casero, conservación).

- ✓ **Niños, niñas y adolescentes (de 5 a 17 años)**

Las temáticas se enfocarán en la comprensión del papel de los nutrientes y grupos de alimentos en el rendimiento físico, académico y el bienestar general, destacando la importancia de una alimentación variada que incluya frutas, verduras, cereales integrales, alimentos fuente de proteínas y grasas saludables. Se debe trabajar la lectura crítica de etiquetas nutricionales, el análisis del marketing alimentario y el impacto del consumo frecuente de ultraprocesados, azúcares añadidos, grasas saturadas y sal. Es fundamental promover una relación sana y respetuosa con la comida y el cuerpo, reconociendo las señales de hambre y saciedad, evitando estigmas de peso o juicios morales sobre los alimentos y previniendo trastornos de la conducta alimentaria. Además, se pueden incluir temas como el rescate y valoración de la cultura alimentaria familiar y local, el impacto de la alimentación en la salud mental y emocional, y la conexión entre las elecciones alimentarias y la sostenibilidad ambiental, integrando prácticas como el consumo responsable, la reducción del desperdicio de alimentos y la valoración de productos locales y de temporada.

- ✓ **Personas mayores**

Las temáticas promoverán la alimentación saludable como herramienta para preservar la funcionalidad física, la autonomía y la calidad de vida, evitando estigmatizar el envejecimiento o relacionar la salud únicamente con el peso. Se enseñará cómo incorporar alimentos ricos en calcio, vitamina D, proteínas de alta calidad y fibra para mantener la salud ósea, muscular e intestinal. Además, se abordará la hidratación y la preparación de comidas fáciles y nutritivas, sin perder sabor ni valor nutricional. Se incluirán prácticas para aprovechar los alimentos disponibles, prevenir desperdicios y fomentar entornos sociales de alimentación que reduzcan la soledad alimentaria, resaltando que comer bien también es una experiencia emocional y cultural.

- ✓ **Adultos con condiciones crónicas no transmisibles**

La estrategia se enfocará en la construcción de hábitos alimentarios que contribuyan al manejo integral de la salud sin imponer restricciones rígidas o generar culpa. Se abordarán técnicas para planificar menús saludables, lectura crítica de etiquetas, reducción progresiva de ultraprocesados y de azúcares y sodio en la alimentación, uso de condimentos naturales para sazonar los alimentos y la incorporación de frutas, verduras, leguminosas, cereales integrales, entre otros. Se promoverá la diversidad de alimentos, el disfrute de las comidas y la flexibilidad para adaptarse a los gustos,

costumbres y posibilidades de cada familia. También se ofrecerán herramientas para prevenir complicaciones y mantener la calidad de vida desde un enfoque positivo, basado en bienestar y autonomía.

1.7.4.10. Estrategia para la Reducción De Pérdidas y Desperdicio de Alimentos en el Hogar (PDA).

Criterio de priorización: Estrategia transversal para todas las familias abordadas

Desarrollo de la estrategia:

En el marco de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Bogotá CONPES 09 del 2019 “Construyendo Ciudadanía Alimentaria” (2019–2031), que establece como prioridad la reducción de pérdidas y desperdicios de alimentos (PDA) para garantizar la disponibilidad, acceso y uso adecuado de los alimentos, se plantea la implementación de una estrategia que promueva el consumo responsable y la sostenibilidad alimentaria en los hogares.

Esta acción se alinea con las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), que señala que cerca del 17% de los alimentos disponibles para los consumidores a nivel mundial se desperdician, y con las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 12.3, que busca reducir a la mitad el desperdicio per cápita de alimentos para 2030. Asimismo, responde a las directrices de la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico (SDDE) y la Secretaría Distrital de Salud (SDS), que trabajan articuladamente para promover hábitos de compra, almacenamiento, preparación y consumo que disminuyan las pérdidas alimentarias, contribuyendo así al bienestar nutricional de la población y a la sostenibilidad del sistema alimentario de la ciudad.

Se deberán priorizar mensualmente los hogares para desarrollar la estrategia para la reducción de pérdidas y desperdicio de alimentos en el hogar, en el marco de los hogares priorizados por riesgos en salud, según los criterios establecidos para el Entorno. La estrategia contemplará al menos tres visitas presenciales con el fin de lograr abarcar todas las temáticas planteadas y lograr dar cumplimiento a los compromisos establecidos con la familia con relación a la reducción de pérdidas y desperdicio de alimentos.

- ✓ **Diagnóstico inicial de prácticas de PDA**

El profesional de nutrición o enfermería realizará una evaluación inicial en cada hogar para identificar prácticas que generan pérdidas y desperdicios de alimentos (PDA). Esta se llevará a cabo mediante una lista de chequeo breve que aborde aspectos como planificación de compras, almacenamiento, preparación, porciones y disposición final de residuos.

Se recopilará información sobre alimentos frecuentemente desperdiciados, causas (exceso de compras, vencimiento, falta de conservación adecuada, entre otros) y cantidades aproximadas. Este diagnóstico servirá como línea base para medir el impacto de la intervención.

- ✓ **Sesiones educativas para la prevención de PDA**

Se desarrollarán sesiones de educación alimentaria y nutricional durante las visitas domiciliarias. Los contenidos estarán alineados con las guías de FAO y SDDE e incluirán:

Planificación y Compras Inteligentes

- Elaboración de menús semanales balanceados según composición familiar.
- Uso de listas de compras para evitar adquisiciones innecesarias.
- Selección de alimentos en porciones adecuadas para menores de 5 años, gestantes y lactantes.
- Compra responsable: priorización de productos locales y de temporada.

Conservación y Almacenamiento de Alimentos

- Organización de nevera y despensa con técnica **PEPS** (Primero en entrar, primero en salir).
- Condiciones óptimas de refrigeración y congelación.
- Uso correcto de envases herméticos y etiquetado con fechas de vencimiento.
- Prevención de contaminación cruzada y manejo seguro de alimentos.

Aprovechamiento de Alimentos y Recetas Creativas

- Uso de cáscaras, tallos y hojas en preparaciones nutritivas.
- Recetas de aprovechamiento con excedentes y sobras.
- Preparaciones en porciones pequeñas para evitar excedentes.
- Técnicas de preservación: deshidratación, encurtidos, congelación.

Alimentación saludable

- Importancia de una alimentación variada, saludable y sostenible.
- Comprensión de fechas de vencimiento y consumo preferente (“fecha de caducidad” vs. “consumir antes de”).
- Reducción de consumo de ultraprocesados que generan mayor volumen de desperdicio.

Separación y Aprovechamiento de Residuos

- Identificación de residuos orgánicos aprovechables para compostaje.
- Clasificación de residuos reciclables y no reciclables.
- Promoción de huertas caseras o comunitarias con compost producido en el hogar.

- ✓ **Implementación de Prácticas Sostenibles en el Hogar**

Con base en la información obtenida en el diagnóstico y las sesiones educativas desarrolladas, cada familia incorporará prácticas concretas para reducir el desperdicio de alimentos. Estas incluyen:

- Elaboración de listas de compras y uso de un calendario agrológico de alimentos en cosecha.
- Organización de la nevera y la despensa bajo la técnica “Primero en entrar, primero en salir” (PEPS).
- Identificación de alimentos próximos a vencerse o deteriorarse para su consumo prioritario.
- Preparación de recetas que aprovechen sobras o partes no convencionales (cáscaras, tallos, hojas).
- Separación de residuos para compostaje o entrega a programas de aprovechamiento.

El profesional brindará seguimiento y asesoría personalizada para garantizar la adopción de estas prácticas en al menos el 70% de los hogares.

- ✓ **Seguimiento y Evaluación de Resultados**

Se realizará un seguimiento mensual durante un periodo mínimo de tres meses para evaluar cambios en las prácticas familiares y el impacto en la reducción de desperdicios. El seguimiento incluirá la aplicación de encuestas rápidas, registro fotográfico o pesaje estimado de alimentos descartados y verificación de la implementación de prácticas sostenibles. Al final del proceso, se compararán los datos con la línea base para medir el porcentaje de reducción de desperdicio y el grado de adopción de hábitos responsables de consumo.

Nota: En el marco de la implementación del Plan o de Bienestar concertado con el núcleo familiar, se deberá realizar en el primer contacto la verificación del esquema de vacunación de todos los integrantes del grupo familiar, conforme a la edad, condición individual y población objeto, de acuerdo con los lineamientos vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

En los casos en que se identifiquen esquemas incompletos, atrasados o pendientes, se deberá efectuar la respectiva orientación y derivación al servicio de vacunación correspondiente (bina vacunadora), garantizando la articulación con las rutas institucionales definidas.

Al momento del cierre del Plan o de los Planes de Bienestar, deberá dejarse establecido como compromiso que todos los integrantes del núcleo familiar cuenten con el esquema de vacunación completo, acorde con los lineamientos técnicos del PAI, o que se encuentren en proceso activo y documentado de actualización de este.

CONDICIONES CRÓNICAS

El entorno cuidador hogar se constituye como el espacio en el cual las personas habitan y desarrollan sus actividades cotidianas. Este espacio es esencial para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, los cuales se constituyen en pilares para la promoción de la salud desde acciones afirmativas encaminadas a fortalecer la seguridad alimentaria y nutricional, disminuyendo el consumo de alimentos ultra procesados y el consumo de sodio, incrementar la actividad física y disminuir el sedentarismo, disminuir el consumo de tabaco y apropiar herramientas de salud visual y auditiva- comunicativa. Por consiguiente, se propone con la presente intervención no solo señalar los factores de riesgo y criterios de activación de ruta de las condiciones crónicas no transmisibles más prevalentes, sino promover una visión positiva de la salud con un enfoque poblacional, diferencial y de género a través de las acciones de los equipos de MAS Bienestar en tu hogar.

1.7.4.11. Estrategia Planes de automanejo

Los planes de automanejo, en el entorno hogar, son una actividad central y de relevancia en las condiciones crónicas ya que acerca el sistema de salud a las personas en el sitio en el cual se debe favorecer el cuidado.

Prioriza a las personas con condiciones crónicas no transmisibles no adherentes, inasistentes y personas con riesgo cardiovascular y metabólico.

Las cohortes de familias con personas con condiciones crónicas tienen como objetivos del seguimiento, en primer lugar, verificar el acceso efectivo a controles médicos y tratamiento farmacológico y en segundo lugar, la concertación de los planes de automanejo como herramienta útil de la alfabetización en salud y de la sensibilización del cuidado en las personas y familias.

Criterios de priorización:

1. Paciente con patología crónica (HTA-DM) no adherente mayor a 12 meses e inasistente a las citas agendadas.
2. Paciente con patología crónica (HTA-DM) no adherente mayor a 12 meses e inasistente a las citas agendadas con capacidad de gestar e intención reproductiva.
3. Paciente con patología crónica (HTA-DM) no adherente mayor a 12 meses e inasistente a las citas agendadas, capacidad de gestar sin intención reproductiva y sin método de regulación de la fecundidad.
4. Paciente con patología crónica (HTA-DM) no adherente mayor a 12 meses, cuidadores de personas con alta dependencia no adherentes al tratamiento médico.
5. Personas con resultado de tamizaje Framingham mayor a 20%, en la valoración por parte de medicina.

6. Personas con Hipertensión Arterial que presenten un resultado de tamizaje FINDRISK mayor o igual a 12 puntos y que no cuenten con diagnóstico de Diabetes Mellitus, en la valoración por parte de medicina.
7. Pacientes con patología crónica (DM e HTA) no adherentes mayor a 12 meses con discapacidad y con limitaciones a la movilidad

Desarrollo de la estrategia:

El abordaje inicia con la Identificación de riesgos integral (Sesión 1) y con las familias que cumplen los criterios de abordaje de esta estrategia se desarrollará en 4 o 5 sesiones de la siguiente manera:

1. Identificación de riesgos integral, para el desarrollo de la estrategia, concertación del plan y derivaciones acorde a las necesidades.

2. Abordaje presencial por parte del profesional en medicina, quien desarrolla acciones colectivas de promoción del cuidado de la familia con una persona con condición crónica. Esta sesión se realizará únicamente en los casos excepcionales que se describen en el apartado de la actividad 3, dado que en el mismo contacto podrá adelantar la consulta individual de la persona con condición crónica, con cargo a la EPS que corresponda. En los casos en los que se logra atención efectiva a partir del agendamiento se omite este abordaje.

3. Abordaje presencial por parte del profesional en enfermería, quien realiza seguimiento al plan de automanejo indicado en el primer abordaje, realización de acciones de educación para la salud, tamización cardiovascular y manejo de acuerdo con el riesgo identificado.

4. Contacto remoto por parte del profesional en enfermería, para el seguimiento al plan de automanejo y educación para la salud.

5. Abordaje presencial por parte del profesional en enfermería, se realiza seguimiento y cierre al plan de automanejo.

Las condiciones crónicas requieren, en muchas ocasiones, tratamientos a largo plazo que implican la modificación de hábitos de vida de las personas que los padecen. La gran cantidad de tareas, sumadas al impacto emocional que significa el diagnóstico de una enfermedad crónica, puede resultar abrumadora y frustrante para las personas y su entorno familiar. Las personas deben tomar decisiones con respecto al manejo de su enfermedad de manera cotidiana y fuera del entorno de atención en salud, por lo tanto, es importante fomentar el compromiso y la persistencia para lograr las metas clínicas deseadas y tener una mejor calidad de vida.

Los planes de automanejo tienen tres objetivos principales:

- Educar y apoyar a las personas con enfermedades crónicas involucrando a la familia y comunidad. Entendiendo que estos actores hacen parte fundamental del proceso y de la consecución de las metas terapéuticas esperadas en el paciente.
- Tomar decisiones informadas sobre la atención. No solo el paciente sino su familia.
- Participar en hábitos de vida saludable y en cambios en el estilo de vida que permita impactar en la salud no solo del paciente sino en la mitigación del riesgo cardiovascular en su familia.

- Educación y apoyo
    - Alfabetización en salud familiar: el conjunto de habilidades cognitivas y sociales y la capacidad de una persona para acceder, comprender y utilizar la información con el fin de promover y mantener una buena salud
    - Redes de apoyo comunitario: Adelantar el proceso de prescripción social, conforme a la oferta de dispositivos institucionales y de base comunitaria, presentes en el sector catastral o localidad, relacionados principalmente con prescripción del ejercicio
    - Rol de la familia: participación activa del núcleo familiar en el proceso de cuidado, mediante la promoción y el fortalecimiento de hábitos de vida saludables en el entorno hogar, el reconocimiento oportuno de signos y síntomas de alarma y la supervisión del cumplimiento del plan terapéutico, metas terapéuticas y de las recomendaciones médicas establecidas.
    - Toma de decisiones compartidas: proceso mediante el cual se promueve la participación tanto del individuo como de su núcleo familiar en la adopción de conductas saludables, incluyendo la práctica regular de actividad física, la adherencia a una alimentación equilibrada y el cumplimiento oportuno de las citas y controles médicos.

Las características del plan de automanejo deben tener en cuenta los siguientes aspectos básicos para mejorar la aceptación y complacencia de las personas con su tratamiento:

- Individualizar la atención: En ocasiones los objetivos que se proponen para el cambio no son posibles hacerlos de manera inmediata, necesitan cambios graduales que permitan la participación consciente de las personas con sus características individuales y teniendo en cuenta el contexto y las posibilidades en las cuales desarrollan su vida.

  Fortalecer la relación entre los prestadores de salud y las personas y familias. Se requiere generar un clima de confianza para que se puedan manifestar de forma libre las dificultades u obstáculos que se presentan a diario para el cumplimiento con las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas en las enfermedades crónicas.

- Trabajo interdisciplinario: El control de las condiciones crónicas requiere del trabajo mancomunado de los diferentes saberes para brindar a las personas recomendaciones integrales dentro del marco de un modelo biopsicosocial de atención.

Es por lo anterior, que todo el plan de automanejo se encuentra fundamentado en las 5A:

1. Averiguar:

- Conocimientos: ¿Qué entiende el paciente sobre su diagnóstico?
- Creencias: ¿Considera que el tratamiento es efectivo o teme a los efectos secundarios?
- Comportamientos: Patrones actuales de dieta, ejercicio y consumo de sustancias

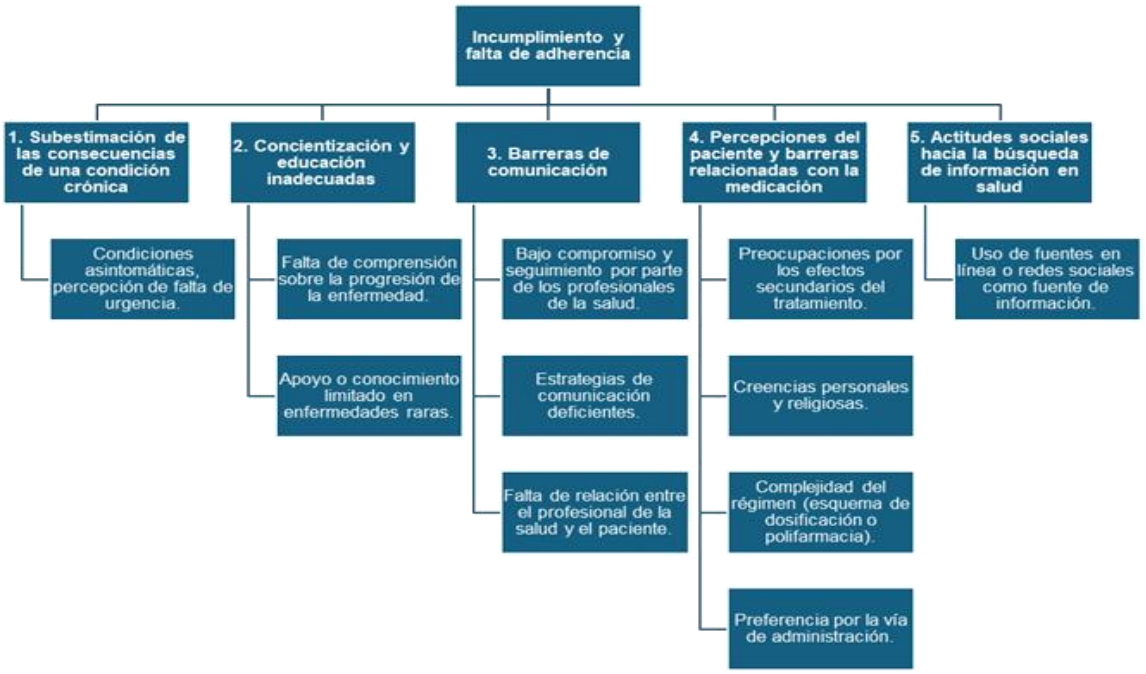
Es el objetivo de este elemento evaluar la adherencia, es fundamental considerar que esta no es un estado estático (se es adherente o no), sino un proceso dinámico, en el cual las consideraciones principales suelen ser:

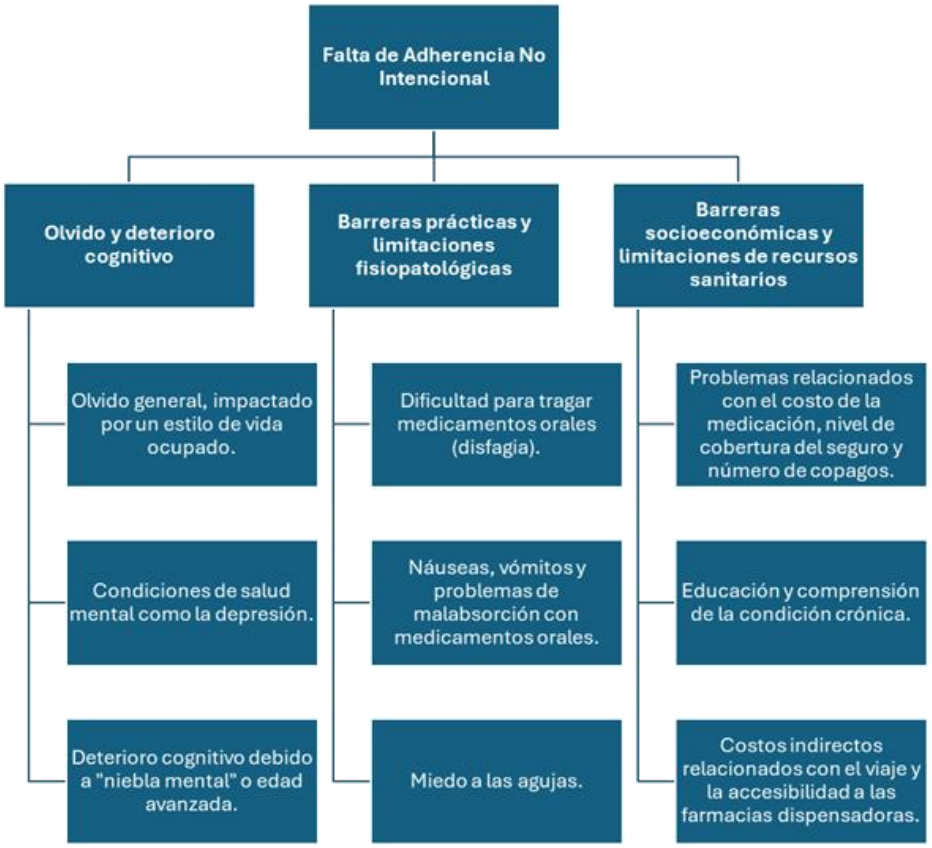
1. Multidimensionalidad: La adherencia depende de factores del paciente, del sistema de salud, de la terapia y de la condición socioeconómica.
2. Métodos de Medición: * *Directos:* Niveles plasmáticos o biomarcadores.
    a. *Indirectos:* Test de Morisky-Green, recuento de tabletas o el registro de dispensación de medicamentos.
3. La "Alianza Terapéutica": La calidad de la relación médico-paciente es el predictor más fuerte de adherencia en el modelo de medicina familiar.

Adherencia

En su definición desde el concepto de la OMS: “el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de servicios de salud, para los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, presentan, según la evidencia tasas de no adherencia terapéutica que pueden alcanzar hasta el 50%. Esta situación constituye una barrera significativa para la efectividad clínica de las intervenciones implementadas, compromete el control metabólico y tensional, y limita el cumplimiento de las metas terapéuticas establecidas en las guías de práctica clínica, incrementando el riesgo de complicaciones agudas y crónicas, así como la carga de morbimortalidad asociada.

En este contexto, resulta fundamental que las intervenciones dirigidas a este grupo poblacional incorporen de manera sistemática la evaluación de la adherencia terapéutica, así como la identificación y el abordaje integral de las barreras individuales, familiares, sociales que puedan interferir con el cumplimiento del plan de manejo.


Incumplimiento y falta de adherencia
1. Subestimación de las consecuencias de una condición crónica
2. Concientización y educación inadecuadas
3. Barreras de comunicación
4. Percepciones del paciente y barreras relacionadas con la medicación
5. Actitudes sociales hacia la búsqueda de información en salud
Condiciones asintomáticas, percepción de falta de urgencia.
Falta de comprensión sobre la progresión de la enfermedad.
Apoyo o conocimiento limitado en enfermedades raras.
Bajo compromiso y seguimiento por parte de los profesionales de la salud.
Estrategias de comunicación deficientes.
Falta de relación entre el profesional de la salud y el paciente.
Preocupaciones por los efectos secundarios del tratamiento.
Creencias personales y religiosas.
Complejidad del régimen (esquema de dosificación o polifarmacia).
Preferencia por la vía de administración.
Uso de fuentes en línea o redes sociales como fuente de información.


Falta de Adherencia No Intencional
Olvido y deterioro cognitivo
Barreras prácticas y limitaciones fisiopatológicas
Barreras socioeconómicas y limitaciones de recursos sanitarios
Olvido general, impactado por un estilo de vida ocupado.
Condiciones de salud mental como la depresión.
Deterioro cognitivo debido a "niebla mental" o edad avanzada.
Dificultad para tragar medicamentos orales (disfagia).
Náuseas, vómitos y problemas de malabsorción con medicamentos orales.
Miedo a las agujas.
Problemas relacionados con el costo de la medicación, nivel de cobertura del seguro y número de copagos.
Educación y comprensión de la condición crónica.
Costos indirectos relacionados con el viaje y la accesibilidad a las farmacias dispensadoras.

Tomado y adaptado: Patel, S., Huang, M., & Miliara, S. (Año). Understanding treatment adherence in chronic diseases: Challenges, consequences, and strategies for improvement.J. Clin. Med. 2025, 14(17), 6034; https://doi.org/10.3390/jcm14176034

Por tal motivo, se recomiendan las siguientes acciones orientadas a intervenir y fortalecer la adherencia al tratamiento en estos pacientes. Para la valoración de la adherencia, se dispone de múltiples instrumentos que permiten evaluar, de manera cualitativa y cuantitativa, el nivel de adherencia terapéutica, en la siguiente tabla se evidencian escalas las cuales se sugieren para la valoración.

Instrumento	Enfoque Teórico Principal	Criterios de Evaluación y Estructura Interna	Limitaciones y Utilidad en la Práctica Clínica
Test de Morisky-Green (MMAS-8)	Evaluación del comportamiento real del paciente frente al régimen prescrito.	Evalúa olvidos accidentales, descuidos en la rutina, y la suspensión deliberada de la medicación al experimentar mejoría sintomática o al sentirse peor.	Es el instrumento más ampliamente validado a nivel mundial. No obstante, puede subestimar las tasas de falta de adherencia intencional debido a la formulación punitiva de ciertas preguntas.
Test de Batalla	Nivel de conocimiento cognitivo del paciente sobre la fisiopatología de su enfermedad.	Consta de 3 preguntas clave: comprensión de la duración (cronicidad) de la enfermedad, valor percibido del tratamiento para su control, y reconocimiento de los riesgos o complicaciones secundarias a largo plazo	Asume un modelo cognitivo mecanicista: postula que el conocimiento técnico garantiza invariablemente el cumplimiento conductual. Resulta excepcionalmente útil en entornos de farmacia comunitaria para detectar deficiencias y focalizar campañas de educación sanitaria
Test de Haynes-Sackett	Promoción de la honestidad mediante la autoevaluación directa y no enjuiciadora.	Indaga frontal y directamente sobre la dificultad logística y personal de tomar los medicamentos prescritos, normalizando	Instrumento extremadamente rápido, diseñado idealmente para el cribado inicial y rápido durante la presión de tiempo

	previamente el acto humano del olvido en la formulación de la pregunta para desarmar las defensas del paciente	en una consulta médica de atención primaria.

¿Cómo mejorar la adherencia?

- Mantenga una actitud empática. La escucha activa ayuda a conformar y consolidar el vínculo, fundamental para el seguimiento longitudinal de personas con condiciones crónicas.
- Ofrezca educación para el automanejo. Es difícil que una persona pueda hacer lo que no comprende, por lo cual la educación es un componente clave.
- Explore la dolencia (percepción subjetiva de enfermedad).
- Explore la adherencia: Muchas personas que necesitan tomar medicación a diario suelen olvidarse.
  ¿Cómo le va a usted con eso?
  ¿Qué aspecto de la enfermedad/tratamiento es el que más le preocupa?
  ¿Qué es lo que más le cuesta?
  ¿Qué es lo que más le molesta?
  ¿Qué es lo que primero desea cambiar?
- Explore, además:
  Creencias familiares acerca de la enfermedad.
  Recursos familiares y extrafamiliares.
  Soluciones intentadas.
- Consiga un espacio común entre el paciente, familia y equipo de salud en la definición de los problemas y el orden de prioridad para intervenirlos.
- Elabore un plan y acuerde una meta mínima. Ejemplo: Todos los lunes y los jueves, al regresar del trabajo, me bajaré del transporte antes de la parada habitual para comenzar con caminatas.
- Simplificar esquemas de tratamiento farmacológico, recordatorios a pacientes. En la formulación del plan realizar un horario con los medicamentos de fácil recordatorio. Ejemplo: Losartán una tableta de 50 mg tomar una con el desayuno y una con la cena. (Parte de la alfabetización en salud es reconocer los medicamentos que está consumiendo, la dosis y la forma de tomarlos).
- Agende una visita de seguimiento para evaluar el grado de adherencia y continuar con el plan acordado.

2. Aconsejar: Aporte información específica acerca del riesgo para la salud y los potenciales beneficios del cambio, Debe ser una recomendación firme pero empática, vinculando el cambio de conducta con el beneficio clínico directo.
   En este componente es fundamental la integración del individuo y la familia con hábitos de estilo de vida saludables, de los cuales se realiza una profundización en relación a la actividad física, alimentación saludable.

Pautas de alimentación saludable:

Es importante recordar la manera en que aprenden los adultos y que puede ser de gran ayuda para la persona facilitadora de estos aprendizajes. La investigación ha desechado la idea de que la capacidad de las personas adultas para aprender disminuye con la edad. Podemos aprender a cualquier edad, pero hay que tener en cuenta que las personas adultas aprenden de diferente manera que niños (ICBF, 2020). Por lo tanto, se deben utilizar las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la Población Colombiana Mayor de 2 Años y los módulos de alimentos entregados por el nivel central:

- Consuma alimentos frescos y variados, como lo indica el “Plato saludable de la Familia Colombiana”.
- Para favorecer la salud de músculos, huesos y dientes, consuma diariamente leche u otro producto lácteo y huevo.
- Para una buena digestión y prevenir enfermedades del corazón, incluya en cada una de las comidas frutas enteras y verduras frescas. Son "5 al día".
- Para complementar su alimentación, consuma al menos dos veces por semana leguminosas como frijol, lenteja, arveja y garbanzo.
- Para prevenir la anemia, los niños, niñas, adolescentes y mujeres jóvenes deben comer vísceras una vez por semana.
- Para mantener un peso saludable, reduzca el consumo de “productos de paquete”, comidas rápidas, gaseosas y bebidas azucaradas.
- Para tener una presión arterial normal, reduzca el consumo de sal y alimentos como carnes embutidas, enlatados y productos de paquete, altos en sodio.
- Con respecto al consumo de sal, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a los adultos consumir menos de 5 gramos de sal al día, lo que representa una cucharadita del café.
- Se aconseja priorizar fuentes de proteína magra, como pescado, mariscos, aves, huevos, legumbres y frutos secos. El consumo de carnes rojas y procesadas debe ser limitado, ya que su ingesta elevada se asocia con mayor riesgo de mortalidad y enfermedades crónicas.
- Mantenga la ingesta de azúcares añadidos por debajo del 10% de las calorías diarias a partir de los 2 años de edad, y evite completamente en menores de 2 años. Limitar el consumo de alimentos ultraprocesados, que suelen ser ricos en azúcares, sodio y grasas poco saludables, y pobres en fibra y micronutrientes.

- Cuide su corazón, consuma aguacate, maní y nueces; disminuya el consumo de aceite vegetal y margarina; evite grasas de origen animal como mantequilla y manteca.
- Por el placer de vivir saludablemente realice actividad física de forma regular y consuma agua todos los días.
- Enfatizar en la clasificación NOVA de alimentos, entendido este, como el sistema que clasifica todos los alimentos y bebidas según la naturaleza, grado y finalidad del procesamiento (OPS, 2019). Así como el elevado contenido de nutrientes críticos sal, azúcar y grasas, así como su incidencia en la presencia de las condiciones crónicas no transmisibles.
- Utilice el etiquetado nutricional para seleccionar alimentos con bajo contenido de azúcares añadidos, grasas saturadas y sodio, y alto contenido de fibra y micronutrientes.

1. **Recomendaciones de actividad física:**

Para el manejo de las condiciones crónicas aumentar los niveles de actividad física y la disminución del sedentarismo constituye un pilar de las medidas no farmacológicas.

Teniendo en cuenta las recomendaciones de la estrategia comunicativa de las 5As y en el marco de las pautas de recomendaciones de actividad física de la OMS/OPS, concertar un plan de actividad física con actividades concretas al alcance de todos los miembros de la familia y aterrizadas a la realidad con la que cuenta el usuario y su familia.

Las recomendaciones actuales para la población general con el objetivo de reducir el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se fundamentan en un amplio consenso internacional y están respaldadas por múltiples guías y revisiones sistemáticas. Los principales puntos son los siguientes:

1. Cantidad e intensidad de actividad física: Se recomienda que los adultos realicen al menos 150 a 300 minutos por semana de actividad física aeróbica de intensidad moderada (por ejemplo, caminar rápido) o 75 a 150 minutos por semana de actividad aeróbica vigorosa (por ejemplo, correr o nadar), o una combinación equivalente de ambas intensidades. Estas recomendaciones se aplican tanto a adultos jóvenes como mayores. El beneficio es acumulativo, y se ha demostrado que incluso volúmenes inferiores a los recomendados aportan reducción de riesgo, aunque el mayor beneficio se observa al alcanzar o superar los mínimos establecidos.

2. Ejercicio de fortalecimiento muscular: Además de la actividad aeróbica, se recomienda incorporar ejercicios de fortalecimiento muscular al menos dos días por semana, ya que la combinación de actividad aeróbica y de fuerza se asocia con una mayor reducción de mortalidad y de eventos cardiovasculares.

3. Reducción del sedentarismo: Disminuir el tiempo dedicado a actividades sedentarias (especialmente el tiempo sentado) es una recomendación adicional, ya que el sedentarismo tiene riesgos independientes para la salud cardiometabólica.

4. Beneficio en múltiples ECNT: El cumplimiento de estas recomendaciones se asocia con una reducción significativa del riesgo de enfermedades como diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, algunos tipos de cáncer como es el cáncer de mama y colon, y mortalidad por todas las causas.

5. Adaptación individual y enfoque incremental: Para personas que no pueden alcanzar los mínimos recomendados, se enfatiza que "algo es mejor que nada"; cualquier incremento en la actividad física, aunque sea por debajo de los mínimos, aporta beneficios en la reducción de riesgo. El mensaje de "moverse más y sentarse menos" es clave en la promoción de salud pública.

Tabla 11. Directrices de la OMS sobre el tiempo recomendado de actividad física:

Grupo de edad	**Recomendación principal**	**Detalles adicionales**
Menores de 5 años	Infantes (<1 año): varias sesiones diarias de actividad, especialmente juegos en el suelo; al menos 30 min en posición boca abajo (tummy time) repartidos en el día. Niños 1–2 años: al menos 180 min de actividad física de cualquier intensidad, distribuidos a lo largo del día; más es mejor. Niños 3–4 años: al menos 180 min, de los cuales ≥60 min moderada a vigorosa, distribuidos a lo largo del día.	Evitar estar sujetos o inmóviles por más de 1 hora. No se recomienda tiempo frente a pantallas en <2 años, y en 2–4 años máximo 1 hora/día (menos es mejor).
Niños y adolescentes (5–17 años)	Al menos 60 min diarios de actividad física moderada a vigorosa. La mayor parte de esa actividad física debe ser aeróbica.	Incluir actividades vigorosas y de fortalecimiento muscular y óseo al menos 3 veces/semana. Cualquier cantidad adicional aporta beneficios. Limitar tiempo sedentario, especialmente frente a pantallas.
Adultos (18–64 años)	Al menos 150–300 min/semana de actividad aeróbica moderada, o 75–150 min/semana de actividad aeróbica vigorosa, o combinación equivalente.	Al menos 2 días a la semana realziar actividades de fortalecimiento muscular de intensidad moderada o más elevada para trabajar todos los grandes grupos musculares. Se obtienen beneficios adicionales al superar los 300

		min de actividad moderada. Limitar tiempo sedentario.
Personas mayores (≥65 años)	Igual que adultos: Al menos 150–300 min/semana de actividad aeróbica moderada o 75–150 min/semana de actividad aeróbica vigorosa, o combinación equivalente.	Al menos 2 días a la semana realizar actividades de fortalecimiento muscular de intensidad moderada o más elevada para trabajar todos los grandes grupos musculares. Al menos 3 días a la semana realizar actividades físicas multicomponente variadas que den prioridad al equilibrio funcional y a un entrenamiento de fuerza de intensidad moderada o más elevada.
Mujeres embarazadas y en puerperio	Al menos 150 min/semana de actividad aeróbica moderada	Las mujeres que antes del embarazo practicasen una actividad aeróbica de intensidad vigorosa de forma habitual o fueran físicamente activas pueden continuar dichas actividades durante el embarazo y el puerperio.
Personas de 18 años o más, con afecciones crónicas	Al menos 150–300 min/semana de actividad aeróbica moderada, o 75–150 min/semana de actividad aeróbica vigorosa, o combinación equivalente.	Al menos 2 días a la semana realizar actividades de fortalecimiento muscular de intensidad moderada o más elevada para trabajar todos los grandes grupos musculares. Al menos 3 días a la semana realizar actividades físicas multicomponente variadas que den prioridad al equilibrio funcional y a un entrenamiento de fuerza de intensidad moderada o más elevada.

Adaptado de: Organización Mundial de la Salud. (2021). Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios. Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/handle/10665/349729.

Conceptos:

- Actividad física aeróbica: actividad en la cual los grandes músculos del cuerpo se mueven rítmicamente durante un periodo de tiempo. La actividad aeróbica,

denominada también «de resistencia», mejora la capacidad cardiorrespiratoria. Ejemplos: caminar, correr, nadar, montar en bicicleta.

- Actividad física anaeróbica: es un ejercicio de corta duración, pero de alta intensidad como el levantamiento de pesas y las carreras cortas y supone una demanda de oxígeno superior al aporte de oxígeno.

Recomendaciones de actividad física para Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial:

La realización de actividad física es uno de los pilares fundamentales de las terapias no farmacológicas de estas patologías, desde los entornos extramurales se puede tener un gran impacto en este tipo de intervenciones, a continuación, se revisa brevemente su impacto beneficioso y se realiza recomendaciones para la realización de actividad física, así como en qué casos puntuales no se debe recomendar la realización de la misma

- Impacto de la actividad física en las enfermedades cardiovasculares:
  - la incidencia de enfermedad cardiovascular se redujo en un 33% en el grupo que realizaba actividad moderada durante al menos 30 min la mayor
  - Caminar 1 hora semanal redujo en un 50% el riesgo de enfermedad coronaria, y una sola sesión semanal de ejercicio intenso redujo la mortalidad cardiovascular en un 39% en hombres y un 51% en mujeres
  - Prevención secundaria, IAM programa de ejercicio físico redujo el riesgo de mortalidad por todas las causas en un 27% y la mortalidad cardiovascular en un 31%
  - HTA reducción de 62% de eventos secundarios en ejercicios de actividad moderada
- Cáncer
  - CA de colon incidencia de hasta 30% en el grupo más activo
  - Ca de mama 20-40% de incidencia en el grupo más activo
  - Incidencia del 2-42% a mayor intensidad mayor beneficio
- Osteoporosis
  - Relación actividad beneficio incidencia de fractura de cadera 17%. Alta intensidad hasta un 5Hipertensión Arterial.

Hipertensión arterial

Consideración de intervención en relación a cifras tensionales:

Categoría de Presión Arterial	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)	Recomendación de Manejo
Normal	120	70<	Promoción de salud y prevención primaria

Elevada (ESC/AHA)	120	70 (ESC) / < (AHA)	Estilo de vida intensivo por 3-6 meses
Hipertensión Estadio 1	130	80	Ejercicio + Fármacos si el RCV a 10 años es alto
Hipertensión Estadio 2	140 ≥	90≥	Inicio inmediato de fármacos y programa de ejercicio
Crisis/Urgencia	180 ≥	120≥	Contraindicación absoluta para el ejercicio; derivación urgente

* Nota los valores y umbrales estarán sujetos cambios en relación a la publicación final de la GPC de hipertensión

Recomendaciones FITT-VP detalladas para la hipertensión

El consenso del ACSM ha evolucionado para recomendar un enfoque multimodal que ya no prioriza exclusivamente el ejercicio aeróbico, sino que integra la resistencia dinámica y el entrenamiento neuromotor como componentes de igual importancia para la salud vascular

Componente	Ejercicio Aeróbico	Ejercicio de Resistencia
Frecuencia	5 a 7 días por semana	2 a 3 días por semana (no consecutivos)
Intensidad	Moderada	Moderada a Vigorosa
Tiempo	≥ 30 min/día (continuos o en bloques de 10 min)	2-4 series de 8-12 repeticiones para grandes grupos
Tipo	Rítmico y prolongado (caminar, nadar, ciclismo)	Pesas libres, máquinas, bandas o peso corporal
Progresión	Aumentar duración antes que intensidad	Aumentar resistencia tras completar repeticiones con técnica

Contraindicaciones y criterios de interrupción en hipertensión

La seguridad hemodinámica durante la prescripción exige vigilancia constante. Se recomienda que los profesionales del ejercicio pospongan cualquier prueba de esfuerzo máximo o entrenamiento de alta intensidad si la presión arterial sistólica en reposo es Mayor a 160 mmHg o la diastólica es Mayor a 100 mmHg, hasta que se logre un control farmacológico adecuado

Diabetes mellitus:
La prescripción de actividad física y ejercicio estructurado en pacientes con Diabetes Mellitus es un pilar terapéutico fundamental. Siguiendo los estándares de las guías internacionales, se establecen las siguientes recomendaciones e intervenciones para optimizar el control metabólico y reducir los riesgos asociados

- Estar sentado / Interrumpir el tiempo sentado prolongado
    - Limitar el tiempo sentado: Interrumpir los periodos prolongados (al menos cada 30 min) con breves sesiones de caminata lenta o ejercicios de resistencia simples puede mejorar el metabolismo de la glucosa.
  - Caminar
    - Un aumento de solo 500 pasos al día se asocia con una disminución del 2-9% en el riesgo de morbilidad cardiovascular y mortalidad por todas las causas.
    - Una caminata a paso ligero de 5 a 6 minutos al día equivale a aproximadamente 4 años más de esperanza de vida.
  - Sudar (Actividad de moderada a vigorosa)
    - Fomentar ≥150 min/semana de actividad física de intensidad moderada (rítmica, que use grandes grupos musculares) O ≥75 min/semana de intensidad vigorosa repartidos en ≥3 días/semana, con no más de 2 días consecutivos de inactividad.
    - Complementar con dos a tres sesiones de resistencia, flexibilidad y/o equilibrio.
    - Tan solo 30 min/semana de actividad física de intensidad moderada mejora los perfiles metabólicos.
  - Fortalecimiento
    - El ejercicio de resistencia (cualquier actividad que use el propio peso corporal o trabaje contra una resistencia) mejora la sensibilidad a la insulina y los niveles de glucosa.
    - Actividades como el Tai Chi y el Yoga también engloban elementos de flexibilidad y equilibrio.
  - Función física / Fragilidad / Sarcopenia
    - El fenotipo de fragilidad en la diabetes tipo 2 es único y a menudo abarca la obesidad junto con la fragilidad física a una edad temprana.
    - La capacidad de las personas con diabetes tipo 2 para realizar ejercicios funcionales simples en la mediana edad es similar a la de personas más de una década mayores.
  - Sueño
    - El objetivo es un sueño consistente y sin interrupciones, incluso los fines de semana.
    - Cantidad: Las duraciones de sueño largas (>8 h) y cortas (<6 h) impactan negativamente en la A1C (hemoglobina glicosilada).
    - Calidad: El sueño irregular resulta en peores niveles glucémicos, probablemente influenciados por la mayor prevalencia de insomnio, apnea

obstructiva del sueño y síndrome de piernas inquietas en personas con diabetes tipo 2.

- Cronotipo: Los cronotipos vespertinos (ej. búho nocturno: acostarse y levantarse tarde) pueden ser más susceptibles a la inactividad y a peores niveles glucémicos que los cronotipos matutinos (ej. madrugador: acostarse y levantarse temprano).

En los pacientes con diabetes mellitus, se encuentran pacientes que en la progresión de la enfermedad presentan complicaciones micro y macro vasculares, está en particular tiene recomendaciones puntuales frente a la realización de actividad física/ ejercicio, en la siguiente tabla se identifica la condición y la recomendación para cada una de ellas:

Complicación	Evaluación y Precauciones
Enfermedad Cardiovascular	Investigar síntomas como dolor torácico, disnea intensa, cambios en la sensibilidad o perfusión de miembros inferiores y úlceras. Ante hallazgos positivos, remitir a medicina especializada.
Neuropatía Periférica	Es fundamental asegurar el uso de calzado adecuado, así como la revisión periódica y el cuidado apropiado de los pies.
Retinopatía	Pacientes con hemorragia vítrea deben abstenerse de realizar ejercicio hasta recibir autorización por oftalmología.
Nefropatía	No existe evidencia que justifique restringir tipos de ejercicio en enfermedad renal diabética. En diálisis, monitorear electrolitos si la actividad es intradiálisis.

Recomendaciones FITT-VP detalladas para la diabetes mellitus

Acorde a la prescripción estructurada y multimodal del a la actividad física para los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus se cuentan con las siguientes consideraciones:

	Aeróbico	Resistencia	Flexibilidad
Frecuencia	3–7 días por semana	Un mínimo de 2 días no consecutivos por semana, pero preferiblemente 3	≥ 2–3 días por semana

Intensidad	Moderada a vigorosa	Moderada a vigorosa	Estirar hasta el punto de tensión o ligera molestia.
Tiempo	DT1: 150 min/sem a intensidad moderada o 75 min/sem a intensidad vigorosa o combinación.DT2: 150 min/sem a intensidad de moderada a vigorosa.	Al menos 8–10 ejercicios con 1–3 series de 10–15 repeticiones hasta casi la fatiga por serie al inicio del entrenamiento. Progresar gradualmente a pesas más pesadas usando 1–3 series de 8–10 repeticiones.	Mantener el estiramiento estático durante 10–30 s; 2–4 repeticiones de cada ejercicio.
Tipo	Actividades rítmicas y prolongadas que utilicen grandes grupos musculares (ej. caminar, ciclismo, natación).	Máquinas de resistencia y pesas libres.	Estiramiento estático, dinámico y/o FNP (facilitación neuromuscular propioceptiva).!

En pacientes con diabetes, especialmente aquellos con Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) o Tipo 2 (DM2) insulinorequirientes, es imperativo extremar las precauciones durante la práctica de actividad física. La siguiente información tiene como objetivo orientar en la estratificación de riesgos metabólicos (hipoglicemia, deshidratación) y establecer las pautas de intervención clínica necesarias y la orientación la paciente de continuar o suspender la actividad física:

Hipoglicemia:

Recomendaciones en relación con el riesgo de hipoglicemia inducida por la actividad física

Evaluación del riesgo acorde al manejo farmacológico

RIESGO BAJO (Sin medicación / No hipoglucemiantes)	RIESGO MODERADO/ALTO (Insulina / Sulfonilureas)
• Sin medicación	• INSULINA (Cualquier tipo, sola o combinada)

• Metformina • iSGLT2 (ej. Dapagliflozina) • arGLP-1 (ej. Liraglutida) • iDPP-4 (ej. Sitagliptina) • Tiazolidinedionas (ej. Pioglitazona)	• Sulfonilureas (ej. Glibenclamida)

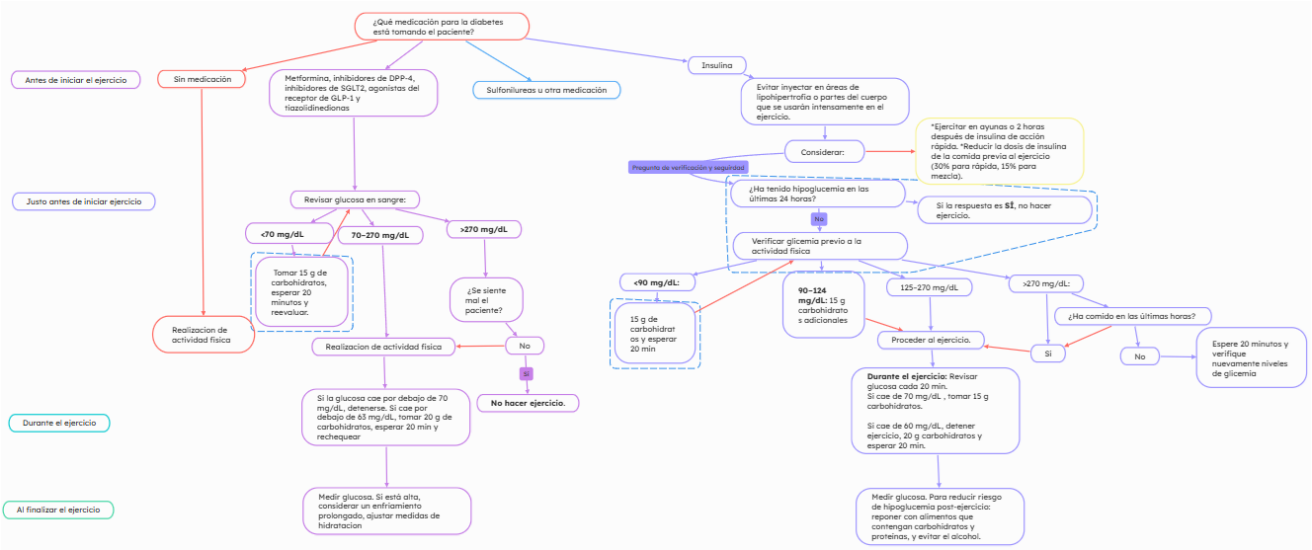
Recomendaciones durante la actividad física

FASE	GRUPO DE RIESGO BAJO	GRUPO DE RIESGO MODERADO/ALTO
1. PREPARACIÓN	No requiere ajustes específicos de medicación.	FILTRO DE SEGURIDAD: Si tuviste hipoglucemia en las últimas 24 horas, NO HAGAS EJERCICIO HOY. • Evita inyectar insulina en zonas de uso muscular intenso o lipohipertrofia. • Considera reducir la dosis previa (30% rápida / 15% mezcla).
2. INICIO (Medir Glucosa)	< 70 mg/dL: Toma 15g de carbohidratos, espera 20 min y reevalúa. 70–270 mg/dL: Procede de forma normal. > 270 mg/dL: Si te sientes mal, NO HAGAS EJERCICIO.	< 90 mg/dL: Toma 15g de carbohidratos y espera 20 min. 90–124 mg/dL: Procede, pero suma 15g de CHO extra . 125–270 mg/dL: Procede con la actividad. > 270 mg/dL: Si no has comido, espera 20 min y reevalúa.
3. DURANTE (Monitorizar)	Si la glucosa baja de 60 mg/dL, detener, ingerir 20g de CHO y reevaluar en 20 min.	Monitoriza cada 20 min. Si cae <70 mg/dL o baja rápido en CGM, ingerir 15g de CHO. Si cae <60 mg/dL, detener.

4. FINAL (Medir Glucosa)	Si está alta: enfriamiento prolongado e hidratar.	Reponer con carbohidratos y proteínas. EVITAR EL ALCOHOL estrictamente para reducir riesgo de hipoglucemia tardía.

Recomendaciones adicionales:

- Aeróbico: Sumar 150 min/semana de intensidad moderada, tanto en DM1 como en DM2.
- Resistencia: Series de 10–15 repeticiones hasta la fatiga inicial, progresando a pesos mayores.
- Flexibilidad: Estirar hasta el punto de tensión o ligera molestia, manteniendo de 10–30 segundos.



Tomado y adaptado: Scott, S. N., Hayes, C., Zeuger, T., Davies, A. P., Andrews, R. C., & Cocks, M. (2022). Clinical considerations and practical advice for people living with type 2 diabetes who undertake regular exercise or aim to exercise competitively. *Diabetes Spectrum*, *35*(1), 31–46. https://doi.org/10.2337/ds21-0062

Consejería breve de cesación de tabaco y sucedáneos

Realizar consejería breve en la cesación de tabaco, si aplica, y realizar seguimiento a los progresos o recaídas que se produzcan, se sugiere que esta actividad la realice el profesional en enfermería y ver la posibilidad de derivar a atenciones enfocadas en la cesación de tabaco.

La consejería breve para la cesación de tabaco y sus sucedáneos (como cigarrillos electrónicos, tabaco sin combustión, etc.) se fundamenta en intervenciones estructuradas y de corta duración, que han demostrado aumentar las tasas de abandono en comparación con la atención habitual o la ausencia de intervención. Los modelos más validados y recomendados incluyen el esquema de las 5A.

El proceso típico de consejería breve incluye:

- Identificación sistemática del consumo: Preguntar activamente sobre el uso de tabaco y sucedáneos en cada encuentro clínico.
- Consejo claro y personalizado: Recomendar de manera directa y empática el abandono del consumo, enfatizando los riesgos para la salud y los beneficios de dejar de fumar.
- Evaluación de la disposición para dejar de fumar: Determinar si el paciente está listo para intentar dejar el tabaco y sus sucedáneos.
- Asistencia en el proceso de cesación: Ofrecer ayuda concreta, que puede incluir información sobre síntomas de abstinencia, estrategias para afrontar situaciones de riesgo, y recursos disponibles (como líneas telefónicas, grupos de apoyo, materiales impresos o digitales). Se recomienda establecer una fecha tentativa de abandono dentro de los próximos 30 días.
- Organización de seguimiento: Programar contactos posteriores (presenciales, telefónicos o por mensajería) para reforzar el proceso y prevenir recaídas.

La evidencia respalda que incluso intervenciones muy breves (<1 minuto) aumentan significativamente las tasas de abandono (RR 1.66; IC 95%: 1.42–1.94) (1, 2). En cuanto a los sucedáneos del tabaco, la consejería breve sigue los mismos principios, adaptando el mensaje a los riesgos específicos de cada producto y enfatizando que no existe un nivel seguro de consumo.

De igual manera a continuación se relacionan algunas pautas de educación para la salud, que se deben desarrollar en todas las familias, así como algunos contenidos específicos acorde al criterio de priorización para la estrategia:

Revisión de medicamentos (adherencia y conciliación):

Realizar la revisión y conciliación de los medicamentos tomados por las personas con condiciones crónicas, cotejar los horarios y la forma de toma con las indicaciones médicas, resolver dudas acerca de efectos adversos y la recomendación de no suspender el uso hasta la valoración médica. Se sugiere realizar un horario de toma de medicamentos con las siguientes observaciones:

- Nombre del medicamento: Ser explícitos en el nombre comercial y el nombre genérico, la presentación y dosis, el horario de la toma señalando horas sugeridas,

las observaciones que deben ser tenidas en cuenta con el medicamento (en ayuno, con agua, en la noche, antes de dormir o después de comer etc.).
Por ejemplo: Glucophage ®, metformina, tabletas de 750 mg tomar una tableta todos los días con el almuerzo (tener en cuenta la indicación señalada en la fórmula médica, en caso de dudas omita el medicamento y canalice para atención médica).

- Recomendaciones para evitar el consumo de alcohol con los medicamentos por potenciales interacciones peligrosas.
- Escuchar a las personas acerca de los efectos adversos, realizar educación en salud y remitir a valoración médica en caso de requerir cambios en los medicamentos.
- Identificar los factores protectores en las familias, fomentar su uso y reconocer las capacidades de la familia para realizar el acompañamiento en el tratamiento de las condiciones crónicas.
- Señalar y dejar por escrito los signos de alarma y consulta a urgencias en las personas con condiciones crónicas.

Salud visual y auditiva:
A continuación, se relaciona la conducta a seguir por parte de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, al identificar riesgos y alertas relacionados con salud visual y auditiva:

- Pérdida repentina de la visión por uno o ambos ojos, acuda a urgencias.
- Dolor recurrente en los ojos o alrededor del ojo; enrojecimiento, lagrimeo y rasquiña en los ojos; visión borrosa, nublada o tenue y halos alrededor de las luces; quejas de dolor de oído, secreción del oído o mareos, antecedentes de pérdida auditiva que progresan rápidamente o pérdida auditiva unilateral de origen desconocido, realice activación de ruta a ruta de riesgo de salud visual y auditiva.
- La exposición al ruido (en el trabajo, en casa o en actividades recreativas) o a medicamentos o sustancias químicas de carácter ototóxico; diagnóstico previo de una enfermedad del oído, como la otitis media crónica realice activación de ruta a ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

3. Acordar:

- Se deben establecer metas colaborativas basadas en el interés del paciente y su confianza para lograrlas.
- Se utiliza la técnica de "metas SMART" (Específicas, Medibles, Alcanzables, Relevantes y con un Tiempo definido).

Conozca sus cifras

Recomendar mantener un control de las cifras arteriales, de acuerdo con la adherencia al tratamiento para realizar control: Puede ayudar la siguiente tabla:

Fecha	Hora	Cifra tensión arterial

Los valores normales en pacientes con diagnóstico de hipertensión deben estar por debajo de 140/90 ante de los 60 años y menor a 150/90 posterior a esa edad, aunque recuerde que en el contexto clínico del paciente se debe individualizar a cada uno de los pacientes.

4. Asistir: Enfoque positivo para resolver problemas, identifique barreras potenciales y estrategias o recursos para superarlas.

   - Uso de técnicas de **entrevista motivacional**.
   - Identificación de redes de apoyo (familia, grupos de pacientes).
   - Provisión de material educativo o guías de automonitoreo.

5. Arreglar: Plan de seguimiento:

Planes de automanejo por población objeto:

1. **Plan de automanejo para paciente con patología crónica (HTA-DM) no adherente mayor a 12 meses e inasistente a las citas agendadas.**

El plan de automanejo para un paciente con hipertensión arterial y diabetes mellitus que ha mostrado falta de adherencia al tratamiento y ausencia en controles durante los últimos 12 meses debe ser intensivo, estructurado y multidimensional, según el consenso actual de la literatura médica y las guías internacionales. Los componentes clave incluyen:

1. Educación individualizada y repetida sobre la enfermedad, el impacto de la no adherencia y los beneficios del control adecuado. La educación debe ser adaptada al nivel de alfabetización en salud y considerar los determinantes sociales que afectan la adherencia. Las intervenciones educativas son más efectivas cuando se realizan en múltiples sesiones y por profesionales entrenados.
2. Establecimiento de metas y planes de acción concretos para cambios en el estilo de vida, incluyendo alimentación saludable, actividad física regular, reducción de consumo de sal, azúcares, ultraprocesados y fritos, y manejo del estrés. El establecimiento de objetivos y la planificación de acciones han demostrado mejorar la adherencia y los resultados clínicos en diabetes e hipertensión.

3. Simplificación del régimen farmacológico, se recomienda consolidar dosis y utilizar combinaciones de medicamentos en una sola tableta (polipíldora) cuando sea posible, para reducir la carga de la toma y mejorar la adherencia. La sincronización de la dispensación de medicamentos y el uso de recordatorios (apps, mensajes, llamadas) también han mostrado eficacia.
4. Automonitoreo domiciliario, el monitoreo regular de la presión arterial y la glucemia en casa, con retroalimentación al equipo de salud, es fundamental para empoderar al paciente y ajustar el tratamiento oportunamente. La integración de estos datos en el seguimiento clínico mejora el control y la adherencia.
5. Apoyo conductual y motivacional especialmente en personas con baja motivación, estrés, ansiedad o depresión, lo anterior puede incrementar la adherencia y el autocuidado. El apoyo debe ser sostenido y, de ser posible, incluir a familiares o cuidadores.
6. Promoción de la continuidad y confianza en el equipo de salud, la relación continua y de confianza con el equipo asistencial se asocia con mejores resultados en autocuidado y adherencia.

- Educación Terapéutica Personalizada: Intervenciones iterativas adaptadas al nivel de alfabetización en salud y a los determinantes sociales del paciente. El enfoque debe centrarse en el impacto de la no adherencia en relación con su identificación (uso de escalas validadas Test de Morisky-Green) e intervención, y los beneficios del control metabólico, por lo cual es necesario evaluar las barreras y buscar acciones para intervenirlas y cerrarlas.
- Establecimiento de Metas y Planes de Acción: Definición conjunta de objetivos concretos para la modificación del estilo de vida (alimentación saludable, reducción de sodio, azúcares y ultra procesados, actividad física y gestión del estrés). La planificación estructurada es clave para mejorar los desenlaces clínicos.
- Optimización del Régimen Farmacológico: Simplificación del esquema mediante el uso de combinaciones de dosis fija (polipíldora) para reducir la carga terapéutica. Se recomienda la sincronización de dispensación y el uso de recordatorios digitales (apps o mensajería) para fortalecer la persistencia.
- Automonitoreo y Retroalimentación: Implementación del monitoreo domiciliario de presión arterial y glucemia. La integración de estos datos permite empoderar al paciente y permite ajustes terapéuticos oportunos.
- Apoyo Conductual y Vínculo Motivacional: Abordaje de barreras psicológicas (estrés, ansiedad o depresión) que limitan el autocuidado. Es fundamental involucrar a la red de apoyo familiar para garantizar la sostenibilidad del plan como estrategia se sugiere el uso de la entrevista motivacional.
- Continuidad Asistencial: Fortalecimiento de la relación médico-paciente para generar una base de confianza que favorezca la retención en el sistema de salud.

2. El plan de automanejo para una paciente con hipertensión arterial y diabetes mellitus, no adherente mayor a 12 meses, inasistente a controles, con capacidad de gestar y deseo reproductivo.

Debe ser intensivo, multidisciplinario y adaptado a la situación de riesgo materno-fetal. El abordaje debe priorizar la optimización del control metabólico y tensional antes de la concepción, la suspensión de fármacos contraindicados en embarazo, y la educación reproductiva

1. Educación preconcepcional: es fundamental informar sobre los riesgos de malformaciones congénitas asociadas a hiperglucemia preconcepcional y la importancia de alcanzar una hemoglobina glicosilada (HbA1c) <6.5% antes de la concepción, ya que la organogénesis ocurre entre las semanas 5 y 8 de gestación. Se debe enfatizar el uso de anticoncepción eficaz hasta lograr un control óptimo y planificar el embarazo, y discutir los beneficios de métodos reversibles de larga duración.
2. Revisión y ajuste farmacológico: los antihipertensivos teratogénicos (IECA, ARA-II, antagonistas de mineralocorticoides, inhibidores de renina y neprilisina) deben suspenderse antes de la concepción y evitarse en mujeres sexualmente activas con potencial reproductivo que no utilicen anticoncepción confiable. Se recomienda cambiar a antihipertensivos seguros en embarazo, como metildopa, labetalol o nifedipina de acción prolongada. Las estatinas y otros hipolipemiantes también deben suspenderse antes de la concepción, salvo situaciones excepcionales. El monitoreo de potasio y función renal es esencial al modificar el tratamiento antihipertensivo.
3. Optimización del autocuidado: se debe reforzar la adherencia a la dieta, actividad física, automonitoreo de glicemia y presión arterial, y evitar el consumo de tabaco y alcohol. El establecimiento de metas concretas y el acompañamiento conductual son claves para mejorar la adherencia.
4. Evaluación y manejo de comorbilidades: es necesario realizar una evaluación integral de complicaciones crónicas (retinopatía, nefropatía, neuropatía, enfermedad cardiovascular) y ajustar el plan terapéutico en función de los hallazgos. En mujeres con diabetes tipo 1, se recomienda evaluar función tiroidea antes de la gestación.
5. Apoyo multidisciplinario y seguimiento estrecho: se debe coordinar atención con endocrinología, obstetricia, nutrición y educación en diabetes, así como facilitar el acceso a recursos de salud mental y apoyo social si existen barreras para la adherencia.
6. Planificación de embarazo: una vez alcanzado el control glucémico y tensional adecuado, se puede suspender la anticoncepción y planificar el embarazo.

- Asesoría y Planificación Preconcepcional
    - Es imperativo informar sobre el riesgo de malformaciones congénitas derivadas de la hiperglucemia preconcepcional. El objetivo terapéutico es alcanzar una HbA1c < 6.5% previo a la concepción, dado que la organogénesis ocurre críticamente entre las semanas 5 y 8 de gestación. Se debe garantizar el uso de anticoncepción de alta eficacia (preferiblemente métodos reversibles de larga duración o LARC) hasta lograr un control metabólico estable, y en aquellos caso que se considere como estrategia preconcepcional se recomienda la suplementación con Ácido Fólico al menos 3 meses previos a la concepción, así como evaluar el riesgo preconcepcional de preeclampsia con el objetivo de definir el inicio temprano de ácido acetil salicílico
    - En este grupo de pacientes es obligatorio conocer el estado de vacunación y en caso de encontrar esquemas incompletos debe ser direccionada a servicios de vacunación
- Ajuste Farmacológico y Seguridad Fetal
    - Se debe realizar la suspensión inmediata o programada de fármacos con potencial teratogénico, incluyendo IECA, ARA-II, antagonistas de mineralocorticoides e inhibidores de la renina/neprilisina, especialmente en mujeres en edad fértil sin anticoncepción confiable o en etapa preconcepcional. La transición debe orientarse hacia alternativas seguras como amlodipino, nifedipina de acción prolongada o metildopa. Asimismo, se recomienda suspender estatinas y otros hipolipemiantes. Cualquier ajuste en la terapia antihipertensiva requiere el monitoreo estricto de la función renal y los niveles de potasio sérico.
- Optimización del Estilo de Vida y Autogestión
    - Reforzar la adherencia a la terapia nutricional médica, actividad física prescrita y el automonitoreo sistemático de glucemia y presión arterial. Es mandatorio el cese total del consumo de tabaco y alcohol. La implementación de metas (específicas, medibles, alcanzables, relevantes y temporales) y el soporte conductual son pilares para garantizar la persistencia del paciente en el programa.
- Tamizaje de Comorbilidades y Daño a Órgano Blanco
    - Realizar una evaluación integral para estadificar complicaciones crónicas: retinopatía (fondo de ojo), nefropatía (albuminuria/TFG), neuropatía y riesgo cardiovascular. En pacientes con Diabetes Tipo 1, es fundamental el tamizaje de función tiroidea (TSH) debido a la alta prevalencia de enfermedad autoinmune asociada que puede comprometer el curso del embarazo.
- Intervención Multidisciplinaria y Continuidad
    - La atención debe ser coordinada por un equipo intersectorial con la activación de la ruta institucional, se deben identificar y mitigar barreras

socioeconómicas o de salud mental que impidan el cumplimiento del plan terapéutico

3. Plan de automanejo para personas con resultado de tamizaje Findrisk mayor a 12, en la valoración por parte de medicina.

1. Educación y Empoderamiento

La base del automanejo es que la persona comprenda su riesgo no como un diagnóstico definitivo, sino como una oportunidad de intervención.

- Concientización: Explicar que un puntaje > 12 sugiere la presencia de resistencia a la insulina o prediabetes latente.
- Monitoreo de Metas: Capacitar en el uso de herramientas de registro (diarios de alimentación y peso).
- Signos de Alarma: Educar sobre síntomas de hiperglucemia (polidipsia, poliuria, fatiga) para consulta temprana.

2. Identificación y Superación de Barreras

El éxito a largo plazo depende de reconocer qué impide el cambio de hábitos.

Barreras Comunes	Estrategias de Mitigación
Falta de tiempo	Micro-sesiones de ejercicio (10 min) distribuidas en el día.
Entorno obesogénico	Modificación de la despensa familiar y planificación de comidas.
Factores emocionales	Identificar "comida emocional" y buscar apoyo en salud mental si es necesario.
Limitaciones económicas	Priorizar alimentos de temporada y actividad física en espacios públicos.

3. Prescripción de Actividad Física

Se debe pasar del "moverse más" a una prescripción formal basada en evidencia.

- Meta: Mínimo 150 minutos a la semana de intensidad moderada (ej. caminata a paso rápido donde se pueda hablar pero no cantar).
- Frecuencia: No dejar pasar más de dos días consecutivos sin actividad.
- Entrenamiento de Fuerza: Incorporar ejercicios de resistencia (pesas, bandas o propio peso) 2 veces por semana, ya que el músculo es el principal consumidor de glucosa.
- Reducción del Sedentarismo: Romper periodos de estar sentado cada 30 minutos con 2-3 minutos de caminata o estiramientos.

4. Necesidad de Manejo Farmacológico

El manejo farmacológico no reemplaza el estilo de vida, pero es necesario en escenarios específicos:

- Criterios de Inicio: Según guías clínicas (como la ADA), se considera el uso de Metformina en pacientes con prediabetes (especialmente si el IMC > 35 kg/m², son menores de 60 años o mujeres con antecedente de diabetes gestacional).
- Evaluación Médica: Es imperativo realizar una prueba de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) y glucemia en ayunas para estadificar el riesgo real antes de medicar.
- Adherencia: Informar sobre posibles efectos gastrointestinales iniciales para evitar el abandono del tratamiento.

5. Esquema de Vacunación

Las personas con riesgo metabólico elevado deben asegurar su protección inmunológica para evitar complicaciones infecciosas que descompensen la glucemia, por lo cual es necesario verificar su esquema de vacunación y en caso de documentar esquemas incompletos derivarlo a servicio

Plan de automanejo para las personas con riesgo cardiovascular mayor del 20%:

La escala de riesgo cardiovascular de Framingham es una herramienta validada para estimar el riesgo absoluto de desarrollar un evento cardiovascular mayor (como infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca o enfermedad arterial periférica) a 10 años en adultos sin enfermedad cardiovascular previa.

Esta escala se basa en datos del Framingham Heart Study y utiliza un modelo multivariable que incorpora los siguientes factores: edad, sexo, presión arterial sistólica, tratamiento antihipertensivo, colesterol total, colesterol HDL, tabaquismo y diabetes mellitus. Cada uno de estos factores se pondera según su contribución al riesgo global, permitiendo calcular un porcentaje de riesgo a 10 años.

El algoritmo de Framingham ha evolucionado para incluir tanto funciones específicas para enfermedad coronaria como modelos generales para cualquier evento cardiovascular mayor, y existen versiones adaptadas para contextos en los que no se dispone de mediciones de laboratorio, utilizando variables autoinformadas. Entre las ventajas de la escala destacan su facilidad de uso, la cuantificación del riesgo absoluto y la posibilidad de adaptar el cálculo a diferentes poblaciones mediante recalibración. Sin embargo, presenta limitaciones, como la sobreestimación o subestimación del riesgo en ciertos grupos étnicos o en poblaciones fuera de los Estados Unidos, y la exclusión de algunos factores de riesgo emergentes (por ejemplo, historia familiar, obesidad, proteína C reactiva ultrasensible) por lo cual para Colombia se realiza un factor de corrección de 0,75, es decir se debe multiplicar el resultado por 0,75 para ajustar la sobreestimación del riesgo cardiovascular en la población colombiana.

Población:

La escala de Framingham está recomendada principalmente para adultos entre 30 y 74 años, siendo más precisa en el rango de 40 a 79 años según las guías de prevención cardiovascular y los algoritmos validados en la literatura médica.

En menores de 30 años, la herramienta no clasifica adecuadamente el riesgo, incluso en presencia de múltiples factores de riesgo, y en adultos jóvenes (20–39 años) se prefiere la estimación de riesgo a largo plazo o de por vida, en lugar del riesgo a 10 años.
En mayores de 79 años, especialmente en nonagenarios, la capacidad predictiva de Framingham es limitada y no se recomienda su uso, ya que la escala muestra débil poder de discriminación en este grupo etario.

No se aconseja calcular el puntaje de Framingham en las siguientes personas:

- Menores de 30 años, por la baja sensibilidad y especificidad para predecir eventos cardiovasculares en este grupo.
- Mayores de 79 años, debido a la pobre capacidad predictiva en personas muy longevas.
- Pacientes con enfermedad cardiovascular establecida (prevención secundaria), ya que la escala está diseñada para prevención primaria.
- Pacientes con diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica avanzada, o condiciones que ya confieren un riesgo cardiovascular equivalente, donde el manejo se basa en guías específicas y no en la estratificación por Framingham.
- Población pediátrica, requieren guías y algoritmos específicos para la evaluación del riesgo cardiovascular

Resultados:
La escala de Framingham clasifica el riesgo cardiovascular a 10 años en tres categorías principales: bajo riesgo (<10%), riesgo intermedio (10–20%) y alto riesgo (>20%) de presentar un evento cardiovascular mayor, como infarto de miocardio o accidente cerebrovascular. Esta categorización orienta la conducta recomendada para prevención primaria:

1. Bajo riesgo (<10%): Se recomienda reforzar intervenciones sobre el estilo de vida, incluyendo dieta saludable, actividad física regular, control del peso, abandono del tabaco y manejo del estrés. No está indicada la farmacoterapia preventiva (como estatinas o antihipertensivos) salvo que existan otros factores de riesgo o indicaciones específicas.
2. Riesgo intermedio (10–20%): Además de las medidas de estilo de vida, se debe considerar la iniciación de farmacoterapia preventiva, especialmente estatinas de intensidad moderada, para reducir el LDL colesterol en al menos un 30%. La decisión puede individualizarse según la presencia de factores que aumentan el riesgo (por ejemplo, historia familiar de enfermedad coronaria prematura, enfermedad renal crónica, marcadores de inflamación, entre otros). En algunos

casos, puede ser útil realizar pruebas adicionales para afinar la estratificación del riesgo, como la medición de calcio coronario.

3. Alto riesgo (>20%): Se recomienda la adopción intensiva de medidas de estilo de vida y el inicio de farmacoterapia preventiva, incluyendo estatinas de alta intensidad para reducir el LDL colesterol en al menos un 50%, y el tratamiento agresivo de otros factores de riesgo como hipertensión y diabetes. El objetivo es reducir el riesgo absoluto de eventos cardiovasculares mediante intervenciones combinadas.

En mujeres, las guías consideran la categoría de “riesgo óptimo” (Framingham <10%, sin factores de riesgo mayores y con estilo de vida saludable), en la que se enfatiza la promoción de hábitos saludables y la prevención primordial.

1. Educación: Empoderamiento y Metas

El paciente debe comprender que su riesgo es equivalente al de alguien que ya ha tenido un evento coronario.

- Conocimiento de Cifras: El paciente debe memorizar sus "números de vida": presión arterial (<130/80 mmHg), LDL (meta agresiva <55 mg/dL o <70 mg/dL según guía), y perímetro abdominal.
- Reconocimiento de Isquemia: Educación sobre síntomas atípicos de angina o ACV (falla de fuerza, disartria, dolor opresivo).
- Nutrición Cardioprotectora: Fomento de la dieta Mediterránea o DASH, con énfasis en la reducción drástica de sodio (<2$ g/día) y grasas trans.

2. Identificación de Barreras al Cambio

En este nivel de riesgo, la adherencia critica para evitar un evento vascular, se debe identificar los siguientes elementos:

- Polifarmacia: El paciente suele tomar múltiples fármacos; la barrera es el olvido o el miedo a efectos secundarios (ej. mialgias por estatinas).
- Acceso a Medicamentos: Barreras administrativas o económicas para conseguir fármacos de alta potencia (estatinas de alta intensidad o iSGLT2).
- Apoyo Social: ¿Quién cocina en casa? Si el entorno familiar no cambia la dieta, el paciente fracasará.
- Salud Mental: Evaluar depresión post-diagnóstico, que es un predictor independiente de eventos cardiacos.

3. Actividad Física: Prescripción Segura

Dada la alta probabilidad de enfermedad aterosclerótica silente, la progresión debe ser cautelosa.

- Evaluación Previa: En el alto RCV, es ideal realizar una prueba de esfuerzo antes de iniciar ejercicios de alta intensidad.
- Entrenamiento Aeróbico: 150-300 minutos de intensidad moderada a la semana.

- Entrenamiento de Fuerza: 2 veces por semana para mejorar la salud metabólica general.
- Evitar Isometría Extrema: No realizar ejercicios de fuerza máxima que disparen la presión arterial de forma aguda sin supervisión.

4. Necesidad de verificación del manejo farmacológico.

En este grupo de pacientes las intervenciones farmacológicas toman un rol mayor, se debe contar con las siguientes consideraciones y por lo tanto la mayoría de ellos dado las recomendaciones de las guías actuales y en relación con el riesgo cardiovascular cuentan en su mayoría con:

- Estatinas de Alta Intensidad: (Ej. Atorvastatina 40-80 mg o Rosuvastatina 20-40 mg) para lograr una reducción del LDL >50%
- Control de Cifras Tensionales: Uso frecuente de combinaciones (IECA/ARA II + Calcioantagonista o Diurético) para metas estrictas.
- Protección Renal/Metabólica: Si hay diabetes asociada, considerar iSGLT2 o análogos de GLP-1 por su beneficio cardiovascular demostrado.
- Uso de antiagregantes como Acido acetil salicilico como prevención secundaria e inhbidores de P2Y12 como el clopidogrel

5. Vacunación: Protección contra el Estrés Sistémico

Las infecciones agudas son desencadenantes comunes de infartos en pacientes vulnerables.

- Influenza (Anual): Reduce significativamente el riesgo de infarto agudo de miocardio durante la temporada estacional.
- Neumococo: Esquema completo para evitar sepsis de origen pulmonar.
- COVID-19: Esquema de refuerzo actualizado, dado que el estado proinflamatorio del virus afecta directamente la estabilidad de la placa aterosclerótica.

Alimentación:

- Fomente el consumo de verduras y frutas frescas. De acuerdo con las posibilidades económicas genere un plan de alimentación saludable con las frutas y verduras de cosecha.
- Los productos ultra procesados tienen alto contenido de sodio, enseñar a leer las etiquetas de advertencia puede ayudar a las personas y sus familias a escoger de forma apropiada los alimentos. Dentro de estos productos es importante desestimular el uso de bebidas negras y azucaradas por el alto contenido en sodio.
- Desestimular el uso del salero en la mesa.
- Mantenerse hidratado y disminuir el consumo de bebidas estimulantes como el café o el té.

Signos de alarma:

- Infarto agudo de miocardio (IAM): suele manifestarse con dolor torácico de tipo opresivo, localizado en el centro del pecho o epigastrio (centro, debajo de la punta del esternón, lugar donde se siente el “ardor” de una gastritis), que puede irradiar hacia uno o ambos brazos, cuello, mandíbula, espalda o, menos frecuentemente, abdomen. Este dolor suele describirse como intenso, persistente (más de 20 minutos), y no se modifica con la respiración ni con los movimientos. Otros síntomas frecuentes incluyen disnea (dificultad para respirar), sudoración profusa, náuseas, vómitos, debilidad, palpitaciones, síncope y sensación de ansiedad o muerte inminente. Es importante destacar que hasta un 25% de los infartos pueden cursar con síntomas atípicos o incluso ser silentes, especialmente en mujeres, adultos mayores y personas con diabetes.
  Ante la sospecha de IAM, la acción prioritaria es activar el sistema de emergencias médicas (llamar al 123) de forma inmediata, ya que la atención precoz reduce la mortalidad y las complicaciones.

- Accidente cerebrovascular (ACV): suelen aparecer de forma súbita y corresponden a déficits neurológicos focales (zona específica del SNC). Los signos cardinales incluyen: debilidad o entumecimiento repentino de la cara, brazo o pierna, especialmente en un lado del cuerpo; dificultad repentina para hablar o entender el lenguaje; confusión súbita; pérdida súbita de visión en uno o ambos ojos; dificultad repentina para caminar, mareo, pérdida de equilibrio o coordinación; y, en algunos casos, cefalea intensa de inicio abrupto sin causa aparente.
  Lo anterior se puede recordar más fácilmente con el acrónimo CORRE: C de cara por asimetría facial, O de ojo por alteración de la visión, R de rápida pérdida de fuerza en brazo o pierna, R de raro al hablar y E de emergencias, se debe llamar al 123 de inmediato, la intervención precoz es determinante para el pronóstico funcional y vital. No se debe intentar trasladar al paciente por medios propios ni administrar medicamentos, se debe registrar el momento exacto del inicio de los síntomas.



4. Plan de automanejo para pacientes con patología crónica (DM e HTA) no adherentes mayor a 12 meses con discapacidad y con limitaciones a la movilidad

El plan de automanejo para pacientes con diabetes mellitus y hipertensión arterial, no adherentes mayor a 12 meses y con discapacidad que limita la movilidad, debe ser individualizado y multidimensional, considerando las barreras físicas y sociales que afectan la adherencia y el manejo de ambas patologías.

1. Evaluación y abordaje de barreras específicas: la identificación sistemática de las barreras relacionadas con la discapacidad (por ejemplo, dificultad para realizar actividad física, acceso limitado a controles médicos, problemas para la administración de medicamentos) permite diseñar estrategias adaptadas. La intervención de equipos multidisciplinarios, incluyendo educadores en diabetes y rehabilitación, mejora la frecuencia de autocuidado y el control glucémico en poblaciones con limitaciones funcionales.

2. Educación en autocuidado y apoyo continuo: la educación debe centrarse en el manejo de la dieta, la administración correcta de medicamentos, el automonitoreo de glicemia y presión arterial, y la prevención de complicaciones. El seguimiento regular, preferentemente con apoyo de enfermería y educadores, es esencial para mantener la adherencia y mejorar resultados clínicos.

3. Adaptación de la actividad física: aunque la discapacidad limita la movilidad, la literatura recomienda adaptar el plan de ejercicio a las capacidades individuales. Ejercicios de bajo impacto, movimientos asistidos, ejercicios en silla, fisioterapia y actividades que mejoren la fuerza y el equilibrio pueden ser prescritos y supervisados por profesionales especializados. Incluso actividades como ejercicios de miembros inferiores en casa han demostrado mejorar la estabilidad y prevenir complicaciones en pacientes con diabetes tipo 2.

4. Metas realistas y planificación conjunta: el establecimiento de metas concretas y alcanzables, acordadas con el paciente y el equipo de salud, facilita la adherencia y el cambio de comportamiento. La planificación de acciones específicas para la dieta, el ejercicio adaptado y la toma de medicamentos es recomendada por las principales guías de autocuidado.

5. Apoyo social y tecnológico: el uso de herramientas tecnológicas (recordatorios, telemedicina, aplicaciones de monitoreo) y el involucramiento de familiares o cuidadores pueden compensar las limitaciones físicas y mejorar la adherencia. La continuidad de la atención y la confianza en el equipo médico son factores determinantes para el éxito del autocuidado.

6. Prevención de complicaciones: se debe enfatizar el cuidado de la piel, la prevención de úlceras por presión, el monitoreo de la sensibilidad y circulación en extremidades, y la detección precoz de signos de descompensación metabólica. La literatura respalda la efectividad de ejercicios domiciliarios y pautas de autocuidado para mantener la alineación y estabilidad de los pies en pacientes con diabetes.

Plan de automanejo personas con Hipertensión Arterial que presenten un resultado de tamizaje FINDRISC mayor o igual a 12 puntos y que no cuenten con diagnóstico de Diabetes Mellitus, en la valoración por parte de medicina.

1. El plan para personas con FINDRISC elevado debe incluir la adopción de hábitos saludables que prevengan la progresión a diabetes, control del peso, actividad física regular y alimentación balanceada. De forma prioritaria, este plan debe incluir la realización del diagnóstico o descarte de DM mediante pruebas de laboratorio como glucemia en ayunas, HbA1c o prueba de tolerancia a la glucosa, según criterios clínicos. También debe promover el reconocimiento de síntomas de hiperglucemia, la participación en programas educativos y la vigilancia continua del riesgo.
2. El plan de automanejo debe promover una alimentación protectora que reduzca el consumo de sal a menos de 5 gramos al día, limite alimentos procesados y aumente la ingesta de frutas, verduras y fibra. También incluye disminuir carbohidratos simples y favorecer grasas saludables, junto con la planificación de comidas y el control de porciones. Para personas con riesgo cardiorenometabólico, como hipertensos con FINDRISC ≥12, este componente debe integrar la orientación para realizar el diagnóstico o descarte de diabetes mediante pruebas de glucemia o HbA1c según indicación médica, buscando detectar tempranamente alteraciones metabólicas asociadas.
3. El plan de automanejo en actividad física promueve realizar al menos 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico moderado y ejercicios de fortalecimiento, complementados con pausas activas para personas sedentarias. Actividades como caminar, nadar o bicicleta estática son recomendadas para hipertensos, siempre vigilando signos de alarma. La incorporación de actividad física es esencial no solo para controlar la presión arterial y el peso, sino también para reducir el riesgo de desarrollar diabetes, por lo que el plan debe incluir la recomendación de realizar el diagnóstico o descarte de DM cuando existan criterios clínicos o FINDRISC elevado.
4. En personas con sobrepeso u obesidad, el plan de automanejo debe incluir la meta de perder entre 5–7% del peso corporal, controlar porciones, medir perímetro abdominal, registrar hábitos y manejar desencadenantes emocionales. Dado que el exceso de peso aumenta significativamente el riesgo de diabetes, este plan debe incluir la indicación de realizar pruebas diagnósticas para confirmar o descartar DM (glucemia en ayunas, prueba de HbA1c o postcarga) en personas

con FINDRISC ≥12 o con antecedentes familiares o clínicos sugestivos, asegurando su detección temprana.

5. El plan de automanejo para el tabaquismo debe establecer una fecha y un plan de cesación, identificar desencadenantes, considerar tratamiento farmacológico, evitar exposición a humo de segunda mano y realizar seguimiento semanal con apoyo psicológico. Aunque el tabaquismo no determina la necesidad directa de diagnóstico de DM, su abandono es clave para reducir el riesgo cardiovascular global en personas con hipertensión y riesgo metabólico elevado.

Nota: En el marco de la implementación del Plan o de Bienestar concertado con el núcleo familiar, se deberá realizar en el primer contacto la verificación del esquema de vacunación de todos los integrantes del grupo familiar, conforme a la edad, condición individual y población objeto, de acuerdo con los lineamientos vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

En los casos en que se identifiquen esquemas incompletos, atrasados o pendientes, se deberá efectuar la respectiva orientación y derivación al servicio de vacunación correspondiente (bina vacunadora), garantizando la articulación con las rutas institucionales definidas.

Al momento del cierre del Plan o de los Planes de Bienestar, deberá dejarse establecido como compromiso que todos los integrantes del núcleo familiar cuenten con el esquema de vacunación completo, acorde con los lineamientos técnicos del PAI, o que se encuentren en proceso activo y documentado de actualización de este.

SALUD MENTAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo reconoce sus propias capacidades, afronta las tensiones normales de la vida, trabaja de manera productiva y es capaz de contribuir activamente a su comunidad. Este concepto integra tanto el equilibrio emocional como la capacidad de relacionarse, tomar decisiones y proyectar un plan de vida, lo que la convierte en un componente esencial de la salud integral.

Con base en esta definición, la atención en salud mental debe orientarse hacia la prevención primaria de la enfermedad, mediante el reconocimiento oportuno de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores protectores. En personas con afectaciones psicosociales o expuestas a eventos críticos, resulta prioritario identificar dichas condiciones para reducir la probabilidad de aparición de trastornos mentales y potenciar las capacidades de afrontamiento. En este sentido, el abordaje profesional debe promover el automanejo, la resiliencia y la generación de entornos protectores que contribuyan al bienestar personal y familiar.

Los factores físicos, psicoemocionales y sociales ejercen una influencia decisiva en el mantenimiento o deterioro de la salud mental. Los factores de riesgo, tales como la

violencia, el consumo de sustancias psicoactivas, el desempleo, la exclusión social, la falta de apoyo familiar o los antecedentes de trauma, aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos psicosociales. Por su parte, los factores protectores, como el apoyo social, la cohesión familiar, el acceso a servicios de salud, el desarrollo de habilidades para la vida y la construcción de proyectos personales, actúan como barreras frente a la enfermedad y promueven la calidad de vida.

En este marco, los profesionales de la salud mental cumplen un rol fundamental al brindar acompañamiento y orientación, facilitar el desarrollo de habilidades adaptativas y fomentar estilos de vida saludables. Su intervención no solo previene la aparición de enfermedades mentales, sino que también contribuye al fortalecimiento del tejido social, a la disminución del estigma y a la promoción de comunidades más resilientes. A continuación, se presentan los principales factores de riesgo y de protección a considerar en el abordaje integral en salud mental.

A continuación, se describen cada una de las estrategias integrales de Salud Mental para la ejecución de las actividades, teniendo en cuenta que el desarrollo de estas estrategias establece la implementación de 2 sesiones mensuales de acuerdo con la concertación especifica con los usuarios y sus familias.

1.7.4.12. Estrategia Confróntate 7

Criterios de priorización:

Para el desarrollo de la estrategia Confróntate 7 se dispondrá de profesionales universitarios o especializados en psicología clínica, para el abordaje y seguimiento de las familias notificadas a los sistemas de vigilancia epidemiológica en salud mental con investigación epidemiológica de campo efectiva y que cumplan los siguientes criterios:

Profesionales Universitarios:

- Casos derivados del Sistema de Vigilancia epidemiológica de la Conducta Suicida SISVECOS:
  - Conducta suicida en gestantes.
  - Casos de ideación estructurada e intento suicida en niños, niñas y adolescentes hasta 17 años, 11 meses y 29 días.
  - Intento suicida reiterado
  - Personas mayores de 60 años con intento de suicidio
  - Personas entre 29 y 59 años notificadas con intento suicidio previo

- Casos derivados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual:
  - Violencia ejercida contra gestantes.

Profesionales especializados:

- Casos derivados del Sistema de Vigilancia epidemiológica de la Conducta Suicida SISVECOS:
  - Familias sobrevivientes de suicidio consumado.
  - Conducta suicida con trastorno mental de base en niños, niñas y adolescentes hasta 17 años, 11 meses y 29 días.

- Casos derivados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual:
  - Violencia sexual ejercida gestantes

Desarrollo de la estrategia:

Para el abordaje de familias priorizadas el inicio del contacto debe partir del reconocimiento de la dinámica familiar, las comprensiones que se han construido en torno a los eventos estresores que les aquejan, las consecuencias, reacciones y situaciones manifiestas, así como los comportamientos que indican necesidad de intervención familiar.

Así mismo, en la visita inicial se debe propender por identificar el afrontamiento de la familia ante sucesos estresantes, comprendiendo este afrontamiento como los esfuerzos que realiza una persona a nivel cognitivo y conductual para manejar las demandas específicas de la vida y que pueden ser valoradas como situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona. Este afrontamiento se considera constantemente cambiante y su manejo adecuado conduce a un ajuste y adaptación relacionada con el "bienestar, el funcionamiento social y la salud somática" (González, 2010).

Para apoyar dicha identificación, se debe llevar a cabo la aplicación del instrumento: BRIEF COPE 28 para edad de 10 años en adelante, orientado a la identificación de las estrategias de afrontamiento. Este instrumento está constituido por 28 ítems, es de carácter heteroaplicado, debe desarrollarse en acompañamiento de un profesional indicando que “no existen respuestas buenas o malas” y que su objetivo es determinar “cuáles son las estrategias que utilizamos comúnmente ante una situación que nos resulta difícil de manejar o problemática”.

Es necesario que se responda a todas las preguntas del instrumento, para facilitar su posterior interpretación. El COPE 28 tiene un total de 14 sub escalas que pueden arrojar una puntuación mínima de 2 y máxima de 8, y que se agrupan en dos categorías con puntuaciones independientes:

Categoría 1 Afrontamiento: Hace referencia a el conjunto de estrategias que tiene la persona que le facilitan enfrentarse a una situación que percibe como estresante, estas estrategias facilitan la aceptación del problema, su evaluación, la consecución de ayuda y la resolución efectiva del problema. La puntuación mínima de esta categoría es de 16 y la máxima es de 64 y se obtiene al sumar las sub escalas; afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, apoyo social, religión, reevaluación positiva, aceptación y desahogo. Es deseable obtener puntuaciones ALTAS en esta categoría.

Categoría 2 Evitación: Hace referencia al conjunto de estrategias individuales utilizadas por la persona que le permiten ignorar temporalmente el dolor o el estrés, estas estrategias representan una disminución de la angustia emocional en el corto plazo, sin embargo, dificultan la resolución en el largo plazo. La puntuación mínima de esta categoría es de 12 y la máxima es de 48 y se obtiene al sumar las subescalas; negación, humor, autodistracción, autoinculpación, desconexión y uso de sustancias. Es deseable obtener puntuaciones BAJAS en esta categoría

Con base en los resultados de la aplicación del instrumento, se orienta el desarrollo del proceso de intervención y acompañamiento el cual busca desarrollar el ciclo de generación de estrategias de afrontamiento. Desde el SISVECOS se abordarán las fases relacionadas con las estrategias centradas en la solución de problemas y desde los equipos MAS Bienestar en tu Hogar se retoma y da continuidad al proceso con el desarrollo de las estrategias de regulación emocional (Fases 3, 4, 5, 6 y 7).

Es importante que durante las intervenciones se explore la presencia de riesgos en salud mental relacionados con la persistencia de ideas intrusivas de muerte.

El proceso se desarrollará en un máximo de cuatro sesiones, en las cuales se implementarán las fases de la estrategia, estas fases no se conciben como lineales o consecutivas, sino que deberán ajustarse (al igual que la frecuencia de las sesiones) a las necesidades identificadas en cada familia abordada; esta estrategia se detalla a continuación:

Confróntate 7 es una estrategia de acompañamiento y asesoría en salud mental dirigida a las familias y personas notificadas a SISVECOS o SIVIM a quienes se les ha identificado algún riesgo relacionado con su estabilidad emocional o su salud mental; posibilitando el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento para hacer frente a eventos estresores o sucesos vitales que vivencian, generando herramientas que permitan mejorar sus competencias y habilidades protectoras de la salud mental para enfrentarlos, mitigarlos y superarlos. El centro de la intervención es la familia y su fortalecimiento y adaptación como red de apoyo para el desarrollo de acciones que favorezcan el mantenimiento de su salud, la inclusión social, el fortalecimiento de las redes sociales de apoyo o la identificación de riesgos e intervención temprana en salud mental; en ese sentido la intervención no es de carácter clínico ni terapéutico, sino que se convierte en una acción colectiva complementaria a las intervenciones contenidas en el Plan de Beneficios de Salud

Según Lazarus y Folkman (1984, citado por González, Montoya, Casullo y Bernavéu, 2002) el afrontamiento hace referencia a esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para manejar las demandas internas y/o externas evaluadas como algo que agota o excede los recursos personales. Estos esfuerzos son continuamente cambiantes y están determinados por la persona, el ambiente y su interacción.

Las estrategias de afrontamiento, según Lazarus y Folkman (1984) comprenden aquellas estrategias centradas en la solución de problemas y las centradas en la regulación emocional, las cuales no necesariamente se realizan de manera lineal ni cíclica, sino que su abordaje se puede dar de acuerdo con las necesidades identificadas en la familia en cada intervención.

Estrategias centradas en la solución de problemas (Fase 1 y 2): Son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.

1. **Fase de Confrontación:** Ante un mismo suceso potencialmente estresante las personas y familias presentan reacciones muy diversas, de esta manera la confrontación hace referencia a la importancia de hablar del problema, para lo cualse invitará a la familia a generar un espacio de conversación cálido, ameno, tranquiloy confidencial tanto con la persona afectada como con la participación de los miembros de su núcleo familiar. Este diálogo estará encaminado a conocer el significado que se ha dado a la situación problemática, las circunstancias que desencadenaron el riesgo y la forma como la familia lo ha afrontado hasta la fecha.

2. **Fase de Planificación:** Comprende la identificación y construcción de herramientas para solucionar el problema. El profesional podrá determinar el uso de herramientas previamente aprendidas como medio para el desarrollo de la sesión.

- Explorar la comprensión del caso que permita identificar cuál es la situación actual y qué se desea alcanzar.
- Explorar las redes de apoyo familiar, social e institucional.
- Invitar a crear alternativas de solución, lo cual incluye conocer las situaciones que le pueden generar riesgos.

Estrategias de regulación emocional. (Fases 3, 4, 5, 6 y 7): Son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

3. **Fase de Aceptación:** Hace referencia a la identificación y movilización de riesgos ambientales, familiares o bio-psico-sociales que influyen, propiciando espacios que permitan reconocer y aceptar el papel que cada miembro de la familiaha tenido en cuenta el origen del evento o problema, así como las acciones que hacen que éste se mantenga. Invita a la persona y a la familia a ampliar la mirada respecto a la vida. Busca que se movilicen representaciones frente a la ausencia de dolor, problemas, ansiedad o preocupaciones, las cuales podrán aparecer durante la vida

4. **Fase de Distanciamiento: Busca que las familias identifiquen reacciones emocionales observando las experiencias desde una nueva perspectiva, buscando que mediante el distanciamiento se genere autorreflexión para apartarse del problema (no pensar en el problema o evitar que le afecte en su vida). (Nota: el profesional debe contar con la capacidad de realizar la estabilidad emocional del caso dado que en esta Fase es posible que se presenten recaídas, esto incluye la intervención en crisis).**

- Minimizar el significado de la situación: Desde un proceso cognitivo invita a no recordar, mostrar indiferencia ante la situación, alejarse y evitar el sufrimiento.
- Estabilidad emocional: Aborda diferentes herramientas que inviten a considerar que las situaciones desde la mirada externa posibilitan la regulación de las emociones para conducir nuevas estrategias de afrontamiento.

5. Fase de Autocontrol: Hace referencia al uso de habilidades individuales y familiares que permiten controlar sentimientos y respuestas emocionales desde la capacidad de regular la intensidad, la frecuencia o duración partiendo de generar recursos propios de manera que la familia conozca cómo enfrentar las situaciones estresores futuras sin que se vuelva a desencadenar riesgos.

Uso de técnicas para el control de emociones y expresión de sentimientos: Entre las técnicas se encuentran: a) Respiración profunda y rítmica b) ensayo emocional. c) Expectativa positiva (puede ser utilizada desde un diario personal) d) Manejo del estrés

6. Fase de Escape/Evitación: Trabajada a partir de identificar posibles mecanismos de respuesta para alejarse del problema, buscando que se reflexione acerca de las circunstancias que desencadenaron el evento específico, así como los elementos que se pueden modificar para evitar que persista.

- Manejo de comportamientos para apartarse del problema: Se invita a no pensaren él problema y generar respuestas que viabilicen evitar que afecte la vida y funcionalidad de la familia.
- Confrontación para conocer cambios: Se trabaja a partir de identificar comportamientos que persisten o se han transformado de acuerdo con el evento y desencadenante que lo generó. Adicionalmente se darán herramientas de regulación emocional para la vida diaria explorando en la siguiente sesión como se han dado cambios positivos.

7. Fase de Reincidencia o revaluación positiva: Se refiere a la preparación anticipatoria en caso de que se vuelve a presentar el evento y se interviene desdelas sesiones anteriores donde es posible puntualizar tanto con la persona como conla familia, las estrategias, pasos o rutas a seguir en caso de volver a presentar factores de riesgo que posibiliten que se desencadene nuevamente el problema. Es recomendable hacer compromisos, acuerdos, pactos o convenios que queden por

escrito y visibles en su vivienda, con el fin de que sean herramientas de fácil acceso individual y de uso familiar.

Durante las estrategias de regulación emocional se puede incluir:

- Manejo de reacciones: Por ejemplo, el miedo, la culpa, la impotencia.
- Verbalizaciones y silencios: Reconocer la narrativa de la situación de riesgo(verbal y no verbal).
- Educación en formas de prevención: Contención a nivel familiar y manejo de herramientas para vinculación familiar en una situación de riesgo individual.

A continuación, se presenta una propuesta de abordaje por fases, la cual podrá ser modificada según los requerimientos específicos de cada caso:

Tabla 12. Abordaje por fases

Sesión	Actividad
Sesión 1 **Identificación de riesgos**	Apertura del caso, reconocimiento de los antecedentes, identificación de la estructura familiar, roles y relaciones establecidas al interior de la familia. Aplicación de APGAR Familiar Aplicación del instrumento COPE 28 para explorar estrategias de afrontamiento actuales. Aplicación de tamizajes de apoyo para la identificación de factores de riesgo en salud mental; Zung (depresión) Hamilton (ansiedad), SRQ O RQC y Riesgo Psicosocial (SDS). Teniendo en cuenta la edad como criterio de aplicación. Concertación del plan de bienestar, objetivo y alcance del acompañamiento psicológico a realizar a partir de resultados de instrumentos aplicados. Acciones de Educación para la Salud, con el propósito de fortalecer factores protectores para la salud mental y capacidades familiares. Realizar proceso de agendamiento de acuerdo con necesidad para acceso a respuesta complementaria.
Sesión 2 **Fase 3: Aceptación** **Fase 4: Distanciamiento**	Fortalecimiento de estrategias de regulación emocional: Exploración de estrategias de afrontamiento actuales y orientación de la intervención a partir de los resultados del COPE 28 dando continuidad al proceso de regulación emocional desde la fase de Aceptación y distanciamiento. Continuidad al proceso de regulación emocional desde la fase de distanciamiento. Si por criterio profesional se considera que la familia cuenta con herramientas y red de apoyo que hayan posibilitado permanecer emocionalmente estable, esta sesión podrá desarrollarse de manera virtual.

Sesión	Actividad
	Valoración de riesgos y seguimiento del tratamiento o proceso de atención por parte de la EPS.
Sesión 3 **Fase 5 Autocontrol** **Fase 6 Escape / evitación**	Fortalecimiento de estrategias de regulación emocional: Continuidad al proceso de regulación emocional partir del trabajo de herramientas tendientes a facilitar procesos de autocontrol Continuidad al proceso de regulación emocional partir del trabajo de herramientas para establecer mecanismos para alejarse del problema: fase de escape/evitación. **Esta sesión se desarrollará de manera remota, con previa evaluación de herramientas y red de apoyo que hayan posibilitado permanecer emocionalmente estable.**
Sesión 4 **Fase 7 Reincidencia y cierre.**	Fortalecimiento de estrategias de regulación emocional a partir del reconocimiento de elementos que permitan hacer frente a la situación en caso de que se vuelva a presentar: fase de reincidencia. Para esta sesión se debe hacer énfasis en el apoyo social generando el refuerzo positivo a la persona y a la familia mediante los factores o situaciones protectoras que disminuyen el riesgo e invita a reflexionar conjuntamente frente a los posibles aspectos positivos que el problema haya permitido identificar en la persona y la familia, de manera que se conviertan en adelante en factores protectores. Como acción final en esta sesión se realizará un ejercicio conversacional con el usuario y su grupo familiar que permita la identificación de las estrategias trabajadas, su aplicación en la vida cotidiana y reforzando las estrategias pertinentes que den respuesta a las necesidades identificadas durante este. Como cierre de la intervención se debe realizar la aplicación del COPE 28 (Post test), balance y cierre. Se realiza balance del proceso, a través de la aplicación de tamizajes Zung (depresión) Hamilton (ansiedad). Teniendo en cuenta la edad como criterio de aplicación.

Nota 1. En el marco de la presente estrategia y considerando la prioridad de los eventos asociados a conducta suicida, para aquellos casos en los que, debido al estado emocional del usuario, se requiera la solicitud de servicio de ambulancia, se efectuará el reconocimiento de dos (2) unidades equivalentes a cuatro (4) horas de intervención profesional.

Este reconocimiento estará condicionado al registro de las acciones realizadas, esto garantizando dos (2) seguimientos en el sistema de información correspondiente, en los cuales se deberá detallar de manera técnica y cronológica las acciones desarrolladas por el profesional de psicología para la estabilización de la condición emocional del usuario,

incluyendo valoración inicial, intervención en crisis, contención emocional, activación de ruta y coordinación del traslado, según corresponda.

1.7.4.13. Estrategia Fortalecimiento de las Pautas de Crianza

Criterios de priorización:

La estrategia se establece para brindar orientaciones y apoyo a las familias que tienen niños, niñas y adolescentes, con el fin de construir herramientas que posibiliten generar factores protectores en las familias y promover estilos de crianza positivos y asertivos. Se dispondrá de profesionales universitarios o especializados en psicología clínica, para el abordaje y seguimiento de las familias remitidas desde SIVIM con investigación epidemiológica de campo efectiva y que cumplan los siguientes criterios:

Profesionales Universitarios:

- Maltrato infantil reiterado en niños, niñas y adolescentes (17 a, 11 m, 29 d)

Profesionales especializados:

- Maltrato infantil reiterado con presencia de Violencia sexual ejercida en niños, niñas y adolescentes

Desarrollo de la estrategia:

Parte de la Identificación de riesgos integral que se lleva a cabo en la primera sesión, la cual constituirá la oportunidad para recolectar la información necesaria que permita identificar riesgos y generar el insumo principal para su gestión; debe partir del reconocimiento de la dinámica familiar, desde la aplicación de herramientas de identificación (Tamizajes, Apgar familiar), las comprensiones que se han construido en torno a los eventos estresores que les aquejan, las consecuencias, reacciones y situaciones manifiestas, así como los comportamientos que indican necesidad de intervención familiar.

Teniendo en cuenta lo anterior, el proceso de intervención adelantado debe buscar que los padres o cuidadores reconozcan el estilo de crianza que se está llevando a cabo y se construya de manera conjunta con ellos el desarrollo de estrategias y herramientas que permitan una crianza positiva basada en el estilo democrático para el establecimiento de normas, el fortalecimiento del vínculo afectivo, el manejo de emociones y de comportamientos. Lo anterior reconociendo la cultura, creencias e historia familiar.

De esta manera, la intervención deberá permitir la revisión de las situaciones concretas en las familias buscando que ésta posibilite la ayuda a la familia mediante el establecimiento de alternativas de solución a las mismas. Es importante acercarse a la familia de manera respetuosa, sin revictimizar, buscando realizar una lectura de contexto amplia que permita orientar el proceso. Para abordar a los niños y niñas genere espacios en los que se fortalezca su autoestima y se minimice la inseguridad que genera haber

vivenciado situaciones de maltrato. Establezca espacios en los cuales se resignifiquen dichos momentos y se fortalezca su seguridad. Es importante que los niños/as sientan que no están solos, que las situaciones vividas no son su responsabilidad y que pueden generar herramientas para fortalecerse.

Lo anterior, se desarrollará en un máximo de cuatro sesiones, en las cuales se implementarán las fases de la estrategia, estas fases no se conciben como lineales o consecutivas, sino que deberán ajustarse (al igual que la frecuencia de las sesiones) a las necesidades identificadas en cada familia abordada.

La estrategia de fortalecimiento de pautas de crianza es un proceso de acompañamiento y orientación psicosocial dirigido a familias con niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de algún tipo de violencia, con el fin de construir herramientas que posibiliten fortalecer factores protectores en las familias, promover estilos de crianza positivos, realizar seguimiento a la ruta de atención a las violencias dispuestas en el distrito y construir nuevas formas de relacionamiento a nivel familiar, partiendo del reconocimiento de los estilos de crianza y orientando a la familia a la adopción de estilos democráticos, respetuosos y amorosos.

Las pautas de crianza son entendidas como la forma en que los padres, madres y adultos cuidadores orientan el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, transmiten valores, normas y creencias y facilitan su incorporación en el grupo social (Cuervo,2009). En ese sentido las pautas de crianza abarcan una gran cantidad de elementos relacionados con experiencias de vida, formas de leer la realidad, sentir, pensar, comportarse y relacionarse consigo mismo y con el entorno; que llevan a determinar el manejo de las emociones y los estilos que se tienen para asumir un rol ante los niños, niñas y adolescentes que se están criando (autoritario, democrático, indiferente, etc). En ese sentido la intervención busca identificar las prácticas de crianza y orientar a las familias hacia su mejoramiento como elemento de prevención de cualquier tipo de violencia en contra de los niños, niñas y adolescentes.

La evidencia ha demostrado que existe una relación entre los riesgos psicosociales de los padres, madres y cuidadores (estrés, depresión, etc) y la forma como se relacionan con los niños, niñas y adolescentes, ya que se afecta de manera negativa las pautas de crianza generando agresividad, rechazo y desconocimiento de las consecuencias sobre el desarrollo emocional y social de la infancia.

La intervención se debe fundamentar en fomentar un trato basado en el respeto y el amor, poniendo en práctica tres elementos mínimos fundamentales (Save the Children, 2012):

- *Conocer y entender a los niños*: cómo sienten, piensan y reaccionansegún su etapa de desarrollo
- *Ofrecer seguridad y estabilidad*: los niños tienen que confiar en suspadres y madres, sentirse protegidos y guiados.

- *Dialogar*: optar por la resolución de los problemas de manera positiva,sin recurrir a castigos físicos y humillantes.

Esas prácticas de crianza se deben ir adaptando y transformando de acuerdo con la edad, la cantidad de hijos y el contexto social y familiar en el cual se desarrollan; sin embargo, el común denominador debe ser el reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos activos, cuyos derechos deben ser conocidos y garantizados. El desarrollo de las pautas de crianza debe siempre buscar generar y fortalecer el vínculo afectivo seguro y generar autonomía.

Según Izzedin-Bouquet & PachajoaLondoño (2009) citados por Jorge y González, (2017), los estilos de crianza se definen como los conocimientos, actitudes y creencias que los padres asumen en relación con la salud, la nutrición, la importancia de los ambientes físico y social y las oportunidades de aprendizaje de sus hijos en el hogar.
Teniendo en cuenta lo anterior, se define una clasificación de tipologías en los estilos de crianza, a saber:

- Estilo Autoritario: Se da mayor valora a la obediencia, la dedicación a las tareas marcadas, la tradición y la preservación del orden. Favorecen las medidas de castigo o de fuerza y están de acuerdo en mantener a los niños en un papel subordinado y en restringir su autonomía. Existe falta de comunicación y de afecto ya que prevalece el control, la obediencia, las críticas y las exigencias de madurez. En este estilo los padres son extremadamente estrictos e intransigentes y exigen obediencia total, buscando que sus hijos o hijas se ajusten a un patrón de conducta.

Este estilo autoritario crea una distancia entre padres e hijos provocando que los niños o niñas sean menos cariñosos, inseguros, descontentos y,en algunos casos, pueden ser retraídos. Pueden tener baja autoestima y generalmente no aprenden a pensar por sí mismos ni comprender por qué sus padres exigen ciertos comportamientos. Asimismo, les falta autonomía personal y creatividad, tienen menor competencia social y genera niños descontentos, reservados, poco tenaces a la hora de perseguir metas, poco comunicativos y afectuosos. Además, tienden a tener una pobre interiorización de valores morales.

- Estilo permisivo: Proporcionan gran autonomía al hijo siempre que no seponga en peligro su supervivencia física. Su objetivo fundamental es liberarlo del control y evitar el recurso a la autoridad, el uso de las restricciones y castigos. No son exigentes en cuanto a las expectativas de madurez y responsabilidad en la ejecución de las tareas. Los padres son tolerantes, llegando a autorizar casi todo. No exigen mucho a sus hijos o hijas, y les permiten que sean ellos mismos quienes controlen sus propias acciones. Muy rara vez aplican el castigo, establecen pocas reglas y no las hacen cumplir de manera uniforme. En general son padresque tratan de no estar atados a una rutina, ya

que desean que sus hijosse sientan libres. Los progenitores no son muy controladores ni exigentes. No exigen responsabilidades, orden y permiten organizarse por sí mismos, no estableciéndose normas que estructuren la vida habitual del niño o niña. Uno de los problemas que presenta el estilo permisivo consiste en que los padres no siempre son capaces de marcar límites a la permisividad, pudiendo llegar a producir efectos socializadores negativos en los niños respecto a conductas agresivas y el logro de independencia personal. Aparentemente, este tipo de padres forman niños alegres y vitales, pero dependientes, con altos niveles de conducta antisocial.

- Estilo democrático: Este estilo de crianza se caracteriza por estar asociado con la disciplina inductiva, promoviendo la comunicación y al razonamiento detrás de sus conductas. Los padres motivan a sus hijos o hijas a valerse por sí mismos y se respeta la individualidad de estos, así como también se respeta su personalidad y sus intereses, permitiendo establecer valores y lazos de disciplina. Parten de una aceptación de losderechos y deberes propios, así como de los derechos y deberes de los niños. Los padres de este estilo educativo tienden a dirigir las actividadesdel niño de forma racional. Es un modelo que se caracteriza por la comunicación bidireccional y un énfasis compartido entre la responsabilidad social de las acciones y el desarrollo de la autonomía eindependencia en el hijo.

Múltiples estudios han demostrado la relación de los estilos de crianza con el rendimiento académico, la agresividad, la conducta prosocial, el desarrollo de empatía, autocontrol y el desencadenamiento de riesgos específicos como la hiperactividad o la depresión en los niños y niñas.

Teniendo en cuenta lo anterior, el proceso de intervención adelantado debe buscar que los padres o cuidadores reconozcan el estilo de crianza que se está llevando a cabo y se construya de manera conjunta con ellos el desarrollo de estrategias y herramientas que permitan una crianza positiva basada en el estilo democrático para el establecimiento de normas, el fortalecimiento del vínculo afectivo, el manejo de emociones y de comportamientos. Lo anterior con reconociendo la cultura, creencias e historia familiar.

En ese sentido, se sugiere el abordaje teórico práctico de las siguientes temáticas:

Generación de vínculos afectivos: Se sugiere buscar que la familia resignifique el evento que generó la notificación y genere cambios tendientes a la protección y cuidado de niños, niñas y adolescentes. El maltrato infantil conceptualmente se entiende como toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere en su desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores son personas del ámbito familiar. Todos los subtipos de maltrato dan lugar a diversos trastornos de la conducta emocional, social, delictiva o de la conducta sexual, consumo de drogas ilegales o ideas suicidas. Brindar este tipo de información a las familias facilita

su proceso de reflexión y análisis frente a las pautas de crianza nocivas que se están teniendo. La génesis del maltrato no se explica por la presencia de un solo factor de riesgo, se explica más bien por la existencia de una acumulación de factores de riesgo que deben develarse con la familia para poder modificarlos o intervenirlos.

Hay que manifestarles que es normal que tengan miedo, que estén preocupados y que pueden buscar ayuda. Incentive el uso de la línea 106 a través de sus diferentes canales de atención.

Realice una lectura de los vínculos y las relaciones al interior de la familia, las formas de comunicación y el manejo de los roles. Esto ayuda a orientar la implementación del plan familiar.

Es prioritario que en cada una de las sesiones el profesional realice valoración del riesgo en salud mental y verificación de la atención en salud mental de parte del prestador de servicios de salud en el marco de las Rutas Integradas de Atención en Salud, así como seguimiento a la ruta de atención intersectorial de acuerdo con las entidades a las cuales haya sido remitido el caso.

Se debe garantizar un proceso de articulación y comunicación constante con SIVIM, de manera que, si durante el proceso de intervención se presenta nuevamente una notificación por violencia hacia el niño, niña o adolescente, se informe de inmediato al profesional de espacio de manera que se suspenda la intervención y se activan medidas de protección necesarias.

Manejo de emociones y sentimientos: Ayude a la familia a manifestar emociones y sentimientos de manera asertiva. Muchas veces las frustraciones de los adultos se reflejan en el trato con los niños y niñas. Los investigadores señalan que cuando los padres están muy enojados castigan más seriamente y son más propensos a ser verbal y/o físicamente abusivos con sus niños, por lo cual se deben generar estrategias de autocontrol.

Promueva en la familia prácticas de buen trato, las manifestaciones de cariño (a través de abrazos, gestos, palabras) son fundamentales y el contacto físico mediado por el respeto y el amor.

Motive a la familia a compartir momentos y situaciones cotidianas con los niños/as, a jugar (a través del juego se afianzan lazos, se genera confianza, se fortalece la comunicación y se pueden fomentar valores) y a crear espacios de compartir.

Establecimiento de normas: Resalte a la familia que para establecer normas y límites se debe partir de la base de contar con una buena comunicación, basada en principios de respeto y asertividad. Las normas deben establecerse de forma coherente y concreta, con frases cortas y órdenes precisas. Esto hace que sea más claro y entendible para los niños y niñas.

Todos los miembros de la familia deben tener claro que las normas se establecen porque son útiles para la convivencia familiar, el bien común; deben tener un motivo e ir acompañada de una explicación clara, tanto para el adulto, como para el niño y es importante asegurarse que este último las comprende.

En ocasiones la familia puede mediar con los niños para que en su proceso de formación de la autonomía puedan tomar ciertas decisiones (con qué vestirse, cómo peinarse, qué jugar, etc.) y es bueno involucrar a los niños en ello, sin embargo hay casos en los que es necesario establecer un límite, y allí es necesario que la familia comprenda que para establecer límites se debe emplear un tono de voz firme (no grito), un gesto serio en el rostro (no amenazarte) y un acompañamiento para seguirlo sin llegar a ser autoritarios.

El profesional de piscología puede hacer uso de técnicas como el modelamiento o el moldeamiento para fomentar el desarrollo estas habilidades. En torno a las normas a los niños les resulta más fácil de comprender y son más receptivos frente a lo que “SI” deben hacer, por lo cual se debe buscar que la familia adopte prácticas basadas en lo positivo (Por ejemplo, no decir “No grites” sino decir “Habla más bajo”).

Manejo de comportamientos: Es importante que las familias comprendan que lo que se desaprueba son los comportamientos inadecuados, no a los niños. Se debe dejar claro que no se rechaza al niño en su ser y su esencia, sino el comportamiento que tiene frente a determinadas circunstancias (no se debe decir “eres malo”, sino decir “eso que hiciste está mal hecho”).

El vínculo afectivo de los niños con sus padres es fundamental, por lo cual no se puede castigar privando o amenazando con el cariño y el amor que se les tiene (“si hacer eso ya no te quiero”) ya que genera temores e inseguridades.

Las sanciones ante el incumplimiento de una norma deben ser claras, predecibles y proporcionadas. Los niños deben conocer previamente qué consecuencias conlleva el incumplir una norma. Las consecuencias deben ser inmediatas y consistentes y deben

aplicarse con serenidad y tranquilidad (si se deja dominar por la emoción la situación puede salirse de control).

Se pueden enseñar a las familias técnicas de modificación conductual como la economía de fichas o el reforzamiento positivo de conductas deseadas que resultan ser útiles en ciertos casos. Se debe enseñar a hacer "tratos" o "negociar" para establecer una comunicación abierta y comprensiva.

En ninguna circunstancia el castigo físico es una alternativa para corregir comportamientos inadecuados.

A continuación, se presenta una propuesta de abordaje por fases, la cual podrá ser modificada según los requerimientos específicos de cada caso:

Tabla 13. Abordaje por fases

SESION	ACTIVIDAD
Sesión 1 **Identificación de riesgos**	Apertura del caso, reconocimiento de los antecedentes, identificación de la estructura familiar, roles y relaciones establecidas al interior de la familia, aplicación del APGAR Familiar Aplicación de tamizajes de apoyo para la identificación de factores de riesgo en salud mental; SRQ O RQC y Riesgo Psicosocial (SDS). Teniendo en cuenta la edad como criterio de aplicación. Concertación del plan de bienestar, objetivo y alcance del acompañamiento psicológico a realizar a partir de resultados de instrumentos aplicados. Acciones de Educación para la Salud, con el propósito de fortalecer factores protectores para la salud mental y capacidades familiares. Realizar proceso de agendamiento de acuerdo con necesidad para acceso a respuesta complementaria.
Sesión 2 **Manejo de Emociones y Manejo de comportamientos**	Identificación de estilos de crianza en la familia. Exploración de alternativas para la expresión y manejo de emociones con niñas, niños y adolescentes. Promover en la familia prácticas de buen trato, las manifestaciones de cariño (a través de abrazos, gestos, palabras) son fundamentales y el contacto físico mediado por el respeto y el amor. Motivar a la familia a compartir momentos y situaciones cotidianas con los niños/as, a jugar (a través del juego se afianzan lazos, se genera confianza, se fortalece la comunicación y se pueden fomentar valores) y a crear espacios de compartir.

SESION	ACTIVIDAD
	Continuidad en la identificación y reflexión conjunta frente a los estilos de crianza en la familia. Exploración de alternativas para el establecimiento de normas. Establecer normas y límites con una buena comunicación, basada en principios de respeto y asertividad. Las normas deben establecerse de forma coherente y concreta con niñas y niños Seguimiento a la ruta de atención sectorial e intersectorial. Identificación de riesgos en salud mental.
Sesión 3 **Establecimiento de normas.**	Continuidad en la identificación y reflexión conjunta frente a los estilos de crianza en la familia. Exploración de alternativas para el establecimiento de normas. Establecer normas y límites con una buena comunicación, basada en principios de respeto y asertividad. Las normas deben establecerse de forma coherente y concreta con niñas y niños Seguimiento a la ruta de atención sectorial e intersectorial. Identificación de riesgos en salud mental. **Esta sesión se desarrollará de manera virtual, con previa evaluación de herramientas y red de apoyo que hayan posibilitado permanecer emocionalmente estable.**
Sesión 4 **Generación o fortalecimiento de vínculos afectivos.** **Cierre**	Continuidad en la identificación y reflexión conjunta frente a los estilos de crianza en la familia. Exploración de alternativas para la generación o fortalecimiento de vínculos afectivos brindando orientaciones frente a la manifestación de emociones y sentimientos de manera asertiva. Seguimiento a la ruta de atención sectorial e intersectorial. Identificación de riesgos en salud mental. Como acción final en esta sesión se realizará un ejercicio conversacional con el usuario y su grupo familiar que permita la identificación de las estrategias trabajadas, su aplicación en la vida cotidiana y reforzando las estrategias pertinentes que den respuesta a las necesidades identificadas durante este. Cierre de proceso de intervención para valorar avances obtenidos y aplicación de escala Likert

1.7.4.14. Estrategia Apoyo psicológico en casos de duelo

Criterio de priorización:

Se viabiliza el proceso de apoyo psicológico por parte de profesionales especializados en psicología clínica principalmente en casos de duelo por fallecimiento de; personas por suicidio consumado (canalizadas desde SISVECOS), familias sobrevivientes de mortalidad materna, mujeres sobrevivientes de mortalidad perinatal u otros fallecimientos según direccionamiento de nivel central.

Desarrollo de la estrategia:

La Identificación de riesgos integral es el primer momento del psicólogo clínico con la familia para establecimiento de rapoport, facilitar la generación de empatía y realizar una valoración inicial que permita dar cuenta de la Identificación de riesgos de su duelo, el contexto particular en que ocurre, su situación en términos de apoyo social y salud mental (diagnósticos previos), síntomas experimentados, tipo de vínculo con la persona fallecida. Identifique en qué posible etapa del duelo se encuentra a familia y las estrategias que han empleado hasta el momento para manejar la pérdida (¿qué tan efectivas han sido para ellos como familia?), así mismo explore si existen demandas diferentes a la intervención del duelo, con el fin de realizar la derivación o activación de ruta correspondiente

A partir de ello, se concerta el plan de bienestar, donde la intervención psicoeducativa se proyecta como un espacio de encuentro con las familias que han atravesado pérdidas significativas por suicidio, mortalidad materna o muerte perinatal, entre otras, en esta etapa el propósito será concertar con cada núcleo familiar el desarrollo de las sesiones, teniendo en cuenta sus tiempos, dinámicas internas, disposición y necesidades particulares. La participación activa de la familia será fundamental para construir un proceso compartido, en el que se generen acuerdos sobre los objetivos de la intervención y la manera más adecuada de llevarla a cabo.

En este marco, se plantea brindar información clara y comprensible sobre el duelo, reconociéndolo como un proceso natural y único para cada persona. Durante la concertación se explicará que las emociones y reacciones asociadas como tristeza, enojo, culpa, aislamiento o dificultades físicas, forman parte del camino hacia la adaptación. Se enfatizará que las fases del duelo no son lineales y que pueden alternarse o repetirse, de modo que la familia pueda identificar sus propias experiencias sin sentirse invalidada.

La intervención buscará acordar con la familia espacios para la expresión emocional, así como la identificación de factores protectores que fortalezcan su afrontamiento. Entre ellos, se resaltará la importancia del autocuidado, las rutinas básicas de bienestar, la comunicación entre los integrantes y el acceso a redes comunitarias y profesionales de apoyo. Durante este proceso, se invitará a la familia a reconocer conjuntamente los signos de alarma que podrían requerir atención especializada, tales como la prolongación de un duelo incapacitante, la desesperanza extrema o la ideación suicida.

El proceso se desarrollará en un máximo de cuatro sesiones, en las cuales se implementarán las fases de la estrategia; estas fases no se conciben como lineales o consecutivas, sino que deberán ajustarse (al igual que la frecuencia de las sesiones) a las necesidades identificadas en cada familia abordada y teniendo en cuenta los fundamentos técnicos de la estrategia:

Tras la pérdida de un ser querido los seres humanos deben atravesar un proceso psicológico que implica la adaptación emocional y en el cual se ven relacionados factores fisiológicos, cognitivos y comportamentales, entre otros. Este proceso, denominado duelo aplica no solo para la pérdida de personas sino para cualquier pérdida que experimente una persona en su vida, sin embargo, el duelo por muerte es el más relevante por la

potencia con que afecta a la mayor parte de personas. En ese sentido, y con el ánimo de prevenir duelos patológicos, se hace necesario adelantar un proceso de acompañamiento que posibilite a las familias la asesoría y orientación en torno a los ajustes que se deben dar tras la pérdida de un ser querido. En ese sentido se plantea el proceso de apoyo psicológico en casos de duelo para facilitar el acompañamiento a las familias en aras de construir conjuntamente estrategias de afrontamiento ante la pérdida.

Frente a una pérdida, el duelo es la respuesta normal, saludable y esperada de una persona. Dicha respuesta se caracteriza por las emociones y sentimientos que es necesario que el afectado exprese. Cuando se pierde a alguien o algo importante las reacciones no son las mismas en todas las personas. El dolor emocional es ineludible a la pérdida y no implica la presencia de un trastorno mental o del comportamiento. Las reacciones que caracterizan sus diversas etapas contribuyen a amortiguar el impacto emocional provocado por la pérdida (Alejo, 2020).

La salud mental de las personas que atraviesan por una pérdida reviste especial atención, sin embargo, cada persona vivencia el duelo de manera particular y ésta se ve influenciada por las características de la pérdida, los factores individuales, sociales y culturales, por lo cual es importante comprender y facilitar la expresión de sentimientos y el dolor de cada persona generando espacios de escucha y apoyo social respetuosos que no juzguen, no presionen y posibiliten la identificación y gestión de emociones de tristeza, miedo, ira, desesperanza, teniendo en cuenta que la mayoría pueden negarse a creer lo que está sucediendo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

De acuerdo con el modelo aún vigente de la doctora Elisabeth Kübler-Ross (2016) psiquiatra y escritora suizo-estadounidense las etapas del duelo son:

- La negación: Es una reacción habitual inmediatamente después de la pérdida, asimilada con un estado de shock o embotamiento emocional o cognitivo. No siempre implica la negación literal de la pérdida ya que también puede manifestarse de manera difusa.

- La ira: Se caracteriza por sentimientos de frustración e impotencia al no poder controlar las consecuencias de la pérdida, lo cual lleva a experimentar enfado e ira; por lo cual la persona buscará atribuir la culpa de la pérdida a algún factor. Avanzar en el duelo implica gestionar y superar esos sentimientos que se relacionan con intentos psicológicos naturales que buscan mantener el estado emocional y el contexto previo a la pérdida.

- La Negociación: Allí la persona guarda la esperanza de influir de algún modo en la situación, esperando que la vida vuelva a ser como antes, que el ser querido regrese, que se pueda retroceder el tiempo para tener la oportunidad de hacer algo diferente e impedir el desenlace. Esta negociación frecuentemente se

acompaña de culpa, de añoranzas, críticas y cuestionamientos. Se inicia un proceso de “pacto con el dolor” y pueden presentarse síntomas físicos.

- La depresión: En esta etapa se empieza a asumir de forma definitiva la realidad de la pérdida, se trae la visión al presente lo cual trae sentimientos de tristeza y de desesperanza acompañados de otros síntomas típicos de los estados depresivos (sensación de vacío, aislamiento social, falta de motivación, pérdida de sentido). Es de tener presente que la vivencia de estos síntomas no implica la presencia de trastorno depresivo, sino que hace parte de la reacción ante la pérdida.

- La aceptación: Es la llegada al estado de calma asociado a la comprensión de que la muerte y otras pérdidas son fenómenos naturales en la vida humana y en ese sentido es algo inevitable. Se acepta como una realidad permanente el hecho de que el ser querido no se encuentra físicamente (aun cuando esta realidad no guste ni haya acuerdo con ella, se acepta), en ese sentido se aprende a vivir con ella.

Estas etapas del duelo no tienen un tiempo específico o determinado para ser vivenciadas, sin embargo, en ocasiones puede requerir de apoyo terapéutico al no seguir su curso normal. Según Gil, Bellver y Ballester (2008) es conveniente valorar el curso normal del duelo revisando todas las posibles manifestaciones del dolor en términos de duración e intensidad, teniendo presente que todas las personas vivencian el duelo de manera diferente; sin embargo, en términos generales se pueden encontrar las siguientes manifestaciones más comunes:

- Sentimientos: tristeza, angustia, apatía, enfado, ira, culpa, soledad, abandono, impotencia, insensibilidad, extrañeza con respecto a sí mismo o ante el mundo habitual.
- Pensamientos: incredulidad, confusión, preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes, sentido de presencia, alucinaciones visuales y/o auditivas, dificultades de atención, concentración y memoria, distorsiones cognitivas.
- Sensaciones físicas: vacío en el estómago y/o boca seca, opresión en tórax/garganta, falta de aire y/o palpitaciones, hipersensibilidad al ruido, sentido de despersonalización, falta de energía/debilidad.
- Conductas: alteraciones del sueño y/o la alimentación, conducta distraída, aislamiento social, llorar y/o suspirar, llevar o atesorar objetos, visitar lugares que frecuentaba.

A pesar de que se pueden identificar estos elementos como orientadores en el curso de la vivencia del duelo, en ocasiones éste puede no seguir un curso normal generando complicaciones o alteraciones importantes en la vida, lo que se reconoce como un duelo complicado, patológico, anormal o traumático que puede presentar pensamientos de muerte, preocupación con sentimiento de inutilidad, enlentecimiento psicomotor, deterioro funcional o experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida (Gil, Bellver y Ballester,2008). Identificar tempranamente estos síntomas permite viabilizar un proceso terapéutico que necesariamente debe adaptarse a factores como la personalidad, antecedentes, recursos y necesidades percibidas de cada sujeto, dado que cada persona vivencia el duelo de manera diferente.

Con todo el contexto previamente descrito frente a la conceptualización del duelo y sus características, el profesional especializado viabiliza un proceso de acompañamiento a las familias el cual debe darse tras la Identificación de riesgos familiar que permite tener una lectura integral de la familia, establecer objetivos en el marco del plan de bienestar y viabilizar el proceso de acompañamiento, asesoría y psico-educación reconociendo las particularidades del proceso con cada familia. Es así como se sugiere el abordaje de los siguientes elementos en el marco de la intervención los cuales deben ser adaptados a las necesidades identificadas:

Expresión emocional del dolor por la pérdida: reconozca, permita y ayude a la expresión emocional, tristeza, ansiedad, ira, soledad. Las preguntas evocadoras: ¿Cómo sucedió? ¿Dónde estaba cuando paso? ¿Cómo se sintió? ¿cuándo supo? Ayudan a expresar las emociones y sentimientos. Considere múltiples pérdidas o pérdidas recientes. Utilice el parafraseo después de las intervenciones para facilitar el proceso.

Contribuya a reconocer y a expresar los sentimientos y las emociones de quien o quienes atraviesan por el duelo en procura de su re-significación, de que el o los afectados puedan asignar un sentido a sus experiencias emocionales, para que a partir ello se identifiquen las cosas o situaciones sin resolver, las relaciones de dependencia y apego, las diferencias individuales y se empiece a facilitar la aceptación de la muerte del ser querido y aprender a seguir viviendo en un mundo en el que ya no está. Considere una despedida simbólica para ayudar al proceso del manejo del duelo.

Evite hacer uso de expresiones que no resultan útiles para el proceso, por ejemplo:

Sé cómo se sientes, tiene que ser fuerte, esto acabará pronto, sea valiente, resistirá bien

Evalúe la relación familiar: Explore por la relación del fallecido con el entrevistado (puede ser útil el uso del genograma) reconociendo conflictos en las relaciones, tipos de vínculos afectivos, conflictos sin resolver, relaciones de dependencia y apego y diferencias individuales en la expresión del duelo y conduzca a la reflexión de los hechos hallados con los sentimientos expresados.

Evalúe la situación de salud en la familia, indagando acerca de diagnósticos previos en la salud en general y en salud mental en particular, medicamentos formulados, automedicación.

Despedidas simbólicas: los rituales de despedida contribuyen en el proceso de elaboración y aceptación de una pérdida porque se constituyen en una oportunidad del doliente de hacer más real la pérdida y permiten compartir el dolor. (Facilite su planeación y recoja las ideas del doliente o de los dolientes). La labor del profesional es contribuir a su planeación. Estos rituales facilitan el proceso de aceptación. La despedida simbólica puede planearse con el o los dolientes y en ella se consideran sus creencias, su filiación religiosa y por lo tanto es un acto privado, así elegir la fecha del ritual, el símbolo (un objeto a sepultar que represente la pérdida), una oración acompañada de palabras y una carta de despedida reducida a cenizas, la siembra de un árbol en memoria del fallecido, pueden ser ideas para facilitar la despedida simbólica.

Enfoque de solución de problemas: El método estructurado de resolución de problemas debe considerarse como una forma de intervención inicial para ayudar a vivir sin el fallecido.

Este enfoque contempla: 1) Identificación del problema, 2) Análisis del problema, 3) Generación de soluciones viables, 4) Planificación de la solución, 5) Aplicación de la solución y 6) Evaluación y correctivos.

El razonamiento el juicio y la toma de decisiones sobre los problemas más relevantes derivados de una pérdida dolorosa requieren del control preliminar de las emociones por parte del afectado. El uso del enfoque estructurado de resolución de problemas exige como condición básica pero esencial la supresión de acciones para negar la ausencia o posible ausencia del ser querido. De igual manera, un nivel de control emocional mínimo que permita orientar las actividades impulsivas y el desbordamiento emocional resulta necesario para dirigir al o los afectados hacia el análisis y reflexión acerca de la situación según el contexto.

Motive a la familia a realizar un plan de acción sencillo, viable, con la participación activa del o de los implicados de acuerdo con las situaciones que requieren hacerse cargo de manera inmediata y la aplicación del mismo modelo por parte de los dolientes a situaciones de mediano y largo plazo. Acudir a las alternativas de afrontamiento adaptativas que sirvan de apoyo para operar el plan de acción tales como: búsqueda de información y ayuda, delegar o distribuir adecuadamente las tareas, resolución de problemas mediante el modelo aprendido entre otras.

Psicoeducación para el manejo el duelo: Realizar seguimiento a los avances y dificultades en el proceso focalizándose en los ajustes necesarios en el plan sin omitir inquietudes y síntomas que se mantienen en la familia. Oriente a la familia frente a las etapas del duelo y la que atraviesan actualmente, dado que es un proceso que no se resuelve en el tiempo inmediato y deben fortalecer su red de apoyo para hacer frente a la situación.

Se debe facilitar el razonamiento frente a la pérdida y la adopción de estrategias para continuar el curso de la vida manteniendo viva la memoria de la persona que ha fallecido. Identifique la red de apoyo para motivar la empatía, fomentar la resiliencia y promover la ayuda mutua.

En el caso de niños, adolescentes y otras personas vulnerables que han perdido a sus padres o a otro cuidador, oriente frente a la protección, cuidado constante y apoyo que necesitan, en especial soporte social y fomento de la expresión emocional en un entorno de acogida.

A continuación, se presenta una propuesta de abordaje por fases, la cual podrá ser modificada según los requerimientos específicos de cada caso:

Tabla 14. Abordaje por Fases

SESION	ACTIVIDAD
Sesión 1 **Identificación de riesgos**	Apertura del caso, reconocimiento de los antecedentes, identificación de la estructura familiar, roles y relaciones establecidas al interior de la familia, aplicación del APGAR Familiar Aplicación de tamizajes de apoyo para la identificación de factores de riesgo en salud mental; Zung (depresión) Hamilton (ansiedad), SRQ O RQC y Riesgo Psicosocial (SDS). Teniendo en cuenta la edad como criterio de aplicación. Concertación del plan de bienestar, objetivo y alcance del acompañamiento psicológico a realizar a partir de resultados de instrumentos aplicados.

SESION	ACTIVIDAD
	Acciones de Educación para la Salud, con el propósito de fortalecer factores protectores para la salud mental y capacidades familiares. Realizar proceso de agendamiento de acuerdo con necesidad para acceso a respuesta complementaria.
Sesión 2 **Expresión emocional del dolor por la pérdida y Despedidas simbólicas.**	Reconocimiento y expresión de los sentimientos y las emociones de quien o quienes atraviesan por el duelo en procura de su resignificación, para ayudar a asignar un sentido a sus experiencias emocionales. Planeación de despedidas simbólicas a través de diferentes estrategias que permitan realizar cierres y descargas emocionales. Si por criterio profesional se considera que la familia cuenta con herramientas y red de apoyo que hayan posibilitado permanecer emocionalmente estable, esta sesión podrá desarrollarse de manera virtual
Sesión 3 **Enfoque de solución de problemas.**	Identificar problemas que debe afrontar la familia para orientarla en torno a la adopción de estrategias basadas en el enfoque de solución de problemas individuales y familiares y su priorización ante el dolor aún presente. **Esta sesión se desarrollará de manera virtual, con previa evaluación de herramientas y red de apoyo que hayan posibilitado permanecer emocionalmente estable.**
Sesión 4 **Generación o fortalecimiento de vínculos afectivos.** **Cierre**	Orientación frente a las etapas del duelo y la que atraviesan actualmente, dado que es un proceso que no se resuelve en el tiempo inmediato y deben fortalecer su red de apoyo para hacer frente a la situación Como acción final en esta sesión se realizará un ejercicio conversacional con el usuario y su grupo familiar que permita la identificación de las estrategias trabajadas, su aplicación en la vida cotidiana y reforzando las estrategias pertinentes que den respuesta a las necesidades identificadas durante este, realizando comparativo entre el estado al inicio del proceso y el estado actual, identificando mejoras en el proceso de duelo. Se realiza balance del proceso, a través de la aplicación de tamizajes Zung (depresión) Hamilton (ansiedad). Teniendo en cuenta la edad como criterio de aplicación. Cierre de proceso de intervención para valorar avances obtenidos y aplicación de escala Likert.

1.7.4.15. Estrategia Acompañamiento integral en salud para las mujeres.

Criterios de priorización:
Mujeres en los diferentes cursos de vida a las que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses- INMLCF- les aplicó el protocolo de valoración del riesgo de violencia mortal contra mujeres por parte de su pareja o expareja y son reportadas en algún tipo de riesgo (variable, moderado, grave o extremo)

Las hijas e hijos de las mujeres, personas mayores o dependientes que pueden estar expuestas a la misma dinámica de violencia.

Desarrollo de la estrategia:
Esta estrategia es desarrollada por profesional universitario de psicología **y contará con máximo 4 sesiones para la usuaria y 2 adicionales para el al presunto agresor (cuando sea posible y se establezca convivencia), conforme a las necesidades y aceptación de las mujeres en acceder a ellas.**

Está enfocada en el acompañamiento para la prevención, detección, atención y orientación a los casos de las mujeres a las que se aplicó el protocolo de valoración del riesgo de violencia mortal contra mujeres por parte de su pareja o expareja del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses- INMLCF-. y son reportadas en algún tipo de riesgo (variable, moderado, grave o extremo)

La acción va dirigida a la atención integral en salud de las mujeres y sus familias a lo largo de todas las etapas de curso vida, permitiendo el desarrollo de estrategias de afrontamiento, fortalecimiento de redes de apoyo, promoción de la salud, competencias y habilidades de protección, e identificación temprana de riesgos en salud física y mental.

Hace parte de las acciones complementarias a las intervenciones contenidas en el Plan de Beneficios de Salud, enmarcado en seguimientos de primera escucha para la atención, contención y derivación de los casos a otras entidades territoriales de justicia, salud, educación y protección cuando así se requiera. Se fundamenta en los principios de prevención, enfoque de derechos, no revictimización, acceso oportuno a la justicia, confidencialidad, integridad y dignidad humana, así como en la cero tolerancia frente a cualquier forma de violencia contra las mujeres.

Su propósito es servir como guía práctica y operativa para fortalecer:
- Detección temprana de riesgos y señales de alerta de violencias de género.
- Orientación y contención emocional a las posibles víctimas.
- Activación inmediata de la ruta distrital de atención y protección.
- Articulación interinstitucional con la Secretaría Distrital de la Mujer, Comisarías de Familia, Fiscalía, Policía Metropolitana de Bogotá y demás actores competentes.

Todas las víctimas de violencias basadas en género en Colombia tienen derecho a la atención integral en salud física y mental, por lo cual el sector salud debe adelantar las acciones promoción, prevención, atención y restitución de los derechos en salud de las víctimas. “La atención integral en salud física y mental de las mujeres víctimas de violencia y sus hijos e hijas deberá ser garantizada por el Estado…” (Art. 2.9.2.1.1.2, Decreto 1630/2019).

En tal sentido las acciones e intervenciones en salud estarán orientados a la detección, el tratamiento y el seguimiento a las mujeres víctimas y sus familias (hijos hijas y demás familiares) para aportar en la disminución de los efectos de las violencias en su salud física y mental, desde un enfoque interseccional y de género, evidenciando las necesidades en salud y acceso a los servicios.

En esta acción es necesario reconocer cómo se presentan las violencias basadas en género al interior de las familias o en los entornos cotidianos de las víctimas, en el espacio público o en el privado, por su condición de ser mujer, en las que se amenaza, coacciona, controla y/o regula su vida sexual, social o priva, e incluso causar la muerte.

De acuerdo con la Ley 1959/ de 2019, la violencia intrafamiliar es un tipo de violencia física o psicológica, que es ejercida sobre cualquier miembro del núcleo familiar o personas que estén integrados a la unidad familiar doméstica o persona encargada del cuidado. Sin embargo, en concordancia con la Ley 1257/2008 y en el entendido que las violencias contra las mujeres y las violencias basadas en género se presenten al interior de la familia, serán competentes las y los comisarios de familia en reconocer la violencia en el contexto familiar como " toda acción u omisión que pueda causar o resulte en daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, patrimonial o económico, amenaza, agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión que se comete por uno o más miembros del núcleo familiar, contra uno o más integrantes del mismo, aunque no convivan bajo el mismo techo."

Tipos de violencia:

- Violencia física: afectación a la integridad corporal. Golpes, empujones, puños, bofetadas, patadas, quemaduras, ataques con armas, objetos, ácidos u otros
- Violencia Psicológica: insultos, humillaciones, chantajes, manipulación, descalificación, celos, intentos de control, amenazas, control a comportamientos creencias y/o decisiones. Acción u omisión destinada a degradar o controlar.
- Violencia sexual: manoseos o tocamientos, acoso (físico, psicológico, virtual), relaciones u otro acto sexual con su pareja u otras personas (con o sin condón) con miembro viril, con otra parte del cuerpo o con cualquier objeto en contra de su voluntad o con persona puesta en incapacidad de resistir, es decir, bajo el influjo de sustancias psicoactivas o alcohol. Acción que consiste en obligar a una persona a mantener contacto sexual, físico o verbal que anule o limite la voluntad personal.
- Violencia Patrimonial: privación de la administración de bienes, afectación o destrucción a bienes muebles o inmuebles, ocultamiento de bienes de la sociedad patrimonial o conyugal, control sobre el uso del dinero, incumplimiento de obligaciones económicas previamente acordadas, prohibición para el uso de sus pertenencias y documentos personales
- Violencia Económica: Cualquier acción u omisión orientada al abuso económico, el control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica o política. Esta forma de violencia puede consolidarse en las relaciones de pareja, en las familiares, en las laborales o en las económicas.
- Tentativa de Feminicidio: Cuando el agresor lleve a cabo actos de causar la muerte a una mujer, por su condición de ser mujer o por motivos de su identidad de género y la víctima sobreviva al ataque.
- Feminicidio: Quien causare la muerte a una mujer, por su condición de ser mujer o por motivos de su identidad de género. (Ley 1761/15)

Algunos principios claves cuando de abordar mujeres víctimas y en riego de feminicidio son:

- Acción sin daño: entendida como todas las actuaciones realizadas por el personal de salud y acompañamiento psicosocial que deben responder de manera oportuna y pertinente a las necesidades diferenciales de las presuntas víctimas, sin aumentar su riesgo o situación de vulnerabilidad. El accionar debe garantizar que no haya revictimización ni culpabilización.
- Atención diferencial: implica el reconocimiento de las características particulares de cada persona para brindar un acompañamiento adecuado, bajo los principios de no discriminación, equidad y acceso a derechos en igualdad de condiciones. Incluye la activación de rutas específicas según identidad de género, orientación sexual, pertenencia étnica, discapacidad, edad o condición de salud.
- Confidencialidad: Se debe garantizar la reserva absoluta de la información conocida durante la atención, en cumplimiento del derecho a la intimidad personal y familiar, salvo en casos donde esté en riesgo la vida o integridad de la víctima o de terceros, situación en la que se deberá activar de inmediato la ruta legal correspondiente.
- Corresponsabilidad: Reconoce el papel fundamental que cumplen las instituciones del Estado, las redes de apoyo comunitarias y las propias víctimas en la prevención y atención de las violencias basadas en género, incluyendo el feminicidio. Implica la activación coordinada de protocolos y rutas institucionales y oficiales.
- Debida diligencia: Supone la implementación inmediata de acciones preventivas y de protección, conforme al marco normativo nacional y distrital, para garantizar el derecho de las mujeres a vivir libres de violencias, prevenir el feminicidio y proteger a las personas OSIGD frente a la discriminación.

Líneas de atención clave en Bogotá

- Línea Púrpura: 018000112137 / WhatsApp 3007551846
- Policía Nacional – Línea 123
- Comisarías de Familia (por localidad)
- Línea Calma: 018000423614 – Línea 106 (para hombres)
- ICBF – Línea 141

En el marco de la acción para el acompañamiento en la prevención, detección, atención y orientación a los casos reportados en riesgo de feminicidio desde la base de INMLCF, se fundamentará en:

- Atención Integral en Salud para las mujeres y sus familias en la identificación de riesgos en salud física y mental.
- Evaluación de necesidades en salud, nutrición, vacunación, educación, y sociales de las mujeres y sus familias.
- Riesgos psicosociales que aumenten las condiciones de vulnerabilidad de la víctima.

Las mujeres identificadas en riesgo alto de feminicidio están tipificadas en la base de datos del INMLCF, entendiendo de esta manera que las víctimas ya son atendidas por los servicios de acceso a la justicia y presentan algún tipo de medida de protección para garantizar su seguridad. No se trata que en el primer contacto no se indague en la Identificación de riesgos sobre los temas de violencia, solo que las mujeres víctimas no tendrán el conocimiento que los equipos Más bienestar a tu hogar saben que se encuentran en estas bases de datos, y que las visitas de estos equipos hacen parte de la restitución de sus derechos, mediante la atención integral en salud a las víctimas de

violencia, que busca abordarlas para brindar la atención en salud adecuada y disminuir sus secuelas de manera oportuna.

Partiendo de estos postulados, el proceso inicia con la Identificación de riesgos que es adelantada por el profesional de enfermería, quien deberá contar con sensibilidad frente al tema, con experiencia y capacidades instaladas para su manejo.

Para el proceso de Identificación de riesgos de las condiciones de salud de las mujeres y sus familias es preciso tener en cuenta las siguientes acciones:

- Elaborar un plan de bienestar claro que evidencie las necesidades y vulnerabilidades individuales y familiares.
- Sí la mujer víctima vive con su compañero entrevistarla sola sin la presencia de su pareja.
- Permitir que la víctima narre su historia escuchando atentamente lo que tiene que decir.
- Evitar emitir juicios de valor, brindar comprensión y calidez en el trato.
- Si en medio de la entrevista narra nuevos hechos de violencia, notificarlos y brindar la orientación necesaria para acceder a la ruta de atención en salud y justicia para mujeres en riesgo de feminicidio.
- En caso de que haya niños, niñas, adolescentes, adultos mayores o personas en condición de discapacidad en el hogar y dependan de la mujer víctima, explorar si estos han sido víctimas de maltrato.

Se realizarán preguntas orientadoras que permitan establecer la continuidad de los eventos de violencia y permitan la confianza de narrar la situación de vulnerabilidad.
Algunos ejemplos para abordar la violencia y sus manifestaciones son (Ministerio de Salud, Guía de Atención a la mujer maltratada):

- Muchas mujeres experimentan algunos tipos de abusos físicos, como ser maltratadas o golpeadas, ¿Usted ha tenido que pasar por esto?
- ¿Su pareja alguna vez la ha maltratado o la ha tratado mal físicamente?
- ¿Usted se siente segura en la casa?

Si durante el acompañamiento se llegan a encontrar factores de riesgo que aumentan el riesgo de feminicidio, se debe direccionar el caso a los servicios de acceso a la justicia o salud según lo requiera.

Algunos factores de riesgo son:

- El agresor ha violado la medida de protección y se han presentado nuevos hechos de violencia en contra de la mujer o en su familia.
- Ha amenazado con hacerle daño a ella o a su familia (hijos/as, personas que estén a su cuidado, mascotas).
- Conducta suicida en la víctima o en sus hijos/as o familiares que convivan y dependan de la mujer en riesgo de feminicidio.
- El agresor tiene acceso o uso de armas de fuego.

En hogares donde ya se conoce que existe riesgo de feminicidio, el profesional de psicología deberá observar e indagar de forma indirecta aspectos clave de la situación social, de salud y psicosocial, sin generar algún tipo de confrontación o alerta. Para ello tenga en cuenta las **Señales de Alerta en el contexto (el hogar)**:

- Condiciones de vivienda: hacinamiento, falta de privacidad, acceso restringido a ciertas áreas.
- Estado emocional de la víctima: llanto frecuente, mirada evasiva, nerviosismo, cambios abruptos de ánimo.
- Restricción en el uso del celular, redes sociales o salidas del hogar.
- Presencia constante del presunto agresor durante toda la visita.
- Niños/as que manifiestan miedo o se mantienen en silencio excesivo.
- Evidencias indirectas de violencia (ropa rasgada, puertas o paredes dañadas, objetos rotos).

Si la mujer accede a la orientación por psicología este profesional adelantará un proceso de acompañamiento psicosocial en el cual se desarrollen las siguientes acciones orientadas a reconstruir el proyecto de vida individual y familiar y fortalecer habilidades y redes de apoyo familiares y comunitarias.

- Brindar primeros auxilios psicológicos en situaciones de crisis: Los primeros auxilios psicológicos (PAP) son un conjunto de acciones inmediatas y de apoyo, no terapéuticas, que buscan brindar contención y estabilización emocional a una persona que atraviesa una crisis, una situación traumática o de alto estrés. Su desarrollo de fundamenta en ofrecer un espacio seguro, sin juicios, mostrando comprensión, transmitir tranquilidad y asegurar que la persona está en un entorno protegido.

En el marco de este proceso se busca reducir el sentimiento de soledad, angustia o tristeza que genera inestabilidad emocional. Para su desarrollo se debe tener presente que antes de intervenir, se debe evaluar el contexto para garantizar seguridad propia y de la persona, permitir que la persona exprese lo que siente sin presionarla a hablar, facilitar contacto con personas de confianza y servicios de salud o emergencias si es necesario.

Evite en el desarrollo de los PAP forzar a la persona a hablar de lo ocurrido, minimizar o juzgar sus emociones ("eso no es nada", "tienes que ser fuerte"), dar falsas promesas, garantías o generar falsas expectativas ("todo va a estar bien" sin certeza) y abandonar sin asegurar continuidad o derivación si se requiere.

- Generar espacios de escucha activa y contención emocional sin juicios: Esto implica crear un entorno seguro donde la persona pueda expresar lo que siente, piensa o ha vivido, con la certeza de que no será criticada, invalidada ni presionada. Para ello requiere atención plena, es decir, concentrarse en lo que la persona está expresando, intercambiando un lenguaje verbal y no verbal apropiado (asentir, mirar con empatía, usar expresiones breves como “te entiendo” o “estoy escuchando”), parafrasear o hacer devoluciones que permitan que la persona se sienta comprendida (“entiendo

que en este momento te sientas confundida"), hacer preguntas abiertas que inviten a hablar, no a responder con "sí/no" y permitir silencios respetuosos.

La contención emocional permite que la persona vuelva a su estabilidad de una manera tranquila, para ello permita transmitir calma manejando el tono de voz, la postura y la actitud que inspiren seguridad; valide las emociones reconociendo lo que la persona siente sin minimizarlo ("lo que sientes es comprensible dada la situación"), haga saber a la persona que no está sola y que hay alguien disponible en ese momento y ayúdele a recuperar control identificando qué puede hacer aquí y ahora para sentirse un poco mejor.

- Fortalecer competencias socioemocionales y habilidades sociales, principalmente la autoestima, la autonomía y la toma de decisiones: Esto implica trabajar con la mujer para que reconozca, valore y desarrolle capacidades personales que le permitan enfrentar situaciones difíciles, relacionarse de manera más segura y tomar decisiones que protejan su vida y bienestar. En ese sentido se busca trabajar sobre su autoestima para reconocer su valor personal y sus derechos, favorecer una imagen positiva de sí misma, desmontar creencias de inferioridad o culpa que suelen estar presentes en contextos de violencia. Fortalecer su autonomía a través de fomentar su capacidad de tomar decisiones sin depender de la pareja agresora, promover la identificación de recursos propios y externos que le permitan actuar con independencia, impulsar la confianza en su criterio y en su derecho a decidir sobre su vida y su cuerpo. Orientarla en torno a la toma de decisiones brindando herramientas para analizar riesgos y consecuencias de diferentes opciones, acompañar en la construcción de un plan de seguridad (por ejemplo, cómo pedir ayuda, a quién acudir, qué hacer en caso de emergencia) y reforzar la idea de que tiene derecho a decidir y que esas decisiones son válidas.

Es importante poder fomentar este tipo de acciones dado que, en situaciones de violencia extrema o riesgo de feminicidio, la mujer puede sentirse desvalorizada (baja autoestima), dependiente del agresor económica, emocional o socialmente (débil autonomía) o bloqueada o con miedo para tomar decisiones (inseguridad o control externo). Al fortalecer estas competencias, se le brindan herramientas de protección, empoderamiento y resiliencia, favoreciendo su capacidad de romper el ciclo de violencia y buscar apoyos seguros.

- Identificar redes de apoyo cercanas (familiares, amigas, comunidad) y promover su activación: Propicie un espacio seguro y de confianza que permita reconocer qué personas, grupos o instituciones forman parte del entorno inmediato y que pueden representar un sostén emocional y social; por ejemplo familiares (padres, hermanos, hijos u otros parientes significativos), amigas y amigos (vínculos de confianza que puedan brindar compañía y escucha), comunidad (vecinas/os, líderes comunitarios) o instituciones (colectivos, organizaciones sociales, instituciones de salud, grupos religiosos o culturales, etc.).

Una vez identificados promueva su activación facilitando y motivando que esos apoyos se activen de manera real y efectiva, por ejemplo, animar a la persona a contactar a alguien de confianza, ayudar a establecer ese primer contacto ("¿quieres que te acompañe a llamar a tu hermana?"), conectar con servicios comunitarios de salud, apoyo psicológico, orientación legal o grupos de ayuda.

Las 5 sesiones de implementación del plan de bienestar se realizarán en un tiempo máximo tres meses (3 meses); se debe tener en cuenta que no son lineales o consecutivas, sino que deben adaptarse (al igual que la frecuencia) a las necesidades identificadas en cada una de las familias abordadas. A continuación, se describe una propuesta de abordaje, para un hogar donde se realiza abordaje por los dos perfiles del equipo:

Tabla 15. Abordaje por fases

SESION	ACTIVIDAD
Sesión 1 Identificación de riesgos	**Apertura del caso: reconocimiento de las necesidades en salud para la mujer y su familia a nivel individual y familiar de acuerdo con el curso de vida de cada uno de los integrantes de la familia (controles prenatales, anticoncepción, nutrición, vacunación, entre otros.)** **Aplicación de APGAR Familiar y escucha activa** **Aplicación de tamizajes de apoyo para la identificación de factores de riesgo en salud mental; Zung (depresión) Hamilton (ansiedad) y Riesgo Psicosocial (SDS). Teniendo en cuenta la edad como criterio de aplicación.** **Concertación del plan de bienestar, Incluye evaluar alteraciones que están asociadas a la situación de violencia.** **Escucha activa y contención emocional a partir de preguntas orientadoras para que la mujer víctima tome confianza en la intervención, y si se llegara a presentar realizar proceso de intervención en crisis.** **Acciones de Educación para la Salud, con el propósito de fortalecer factores protectores para la salud mental y capacidades familiares.** **Realizar proceso de agendamiento de acuerdo con necesidad para acceso a respuesta complementaria.**
Sesión 2 Fortalecimiento de autoesquemas	**Identificación de la estructura familiar, roles y relaciones familiares.** **Identificación de las alteraciones emocionales derivadas de los hechos de violencia.** **Orientación sobre medidas y recursos emocionales que le permitan protegerse de las repercusiones de la violencia.** **Fortalecimiento de autoestima y autonomía como factores protectores de la salud mental.**
Sesión 3 Toma de decisiones	**Fortalecimiento de las herramientas emocionales individuales y familiares que favorezcan la toma de decisiones.** **Seguimiento a los compromisos establecidos a nivel familiar e individual.** **Esta sesión se desarrollará de manera virtual, con previa evaluación de herramientas y red de apoyo que hayan posibilitado permanecer emocionalmente estable.**

SESION	ACTIVIDAD
Sesión 4 Fortalecimiento de redes de apoyo **Cierre**	**Fortalecimiento de redes de apoyo, familiares, sociales y comunitarias, orientar a la exploración y la participación en grupos terapéuticos de apoyo o círculos de mujeres, para el fortalecimiento de la autogestión y autoestima** **Como acción final en esta sesión se realizará un ejercicio conversacional con el usuario y su grupo familiar que permita la identificación de las estrategias trabajadas, su aplicación en la vida cotidiana y reforzando las estrategias pertinentes que den respuesta a las necesidades identificadas durante este.** **Se realiza balance del proceso, a través de la aplicación de tamizajes Zung (depresión) Hamilton (ansiedad). Teniendo en cuenta la edad como criterio de aplicación.** **Cierre de proceso de intervención para valorar avances obtenidos y aplicación de escala Likert.**

Como acción complementaria al proceso en el caso de la convivencia de la usuaria con el presunto agresor, este último recibirá una intervención que comprende 2 sesiones que estarán guiadas por la misma estructura del proceso; la primera sesión de Identificación de riesgos y la segunda sesión se implementará de acuerdo con la identificación de factores de riesgo, estas sesiones se realizaran en modalidad presencial.

SESION	ACTIVIDAD
Sesión 1 con Presunto Agresor: Identificación de riesgos	**Apertura del caso: reconocimiento de las necesidades en salud para la mujer y su familia a nivel individual y familiar de acuerdo con el curso de vida de cada uno de los integrantes de la familia (controles prenatales, anticoncepción, nutrición, vacunación, entre otros.)** **Aplicación de APGAR Familiar y escucha activa** **Aplicación de tamizajes de apoyo para la identificación de factores de riesgo en salud mental; Zung (depresión) Hamilton (ansiedad) y Riesgo Psicosocial (SDS). Teniendo en cuenta la edad como criterio de aplicación.** **Concertación del plan de bienestar, Incluye evaluar alteraciones que están asociadas a la situación de violencia.** **Escucha activa y contención emocional a partir de preguntas orientadoras para que la mujer víctima tome confianza en la intervención, y si se llegara a presentar realizar proceso de intervención en crisis.** **Acciones de Educación para la Salud, con el propósito de fortalecer factores protectores para la salud mental y capacidades familiares.** **Realizar proceso de agendamiento de acuerdo con necesidad para acceso a respuesta complementaria.**

Sesión 2 con Presunto Agresor: Fortalecimiento de autoesquemas	**Fortalecimiento de redes de apoyo, familiares, sociales y comunitarias, orientando a la exploración y la participación en grupos terapéuticos de apoyo, para el fortalecimiento de la gestión emocional.** **Activación de Rutas para vinculación a procesos complementario.** **Como acción final en esta sesión se realizará un ejercicio conversacional con el usuario y su grupo familiar que permita la identificación de las estrategias trabajadas, su aplicación en la vida cotidiana y reforzando las estrategias pertinentes que den respuesta a las necesidades identificadas durante este.** **Fortalecimiento de autoestima y autonomía como factores protectores de la salud mental.**

El registro de la información deberá realizarse en el formulario oficial dispuesto para tal fin en el aplicativo GTAPS, garantizando el diligenciamiento completo, veraz y oportuno de los datos requeridos. Para el caso de la víctima, el instrumento se identifica con la descripción PSI-V, y para el presunto agresor, con la descripción PSI-A, de conformidad con los lineamientos técnicos establecidos.

Lo anterior tiene como propósito asegurar la trazabilidad de la atención, la calidad del dato, la consistencia en el reporte y el adecuado seguimiento de cada una de las personas intervenidas, en concordancia con los criterios de registro, confidencialidad y gestión de la información vigentes.

NOTA: Para el adecuado desarrollo de la intervención se deberá proporcionar un espacio de seguridad y tranquilidad para la usuaria, este incluye la disposición de un consultorio en la unidad Primaria Resolutiva más cercana al lugar de residencia.

1.7.4.16. Estrategia Adolescentes con MAS Bienestar.

Criterios de priorización:

Adolescentes entre 12 y 17 años identificados en el proceso de abordaje territorial con resultado de APGAR familiar moderado o severo y/o que no están vinculados a actividades laborales o académicas.

Desarrollo de la estrategia:

La estrategia está liderada por los profesionales universitarios en psicología y está dirigida a brindar acompañamiento y orientación en salud mental, prevención de consumo de SPA y derechos y salud sexuales y reproductiva en familias con adolescentes que resultados de APGAR familiar moderado o severo y/o que no están vinculados a actividades laborales o académicas identificados en el proceso de abordaje territorial.

El abordaje del profesional de psicología en los casos en los que se identifica riesgo de consumo de sustancias psicoactivas se desarrolla la estrategia la cual se armoniza con la de *SPAcios breves de bienestar* que hacen parte de la estrategia distrital de prevención de consumo de sustancias psicoactivas en la ciudad y se conforman y validan con base en la *"Estrategia de orientación a jóvenes con consumos iniciales de drogas"*, implementada por la Secretaría Distrital de Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en el año 2012[1], dando respuesta al sistemático incremento del consumo de sustancias psicoactivas en niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Así mismo, se valida su implementación en el Entorno Cuidador Comunitario a partir de la estrategia *"Vincúlate"* en localidades de la ciudad desde el año 2017, posteriormente denominada *"SPAcios de bienestar"* (2024).

De acuerdo con los resultados del III Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia 2022[2], el 51,2% de los menores ha consumido en su vida alguna sustancia psicoactiva. De los niños, niñas y adolescentes encuestados, el 44,8% ha consumido alguna de estas sustancias en el último año y el 34,2% en el último mes. El alcohol es la sustancia que más consumen los escolares, seguido de los cigarrillos electrónicos o vapeadores, el tabaco y la marihuana.

Al considerar la edad de los escolares, se observa un aumento en el consumo de cualquier sustancia conforme se incrementa la edad. La prevalencia más alta se registra en los escolares de mayor edad (17 - 18 años) con un 59%, seguida de los escolares entre 15 y 16 años con un 52,3%. Por otro lado, la menor prevalencia se encuentra entre los escolares más jóvenes (12 - 14 años) con un 33,7%, estas diferencias entre los grupos de edad son estadísticamente significativas. El consumo de cualquier sustancia, visto por grados escolares, muestra un aumento progresivo con el avance del grado escolar, similar a lo que ocurre con la edad.

Por su parte, según el III Estudio Distrital de Consumo de Sustancias Psicoactivas (SDS-UNODC, 2022)[3], en Bogotá el 19,31% de las personas encuestadas, refirieron haber usado alguna droga ilícita al menos una vez en su vida (incluyendo: marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, inhalables, dick, heroína), evidenciándose un aumento del 6,16% con respecto del estudio realizado en año 2016.

El grupo de edad con mayor prevalencia de uso de sustancias ilícitas en el último año es el de 18 a 24 años con el 15,83%, seguido por el grupo de 12 a 17 años con una tasa cercana al 9%. En el estudio, fueron identificadas aproximadamente 161.000 personas con un presunto riesgo por abuso o dependencia de cualquier SPA ilícita que requeriría

[1] Bogotá, Secretaría Distrital De Salud y Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito – UNODC. Estrategia de Orientación y asesoría a jóvenes con consumos iniciales de Drogas. Un Modelo Basado en Evidencia para el Distrito Capital, 2013. Disponible en: https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO1052013_orientacion_jovenes_con_consumos_iniciales_drogas.pdf

[2] Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar. Colombia 2022, Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Educación.

[3] Secretaría Distrital de Salud y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). 2022. Estudio cuya muestra efectiva fue de 10.912 personas entre 12 y 65 años.

una intervención especializada. Entre los adolescentes de 12 a 17 años ya se presentan tasas de abuso y dependencia en un 7,23%. De igual manera, las tasas más altas de consumo de marihuana y cocaína, se presenta en el grupo de 18 a 24 años con una prevalencia del 15,83% y 4,5%, respectivamente.

La edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas adquiere mayor relevancia debido a que diversos estudios han demostrado que la temprana exposición de los niños, niñas y adolescentes al consumo de estas, tiene una mayor probabilidad de evidenciar posteriormente, algunos rasgos de problematicidad.

De otro lado, la ciencia de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas ha identificado un compilado de factores de riesgo y factores de prevención asociados a los diferentes entornos de vida, donde, se recalcan los siguientes para el Entorno Cuidador Hogar:

Tabla 16. Factores de riesgo y factores de protección del consumo de sustancias psicoactivas en el entorno hogar

Entorno	**Hogar**
Factor de protección	• Cohesión y apego familiar • Oportunidades para la implicación de la familia • Supervisión parental de actividades y conductas diarias • Comunicación asertiva al interior de la familia • Posición clara y consistente con relación al consumo de sustancias psicoactivas
Factor de riesgo	• Historia familiar de consumo de sustancias psicoactivas • Relaciones afectivas y comunicación deficientes • Conflictos familiares • Pobre supervisión familiar • Pobre disciplina familiar • Inconsistencia en las normas y manejo familiar • Actitudes favorables hacia el consumo

Fuente: Manual de estrategias de prevención del uso de sustancias psicoactivas. Secretaría Distrital de Salud – Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y El Delito. 2020.

Como parte de las intervenciones de respuesta, desde el nivel de la prevención indicada, la estrategia Adolescentes con MAS Bienestar busca intervenir el consumo inicial de sustancias psicoactivas en la población entre los 12 y 17 años, evitando su tránsito hacia consumos de abuso o dependencia, así como fortalecer factores protectores relacionados con el ejercicio de sus derechos y salud sexuales y reproductiva. Lo anterior, a través de sesiones de consejería breve, individuales y familiares, orientadas hacia el fortalecimiento de factores protectores y la disminución de factores de riesgo, promoviendo prácticas saludables en el entorno y disminuyendo la probabilidad de continuidad del consumo experimental.

La estrategia interviene tanto al (la) adolescente como a su red de apoyo para: a) favorecer la cesación del consumo inicial de sustancias psicoactivas; b) aumentar la

percepción del riesgo de estas y c) disminuir factores de riesgo asociados tanto al consumo de SPA como al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. A partir de la valoración inicial se construye un plan de bienestar que incluye el seguimiento de:

a) El riesgo por consumo de SPA del adolescente.
b) El involucramiento parental entre el adolescente y su red de apoyo.
c) La activación de ruta intersectorial con énfasis en el manejo adecuado del tiempo libre del adolescente.
d) Salud y derechos sexuales y reproductivos

Dicho proceso de valoración y seguimiento se realizará a partir de los hallazgos en la Identificación de riesgos integral donde se utilizarán diferentes técnicas:

1. ***Tamizaje:*** es definido como un conjunto de métodos o instrumentos de alta sensibilidad aplicados sobre una población para identificar eventos que generan alta externalidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015); en esa medida los instrumentos ayudan a detectar la presencia o ausencia de condiciones de riesgo o eventos específicos que afectan la salud y que, para el caso de la intervención se encuentra relacionados con el uso o abuso de sustancias psicoactivas.

La aplicación de la técnica permite:

- Educar y orientar y hacer intervenciones tempranas y oportunas directamente sobre la comunidad.
- Brindar la oportunidad al intervenido de mostrar mayor compromiso con acciones de cambio.
- Ayudar a reducir actividades de riesgo en personas que aún no son dependientes, lo que facilita el cambio y el uso controlado o el no uso.
- Brindar un primer contacto rápido, ágil y eficiente en la medida que se deriva en forma clara y precisa.

Dentro de los tamizajes, se encuentra:

1. CARLOS – CRAFFT: denominado de tal forma como un acrónimo de 6 palabras claves que lo componen: Carro-Amigos-Reconfortarse-Líos-Olvidar-Solo, permite identificar niveles de riesgo en los adolescentes y corresponde a un instrumento de identificación temprana de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (SPA) con incidencia en la salud mental y física de los niños, niñas y adolescentes, sirviendo como una herramienta más que diagnóstica, de identificación de riesgos.

Este es un tamizaje por consumo de sustancias psicoactivas para menores de 16 a 17 años (hasta los 17 años, 11 meses y 20 días) El tamizaje se realizará en el marco de la consejería breve, la entrevista motivacional para el cambio y la psicoeducación.

La escala solo identifica dos categorías dentro del consumo y no identifica patrones de consumo. Con un puntaje positivo se debe hacer entrevista a profundidad y hablar con la familia (núcleo primario) por tratarse de un menor de edad.

Al final de la aplicación y en lo posible de manera conjunta con el usuario, se califican las respuestas. El instrumento permite calcular puntuaciones para las sustancias específicas O para la totalidad de sustancias consumidas, para lo cual es necesario tener en cuenta que para las sustancias específicas se suman las respuestas de la pregunta 2 a 7 dentro de cada droga, y para la totalidad de sustancias se suman las respuestas de la 1 a la 8 para todas las 10 drogas, lo cual arroja un nivel de riesgo global. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011).

La pregunta No 8 que indaga sobre sustancias inyectables se analiza de manera independiente, pues independientemente de la frecuencia con la que se use se considera un alto riesgo para el usuario, por lo cual se debe remitir a una institución especializada. La puntuación arrojada indica un nivel de riesgo de acuerdo con el tipo de sustancias, tal como se muestra a continuación:

Tabla 17. Nivel de riesgo

NIVEL DE RIESGO	**ALCOHOL**	**OTRAS SUSTANCIAS**
Bajo riesgo	0-10	0-3
Riesgo Moderado	11-26	4-26
Alto riesgo	Mayor a 27	Mayor a 27

De acuerdo con el nivel de riesgo identificado se debe dar continuidad a la intervención informando a los usuarios frente a los resultados obtenidos y orientando el proceso. El Abordaje se continua y para los casos con riesgo alto se deberá activar la ruta para la atención correspondiente con la EAPB y realizar el correspondiente seguimiento durante la temporalidad del proceso de intervención.

2. ASSIST – prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias: es una herramienta técnica para ayudar a la identificación temprana de riesgos para la salud y trastornos debido al uso de sustancias en la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeora (OMS, 2010). Es aplicado en menores de 16 años (15 años, 11 meses y 29 días) y cubre la indagación de sustancias como:

   Tabla 18. Sustancias incluidas en la aplicación del ASSIST

Cigarrillo	Alcohol	Cannabis / Marihuana	Cocaína	Anfetaminas
Sedantes	Alucinógenos	Inhalantes	Opiáceos	Otras drogas

Fuente: ASSIST. Test de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias. Organización Panamericana de la Salud. 2011.

Adicional a la aplicación de los tamizajes mencionados se realizará la aplicación pretest (aplicado en primera sesión por psicología); para riesgos altos la notificación al VESPA y activación de ruta de rutas para la población con valoración del riesgo alto por consumo de sustancias psicoactivas y gestantes con cualquier tipo de consumo evidenciado en la intervención.

2. ***Intervención breve:*** la técnica es una consejería de baja intensidad y se centra en modificar la conducta de los adolescentes en relación con la sustancia más frecuentemente usada o la que les causa la mayoría de las dificultades. Busca generar conciencia de la situación actual de salud y de los riesgos que implican los comportamientos o situaciones que se presentan. Se desarrolla en el marco de un proceso conversacional que dura entre 5 y 15 minutos, donde se pueden motivar cambios en las situaciones relacionadas con el consumo para evitar que surja la necesidad de transitar a otros niveles de atención.

La intervención consta de 5 pasos:

- Escuchar y explorar las percepciones y las circunstancias sobre cómo afecta el consumo a la familia.
- Proporcionar información objetiva y relevante sobre las sustancias y sus efectos.
- Identificar los mecanismos naturales de enfrentamiento y analizar sus ventajas y desventajas.
- Explorar el apoyo recibido.
- Canalizar hacia fuentes de ayuda especializada.

3. *Entrevista motivacional:* se basa en el modelo de cambio de conducta desarrollado por Prochaska y DiClemente y proporciona un esquema adecuado para comprender el proceso mediante el cual las personas cambian su conducta, y consideran cuán listas están para cambiar sus hábitos de consumo de sustancias u otros relacionados con el estilo de vida.

La entrevista parte de reconocer la necesidad de cambiar y entender que el cambio no ocurre todo de una sola vez, sino que es algo que normalmente requiere tiempo y paciencia. Las personas generalmente avanzan a través de una serie de “etapas” que comienzan con el reconocimiento de un problema y la consideración de tener que hacer algo para superarlo. Entre las etapas más comunes se consideran: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Es requerido considerar los siguientes principios:

- Expresar empatía.
- Desarrollar la discrepancia (inconsistencia entre las metas y el comportamiento).
- Trabajar la resistencia.
- Apoyar el sentido de auto-eficacia.

4. *Canalizaciones sectoriales e intersectoriales:* se realiza de manera constante a lo largo de la intervención, a demanda de las necesidades de los adolescentes y sus cuidadores, gestionando redes sectoriales e intersectoriales para la atención en salud mental y física, la oferta social, educativa, recreativa, cultural y deportiva de los y las usuarias de la estrategia. Las canalizaciones se realizarán a través del aplicativo del sistema integrado de referencia y contra referencia (SIRC) y registradas en el módulo de derivaciones.

Teniendo en cuenta lo anterior, en la concertación del plan de bienestar se plantea brindar información clara y comprensible sobre los riesgos y consecuencias del consumo de SPA, así como sobre la importancia del ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos. Durante la concertación se explicará que las conductas de riesgo, la desinformación o la falta de acompañamiento pueden generar impactos físicos, emocionales y sociales, por lo que la familia cumple un papel central en la prevención, el cuidado y la toma de decisiones informadas.

La intervención buscará acordar con la familia espacios para la reflexión y el diálogo abierto, promoviendo la identificación de factores protectores que fortalezcan el afrontamiento y la toma de decisiones saludables. Entre ellos, se resaltará la importancia del autocuidado, la comunicación asertiva entre los integrantes, el fortalecimiento de proyectos de vida y el acceso oportuno a redes comunitarias y profesionales de apoyo. Asimismo, se invitará a reconocer conjuntamente los signos de alarma que podrían requerir atención especializada, como el consumo problemático, la violencia sexual, los embarazos no planeados o la exposición a relaciones de riesgo.

Posteriormente, con el desarrollo de las sesiones se busca que el profesional de psicología adelante el seguimiento individual y familiar al plan de bienestar a partir de sesiones para fortalecer factores protectores del adolescente y su red de apoyo familiar. Dependiendo del plan de trabajo inicial, se desarrollarán sesiones orientadas a:

- Entrevista motivacional con el adolescente: se desarrollan estrategias de solución de problemas para aplicar en las situaciones de alto riesgo, favoreciendo un afrontamiento adaptativo. Estas sesiones se realizarán en el marco de la entrevista motivacional y a la luz de los objetivos inicialmente establecidos en el plan de bienestar. El profesional realizará el seguimiento al cumplimiento de objetivos de cambio y pautas y patrones de conductas de riesgo de consumo, manejo adecuado del tiempo libre y fortalecimiento de factores protectores.
- Sesiones familiares: tienen como fin evaluar el conocimiento de los padres y las actitudes personales hacia el uso de drogas, discutir los factores de riesgo y protección en la adolescencia y fortalecer los principios de involucramiento parental. Se realizarán con la madre y/o el padre y/o quien represente la red de apoyo del adolescente, socializando los hallazgos de la valoración inicial y los propósitos del plan de bienestar. Según concertación con madres, padres y redes de apoyo, se definirá un segundo momento de acompañamiento colectivo (o individual, según concertación), con miras al fortalecimiento de competencias parentales, involucramiento parental, relaciones interpersonales, etc.
- Sesiones combinadas con el adolescente y su familia: tienen como objetivo desarrollar herramientas de comunicación e interacción familiar efectiva, así como mejorar las relaciones familiares y promover la responsabilidad y corresponsabilidad en el cambio de la conducta relacionada con el uso de sustancias.

De manera complementaria, se contempla el desarrollo de sesiones socioeducativas para la promoción de la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos buscando potenciar el desarrollo de capacidades y el fortalecimiento de entornos afectivos, comprensivos, respetuosos, protectores y seguros.

Las sesiones socioeducativas se desarrollan mediante acciones educativas participativas y transformadoras a partir de reconocimiento de la salud sexual y a la construcción del sentido de ciudadanía a través del reconocimiento y empoderamiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos, favoreciendo la construcción de conocimientos, capacidades y habilidades para disfrutar de una manera sana, responsable y libre de prejuicios la función placentera de la sexualidad.

La Educación para la Salud se ha definido como un proceso dialógico e intencionado de construcción de conocimiento y aprendizaje que, mediante el diálogo de saberes, pretende construir o fortalecer el potencial de las personas, familias, comunidades y organizaciones para promover la salud, gestionar el riesgo en salud y transformar positivamente los entornos en los que se desenvuelve su vida". (Resolución 518 de 2015). En este sentido la acción de bienestar sesiones socioeducativas educativas desde sexualidad procura un proceso de construcción de conocimiento que orienta al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las persones y las familias, para la promoción de la salud individual y colectiva. Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de sus estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud [4] y el goce de los derechos sexuales y reproductivos posibilitando transformaciones de los sujetos y de sus prácticas para así promover una cultura favorable a la vida, la salud y el bienestar.

De igual manera el o la profesional puede hacer uso de los contenidos técnicos y herramientas disponibles en la plataforma "LiteralMente":
https://literalmente.saludcapital.gov.co/ , ubicada en el sitio web de la entidad que incluye en el marco de las competencias de la entidad contenidos para la promoción de la salud mental, prevención de los problemas y trastornos mentales, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, prevención de las violencias y la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos minisitio SexualMente.
A partir de mensajes claves y en positivo[5] se abordarán los adolescentes y sus familias favoreciendo el ejercicio de la autonomía y la apropiación del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos tales. Es fundamental motivar a los adolescentes a

- Valorar su cuerpo a partir del respeto y la diferencia.
- Afirmar la orientación sexual y respetar la orientación sexual de los demás.
- Disfrutar y expresar la sexualidad durante el transcurso de su vida.
- Expresar su sexualidad de manera congruente con sus propios valores.
- Interactuar con ambos géneros de una manera respetuosa y adecuada.
- Expresa su amor e intimidad en forma apropiada.
- Establecer y mantener relaciones significativas.
- Evitar toda relación basada en la explotación y la manipulación.
- Tomar decisiones con conocimiento de causa respecto a opciones de familia y estilos de vida.

[4] Directrices de Educación y Comunicación para la Salud en el marco de la integración de las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS, Ministerio de Salud, Bogotá D.C Octubre de 2017

[5] Consejo de Educación e Información sobre Sexualidad de los Estados Unidos (SIECUS).

- Mejorar y fortalecer destrezas en las relaciones personales.
- Ser responsables de los propios actos.
- Practicar la toma de decisiones eficaz.
- Comunicarse de manera eficaz con su familia, sus compañeros y su pareja.
- Disfrutar y expresar su sexualidad durante el transcurso de su vida.
- Ser capaz de reconocer los comportamientos sexuales que realzan la vida y los que son perjudiciales para sí mismo o para los demás.
- Expresar su sexualidad a la vez respetar los derechos de los demás.
- Utilizar métodos anticonceptivos de manera eficaz a fin de evitar embarazos no deseados.
- Informar sobre el abuso sexual y otras formas de violencia
- Buscar atención preconcepcional y prenatal oportuna.
- Utilizar barreras para evitar contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual, ente otras el VIH.
- Practicar comportamientos que promueven la salud, tales como asistir a las atenciones de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, autoexámenes de los testículos o de los senos, citología vaginal, tamizajes para infecciones de transmisión sexual, entre otros.
- Mostrar tolerancia hacia personas con diferentes valores y modos de vida sexuales
- Evaluar la repercusión de los mensajes familiares, culturales, religiosos, de los medios de comunicación y de la sociedad en los pensamientos, sentimientos, valores y comportamientos personales relacionados con la sexualidad.
- Promover los derechos de todas las personas a tener acceso a información fidedigna acerca de la sexualidad.
- Evitar los comportamientos que conllevan prejuicio e intolerancia.
- Rechazar los estereotipos respecto de la sexualidad de las diversas poblaciones

<u>Proceso de intervención cuando NO se identifican riesgos en consumo de sustancias psicoactivas:</u>

Se realizará el abordaje para la promoción y reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivo, a partir de la identificación de las necesidades de la familia y la promoción de factores protectores relacionados con actitudes, practicas, conductas individuales y colectivas sanas y saludables al igual que la identificación de circunstancias de riesgo que se puedan convertir en predictores de efectos negativos sobre la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, a partir del reconocimiento de la multidimensionalidad, desde el enfoque diferencial, poblacional y de género que sitúa a la persona en el centro, como protagonista de su propio cuidado y de su propia salud y a la familia como primera red de cuidado.

La intervención busca construir sentido de ciudadanía a través del reconocimiento y empoderamiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos, favoreciendo la construcción de conocimientos, capacidades y habilidades para disfrutar de una manera sana, responsable y libre de prejuicios la función placentera de la sexualidad. La estrategia busca generar acciones que permitan el fortalecimiento de la autonomía reproductiva mediante el acceso a los servicios de salud y el goce efectivo de la dimensión placentera de la sexualidad.

Para el desarrollo de la estrategia se deben incorporar modalidades participativas, inclusivas y adaptadas al contexto familiar basadas en el juego, la lúdica y recursos interactivos fomentando la orientación y reflexión, así como herramientas no invasivas para la identificación temprana de necesidades en salud y determinantes sociales. Estas acciones deben aportar a la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos mediante educación para la salud y la activación de ruta servicios de salud.

A lo largo de proceso que se dará en máximo 4 sesiones se busca la implementación de la estrategia cuyas acciones no son lineales o consecutivas, sino que deben a las necesidades identificadas en cada una de las familias abordadas. A continuación, se describe el proceso el cual puede adaptarse a cada caso según necesidad:

Tabla 19. Abordaje por fases

SESION	ACTIVIDAD
Sesión 1 Identificación de riesgos familiar. Educación integral para la sexualidad en el adolescente	Apertura del caso, identificación de la estructura familiar, dinámicas, roles y relaciones establecidas al interior de la familia, aplicación del APGAR Familiar, identificación de consumo de SPA, concertación del plan de bienestar, socialización de objetivo y alcance del acompañamiento psicológico a realizar. Desarrollo actividades para promuevan la apropiación de prácticas saludables en procesos de autocuidado, reconocimiento de los cambios durante la adolescencia, el reconocimiento de la sexualidad como dimensión humana, los derechos sexuales y derechos reproductivos a través de la comprensión y el análisis responsable de las habilidades para la vida en específico del autoconocimiento, la toma de decisiones y el pensamiento crítico. Puede apoyarse en las siguientes preguntas para orientar la intervención, se pueden utilizar tarjetas para que el adolescente responda, sin que los adultos o cuidadores observen lo que él responde. ¿Puedes hablar libremente con tus padres o cuidadores sobre sexualidad? ¿Te sientes cómodo/a hablando de menstruación en tu entorno? ¿Estás de acuerdo con la frase?: “Solo las mujeres deben cuidar su salud sexual y prevenir embarazos.” ¿Sabes cómo acceder a servicios de salud sexual y reproductiva? ¿Sabes qué es el consentimiento sexual? ¿Has sentido presión para tener relaciones sexuales?

SESION	ACTIVIDAD
	Acciones de Educación para la Salud, con el propósito de fortalecer factores protectores y capacidades familiares. Realizar proceso de agendamiento de acuerdo con necesidad para acceso a respuesta complementaria.
Sesión 2 Dialogo interfamiliar alrededor de la salud sexual y reproductiva	Mediante el uso de una herramienta educomunicativa, se motivará el desarrollo de un juego participativo que permita el dialogo interfamiliar. Se pueden establecer categorías que permitan abordar temas clave y abordar y orientar practicas cuidadoras.
Sesión 3 Fortalecimiento de la autonomía reproductiva	Sesión educativa para abordar la autonomía reproductiva a partir del reconocimiento de la corporalidad como un espacio de comunicación y expresión de lo humano, que se constituye en escenario de prácticas de contacto íntimo, relacional y placentero. Se podrá indagar sobre la intención reproductiva actual o la proyectada en el transcurso de la vida, destacando que las personas construyen diversos proyectos, uno de ellos es ejercer el derecho a la elección de tener o no tener hijos. El uso de los diferentes métodos de anticoncepción permite llevar a cabo este plan, por lo cual se tendrá que indagar y en caso afirmativo realizar la activación de ruta correspondiente. Esta sesión se desarrollará de manera virtual, con previa evaluación de herramientas y red de apoyo que hayan posibilitado permanecer emocionalmente estable.
Sesión 4 Cierre	Seguimiento a acceso a método de planificación familiar y apropiación de conceptos trabajados previamente Como acción final en esta sesión se realizará un ejercicio conversacional con el usuario y su grupo familiar que permita la identificación de las estrategias trabajadas, su aplicación en la vida cotidiana y reforzando las estrategias pertinentes que den respuesta a las necesidades identificadas durante este. Cierre de proceso de intervención para valorar avances obtenidos y aplicación de escala Likert.

Proceso de intervención cuando SI se identifican riesgos en consumo de sustancias psicoactivas:

El abordaje del profesional de psicología en los casos en los que se identifica riesgo de consumo de sustancias psicoactivas se desarrolla la estrategia la cual se armoniza con

la de *SPAcios breves de bienestar* que hacen parte de la estrategia distrital de prevención de consumo de sustancias psicoactivas en la ciudad y se conforman y validan con base en la *"Estrategia de orientación a jóvenes con consumos iniciales de drogas"*, implementada por la Secretaría Distrital de Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en el año 2012

El proceso se desarrollará en un máximo de cuatro sesiones, en las cuales se implementarán las fases de la estrategia, estas fases no se conciben como lineales o consecutivas, sino que deberán ajustarse (al igual que la frecuencia de las sesiones) a las necesidades identificadas en cada familia abordada. A continuación, se presenta una propuesta de abordaje por fases, la cual podrá ser modificada según los requerimientos específicos de cada caso:

Tabla 20. Abordaje por fases

SESION	ACTIVIDAD
Sesión 1 **Identificación de riesgos**	Apertura del caso, identificación de la estructura familiar, dinámicas, roles y relaciones establecidas al interior de la familia, aplicación del APGAR Familiar, identificación de consumo de SPA, Valoración del riesgo por consumo de sustancias psicoactivas (SPA): se realiza en el marco de la intervención breve y posteriormente para complementar el plan de bienestar con establecimiento de objetivos de la intervención. Esta sesión se realizará con el adolescente solo y buscará identificar: • Las situaciones que incitan al consumo de drogas. • Las creencias irracionales sobre las situaciones que incitan al consumo. • Los pros y los contras del comportamiento problemático. • Las actividades alternativas al consumo de drogas. Aplicación de Tamizajes ASSIST Y Carlos CRAFFT, aplicación de pretest y diligenciamiento de VESPA y activación de ruta a rutas para la población con valoración del riesgo alto por consumo de sustancias psicoactivas y gestantes con cualquier tipo de consumo evidenciado en la intervención. Concertación del plan de bienestar, socialización de objetivo y alcance del acompañamiento psicológico a realizar. Acciones de Educación para la Salud, con el propósito de fortalecer factores protectores para la salud mental y capacidades familiares. Realizar proceso de agendamiento de acuerdo con necesidad para acceso a respuesta complementaria.
Sesión 2 **Entrevista motivacional**	**Entrevista motivacional con el adolescente con énfasis en estrategias solución de problemas en las situaciones de alto riesgo.** **Desarrollo de actividades para promuevan la apropiación de prácticas saludables en procesos de autocuidado,**

SESION	ACTIVIDAD
Educación integral para la sexualidad en el adolescente	**reconocimiento de los cambios durante la adolescencia, el reconocimiento de la sexualidad como dimensión humana, los derechos sexuales y derechos reproductivos a través de la comprensión y el análisis responsable de las habilidades para la vida en específico del autoconocimiento, la toma de decisiones y el pensamiento crítico.** **Puede apoyarse en las siguientes preguntas para orientar la intervención, se pueden utilizar tarjetas para que el adolescente responda, sin que los adultos o cuidadores observen lo que él responde.** **¿Puedes hablar libremente con tus padres o cuidadores sobre sexualidad?** **¿Te sientes cómodo/a hablando de menstruación en tu entorno?** **¿Estás de acuerdo con la frase?: "Solo las mujeres deben cuidar su salud sexual y prevenir embarazos."** **¿Sabes cómo acceder a servicios de salud sexual y reproductiva?** **¿Sabes qué es el consentimiento sexual?** **¿Has sentido presión para tener relaciones sexuales?** Activación de rutas sectoriales e intersectoriales según necesidad
Sesión 3 **Involucramiento parental**	Sesión familiar con madre yo/ padre y/o red de apoyo para reconocer conocimientos y actitudes personales hacia el uso de drogas, discutir los factores de riesgo y protección en la adolescencia. **Esta sesión se desarrollará de manera virtual, con previa evaluación de herramientas y red de apoyo que hayan posibilitado permanecer emocionalmente estable.**
Sesión 4 **Fortalecimiento de la autonomía reproductiva** **Cierre**	Sesión educativa para abordar la autonomía reproductiva a partir del reconocimiento de la corporalidad como un espacio de comunicación y expresión de lo humano, que se constituye en escenario de prácticas de contacto íntimo, relacional y placentero. Se podrá indagar sobre la intención reproductiva actual o la proyectada en el transcurso de la vida, destacando que las personas construyen diversos proyectos, uno de ellos es ejercer el derecho a la elección de tener o no tener hijos. El uso de los diferentes métodos de anticoncepción permite llevar a cabo este plan.

SESION	ACTIVIDAD
	Sesión combinada con el adolescente y su familia para favorecer la comunicación e interacción familiar y corresponsabilidad en el cambio Esta sesión con el adolescente y su red de apoyo familiar deberá evaluar el avance de los objetivos inicialmente planteados en el plan de trabajo y estableciendo compromisos finales. Se realiza balance del proceso, por el perfil de perfil de psicología aplicará el Postest según variables establecidas Como acción final en esta sesión se realizará un ejercicio conversacional con el usuario y su grupo familiar que permita la identificación de las estrategias trabajadas, su aplicación en la vida cotidiana y reforzando las estrategias pertinentes que den respuesta a las necesidades identificadas durante este. Cierre de proceso de intervención para valorar avances obtenidos y aplicación de escala Likert.

Como acción complementaria para los casos con identificación de consumo problemáticos, se realizará la articulación y activación de ruta correspondiente con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, para la vinculación a la estrategia de atención Centro Día en la Unidad de Salud Nuevas Delicias.

1.7.4.17. Estrategia de Acompañamiento psicosocial

Criterios de priorización:
Personas con riesgo psicosocial identificados desde el proceso de abordaje territorial, otros sectores o nivel central.

Desarrollo de la estrategia:
La estrategia de acompañamiento psicosocial es liderada por profesionales universitarios en psicología. Busca favorecer en la población la asesoría profesional para el fortalecimiento de habilidades protectoras de la salud mental en familias en las que se identifiquen riesgos psicosociales relacionados con afectaciones en la forma cómo una persona piensa, siente, se comporta y se relaciona con los demás, y que esté generando malestar o algunos inconvenientes, en torno al deterioro en la vida social, laboral o en otras áreas importantes de las actividades cotidianas. Estos riesgos no corresponden a aquellos relacionados con conducta suicida o violencia.

El proceso de acompañamiento psicosocial se basa en principios de dignidad, apoyo mutuo, solidaridad, vida con calidad, enfoque de derechos, enfoque de género y desarrollo humano integral en salud mental, que parten del reconocimiento del ser humano en construcción con otros e influenciado por condiciones biológicas, psicológicas, histórico-sociales, culturales, económicas, políticas que lo definen (Villa, 2012)

Para el proceso de acompañamiento es fundamental reconocer al “otro” como un ser activo en la construcción y reconstrucción de su propia realidad y no minimizarlo a ser

beneficiario de una iniciativa propia del quehacer profesional. En ese sentido, la intervención o el acompañamiento debe partir de la lectura de la realidad y busca la transformación de la subjetividad de quienes participan en ella; por lo tanto, el proceso debe buscar avanzar hacia el fortalecimiento y la reconstrucción de las redes o tejido social, entendiendo que las reacciones emocionales no son un suceso aislado del mundo relacional y social, reconociendo el contexto social y político que está afectando (Summerfield, 2000, 2001; Lykes, 2001; Das, 2008; citado por Villa, 2012). En ese sentido, el acompañamiento psicosocial implica promocionar la salud mental, identificar factores de riesgo que puedan estar generando inestabilidad o sufrimiento emocional, apoyar la gestión de los riesgos identificados y en los casos que así se requiera, gestionar la activación de ruta para atención individual o familiar desde el punto de clínico.

En el marco del proceso de acompañamiento psicosocial se pretende que las familias puedan identificar y fortalecer habilidades y/o competencias protectoras para la salud mental; para ello se toma como base el fomento de habilidades para la vida el cual, según la Organización Mundial de la Salud, posibilita el desarrollo de destrezas para adquirir las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria. De hecho, según las define la Organización Mundial de la Salud (OMS), las habilidades para la vida son “destrezas psicosociales que le facilitan a las personas enfrentarse con éxito a las exigencias y desafíos de la vida diaria”, aspecto clave del desarrollo humano en la medida que abarca lo social, cognitivo y emocional para enfrentar problemas (Mantilla, 2001, p. 7; citado por Díaz, Rosero, Melo & Aponte, 2013).

El fomento de habilidades para la vida parte de una lectura integral de la familia, su composición y su contexto social actual, así como las lecturas y significados que le dan a su realidad, resaltando el rol activo que los usuarios tienen dentro del proceso y reconociendo sus costumbres, creencias, saberes previos y cómo éstos interactúan con el contexto y la vida cotidiana; para desde allí perfilas las habilidades para la vida a fortalecer.

Según Mantilla (2001) la iniciativa mundial de trabajar sobre el fortalecimiento de habilidades para la vida hace hincapié en un grupo de destrezas psicosociales que le facilitan a las personas enfrentarse con éxito a las exigencias y desafíos de la vida diaria, asumiendo de esta manera que el desarrollo integral y la prevención de problemas psicosociales, lo cual requiere la adquisición de competencias y habilidades específicas a nivel físico, psicológico, social, cognitivo, moral y vocacional.

En ese sentido, se busca la adquisición de herramientas específicas que le faciliten al individuo un comportamiento más positivo y saludable (en el sentido holístico de la salud) consigo mismo, con los demás y con el mundo en general. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso que existe un grupo esencial de habilidades psicosociales, o Habilidades para la Vida, que probablemente son relevantes cualquier contexto sociocultural, y, según Martínez (2014) son las siguientes:

- Autoconocimiento: conocer mejor nuestro ser, carácter, fortalezas, oportunidades, actitudes, valores, gustos y disgustos; construir sentidos acerca de nuestra persona, de las demás personas y del mundo.

- Comunicación asertiva: expresar con claridad, y en forma apropiada al contexto y la cultura, lo que se siente, piensa o necesita y saber escuchar e interpretar lo que se siente, piensa u ocurre en determinada situación.
- Toma de decisiones: evaluar distintas alternativas, teniendo en cuenta necesidades, capacidades, criterios y las consecuencias de las decisiones, no sólo en la vida propia sino también en la ajena.
- Pensamiento creativo: usar la razón y la "pasión" (emociones, sentimientos, intuición, fantasías e instintos, entre otros) para ver las cosas desde perspectivas diferentes, que permitan inventar, innovar y emprender con originalidad.
- Manejo de emociones y sentimientos: aprender a navegar en el mundo afectivo logrando mayor "sintonía" entre el propio mundo emocional y el de las demás personas para enriquecer la vida personal y las relaciones interpersonales.
- Empatía: ponerse desde el lugar de otra persona para comprenderla mejor y responder de forma solidaria, de acuerdo a las circunstancias.
- Relaciones interpersonales: establecer y conservar relaciones interpersonales significativas, así como ser capaz de terminar aquellas que impiden el crecimiento personal.
- Solución de problemas y conflictos: transformar y manejar los problemas y conflictos de la vida diaria de forma flexible y creativa, identificando en ellos oportunidades de cambio y crecimiento personal y social.
- Pensamiento crítico: aprender a preguntarse, investigar y no aceptar las cosas de forma crédula. Ser capaz de llegar a conclusiones propias sobre la realidad. "No tragar entero".
- Manejo de tensiones y estrés: identificar oportunamente las fuentes de tensión y estrés en la vida cotidiana, saber reconocer sus distintas manifestaciones, y encontrar maneras de eliminarlas o contrarrestarlas de forma saludable.

Una habilidad puede servir para varias situaciones psicosociales y, a su vez, una situación específica puede requerir el concurso de varias habilidades psicosociales, razón por la cual estas habilidades son genéricas y versátiles y están orientadas al bienestar humano y social (Martínez, 2014)

Partiendo de reconocer que la estrategia se dirige a personas con riesgos psicosociales que estén generando dificultad de la vida cotidiana por la forma en que se siente, piensa o se relaciona con los demás, para la implementación de esta estrategia se establece la aplicación de los tamizajes Zung (depresión) Hamilton (ansiedad), SRQ O RQC y Riesgo Psicosocial (SDS). Según edad del caso índice y se deberá entonces realizar el diligenciamiento de los tamizajes en el aplicativo GTAPS.

En ese sentido, se busca que en el proceso de acompañamiento psicosocial se seleccione una o dos habilidades a gestionar o trabajar con las familias, según la lectura integral que haga el profesional en el proceso de Identificación de riesgos o apertura, de las necesidades que se identifiquen y las concertaciones que se hagan con la familia en el marco de la intervención.

En el desarrollo metodológico se debe tener presente que las habilidades para la vida no se aprenden con cátedras, charlas, talleres, sino con ejercicios que se extienden a la cotidianidad. Dado que los seguimientos se realizan de manera mixta se busca generar

un proceso de contextualización y reflexión que luego se lleve a la práctica con tareas o ejercicios concretos.

Es por ello, que, a partir de la Identificación de riesgos integral, la concertación del plan de bienestar es un proceso participativo entre el profesional de psicología y la familia, orientado desde la identificación de factores de riesgo psicosocial que puedan afectar su bienestar emocional, relacional o social del individuo y su grupo familiar, por lo que se realizará promoviendo la expresión de necesidades y la definición conjunta de acciones de apoyo.
Por su parte, las acciones de psicoeducación permitirán comprender y abordar riesgos como ansiedad, depresión, conflictos familiares, estrés y/o adaptación a situaciones emergentes por condiciones de salud, entre otros. A partir de este reconocimiento, se brindará información y se orientará en el uso de estrategias de afrontamiento que fortalezcan los recursos individuales, familiares y comunitarios, contribuyendo a la prevención de complicaciones en salud mental.

De igual forma, teniendo en cuenta que se realizará acompañamiento a familias identificadas con algún riesgo psicosocial, si dicho riesgo está relacionado con algún tipo de violencia o conducta suicida se deberá notificar a los subsistemas SIVIM o SISVECOS (según corresponda) para que curse el proceso de activación de ruta correspondiente y en caso de cumplir criterios para el desarrollo de las estrategias Confróntate 7 o fortalecimiento de las pautas de crianza el abordaje se realizará desde los equipos MAS Bienestar e tu Hogar.

Si los riesgos psicosociales no están relacionados con violencia o conducta suicida se dará continuidad a la estrategia de acompañamiento psicosocial.

El proceso se desarrollará en un máximo de cuatro sesiones, en las cuales se implementarán las fases de la estrategia, estas fases no se conciben como lineales o consecutivas, sino que deberán ajustarse (al igual que la frecuencia de las sesiones) a las necesidades identificadas en cada familia abordada. A continuación, se presenta una propuesta de abordaje por fases, la cual podrá ser modificada según los requerimientos específicos de cada caso:

Tabla 21. Abordaje por fase

SESION	ACTIVIDAD
Sesión 1 Identificación de riesgos	Apertura del caso, reconocimiento de los antecedentes, identificación de la estructura familiar, roles y relaciones establecidas al interior de la familia, aplicación del APGAR Familiar Aplicación de tamizajes de apoyo para la identificación de factores de riesgo en salud mental; Zung (depresión) Hamilton (ansiedad), SRQ O RQC y Riesgo Psicosocial (SDS). Teniendo en cuenta la edad como criterio de aplicación. Concertación del plan de bienestar, objetivo y alcance del acompañamiento psicológico a realizar a partir de resultados de instrumentos aplicados. Acciones de Educación para la Salud, con el propósito de fortalecer factores protectores para la salud mental y capacidades familiares. Realizar proceso de agendamiento de acuerdo con necesidad para acceso a respuesta complementaria.
Sesión 2 Definición de habilidad a trabajar	Definición de la(s) habilidad (des) a trabajar bajo un esquema de conceptualización y reflexión. Reconocimiento de riesgos en salud mental y de necesidades de activación de ruta Fortalecimiento de la(s) habilidad(des) seleccionada a partir de reflexión, ejemplificación y puesta en práctica.
Sesión 3 Enfoque de solución de problemas.	Reconocimiento de riesgos en salud mental y de necesidades de activación de ruta, de acuerdo con los avances de los objetivos establecidos. Esta sesión se desarrollará de manera virtual, con previa evaluación de herramientas y red de apoyo que hayan posibilitado permanecer emocionalmente estable.
Sesión 4 Balance y cierre	Como acción final en esta sesión se realizará un ejercicio conversacional con el usuario y su grupo familiar que permita la identificación de las estrategias trabajadas, su aplicación en la vida cotidiana y reforzando las estrategias pertinentes que den respuesta a las necesidades identificadas durante este. Se realiza balance del proceso, a través de la aplicación de tamizajes Zung (depresión) Hamilton (ansiedad). Teniendo en cuenta la edad como criterio de aplicación. Cierre de proceso de intervención para valorar avances obtenidos y aplicación de escala Likert.

En el marco del plan de bienestar, se deberá incorporar la modalidad virtual como estrategia de seguimiento, con el fin de garantizar la continuidad de los procesos, fortalecer la participación familiar y optimizar los recursos disponibles. El acompañamiento integral a las familias contempla acciones mediante el uso de herramientas digitales y llamadas telefónicas, orientándose a la prevención de enfermedades y la promoción del bienestar en salud.

1.7.4.18. Estrategia de Habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes.

Criterios de priorización:

Esta estrategia es lidera por profesionales universitarios en psicología y psicólogos clínicos, acorde al criterio de priorización de la familia, de la siguiente manera:

Profesionales Universitarios:

- Familias con usuarios del Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente – SRPA remitidas para atención extramural.

Profesionales especializados:

- Familias con menores de 14 años en gestación o posparto sin atención.

Desarrollo de la estrategia:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un 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 Teniendo como base el concepto de la OMS y los lineamientos técnicos que brindan; OMS y OPS para abordar la brecha existente en la atención a la salud mental, la secretaria de Salud de Bogotá adopta la Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada.

En este sentido y con el fin de realizar una atención de prevención primaria del trastorno mental es importante tener claridad sobre los factores de riesgo y factores de protección en Salud mental, los cuales se deben tener en cuenta en el abordaje a personas con afectaciones psicosociales, de tal manera que permita disminuir la ocurrencia de trastornos mentales.

Tabla 22. Factores de riesgo y Factores protectores

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Fracaso escolar	Capacidad para afrontar el estrés
Abuso o abandono de menores	Adaptabilidad
Insomnio crónico	Autonomía
Embarazo adolescente	Estimulación cognitiva temprana
Inmadurez y descontrol emocional	Sentimientos de seguridad
Abuso de alcohol u otras sustancias	Sentimientos de dominio y control
Conflictos familiares	Alfabetización/acceso a la educación
Soledad	Apego positivo y lazos afectivos tempranos
Enfermedades mentales de los padres	Habilidades para la resolución de problemas
Duelos no trabajados	Conducta sociable
Eventos de mucha tensión	Inteligencia emocional

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Entornos marginales sin servicios	Habilidades para la vida
Situaciones familiares disfuncionales	Resiliencia
Acoso escolar o laboral	Destrezas sociales y de manejo de conflictos Crecimiento socioemocional Manejo del estrés Apoyo social de la familia y amigos Buena comunicación con padres y familiares Acceso a servicios Comunitarios

Fuente. Organización Panamericana de la Salud "Salud Mental -Guía del promotor comunitario **de riesgo Factores de protección**

En esta misma perspectiva la OMS (1993) define que las habilidades para la vida son "destrezas psicosociales que le facilitan a las personas enfrentarse con éxito a las exigencias y desafíos de la vida diaria" (citado por Mantilla, 2001). Por tanto, se trata de un aspecto clave del desarrollo humano tan importante para la supervivencia básica como el intelecto; pues se relacionan con habilidades sociocognitivas y emocionales necesarias para enfrentar con eficacia problemas propios de la cotidianidad.

En razón a lo anterior y con base en las acciones de acompañamiento para el desarrollo de habilidades para la vida que constituyen una estrategia de intervención preventiva que se aplica en numerosos países para fomentar estilos de vida saludables, potenciar factores de protección y mitigar la ocurrencia de factores de riesgo en diversos grupos de población, entre los cuales se encuentra la población adolescente.

La estrategia de intervención en habilidades para la vida para adolescentes y jóvenes se centran en:

- Autoconocimiento
- Pensamiento creativo
- Toma de decisiones
- Pensamiento crítico
- Manejo de sentimientos y emociones
- Empatía
- Manejo de tensiones y estrés
- Relaciones interpersonales
- Comunicación asertiva
- Solución de problemas y conflictos

El modelo de intervención en salud orientado a la preparación para la vida activa se fundamenta en las teorías del desarrollo del adolescente (Jean Piaget 1972), reconociendo esta etapa como un momento crítico de transición hacia la adultez. Dicho modelo integra las particularidades del pensamiento abstracto, que posibilita la

formulación de hipótesis y la comprensión de conceptos complejos, la capacidad de aplicar reglas y principios para la resolución de problemas en diversos contextos y el avance del desarrollo moral, que se refleja en la construcción de criterios éticos y en la toma de decisiones frente a la complejidad de las interacciones sociales. Estos procesos cognitivos y socioemocionales constituyen la base para promover competencias que favorezcan el autocuidado, la responsabilidad personal y la participación activa en la vida comunitaria.

El entrenamiento en dichas habilidades sigue un proceso cuyos elementos son:

1. Promoción de los conceptos de habilidades:

Desde la psicología, la promoción de los conceptos de habilidades puede sustentarse en la teoría sociocognitiva de Albert Bandura (1986), la cual plantea que el aprendizaje se produce a través de la observación, el modelamiento y el reforzamiento social. En este sentido, el quehacer del profesional de psicología consiste en generar espacios psicoeducativos donde los adolescentes comprendan el significado de las habilidades para la vida, reconozcan su importancia en la adaptación a contextos complejos y logren identificar ejemplos prácticos de cómo estas pueden aplicarse en situaciones cotidianas.

2. Promoción de la adquisición y desempeño de habilidades

La promoción de la adquisición y el desempeño de habilidades encuentra soporte en la propuesta de Jean Piaget (1972), quien describe que en la adolescencia se consolida el pensamiento formal, permitiendo a los jóvenes razonar de manera abstracta, formular hipótesis y ensayar soluciones a problemas. En consecuencia, el psicólogo debe facilitar experiencias activas de aprendizaje, tales como simulaciones, juegos de rol y actividades de resolución de dilemas, que permitan a los adolescentes no solo adquirir las habilidades, sino también ponerlas en práctica en un ambiente seguro y de retroalimentación.

3. Patrocinio de habilidades de mantenimiento y generalización

El patrocinio de las habilidades para garantizar su mantenimiento y generalización puede fundamentarse en la teoría ecológica del desarrollo humano de Urie Bronfenbrenner (1979), que resalta la influencia de los múltiples sistemas en los que se desenvuelve el adolescente (familia, escuela, comunidad). A partir de este enfoque, el psicólogo tiene la tarea de articular redes de apoyo y orientara estrategias que fortalezcan la práctica sostenida de las habilidades, promoviendo su transferencia a distintos contextos de la vida diaria y asegurando que se consoliden como competencias estables en el tiempo.

El desarrollo de esta estrategia parte de la Identificación de riesgos familiar, realizada en la primera sesión con la familia donde se establece el contacto inicial. El ejercicio tendrá dos momentos de identificación; 1. Se realizará la identificación de la conformación y relación del núcleo familiar, lo que permita la establecer factores de riesgo en la dinámica familiar, 2. Se iniciaría con la valoración integral del usuario por parte del profesional de psicología, realizando el registro respectivo en el instrumento establecido para ello. Este proceso deberá garantizar una evaluación que contemple las siguientes acciones:

a. Se realizará la aplicación de tamizajes pertinente para el grupo poblacional SRQ o RQC de acuerdo con la edad hasta los 17 años, en caso de usuarios mayores de edad para la población (SRPA) se deberá aplicar los tamizajes Zung y Hamilton.

b. Se tendrán en cuenta las evaluaciones que plantea la caja de herramientas como apoyo a este proceso; evaluación de pensamientos suicidas, afectaciones mentales.

c. Así mismo, se debe realizar un espacio conversacional donde se analizará la historia personal del usuario estableciendo demás factores de riesgo en los entornos donde este se desarrolla y antecedentes tanto a nivel personal como familiar.

De acuerdo con la valoración integral de riesgo y la definición de priorización utilizando los resultados de los tamizajes implementadas como apoyo a la clasificación del estado emocional de los usuarios, el profesional de psicología deberá definir los objetivos a desarrollar.

Esta formulación del plan de bienestar es un proceso concertado entre el profesional de psicología y la familia, orientado a impactar el bienestar emocional, relacional o social del individuo y su entorno. Este proceso se sustenta en la participación activa de la familia, promoviendo la expresión de necesidades y la definición conjunta de acciones de apoyo.

El proceso se desarrollará en un máximo de cuatro sesiones, en las cuales se implementarán las fases de la estrategia, estas fases no se conciben como lineales o consecutivas, sino que deberán ajustarse (al igual que la frecuencia de las sesiones) a las necesidades identificadas en cada familia abordada. A continuación, se presenta una propuesta de abordaje por fases, la cual podrá ser modificada según los requerimientos específicos de cada caso:

Tabla 23. Abordaje por fase

SESION	ACTIVIDAD
Sesión 1 **Identificación de riesgos**	Apertura del caso, reconocimiento de las condiciones actuales del caso índice y su núcleo familiar, identificación de la estructura familiar, roles y relaciones establecidas al interior de la familia, Aplicación del APGAR Familiar. Aplicación de tamizajes de apoyo para la identificación de factores de riesgo en salud mental; Zung (depresión) Hamilton (ansiedad), SRQ O RQC y Riesgo Psicosocial (SDS). Concertación del plan de bienestar, objetivo y alcance del acompañamiento psicológico a realizar a partir de resultados de instrumentos aplicados. Acciones de Educación para la Salud, con el propósito de fortalecer factores protectores para la salud mental y capacidades familiares.
Sesión 2 **Promoción de habilidades para la Vida.**	Para el desarrollo del Plan de Bienestar el profesional puede promover los conceptos de habilidades para la vida mediante la realización de actividades psicoeducativas orientadas a explicar de manera clara y sencilla qué son estas competencias, cómo se

SESION	ACTIVIDAD
	clasifican y por qué son fundamentales en la adolescencia. Para facilitar la comprensión, es importante utilizar ejemplos prácticos de la vida cotidiana como las relaciones de amistad, el uso de redes sociales, la toma de decisiones académicas o la presión del grupo de pares. Asimismo, el diseño de materiales pedagógicos atractivos como infografías, guías, videos entre otros que contribuye a que los adolescentes logren apropiarse de los conceptos. Este proceso debe complementarse con espacios de diálogo y reflexión en los que los adolescentes y jóvenes puedan compartir sus experiencias y percepciones, al tiempo que se motiva la autoobservación para que identifique las habilidades que ya posee y las que requiere fortalecer. Así mismo, se debe trabajar en la identificación, fortalecimiento y articulación de redes de apoyo y orientara estrategias que fortalezcan la práctica sostenida de las habilidades, promoviendo su transferencia a distintos contextos de la vida diaria y asegurando que se consoliden como competencias estables en el tiempo
Sesión 3 **Adquisición y desempeño de habilidades para la Vida.**	Para esta sesión el profesional de psicología continua con el objetivo de facilitar la adquisición y el desempeño de habilidades a través de orientaciones prácticas y vivenciales que estimulen el aprendizaje activo. Además, es recomendable desarrollar orientaciones que potencien el trabajo en equipo y el liderazgo juvenil, fomentando la cooperación, la empatía y la negociación entre pares. **Esta sesión se desarrollará de manera virtual, con previa evaluación de herramientas y red de apoyo que hayan posibilitado permanecer emocionalmente estable.**
Sesión 4 **Balance y cierre**	Como acción final en esta sesión se iniciará con un ejercicio conversacional con el usuario y su grupo familiar que permita la identificación de las estrategias trabajadas, su aplicación en la vida cotidiana y reforzando las estrategias pertinentes que den respuesta a las necesidades identificadas durante este. Se realiza balance del proceso, a través de la aplicación de tamizajes Zung (depresión) Hamilton (ansiedad). Teniendo en cuenta la edad como criterio de aplicación. Cierre de proceso de intervención para valorar avances obtenidos y aplicación de escala Likert.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL DESARROLLO DE LOS PLANES DE BIENESTAR EN SALUD MENTAL

1. PRIORIZACION DE CASOS PARA LA INTERVENCIÓN

a. Profesionales Universitarios:
   1. Notificación intento de feminicidio – Prioridad 107
   2. Conducta suicida en gestantes
   3. Casos de ideación estructurada e intento suicida en niños, niñas y adolescentes hasta 17 años, 11 meses y 29 días.
   4. Personas mayores de 60 años con intento de suicidio
   5. Personas entre 29 y 59 años notificadas con intento suicidio previo
   6. Intento suicida reiterado
   7. Violencia en niños, niñas y adolescentes (17 a, 11 m, 29 d)
   8. Violencia ejercida contra gestante.
   9. Maltrato infantil reiterado en niños, niñas y adolescentes (17 a, 11 m, 29 d)
   10. Adolescentes con factores de riesgo por consumo de SPA y SSR
   11. Familias con usuarios del Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente – SRPA remitidas para atención extramural.
   12. Acompañamiento Psicosocial

b. Profesionales especializados:
   1. Conducta suicida con trastorno mental de base en niños, niñas y adolescentes hasta 17 años, 11 meses y 29 días.
   2. Familias sobrevivientes de suicidio consumado,
   3. Apoyo Psicológico en casos de duelo; suicidio, familias sobrevivientes de mortalidad materna y mujer sobreviviente de mortalidad perinatal
   4. Violencia Sexual contra gestante.
   5. Maltrato infantil reiterado con presencia de Violencia sexual ejercida en niños, niñas y adolescentes.
   6. Familias con menores de 14 años en gestación o posparto sin atención

2. APLICACIÓN DE TAMIZALES

La aplicación de tamizajes constituye una estrategia fundamental para la identificación temprana de factores de riesgo y necesidades psicosociales en la población. A través de instrumentos estandarizados y validados, el profesional de psicología puede explorar dimensiones como el estado emocional, el funcionamiento familiar, la adaptación escolar, el consumo de sustancias o la presencia de síntomas asociados a ansiedad, depresión u otros trastornos. Este proceso permite obtener un panorama inicial del nivel de vulnerabilidad, orientar intervenciones oportunas y definir la necesidad de evaluaciones más profundas o derivaciones especializadas. De esta manera, los tamizajes se constituyen en una acción de relevancia para el proceso de Identificación de riesgos, toda vez que no solo facilitan la prevención de complicaciones en salud mental, sino que también optimizan el diseño de planes de bienestar ajustados a las características individuales, familiares y comunitarias.

a. SRQ

El Self Reporting Questionnaire (SRQ), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, es un instrumento de tamizaje diseñado para la detección temprana de problemas de salud mental en población general. Sus versiones más utilizadas, el SRQ-20 y el SRQ-

18, están compuestas por preguntas cerradas de tipo dicotómico (sí/no) que exploran síntomas asociados a ansiedad, depresión, somatización y dificultades de adaptación. Su aplicación está recomendada en personas a partir de los 16 años de edad, especialmente en adolescentes y adultos, y permite identificar posibles factores de riesgo que requieren una evaluación psicológica más profunda o la derivación a servicios especializados. Aunque no constituye una herramienta diagnóstica, su uso en contextos escolares, comunitarios y de atención primaria facilita la detección oportuna, la prevención de complicaciones y el diseño de planes de intervención psicosocial ajustados a las necesidades individuales, familiares y sociales.

a. RQC

El Reporting Questionnaire for Children (RQC) es un instrumento de tamizaje diseñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la detección temprana de problemas emocionales, conductuales y de aprendizaje en población infantil. Está dirigido a niños y niñas de 5 a 15 años y puede ser respondido por padres y/o cuidadores, quienes observan y reportan la presencia de conductas o síntomas relevantes. El cuestionario consta de ítems de respuesta dicotómica (sí/no) que permiten identificar posibles riesgos relacionados con dificultades en la conducta, el rendimiento escolar, la socialización y la salud emocional. Aunque no constituye una prueba diagnóstica, el RQC es una herramienta útil para orientar al profesional de psicología en la toma de decisiones, facilitar la derivación a servicios especializados cuando sea necesario y diseñar intervenciones psicosociales ajustadas al contexto familiar, escolar y comunitario del niño o la niña.

b. CARLOS CRAFFT

El cuestionario CRAFFT es un instrumento de tamizaje desarrollado por el Center for Adolescent Substance Abuse Research de la Universidad de Boston, diseñado para la detección temprana de consumo problemático de alcohol, marihuana y otras drogas en adolescentes entre los 12 y 21 años. Consta de seis preguntas breves agrupadas en el acrónimo CRAFFT (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble), que exploran situaciones de riesgo relacionadas con el uso de sustancias. Su aplicación es sencilla, puede realizarse en contextos escolares, comunitarios o en atención primaria en salud, y permite identificar patrones de riesgo que requieren orientación, intervención breve o derivación a servicios especializados. Si bien no sustituye la valoración clínica, constituye una herramienta de gran utilidad para el psicólogo en la prevención y detección temprana de conductas adictivas en población juvenil.

c. ASSIST

El Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; es un instrumento de tamizaje desarrollado por la OMS para la detección temprana de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas en población adolescente y adulta, a partir de los 10 años de edad en adelante. Consta de 8 preguntas que evalúan la frecuencia de consumo, problemas asociados, preocupación de terceros, intentos fallidos de control y patrones de uso de distintas sustancias. Su aplicación es breve, estandarizada y puede realizarse en contextos de atención primaria, comunitarios, escolares o clínicos, permitiendo clasificar a los usuarios en niveles de riesgo (bajo, moderado o alto) e identificar la necesidad de intervenciones preventivas, consejería breve o derivación a servicios especializados. Aunque no constituye un diagnóstico clínico, el ASSIST es una

herramienta validada a nivel internacional que facilita la detección oportuna y la intervención temprana en problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias.

d. IDENTIFICACION DE RIESGO PSICOSOCIAL

El tamizaje para la identificación de riesgo psicosocial es un proceso sistemático que permite reconocer de manera temprana factores individuales, familiares, escolares, laborales o comunitarios que pueden afectar el bienestar emocional, social y conductual de una persona. Mediante este instrumentos el profesional de psicología puede identificar situaciones como violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas, dificultades escolares, síntomas de ansiedad o depresión, alteraciones en las relaciones interpersonales, condiciones de pobreza o ausencia de redes de apoyo. Aunque no constituye un diagnóstico clínico, este procedimiento facilita clasificar el nivel de vulnerabilidad, orientar intervenciones oportunas, activar rutas sectoriales o intersectoriales de protección y diseñar planes de acompañamiento psicosocial ajustados a las características y necesidades de cada individuo, familia o comunidad.

e. ESCALA ZUNG

La Escala de Zung para Depresión (SDS), creada por William W.K. Zung en 1965, es un instrumento de tamizaje y seguimiento que evalúa la intensidad de síntomas depresivos en adultos. Consta de 20 ítems tipo Likert (1 a 4 puntos), que valoran aspectos afectivos, cognitivos y somáticos. La puntuación total (20–80) se transforma en un índice estandarizado. No tiene valor diagnóstico, pero es altamente útil en atención primaria, programas comunitarios y seguimiento, permitiendo identificar riesgo depresivo, monitorear evolución y apoyar decisiones de remisión o intervención psicológica especializada.

Aplicación de la Escala, es un instrumento que puede ser diligenciado por la propia persona, sin embargo, en esta intervención será el profesional de psicología quien realice la aplicación, la escala cuenta con 20 enunciados relacionados con la depresión.

Estos enunciados están divididos en dos partes, preguntas en negativo y otras en positivo.

Cada enunciado esta puntuado en una escala del 1-4, la preguntas que se encuentran en negativo inician con la puntuación de 1 a 4 y las positivas (se encuentran en el formato en
color rojo) inician con 4 a 1.

Puntuación preguntas en negativas	**Puntuación preguntas en positivas**
1. muy pocas veces	1. casi siempre.
2. algunas veces	2. muchas veces
3. muchas veces	3. algunas veces
4. casi siempre.	4. muy pocas veces

Tabla 24. Interpretación escala Zung

PUNTOS DE CORTE

PUNTAJE	RESULTADO
<= 28	Ausencia de depresión
Entre 28 y 41	Depresión leve
Entre 42 y 53	Depresión moderada
>= 53	Depresión grave

f. ESCALA DE HAMILTON

La Escala de Ansiedad de Hamilton, desarrollada por Max Hamilton en 1959, es un instrumento de tamizaje y seguimiento que mide la severidad de síntomas ansiosos en adultos. Consta de 14 ítems que valoran componentes psíquicos (miedo, tensión, preocupaciones, insomnio) y somáticos. Cada ítem se califica de 0 a 4 puntos, con una puntuación total que oscila entre 0 y 56. Aunque no tiene valor diagnóstico por sí sola, es una de las escalas más empleadas en investigación para evaluar la gravedad de la ansiedad, monitorear evolución y medir la respuesta a la intervención, así como la toma de decisiones para la derivación a tratamiento psicológico especifico o farmacológico.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia de este. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de esta. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad.

Sobre la terminación de la evaluación, el profesional de psicología compila un puntaje compuesto basado en la suma de cada uno de los 14 ítems, individualmente calificados. Este cálculo rendirá una puntuación exhaustiva en el rango de 0 a 56. Ha sido predeterminado que los resultados de la evaluación pueden ser interpretados así:

Tabla 25. Interpretación escala Hamilton

PUNTAJE	RESULTADO
Menos que 6	Ausencia de Ansiedad
Entre 7 y 17	Ansiedad Leve
Entre 18 y 24	Ansiedad Moderada
Entre 25 en adelante	Ansiedad severa

Nota 1: Cuando el riesgo identificado corresponda a los definidos para usuarios tipo 4, el perfil profesional responsable de la intervención deberá gestionar el agendamiento de la cita a través de los canales oficiales dispuestos por cada EPS (virtuales o telefónicos). En

el caso de EPS con contratos vigentes con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, la gestión se realizará mediante articulación con el gestor en línea, quien efectuará el agendamiento en una de las SER. Para aquellas EPS sin posibilidad de agendamiento desde la subred y en las que los canales habituales no resulten efectivos, la cita será tramitada por el profesional de enlace con EPS, previa notificación del caso por parte del gestor, utilizando los contactos institucionales definidos para gestión directa. El perfil profesional deberá registrar en el aplicativo en línea la cita gestionada y la fecha programada, garantizando la trazabilidad del proceso. ***(Ver referencia en apartado 1.7.4 Actividad 4. Implementación y Seguimiento del Plan de bienestar.)*** de este documento.

Nota 2: En el marco de la implementación del Plan o de Bienestar concertado con el núcleo familiar, se deberá realizar en el primer contacto la verificación del esquema de vacunación de todos los integrantes del grupo familiar, conforme a la edad, condición individual y población objeto, de acuerdo con los lineamientos vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

En los casos en que se identifiquen esquemas incompletos, atrasados o pendientes, se deberá efectuar la respectiva orientación y derivación al servicio de vacunación correspondiente (bina vacunadora), garantizando la articulación con las rutas institucionales definidas.

Al momento del cierre del Plan o de los Planes de Bienestar, deberá dejarse establecido como compromiso que todos los integrantes del núcleo familiar cuenten con el esquema de vacunación completo, acorde con los lineamientos técnicos del PAI, o que se encuentren en proceso activo y documentado de actualización de este.

POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y LIMITACIÓN FUNCIONAL

1.7.4.19. Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad -RBC

La Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) es una estrategia de desarrollo inclusivo promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y adaptada en Colombia a través de los Lineamientos Nacionales de RBC del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta estrategia tiene como propósito principal mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, mediante su participación activa y la corresponsabilidad de la comunidad, las instituciones y el Estado en la promoción de la inclusión, la equidad y el ejercicio pleno de los derechos humanos.

Los Lineamientos Nacionales de RBC definen esta estrategia como un proceso intersectorial y participativo que integra la rehabilitación en el desarrollo comunitario, promoviendo la autonomía, la inclusión social, la accesibilidad universal y la eliminación

de las barreras físicas, comunicativas y actitudinales. Su implementación se sustenta en los pilares de salud, educación, sustento, inclusión social y empoderamiento, reconociendo que la discapacidad no es solo una condición individual, sino el resultado de la interacción entre las personas y su entorno.

En Bogotá D.C., la RBC adquiere un carácter estratégico al armonizarse con la Política Pública Distrital de Discapacidad 2023-2034, adoptada mediante el Decreto Distrital 089 de 2023, y con el Sistema Distrital de Discapacidad (SDD) reglamentado por el Acuerdo 505 de 2012. Esta política reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derechos, diversos y activos, y plantea la eliminación de barreras desde un enfoque interseccional, poblacional, diferencial, de género, ambiental y territorial.

Desde esta perspectiva, la RBC se constituye como un mecanismo operativo y metodológico para concretar los principios de la política pública en los territorios. Permite que los enfoques normativos se traduzcan en acciones concretas de acompañamiento, rehabilitación y empoderamiento comunitario, orientadas al goce efectivo de derechos, la participación y la equidad.

El Sistema Distrital de Discapacidad actúa como marco articulador entre entidades públicas, organizaciones sociales, academia y ciudadanía, promoviendo la planeación y ejecución conjunta de programas de inclusión y rehabilitación. En este escenario, la RBC aporta una metodología comunitaria que integra la acción técnica con la acción social, fortaleciendo el tejido comunitario y la corresponsabilidad institucional.

La RBC en los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar; reconoce la diversidad sociocultural y territorial de la ciudad, comprendiendo que las condiciones, recursos y redes sociales varían ampliamente entre localidades. Por ello, las acciones deben adaptarse a las características propias de cada territorio, priorizando aquellos contextos donde las desigualdades y las barreras son más profundas.

Su enfoque territorial promueve procesos sostenibles de inclusión mediante:

- La identificación participativa de necesidades y potencialidades locales.
- El fortalecimiento de redes comunitarias y organizaciones sociales.
- La formación de líderes y promotores comunitarios en inclusión, cuidado y rehabilitación.
- La articulación interinstitucional entre sectores de salud, educación, cultura, trabajo, desarrollo económico, ambiente y mujer.
- La implementación de acciones diferenciales en zonas rurales, urbanas y periféricas.

De este modo, la RBC actúa como un instrumento de gestión social del territorio, favoreciendo la participación comunitaria en la planeación, ejecución y evaluación de las acciones públicas, y consolidando comunidades más inclusivas, solidarias y equitativas.

Así mismo, se incorpora de manera transversal el enfoque de género y cuidado, reconociendo que las mujeres asumen históricamente una mayor carga en las tareas de cuidado de personas con discapacidad, personas mayores o con dependencia funcional. Esta realidad genera brechas en su acceso al trabajo, la educación, la salud y la participación política.

En consonancia con el Sistema Distrital de Cuidado (SIDICU), liderado por la Secretaría Distrital de la Mujer, la RBC promueve acciones orientadas a:

- Reconocer el rol de las personas cuidadoras como actores sociales fundamentales en los procesos de rehabilitación y bienestar.
- Redistribuir las responsabilidades del cuidado, involucrando a hombres, instituciones, comunidad y Estado.
- Fortalecer las capacidades, el bienestar emocional y la autonomía económica de las personas cuidadoras mediante procesos de formación, acompañamiento psicosocial y espacios de respiro.
- Integrar la rehabilitación con las acciones del SIDICU, de manera que la oferta distrital de servicios de cuidado se articule con las intervenciones en salud comunitaria y rehabilitación integral.
- Promover la equidad de género en el acceso a servicios, participación y toma de decisiones, garantizando que la RBC sea una estrategia inclusiva para todas las identidades y roles de género.

De esta forma, la RBC no solo busca la rehabilitación funcional de las personas con discapacidad, sino también la revalorización del cuidado como práctica social, política y comunitaria, contribuyendo a la transformación de los imaginarios y a la corresponsabilidad colectiva frente al bienestar.

Y en ese sentido realiza aportes al Sistema Distrital de Cuidado (SIDICU) y a la gestión integral del bienestar, a través de la articulación de la RBC con el SIDICU fortalece la construcción de un modelo de ciudad que reconoce el cuidado como un derecho, un trabajo y un eje de justicia social. La RBC aporta al SIDICU desde tres dimensiones clave:

- Reconocimiento: visibiliza las labores de cuidado y rehabilitación como procesos complementarios, dignificando a las personas cuidadoras y a quienes requieren apoyo.
- Redistribución: impulsa la participación de actores institucionales y comunitarios para compartir responsabilidades, evitando la sobrecarga individual y familiar.
- Representación: fomenta la participación política y comunitaria de personas cuidadoras y personas con discapacidad en los espacios de decisión del SIDICU y del Sistema Distrital de Discapacidad.

Al hacerlo, la RBC se convierte en una estrategia de interconexión práctica entre los sistemas sociales, de salud y de cuidado, promoviendo entornos saludables, accesibles y sostenibles.

La implementación distrital de la RBC se proyecta como una acción articuladora entre el Plan Distrital de Desarrollo 2024-2028, la Política de Discapacidad y el SIDICU, aportando a los propósitos de fortalecer la autonomía, como la participación y liderazgo de las personas con discapacidad y sus organizaciones; la promoción de entornos accesibles y comunidades inclusivas, reduciendo las brechas sociales y urbanas, mejorando la calidad de vida y el bienestar integral de las personas con discapacidad y sus familias, impulsando la corresponsabilidad social del cuidado, mediante la articulación efectiva de los sectores público, privado y comunitario, buscando aumentar la sostenibilidad institucional y financiera de los procesos comunitarios de rehabilitación e inclusión y consolidar sistemas de seguimiento y evaluación participativos, con indicadores que reflejen cambios reales en la vida cotidiana de las personas y comunidades.

Es así como la Rehabilitación Basada en Comunidad en Bogotá D.C. es una estrategia integral que articula la rehabilitación, la inclusión, el cuidado y la equidad social desde una visión comunitaria y territorial. Su implementación permite materializar los principios de la Política Pública de Discapacidad, fortalecer el Sistema Distrital de Discapacidad, y generar sinergias con el Sistema Distrital de Cuidado (SIDICU) para avanzar hacia una ciudad más justa, equitativa y solidaria.

En síntesis, la RBC es un puente entre la política y la comunidad, entre la salud y el cuidado, y entre los derechos y la vida cotidiana, promoviendo el bienestar colectivo y el desarrollo humano en todas las localidades de Bogotá.

La población con discapacidad comprende un grupo no homogéneo que incluye a las personas con discapacidad, sus familias, personas cuidadoras y líderes comunitarios. La Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

A continuación, se precisan las categorías de discapacidad y criterios de dependencia funcional:

Tabla 26. Categoria de discapacidad

TIPO DE DISCAPACIDAD	DEFINICIÓN
Discapacidad física	Son las personas que presentan en forma permanente deficiencias corporales funcionales a nivel musculo esquelético, neurológico, tegumentario de origen congénito o adquirido, pérdida o ausencia de alguna parte de su cuerpo, o presencia de desórdenes del movimiento corporal.
Discapacidad Auditiva	Se encuentran personas que presentan en forma permanente deficiencias en las funciones sensoriales relacionadas con la

TIPO DE DISCAPACIDAD	DEFINICIÓN
	percepción de los sonidos y la discriminación de su localización, tono, volumen y calidad; como consecuencia, presentan diferentes grados de dificultad en la recepción y producción de mensajes verbales y, por tanto, para la comunicación oral. (personas sordas y personas con hipoacusia).
Discapacidad Visual	Son las personas que presentan deficiencias para percibir la luz, forma, tamaño o color de los objetos. Se incluye a las personas ciegas y a las personas con baja visión, es decir, quienes, a pesar de usar gafas o lentes de contacto, o haberse practicado cirugía, tienen dificultades para distinguir formas, colores, rostros, objetos en la calle, ver en la noche, ver de lejos o de cerca, independientemente de que sea por uno o ambos ojos, estas personas presentan diferentes grados de dificultad en la ejecución de actividades de cuidado personal, del hogar, entre otras.
Sordo ceguera	Es la combinación de una deficiencia visual y una deficiencia auditiva, que genera en las personas que la presentan problemas de comunicación, orientación, movilidad y el acceso a la información. Las personas sordo ciegas requieren de servicios especializados de guía interpretación para su desarrollo e inclusión social.
Discapacidad intelectual	Las personas presentan deficiencias en las capacidades mentales generales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia, de tal manera que el individuo no alcanza los estándares de independencia personal y de responsabilidad social en uno o más aspectos de la vida cotidiana, incluidos la comunicación, la participación social, el funcionamiento académico u ocupacional y la independencia personal en la casa o en la comunidad.
Discapacidad psicosocial	Las personas con deficiencias (alteraciones en el pensamiento, percepciones, emociones, sentimientos, comportamientos y relaciones, considerados como signos y síntomas atendiendo a su duración, coexistencia, intensidad y afectación funcional) y las barreras del entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad. Estas personas requieren básicamente de apoyos médicos y terapéuticos especializados de acuerdo con sus necesidades. De igual forma, para su protección y participación en actividades personales, educativas, formativas, deportivas,

TIPO DE DISCAPACIDAD	DEFINICIÓN
	culturales, sociales, laborales y productivas, pueden requerir apoyo de otra persona.
Discapacidad Múltiple	Presencia de dos o más deficiencias asociadas, de orden físico, sensorial, mental o intelectual, las cuales afectan significativamente el nivel de desarrollo, las posibilidades funcionales, la comunicación, la interacción social y el aprendizaje, por lo que requieren para su atención de apoyos generalizados y permanentes

Tabla 27. Dependencia Funcional

Vulnerabilidad asociada con la edad- Dependencia Funcional	Dependencia para realizar sus actividades esenciales de la vida diaria, condición que puede estar relacionada como consecuencia de una enfermedad crónica o el avance propio de la vejez, entre otras.
	Nota: se debe priorizar la atención de las personas con Discapacidad. En caso de tener casos con limitación funcional se deberá tener en cuenta la tabla de los criterios de inclusión y priorización.

Tabla 28. Criterios de Inclusión:

Grupo poblacional	**Descripción**
Personas con discapacidad	Personas en todo el curso de vida con deficiencias físicas, sensoriales, intelectuales, psicosociales o múltiples que generan limitaciones en la participación plena y efectiva.
Personas con limitación funcional	Personas mayores de 60 años con dependencia funcional por condiciones crónicas o deterioro propio de la edad.
Personas cuidadoras	Familiares o miembros de la comunidad responsables del cuidado cotidiano, quienes pueden presentar sobrecarga física o emocional.

El proceso Rehabilitación basada en comunidad para población con discapacidad se lleva a cabo mediante la asesoría en hogar a la persona con discapacidad, su familia y la persona cuidadora. Contiene acciones centradas en la familia, con el objetivo de favorecer sus capacidades y empoderamiento para mayor percepción de bienestar, autonomía y dominio del entorno, incluye promover los factores protectores en el marco de sus

derechos. En algunas de estas familias, se podrá desarrollar la actividad de MAS Bienestar para la Persona Cuidadora, acorde a los resultados de los tamizajes.

Tabla 29. Descripción de acciones de acuerdo a resultado de tamizaje

Población Identificada	**Sobrecarga del cuidador**	**Acción**	**Sobrecarga del cuidador**	**Acción**
Persona con Discapacidad	No	Rehabilitación Basada en Comunidad	Si	MAS Bienestar para la Persona Cuidadora
Persona con Limitación Funcional	No		Si	

En el proceso de atención territorial, se identifican dos grupos de población prioritaria: personas con discapacidad y personas con limitación funcional, considerando además la presencia o ausencia de sobrecarga en la persona cuidadora principal.

Cuando se trata de personas con discapacidad sin evidencia de sobrecarga en su cuidador o cuidadora, la acción de respuesta se canaliza a través de la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC). Esta intervención busca fortalecer la autonomía, la participación social y las capacidades individuales y familiares, mediante procesos de acompañamiento comunitario y promoción de la inclusión en los entornos cotidianos.

En los casos donde la persona con discapacidad cuenta con una cuidadora o cuidador que presenta sobrecarga física, emocional o social, la atención se orienta mediante las acciones de MAS Bienestar para la Persona Cuidadora. Dicha estrategia promueve el bienestar integral de quienes ejercen el rol de cuidado, brindando espacios de Relevo, educación, apoyo psicosocial, autocuidado y fortalecimiento de redes familiares y comunitarias.

De igual manera, cuando se identifican personas con limitación funcional, la activación de la estrategia MAS Bienestar para la Persona Cuidadora se realiza en presencia de sobrecarga del cuidador, priorizando acciones de acompañamiento y educación para el cuidado saludable. En los casos donde no existe sobrecarga, la intervención se ajusta a las necesidades específicas de la persona y su entorno, favoreciendo la prevención de la dependencia y la promoción de la funcionalidad.

En conjunto, estas acciones permiten abordar de forma complementaria las necesidades tanto de las personas con discapacidad o limitación funcional como de quienes brindan el cuidado, fortaleciendo el enfoque comunitario, de derechos, género y corresponsabilidad en el cuidado.

Tabla 30. Desarrollo de la estrategia:
x|

Población identificada	Sobrecarga del cuidador	Estrategia y acciones
Persona con discapacidad	No	RBC: 3 sesiones de terapeuta, 1 seguimiento Remoto y hasta 2 del agente de cambio, 1 presencial 1 remoto (según necesidad).
Persona con discapacidad	Sí	RBC con continuidad MAS Bienestar para la Persona Cuidadora: 3 sesiones de terapeuta,1 Seguimiento Remoto, 2 de agente de cambio, 6 sesiones del auxiliar de cuidado y 3 de psicología.
Persona con limitación funcional	No	RBC: 3 sesiones de terapeuta,1 Seguimiento Remoto y hasta 2 del agente de cambio, 1 presencial 1 remoto (según necesidad).
Persona con limitación funcional	Sí	RBC con continuidad MAS Bienestar para la Persona Cuidadora: 3 sesiones de terapeuta,1 Seguimiento Remoto, 2 del agente de cambio, 4 del auxiliar de cuidado y 3 de psicología.

La priorización se realiza considerando la interacción entre la condición de discapacidad o limitación funcional de la persona, el nivel de apoyo requerido para las actividades de la vida diaria y la presencia de sobrecarga en la persona cuidadora. Bajo este criterio, los casos con mayor dependencia funcional y afectación de la capacidad de cuidado del hogar reciben una intervención de mayor intensidad, incorporando acciones complementarias de psicología y relevo de cuidado. Por su parte, las personas con menor nivel de dependencia o con redes de apoyo suficientes reciben acompañamiento mediante la estrategia RBC, orientado al fortalecimiento de la autonomía, la participación y la vinculación comunitaria.

Nota: Las familias estarán en la estrategia por un periodo de máximo 4 meses, en caso de requerirse ampliar este tiempo, por razones de fuerza mayor deberán ser justificadas en el marco de los comités de cuidado y en dialogo con el nivel de coordinación.

Desarrollo del proceso

1. Acción 1. Plan de Bienestar Rehabilitación Basada en Comunidad

a. Perfil de Terapias:

Momento 1. Reconocimiento integral de necesidades – Terapeuta

El primer momento del proceso corresponde al reconocimiento integral de la persona con discapacidad o con limitación Funcional, su familia y la persona cuidadora (Cuando se cuente con esta), constituyéndose en la base diagnóstica y relacional del acompañamiento. Este momento busca comprender las dinámicas familiares, las condiciones de salud, las capacidades funcionales y los factores del entorno que inciden en la autonomía, la participación y el bienestar general del núcleo familiar.

El terapeuta inicia el proceso mediante diálogos familiares, propiciando un espacio de escucha activa y narrativa libre que favorece la expresión de percepciones, necesidades, expectativas y prácticas cotidianas de cuidado. Este intercambio permite identificar los recursos internos y comunitarios disponibles, así como los riesgos o barreras que pueden limitar la inclusión y la funcionalidad. La conversación orienta la lectura integral de la situación familiar desde un enfoque de derechos, corresponsabilidad y cuidado mutuo.

De manera complementaria, el terapeuta aplica instrumentos de valoración estandarizados que permiten realizar un análisis objetivo del funcionamiento y las condiciones del hogar. Entre ellos se incluyen el WHODAS, para caracterizar el perfil de funcionamiento y establecer el nivel de participación, las limitaciones en actividades y la presencia de barreras o facilitadores físicos, actitudinales y comunicativos; el Índice de Barthel, dirigido a personas con discapacidad o con limitación funcional, para evaluar el grado de independencia en actividades básicas de la vida diaria; y la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, aplicada a la persona cuidadora, con el fin de determinar su nivel de sobrecarga física y emocional.

A partir del análisis conjunto de esta información, se identifican necesidades, riesgos y prioridades de atención que orientan la toma de decisiones sobre el plan de acompañamiento. Este análisis permitirá establecer el nivel de priorización de la familia dentro de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), considerando aspectos como la discapacidad o limitación funcional, el nivel de dependencia, la presencia de barreras de acceso a servicios, la disponibilidad de redes de apoyo y la sobrecarga de la persona cuidadora. Así mismo, permitirá identificar los casos que requieren continuidad mediante la estrategia MAS Bienestar para la Persona Cuidadora.

En los casos en que se detectan situaciones de sobrecarga, vulnerabilidad o riesgo social, el terapeuta activa las rutas de atención sectoriales e intersectoriales, incluyendo

programas de salud, apoyo psicosocial, educación inclusiva, empleabilidad o acceso a proyectos de inversión local. De igual forma, se promueve la vinculación de las familias a redes de apoyo comunitarias, fortaleciendo los lazos solidarios y la participación social.

La terapeuta podrá realizar la orientación sobre el proceso de Certificación y Registro para la Localización y Identificación de riesgos de Personas con Discapacidad (RLCPD), conforme a la normatividad vigente, Cuando los resultados del tamizaje lo ameritan, se coordina la activación al acompañamiento del auxiliar de cuidado en el domicilio o a programas complementarios que fortalezcan el bienestar físico y emocional de las personas cuidadoras.

Finalmente, el terapeuta y la familia construyen de manera participativa el Plan de Bienestar y Participación Familiar, que recoge las prioridades y compromisos acordados para el fortalecimiento de las rutinas, la redistribución de roles de cuidado, la mejora de las prácticas de salud familiar y la promoción de entornos inclusivos. Este plan se convierte en la guía orientadora del proceso, garantizando la continuidad del acompañamiento y la articulación con las acciones de los demás integrantes del equipo territorial.

Momento 2: Acompañamiento a la implementación del plan de cuidado- Terapeuta

En este momento se avanza en el acompañamiento a la implementación del Plan de Bienestar Familiar, fortaleciendo los acuerdos alcanzados en la sesión inicial y promoviendo la participación activa de todos los integrantes. El propósito es consolidar estrategias que favorezcan la convivencia, el autocuidado y la corresponsabilidad familiar, integrando acciones orientadas al bienestar físico, emocional y social de la persona con discapacidad y su entorno cuidador.

Los componentes por desarrollar se definirán de acuerdo con las necesidades identificadas durante la valoración inicial, las metas concertadas con la familia y las prioridades establecidas en el Plan de Bienestar Familiar, privilegiando intervenciones centradas en la persona, la familia y la comunidad.

Durante el desarrollo de la sesión, se orienta a la familia en el manejo cotidiano de la persona con discapacidad, brindando herramientas prácticas para mejorar la movilidad, la comunicación, el aprendizaje, las relaciones interpersonales, la participación en actividades significativas y la organización de la vida diaria. Asimismo, se promueve el equilibrio entre hábitos, rutinas y roles familiares, buscando armonizar las responsabilidades del cuidado con espacios de descanso, recreación y fortalecimiento del vínculo afectivo.

Es este momento se podrán abordar los siguientes componentes:

- Revisión del plan de cuidado y participación familiar, estableciendo compromisos y responsabilidades compartidas.

- Revisión y fortalecimiento de los hábitos, rutinas y roles de cuidado para favorecer el equilibrio familiar y la convivencia armónica.
- Promoción de prácticas de cuidado y salud individual y colectiva, orientadas al bienestar integral y la prevención de nuevas alteraciones o limitaciones.
- Identificación e implementación de ajustes razonables y apoyos necesarios para potenciar la independencia de la persona con discapacidad, de acuerdo con su condición y nivel funcional.
- Orientación en estrategias de afrontamiento familiar, manejo emocional y fortalecimiento de las redes de apoyo.
- Educación en salud familiar y comunitaria, fomentando cambios de actitud, reducción de estigmas y comportamientos inclusivos, especialmente ante discapacidades psicosociales o trastornos mentales.
- Asesoría sobre manejo del tiempo libre, relaciones, comunicación, aprendizaje y motivación de la persona con discapacidad, integrando a la familia como agente activo en el proceso de inclusión.
- Recomendaciones a la persona cuidadora sobre manejo del estrés, conservación de energía, posturas ergonómicas y autocuidado físico y mental.
- Orientación para la elaboración de ayudas técnicas de baja complejidad, que faciliten la autonomía y participación de la persona con discapacidad.

Momento 3: Seguimiento al plan de Bienestar Familiar Terapeuta

El seguimiento remoto es una estrategia complementaria que permite mantener el acompañamiento familiar y garantizar la continuidad del proceso sin requerir desplazamientos. Su finalidad es fortalecer los avances del Plan de Bienestar Familiar, brindar orientación técnica y emocional oportuna y promover el empoderamiento de la familia en la ejecución de las acciones acordadas.

Durante el seguimiento telefónico o virtual se pueden adelantar las siguientes acciones:

- Verificar los avances, logros y dificultades en la implementación del plan.
- Identificar nuevas necesidades o cambios en las condiciones familiares.
- Brindar orientación educativa breve sobre autocuidado, afrontamiento, manejo del estrés, organización del tiempo y salud familiar.
- Reforzar las prácticas de cuidado y educación en salud acordadas previamente.
- Orientar sobre rutas de atención, redes de apoyo institucionales o comunitarias, y procesos de activación de ruta en curso.
- Realizar seguimiento a la participación de la acción de MAS Bienestar para la persona cuidadora, cuando aplique.

El seguimiento remoto no reemplaza las intervenciones que requieren observación directa, entrenamiento funcional o verificación ambiental, las cuales deben realizarse de

forma presencial para garantizar la calidad, la seguridad y la aplicación práctica de los principios de la RBC, basados en la participación, la inclusión y el fortalecimiento comunitario.

El seguimiento Remoto, podrá realizarse entre el momento 1 y 2 o 2 y 3; según las necesidades de la persona con discapacidad, su familia o de la persona cuidadora.

El seguimiento remoto podrá desarrollarse en cualquier momento del proceso, de acuerdo con las necesidades identificadas por el terapeuta, la persona con discapacidad, la familia o la persona cuidadora, constituyéndose en una estrategia de soporte para el cumplimiento de los objetivos del Plan de Bienestar Familiar.

Momento 4: Cierre -Terapeuta

En este momento se realiza, junto con la familia, la evaluación del cumplimiento del Plan de Bienestar Familiar, valorando los avances, logros, dificultades y compromisos asumidos durante el proceso. Este espacio busca reconocer el esfuerzo colectivo, fortalecer la autonomía familiar y reafirmar la corresponsabilidad en el cuidado y bienestar de la persona con discapacidad.

La terapeuta orienta la sesión hacia un balance integral del proceso, comparando el estado inicial con la situación actual, para identificar mejoras en la dinámica familiar, la participación social, las prácticas de cuidado y la gestión del autocuidado de la persona cuidadora. A partir de este análisis, se brindan recomendaciones sobre la promoción de la salud, la prevención de sobrecarga, el fortalecimiento del vínculo familiar y el uso adecuado de las rutas de atención sectoriales e intersectoriales.

Asimismo, se evalúa la percepción de la persona cuidadora frente a su experiencia en la acción, así como las acciones realizadas tanto por la terapeuta como por el auxiliar de cuidado en el marco del proceso MAS Bienestar, para lo cual las sesiones del auxiliar deben haber finalizado previamente. Finalmente, se aplican los instrumentos Zarit, Barthel y WHODAS de cierre, con el fin de medir los cambios en la funcionalidad, la carga del cuidado y el bienestar general del núcleo familiar.

La evaluación final deberá considerar adicionalmente el cumplimiento de las metas definidas en el Plan de Bienestar Familiar, los cambios observados en la autonomía, la participación, la funcionalidad y el bienestar de la persona con discapacidad, así como las transformaciones alcanzadas en las dinámicas de cuidado y en la calidad de vida de la persona cuidadora.

Nota: Para las familias que participan en la estrategia de MAS Bienestar para la persona cuidadora, este cierre se debe realizar, una vez se hayan finalizado las sesiones por los perfiles de psicología y auxiliar de cuidado.

Agente de Cambio

El agente de cambio cumple un rol fundamental en facilitar la sensibilización sobre derechos y autonomía, fortalecer redes de apoyo comunitarias, enlazar a las familias con servicios de salud, educación y empleo, fomentar el autocuidado y promover la participación en actividades sociales, culturales y recreativas.

Su actuación se orienta al fortalecimiento de la inclusión social, la participación comunitaria, el acceso efectivo a derechos y la gestión de apoyos para la persona con discapacidad, la persona con limitación funcional, sus familias y las personas cuidadoras, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos definidos en el Plan de Bienestar Familiar. Las acciones desarrolladas por el agente de cambio responderán a las necesidades identificadas durante el proceso de valoración y seguimiento, priorizando aquellas familias que presentan mayores barreras para la inclusión, el acceso a servicios o la participación comunitaria.

El agente de cambio deberá reportar el avance en un plan de acción, el cual deberá contener al menos 2 actividades mensuales:

Actividad 1. Gestión para la RBC:

Para este proceso de vinculación a ofertas locales, zonales y distritales, el agente de cambio realizará la gestión en el territorio, para agenciar respuestas y acciones tendientes a la vinculación de las personas con discapacidad y la persona cuidadora, para que estos puedan acceder a las actividades sectoriales e intersectoriales, que complementen el proceso de la Rehabilitación Basada en Comunidad, esta gestión, la podrán realizar en articulación, con los demás agentes de cambio del plan de intervenciones colectivas, los delegados de la política pública de Discapacidad, las redes comunitarias de RBC, en las Subredes o en la gestión con sectores y entidades presentes en el territorio, del orden público o privado.

Estas se reportarán en Bitácoras de trabajo (Digitales o Físicas), dependiendo de las habilidades y recursos con los que cuente el agente de cambio o de la condición de discapacidad, en esta se debe reflejar la búsqueda, gestión y logros alcanzados.

Actividad 2: Acompañamiento a las personas con discapacidad, las familias o personas cuidadoras.

El agente de cambio realizará acompañamientos a las familias con personas con Discapacidad y personas cuidadoras; como mínimo una sesión presencial y una telefónica y hasta dos presenciales o dos telefónicas en familias que requieran un acompañamiento más cercano, las sesiones presenciales pueden realizarse manera conjunta con el profesional de terapias o con el de psicología, para el caso de familias en las que se desarrolla la estrategia de MAS Bienestar para la persona cuidadora.

Acompañamiento a personas con discapacidad, personas con limitación funcional, familias y personas cuidadoras

El agente de cambio realizará acompañamientos dirigidos a fortalecer la inclusión, la autonomía, la participación social y el acceso a oportunidades comunitarias.

Se podrán desarrollar hasta dos acompañamientos durante el plan de intervención, los cuales podrán realizarse de manera presencial, remota o combinada, según las necesidades identificadas, las características familiares y las condiciones territoriales.

En estos acompañamientos se podrán realizar las siguientes acciones:

- Educación y sensibilización, facilitando espacios formativos sobre derechos, autonomía y oportunidades para personas con discapacidad, promoviendo una visión inclusiva en la comunidad.
- Fortalecimiento de redes de apoyo, impulsando la creación de grupos comunitarios donde las familias puedan compartir experiencias, estrategias y recursos para afrontar los desafíos de la discapacidad.
- Acceso a servicios, actuando como enlace entre las personas con discapacidad y los servicios de salud, educación, empleo y protección social, garantizando que conozcan y accedan a sus derechos; en el caso de acceso a servicios de salud, se debe garantizar apoyo en la gestión de citas médicas en articulación con el gestor en línea a fin de garantizar la inclusión en las rutas integrales de atención en salud tanto para la persona con discapacidad como para la persona cuidadora.
- Promoción de la equidad en el acceso a servicios de salud, facilitando el conocimiento de derechos y garantizando el acceso a servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación.
- Fomento del desarrollo de habilidades para el autocuidado y la gestión de la salud, promoviendo la adherencia a tratamientos, la autonomía en el manejo del bienestar y el acceso a tecnologías de apoyo que mejoren la calidad de vida.
- Participación social y comunitaria, impulsando la integración en actividades culturales, recreativas y deportivas para fomentar la interacción con el entorno y reducir el estigma.
- Fortalecimiento de la autonomía y la vida independiente, promoviendo el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones, la movilidad, la comunicación y la gestión de la vida cotidiana.

Dado que la gestión territorial del agente de cambio debe orientarse hacia los casos con mayores necesidades de acompañamiento comunitario, la selección de familias para

intervención priorizada se realizará en coordinación con el terapeuta y líder operativo en garantía del cumplimiento de las horas contratadas, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Barreras de acceso en salud de las personas con discapacidad o cuidadores
- Necesidades de respuestas intersectoriales
- Personas con discapacidad con dificultad de fortalecimiento para la vinculación en procesos de autonomía. (Redes, educación o productividad)
- Carga de la persona cuidadora en el caso que aplique
- Sobrecarga de la persona cuidadora.
- Ausencia o debilidad de redes de apoyo familiares o comunitarias.
- Riesgo de aislamiento social o exclusión comunitaria.
- Necesidad de acompañamiento para el acceso efectivo a derechos y oferta institucional.
- Situaciones que requieran fortalecimiento de la participación social o comunitaria.
- Familias con dificultades para la continuidad de procesos de rehabilitación o inclusión.

La priorización no implica exclusión de otras familias vinculadas a la estrategia, sino la focalización de esfuerzos de acompañamiento en aquellos casos que presentan mayores condiciones de vulnerabilidad o requieren una gestión más intensiva para el acceso a apoyos y oportunidades comunitarias.

Esta identificación de familias en coordinación con el terapeuta, el proceso busca impactar positivamente la salud y el bienestar de la persona cuidadora y de la persona con discapacidad.

El reporte de estos acompañamientos, se registran en el aplicativo GTAPS y en casos excepcionales en la bitácora de acompañamiento, esto dependerá de la discapacidad o de la limitación del agente de cambio; según acuerdos con el equipo de coordinación y de las recomendaciones técnicas de accesibilidad de las terapeutas.

Plan de cuidado para la persona cuidadora

a. Auxiliar de Cuidado

Momento 1. Alistamiento

Este momento incluye:

- Revisión de los casos identificados por las Terapeutas y la gestión de la base de datos de los posibles usuarios.

- Revisión del interés de las familias en participar y verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y priorización para la vinculación de cuidadores a la acción de MAS Bienestar para la persona cuidadora.
- Una vez establecidas las personas sujeto de intervención, se deberá adelantar el ejercicio de acercamiento y concertación de la atención del Auxiliar en el domicilio, dando a conocer el objetivo y el alcance de la actividad.
- Todas las familias deben pasar previamente por el proceso de Identificación de riesgos y de abordaje en el marco de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, acompañamiento por Terapeuta y agente de cambio.
- Mesa de trabajo entre terapeuta, Agente de Cambio, psicólogo y Auxiliar de cuidado para articular los posibles casos, así como las acciones adelantadas con cada familia, para dar cumplimiento al plan de Bienes concertado.
- Revisión de los criterios de inclusión a la acción de MAS Bienestar para la persona cuidadora.

Tabla 31. Criterios de Inclusión y Priorización

Criterios de inclusión	**Criterios de priorización***
Cuidadores con resultado Zarit Moderado o Intenso Cuidadores mayores de 18 años Familia con personas que requieren cuidado, mayores de 18 años Familias que residen en Bogotá; urbana o rural Familias que no cuenten con auxiliar de enfermera asignada por el plan obligatorio de salud o que paguen independientemente por la labor de cuidado del familiar. Familias que no se encuentren incluidas en otro programa de relevo a cuidadores de la oferta Distrital. Familias que cuentan con un lugar habitacional en donde recibir la atención	*Personas Cuidadoras* de Personas mayores de edad que presentan discapacidad y/o dependencia funcional *Personas gestantes cuidadoras*.* Personas cuidadoras con alertas en Salud Mental Personas mayores de 60 años con dependencia funcional. Sobrecarga alta del cuidador (Puntaje de Zarit) Cuidador de género femenino Cuidadores con enfermedades crónicas o de alto costo no controladas Cuidadores-as de personas con discapacidad y/o dependencia víctimas de hechos violentos. Cuidadores-as de personas con discapacidad pertenecientes a los grupos étnicos (Indígenas, Negro-afrocolombiano, Raizal, Palenquero y Rrom Gitano)

Criterios de inclusión	Criterios de priorización*
	Cuidadores-as de personas con discapacidad pertenecientes a los sectores LGBTIQ+. Cuidadoras de personas con discapacidad que son jefes de hogar.
	*Este criterio será sólo tenido en cuenta para seleccionar las familias cuidadoras en caso de tener un alto volumen de familias que cumplen criterio de inclusión.

**El Auxiliar de Cuidado brindará apoyo a las gestantes que, además de su embarazo, cumplen el rol de cuidadoras de personas con discapacidad o personas mayores con limitación funcional con condiciones de dependencia moderada o severa, permitiéndoles asistir a sus controles prenatales o las acciones propias de la ruta integral de atención en salud durante el tiempo del relevo.*

La priorización deberá considerar de manera integral la interacción entre la condición funcional de la persona sujeto de cuidado, la intensidad de apoyo requerido, la sobrecarga de la persona cuidadora y la disponibilidad de apoyos familiares y comunitarios.

Cuando la capacidad operativa sea limitada, tendrán prioridad los casos con mayor dependencia funcional y mayor afectación de la capacidad de cuidado del hogar.

Momento 2: Actividades y orientaciones técnicas del Auxiliar Cuidador

Por su parte, el Auxiliar de cuidado en el marco de la acción de MAS Bienestar, sustituye temporalmente al cuidador, permitiéndole descanso, tiempo libre o desarrollo de proyectos personales. Durante sus sesiones, el auxiliar brinda apoyo en autocuidado, movilidad, actividades básicas y acompañamiento; actividades a las cuales el profesional de terapias realizará seguimiento, para orientar las actividades del auxiliar de cuidado.

Las acciones que desarrolla el Auxiliar Cuidado durante los relevos permitirán a la persona cuidadora tener el tiempo para que esta se ocupe de aspectos de bienestar individual que aportan al cuidado familiar.

Durante la sesión del auxiliar Cuidador, este realizará actividades de acompañamiento a la persona sujeto de cuidado (Persona con discapacidad). Estas se podrán enmarcar en las dimensiones sugeridas del plan de bienestar.

Será responsabilidad del Auxiliar Cuidador:

- Ayudar con las necesidades básicas de la persona con discapacidad en temas como autocuidado (Alimentación), Actividades de ocio y tiempo libre, cuidado de la salud y Educación en salud)
- Ayudar con el traslado y la movilidad (levantar y desplazar a una persona de un sitio a otro sin riesgo de que sufra una caída o se haga daño); dentro de la casa.
- Realizar la toma de signos vitales al inicio y al finalizar el relevo; en caso de identificarse alteraciones en la toma de signos que pongan en riesgo la vida de la persona, deberá activarse la ruta de emergencias e informar al líder de la localidad.
- Agenciar las citas médicas en articulación con el gestor en línea cuando sea necesario.

Aspectos para tener en cuenta por el auxiliar cuidador:

- No realiza procedimientos invasivos; entendidos como aquellos que Involucran instrumentos que rompen la piel o que penetran físicamente en el cuerpo como administración de medicamentos Inyectables (intramuscular, intradérmico, subcutáneo), activación de ruta de vía endovenosa y curación de heridas bucales y úlceras por presión.
- El auxiliar de Enfermería deberá Identificar, socializar y mantener los límites:
    - No son empleados del hogar, las funciones están limitadas a la asistencia a la persona cuidada y al cuidador.
    - Solo debe cuidar a la persona sujeto del cuidado y no deberá atender a otros miembros de la familia.
    - Informar oportunamente ante situaciones que pongan en riesgo la integridad del Auxiliar de Enfermería
    - Nunca tomar decisiones importantes en nombre de la persona a su cargo.

Consideraciones Ruralidad Cercana: En caso de presentarse casos con la necesidad de Auxiliar de cuidado, estos se revisarán en comité de cuidado y conservarán los criterios técnicos descritos en la guía

A continuación, se describen temas y actividades que el auxiliar cuidador podrá realizar durante su acompañamiento:

Tabla 32. Dimensiones del plan de bienestar y actividades base a realizar por parte del Auxiliar de Cuidado:

DIMENSIONES DEL PLAN DE BIENESTAR INTERVENCIONES	TEMAS GENERALES PLAN DE BIENESTAR	ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA EL AUXILIAR CUIDADOR
Física	Salud y Nutrición	• Apoyar a la persona sujeto de cuidado en actividades básicas de la vida diaria, de acuerdo con sus capacidades y necesidades. • Favorecer la participación en actividades cotidianas significativas dentro del hogar, promoviendo la movilidad segura y el mantenimiento de habilidades funcionales. • Incentivar la realización de actividades de movimiento activo o asistido previamente orientadas por los profesionales tratantes. • Acompañar el desarrollo de rutinas relacionadas con alimentación, higiene, descanso y bienestar general. • Identificar situaciones que puedan representar riesgo para la salud o seguridad de la persona sujeto de cuidado e informar oportunamente al equipo.
	Herramientas básicas para la atención de personas que requieren apoyo por dependencia y/o discapacidad	• Compartir con la persona cuidadora recomendaciones previamente definidas por el equipo de atención para facilitar el cuidado cotidiano. Promover la identificación de apoyos familiares o comunitarios que contribuyan a disminuir la carga de cuidado. Reforzar mensajes de educación en salud

DIMENSIONES DEL PLAN DE BIENESTAR INTERVENCIONES	TEMAS GENERALES PLAN DE BIENESTAR	ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA EL AUXILIAR CUIDADOR
		brindados por los profesionales de la estrategia.
Emocional	El autocuidado genera valor y resignifica la labor de cuidado	• Favorecer espacios de relevo que permitan a la persona cuidadora destinar tiempo a actividades de descanso, autocuidado o participación social. • Identificar señales de malestar emocional, agotamiento o sobrecarga y comunicarlas al profesional responsable. • Promover actividades que contribuyan al bienestar emocional y la interacción positiva entre la persona cuidadora y la persona sujeto de cuidado.
Relacional	Resolución de conflictos en familia y comunidad	• Observar las dinámicas de interacción entre la persona cuidadora y la persona sujeto de cuidado, identificando fortalezas y posibles necesidades de acompañamiento. • Favorecer ambientes de respeto, comunicación y apoyo mutuo durante las actividades de cuidado. • Informar al equipo sobre situaciones que puedan afectar el bienestar familiar o requerir intervención adicional.
Material	Redes comunitarias e institucionales - Rutas de atención en el marco de	• Socializar ofertas sectoriales e intersectoriales a la familia cuidadora para que pueda vincularse.
Ocupacional	Fortalecimiento áreas de la ocupación	• Acompañar a la persona sujeto de cuidado en actividades de su interés, respetando sus preferencias, capacidades y decisiones. • Favorecer la participación en actividades recreativas, culturales,

DIMENSIONES DEL PLAN DE BIENESTAR INTERVENCIONES	TEMAS GENERALES PLAN DE BIENESTAR	ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA EL AUXILIAR CUIDADOR
		artísticas o de esparcimiento que puedan desarrollarse en el hogar. • Promover experiencias que fortalezcan la autonomía, la participación y el sentido de bienestar de la persona sujeto de cuidado.

La evaluación de los logros se realizará por parte del terapeuta, en la sesión integral, donde se validan las acciones de la RBC y de MAS Bienestar de la persona cuidadora.

b. Profesional de Psicología

Desarrollo de la estrategia:

El abordaje por el profesional de psicología inicia con la valoración integral del usuario por parte del profesional de psicología, realizando el registro respectivo en el aplicativo GTAPS. Este proceso deberá garantizar una evaluación de psicología completa del paciente, que contemple las siguientes acciones:

a. Se realizará la aplicación de tamizajes Zung y Hamilton como una herramienta de apoyo a la definición de riesgo y priorización de casos, fortaleciendo el ejercicio con una observación comportamental del paciente.

b. Se tendrán en cuenta las 3 evaluaciones adicionales que plantea la caja de herramientas como apoyo a este proceso; evaluación de pensamientos suicidas, afectaciones mentales.

c. Así mismo, se debe realizar una entrevista psicológica donde se analizará la historia personal del paciente estableciendo demás factores de riesgo en los entornos donde este se desarrolla y antecedentes personales y familiares.

DESCRIPCIÓN DE LOS TAMIZAJES ZUNG Y HAMILTON:

Escala de Zung

La Escala de Zung para Depresión (SDS), creada por William W.K. Zung en 1965, es un instrumento de tamizaje y seguimiento que evalúa la intensidad de síntomas depresivos en adultos. Consta de 20 ítems tipo Likert (1 a 4 puntos), que valoran aspectos afectivos, cognitivos y somáticos. La puntuación total (20–80) se transforma en un índice estandarizado. No tiene valor diagnóstico, pero es altamente útil en atención primaria,

programas comunitarios y seguimiento, permitiendo identificar riesgo depresivo, monitorear evolución y apoyar decisiones de remisión o intervención psicológica especializada.

Aplicación de la Escala, es un instrumento que puede ser diligenciado por la propia persona, sin embargo, en esta intervención será el profesional de psicología quien realice la aplicación, la escala cuenta con 20 enunciados relacionados con la depresión.

Estos enunciados están divididos en dos partes, preguntas en negativo y otras en positivo.

Cada enunciado esta puntuado en una escala del 1-4, la preguntas que se encuentran en negativo inician con la puntuación de 1 a 4 y las positivas (se encuentran en el formato en
color rojo) inician con 4 a 1.

Puntuación preguntas en negativas	**Puntuación preguntas en positivas**
1. muy pocas veces	1. casi siempre.
2. algunas veces	2. muchas veces
3. muchas veces	3. algunas veces
4. casi siempre.	4. muy pocas veces

Tabla 33. Interpretación escala Zung

PUNTOS DE CORTE

PUNTAJE	RESULTADO
<= 28	Ausencia de depresión
Entre 28 y 41	Depresión leve
Entre 42 y 53	Depresión moderada
>= 53	Depresión grave

g. **Escala de Hamilton**

La Escala de Ansiedad de Hamilton, desarrollada por Max Hamilton en 1959, es un instrumento de tamizaje y seguimiento que mide la severidad de síntomas ansiosos en adultos. Consta de 14 ítems que valoran componentes psíquicos (miedo, tensión, preocupaciones, insomnio) y somáticos. Cada ítem se califica de 0 a 4 puntos, con una puntuación total que oscila entre 0 y 56. Aunque no tiene valor diagnóstico por sí sola, es una de las escalas más empleadas en investigación para evaluar la gravedad de la ansiedad, monitorear evolución y medir la respuesta a la intervención, así como la toma de decisiones para la derivación a tratamiento psicológico especifico o farmacológico.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia de este. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de

esta. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad.

Sobre la terminación de la evaluación, el profesional de psicología compila un puntaje compuesto basado en la suma de cada uno de los 14 ítems, individualmente calificados. Este cálculo rendirá una puntuación exhaustiva en el rango de 0 a 56. Ha sido predeterminado que los resultados de la evaluación pueden ser interpretados así:

Tabla 34. Interpretación escala Hamilton

PUNTAJE	RESULTADO
Menos que 6	Ausencia de Ansiedad
Entre 7 y 17	Ansiedad Leve
Entre 18 y 24	Ansiedad Moderada
Entre 25 en adelante	Ansiedad severa

De acuerdo con la valoración integral de riesgo y la definición de priorización utilizando los resultados de las escalas implementadas como apoyo a la clasificación del estado emocional del usuario, el profesional de psicología deberá definir la impresión diagnostica del usuario, así como la vinculación al proceso de intervención garantizando los objetivos terapéuticos necesarios para superar la situación actual del usuario.

Como complemento a esta acción el profesional de psicología deberá desarrollar Acciones de Educación para la Salud, con el propósito de fortalecer factores protectores para la salud mental y capacidades familiares.

Las acciones de intervención se desarrollarán en el marco del documento de apoyo para la atención (ubicado en la caja de herramientas), como parte relevante del proceso se deberá tener en cuenta el desarrollo de las Evaluaciones de EP+, de acuerdo con el documento anexo en la caja de herramientas.

Tabla 35. Tipos de evaluación

Tipo de Evaluación	¿Para qué sirve?
Evaluación pre-EP +	Se realiza antes de que empiece EP+ (documentos de apoyo para la atención). Conocer a la persona Escuchar su historia Recoger información específica sobre sus problemas prácticos y emocionales que lo ayudarán a prepararse para EP+.
Evaluación durante EP+	Es útil para monitorear el progreso de la persona y apoyar mejor su recuperación

Tipo de Evaluación	¿Para qué sirve?
	emocional y se realiza al comienzo de cada sesión. (documentos de apoyo para la atención).
Evaluación post-EP+	Se realiza una o dos semanas después de que la persona haya completado EP+ (documentos de apoyo para la atención).

¿Para qué sirve?

Así mismo se deberá garantizar que al comienzo de cada sesión, se realice la evaluación de la intervención anterior bajo el esquema EP+ (ver documentos de apoyo para la atención), garantizando el registro pertinente de los resultados. Se puede usar las respuestas de esta evaluación para dialogar acerca de cómo se han sentido desde la última entrevista. Esto dará a la persona la oportunidad de hablar acerca de las experiencias positivas o de las dificultades que han surgido. También puede preguntársele acerca de los síntomas del malestar emocional para ver si ha habido algún cambio al respecto. Puede además dialogar con la persona sobre las tareas prácticas que habían planeado juntos para que ella hiciera entre una sesión y otra. Antes de empezar a introducir las estrategias centrales para cada sesión, debe decidir dedicar algo de tiempo para tratar de resolver o ayudar a la persona a manejar los problemas que hayan surgido durante su práctica en el hogar.

Como resultado de la valoración y avance al proceso de intervención interdisciplinario para la persona cuidadora, el profesional de psicología deberá generar el Plan de Bienestar. Esta acción contempla únicamente la descripción general del plan de manejo terapéutico.

La atención para este grupo de riesgo estará guiada por la intervención psicológica breve para adultos Enfrentando Problemas Plus EP+, esta estrategia establece el desarrollo de intervención terapéutica que será definida de acuerdo al resultado de la valoración integral, planteando así la oportunidad de aportar modificaciones positivas al estado emocional del usuario con temas relevantes que impactarán el fortalecimiento de las herramientas de afrontamiento y la gestión de emociones en el paciente, así como se una sesión de educación grupal que permitirá el refuerzo temático de las intervenciones previas y el fortalecimiento de la red de apoyo familiar y/o social para los usuarios. Es importante recordar el registro pertinente, incluyendo el argumento para la definición del proceso a desarrollar.

Teniendo en cuente que el enfoque comprende el enfrentar el problema (EP) como una estrategia que está basada desde el enfoque conductual esta actividad se propone identificar factores de riesgo psicológicos por causa de cuidado (depresión, ansiedad, estrés, temor, sentimientos de impotencia, entre otros) y, donde fuere posible, necesidades o problemas prácticos (problemas de sustento, conflictos en la familia y otros).

El proceso se desarrollará en cuatro sesiones, para la ejecución de las actividades, se establece la implementación de al menos 2 sesiones mensuales de acuerdo con la concertación especifica con los usuarios y sus familias, en las cuales se implementarán las fases de la estrategia, estas fases no se conciben como lineales o consecutivas, sino que deberán ajustarse (al igual que la frecuencia de las sesiones) a las necesidades identificadas en cada familia abordada. A continuación, se presenta una propuesta de abordaje por fases, la cual podrá ser modificada según los requerimientos específicos de cada caso:

Tabla 36. Abordaje por fases

SESION	ACTIVIDAD
Sesión 1 **Identificación de riesgos**	Apertura del caso, reconocimiento de los antecedentes, identificación de la estructura familiar, roles y relaciones establecidas al interior de la familia, aplicación del APGAR Familiar Actualización de la información pertinente del grupo familiar, alertas y generación de compromisos propios de esta línea. Aplicación de tamizajes de apoyo para la identificación de factores de riesgo en salud mental; Zung (depresión) Hamilton (ansiedad) y Riesgo Psicosocial (SDS). Aplicación de la evaluación Pretest de la EP+ Concertación del plan de bienestar, objetivo y alcance del acompañamiento psicológico a realizar a partir de resultados de instrumentos aplicados. Acciones de Educación para la Salud, con el propósito de fortalecer factores protectores para la salud mental y capacidades familiares.
Sesión 2 **Definición de habilidad a trabajar**	Para el desarrollo del Plan de Bienestar el profesional deberá trabajar con las siguientes acciones y temáticas, que se priorizaran de acuerdo con la identificación de riesgos y necesidades del usuario: Intervención donde se trabajará desde el usuario las herramientas que le permiten la comprensión de la adversidad y la identificación de los factores estresores del evento, las habilidades propias de los usuarios para enfrentar los problemas con el refuerzo de estas y desde el interés del usuario y fortalecimiento de herramientas de autogestión la motivación para seguir andando y continuar haciendo. Como refuerzo de la sesión se deberá realizar el cierre con un ejercicio de parafraseo con el usuario que permita identificar las estrategias trabajadas. Aplicación de la evaluación durante la EP+

SESION	ACTIVIDAD
Sesión 3 **Enfoque de solución de problemas.**	Durante esta sesión el profesional de psicología abordará los temas de reconocimiento y fortaleciendo de las redes de apoyo como soporte a sus necesidades y establecerá un refuerzo positivo en el usuario que le conducirá a mantenerse bien y mirar hacia adelante Como refuerzo de la sesión se deberá realizar el cierre con un ejercicio de parafraseo con el usuario que permita identificar las estrategias trabajadas. Aplicación de la evaluación durante la EP+, realizando el seguimiento de avance en los objetivos de la intervención.
Sesión 4 **Cierre del proceso.**	Intervención donde se trabajará; el refuerzo positivo en el usuario que le conducirá a mantenerse bien y mirar hacia adelante Como refuerzo de la sesión se deberá realizar el cierre con un ejercicio de parafraseo con el usuario que permita identificar las estrategias trabajadas. Como acción final en esta sesión se iniciará con un ejercicio conversacional con el usuario que permita la identificación de las estrategias trabajadas, su aplicación en la vida cotidiana y reforzando las estrategias pertinentes que den respuesta a las necesidades identificadas durante este. Posteriormente se deberá realizar ejercicio de evaluación del proceso, que permita la identificación de modificaciones y/o ajustes a la conducta presentada al inicio de la intervención, así como el fortalecimiento de las herramientas de afrontamiento. Definir cumplimiento de objetivos relacionados con el fortalecimiento de herramientas de afrontamiento, desde la comparación de evolución del usuario de acuerdo con las escalas aplicadas al ingreso y en la sesión final Zung (depresión) Hamilton (ansiedad). Aplicación de la evaluación Postest de la EP+

En el caso del acompañamiento a las familias con pertenencia étnica y con personas con Discapacidad; el profesional de Psicología deberá propender porque en el proceso se tenga en cuenta las características, según la etnia (Afro, Raizal, Palenquero, Indígena y Rrom - Gitano); en estas se reconocen:

- comprensión del cuidado
- comprensión de la discapacidad
- usos y costumbres en medicina ancestral y partería
- alimento propio
- condiciones territoriales
- uso de plantas sagradas en el manejo o acompañamiento de la discapacidad

En garantía del enfoque diferencial, resaltado en el modelo de atención en Salud MAS Bienestar.

Acción 2: Círculo de bienestar para personas cuidadoras

Esta acción de bienestar consiste en un encuentro grupal dirigido a personas cuidadoras de personas con discapacidad o con limitación funcional, orientado a reconocer su labor cotidiana y promover espacios de bienestar, autocuidado y fortalecimiento de capacidades para el ejercicio del cuidado. La actividad busca generar un espacio de encuentro entre personas cuidadoras donde sea posible compartir experiencias, reflexionar sobre los retos asociados al cuidado y reconocer la importancia de cuidar también a quien cuida, en coherencia con el enfoque del modelo de Más Bienestar.

El encuentro se desarrollará mediante metodologías participativas y vivenciales, tales como círculos de diálogo y actividades de intercambio de saberes, que faciliten la expresión de experiencias y la construcción de redes de apoyo entre participantes. Estas dinámicas estarán orientadas a promover estrategias prácticas de autocuidado y bienestar, así como al reconocimiento del cuidado como una labor fundamental para el sostenimiento de la vida y la salud en los hogares y las comunidades.

Los contenidos abordados en los encuentros estarán relacionados con temas diversos asociados al bienestar y al fortalecimiento de competencias en la labor del cuidado, La definición de estos temas dependerá de los procesos de articulación con actores institucionales, comunitarios, académicos y sociales que confluyen en el entorno del Hospital San Juan de Dios, favoreciendo la participación de diferentes iniciativas que aporten al fortalecimiento de las personas cuidadoras.

De manera complementaria, la acción promueve una aproximación comunitaria al Hospital San Juan de Dios como espacio histórico del cuidado en la ciudad, fortaleciendo su reconocimiento como referente de la salud pública y como un escenario que actualmente adelanta procesos de renovación y revitalización. Así, el encuentro contribuye tanto al bienestar de las personas cuidadoras como al fortalecimiento del vínculo entre comunidad, cuidado y territorio.

Perfiles y roles para el desarrollo de la actividad

Profesional de Terapia

Profesional encargado de acompañar, orientar y dinamizar la actividad grupal, facilitando la ejecución de las actividades en el marco de los ejercicios de bienestar, autocuidado y reflexión sobre el rol del cuidado. Desde su enfoque terapéutico, promoverá herramientas prácticas para el manejo de la carga del cuidado, la expresión de experiencias entre pares y el fortalecimiento de redes de apoyo entre cuidadores, así como las adaptaciones requeridas para los espacios concertados.

El terapeuta a su vez organiza y apoya el ejercicio de convocatoria junto con el agente de cambio

Agente de Cambio

Acompaña y realiza el proceso de convocatoria comunitaria, identificación de personas cuidadoras en el territorio y motivación para su participación en la actividad. Asimismo,

facilitará la articulación entre la comunidad, el equipo territorial y el espacio donde se desarrollará el encuentro, fortaleciendo el vínculo entre la población participante y las iniciativas asociadas al proceso de revitalización del Hospital San Juan de Dios.

Participantes

La acción está dirigida principalmente a personas cuidadoras de personas con discapacidad o limitación funcional, quienes podrán participar acompañadas de la persona a su cuidado si así lo desean.

También podrán asistir personas con discapacidad, profesionales del equipo territorial de salud y actores comunitarios interesados en fortalecer procesos de bienestar y redes de apoyo, a partir del tema de trabajo definido para la sesión

Número mínimo de participantes

Para garantizar el desarrollo adecuado de la metodología grupal y propiciar un espacio efectivo de intercambio y acompañamiento entre cuidadores, la actividad contará con un mínimo de 15 y hasta 20 participantes, lo que permitirá dinamizar el diálogo, fortalecer la construcción colectiva de experiencias de cuidado y promover la apropiación social del proceso de renovación del Hospital San Juan de Dios.

Temporalidad

La Subred deberá realizar un espacio Mensual a partir de la fecha de inicio del proceso con el Hospital San Juan de Dios y esta actividad será validada por 8 horas teniendo en cuenta el traslado, ejecución y regreso de los participantes.

Nota: En el marco de la implementación del Plan o de Bienestar concertado con el núcleo familiar, se deberá realizar en el primer contacto la verificación del esquema de vacunación de todos los integrantes del grupo familiar, conforme a la edad, condición individual y población objeto, de acuerdo con los lineamientos vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

En los casos en que se identifiquen esquemas incompletos, atrasados o pendientes, se deberá efectuar la respectiva orientación y derivación al servicio de vacunación correspondiente (bina vacunadora), garantizando la articulación con las rutas institucionales definidas.

Al momento del cierre del Plan o de los Planes de Bienestar, deberá dejarse establecido como compromiso que todos los integrantes del núcleo familiar cuenten con el esquema de vacunación completo, acorde con los lineamientos técnicos del PAI, o que se encuentren en proceso activo y documentado de actualización de este.

SOLEDAD SOCIAL

1.7.4.20. Estrategia MAS Compañía, MAS Bienestar.

La soledad social en las personas mayores se entiende como una experiencia subjetiva y multifactorial, que no necesariamente depende de vivir solo, sino de la discrepancia entre las relaciones sociales que la persona tiene y las que desearía tener. Esta condición se convierte en un fenómeno de especial interés para las políticas de bienestar, pues tiene implicaciones directas en la salud física, mental y social de las personas mayores (Valdelamar Jiménez, 2024).

Existen diferentes tipologías de soledad que permiten precisar el abordaje desde la gestión del bienestar: la soledad emocional, vinculada a la ausencia de vínculos íntimos y de confianza; la soledad relacional, derivada de la carencia de una red social significativa de amistades y vecinos; y la soledad colectiva, que se manifiesta en la falta de integración o reconocimiento social. Cada una de estas dimensiones exige acciones diferenciadas, pero articuladas en un mismo plan de intervención.

Los estudios muestran que la soledad social no es una enfermedad en sí misma, pero sí constituye un factor de riesgo para la salud pública. Su presencia está asociada a mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares, alteraciones del sistema inmune, deterioro cognitivo y síntomas depresivos. Además, predice un incremento en el riesgo de mortalidad con un impacto comparable al de factores de riesgo tradicionales como la obesidad o el tabaquismo (OMS, 2021; Valdelamar Jiménez, 2024).

En términos de bienestar, la soledad social afecta la calidad de vida percibida de las personas mayores. Limita la participación social, incrementa la dependencia de servicios de salud y eleva la probabilidad de institucionalización. Por tanto, atender la soledad desde la gestión del bienestar no es solo una respuesta asistencial, sino una inversión en sostenibilidad social y sanitaria.

La evidencia reciente plantea que la soledad no deseada debe comprenderse como un determinante social de la salud, en la medida en que interactúa con factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales que condicionan el bienestar de las personas. Circunstancias como la pérdida de vínculos significativos, las barreras de acceso a servicios, las condiciones de vulnerabilidad social, la disminución de la participación comunitaria y las limitaciones para ejercer una vida autónoma incrementan la probabilidad de experimentar soledad y potencian sus efectos sobre la salud física, mental y funcional. En consecuencia, su abordaje requiere acciones preventivas que trasciendan la atención clínica y fortalezcan las redes de apoyo, la participación social y la articulación territorial (Valdelamar Jiménez, 2024).

Desde la perspectiva de la Atención Primaria en Salud y de la Gestión Integral del Riesgo, la identificación e intervención temprana de la soledad social constituye una acción

preventiva de alto impacto. La detección oportuna de personas mayores con mayor vulnerabilidad permite actuar antes de que se presenten procesos de deterioro funcional, fragilidad, pérdida de autonomía o dependencia, condiciones que incrementan la utilización de los servicios de salud y afectan significativamente la calidad de vida. En este contexto, la estrategia MAS Compañía orienta sus acciones hacia la promoción del envejecimiento saludable, fortaleciendo las capacidades individuales, las redes de apoyo y la participación comunitaria como factores protectores frente a la soledad y el aislamiento social (OMS, 2021).

Este enfoque es consistente con la Década del Envejecimiento Saludable 2021–2030, impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas, la cual reconoce la soledad y el aislamiento social como determinantes sociales de la salud y una prioridad para los sistemas de salud y protección social. La OMS plantea que promover conexiones sociales significativas, fortalecer comunidades amigables con las personas mayores y desarrollar modelos de atención integrados y centrados en la persona son acciones esenciales para preservar la capacidad funcional, favorecer la autonomía y garantizar un envejecimiento saludable. En coherencia con estos lineamientos, la estrategia MAS Compañía promueve intervenciones preventivas, personalizadas y comunitarias que fortalecen las capacidades de las personas mayores, favorecen su participación activa y potencian los recursos familiares, comunitarios e institucionales para afrontar la soledad social (OMS, 2021).

La conceptualización de la acción de bienestar implica reconocer que la soledad es una experiencia dinámica, que se puede intensificar o atenuar según los cambios vitales: la jubilación, la pérdida de seres queridos, las limitaciones físicas o la reducción de redes sociales. Esto obliga a que las intervenciones no sean estáticas, sino flexibles y adaptativas a las trayectorias de vida de cada persona mayor.

Desde esta perspectiva, la intervención frente a la soledad social debe entenderse como un proceso continuo de fortalecimiento de capacidades y no únicamente como una respuesta frente a un problema ya instalado. Ello implica identificar de manera temprana los factores protectores y de riesgo presentes en la persona, su familia y su comunidad, promoviendo acciones orientadas al restablecimiento de vínculos significativos, al desarrollo de proyectos de vida, al incremento de la participación social y al acceso oportuno a los recursos institucionales y comunitarios disponibles. Este enfoque reconoce que el bienestar se construye mediante la interacción permanente entre las condiciones individuales y el entorno social, por lo que las respuestas deben ser interdisciplinarias, intersectoriales y centradas en la persona (Valdelamar Jiménez, 2024; OMS, 2021).

Un elemento central de la acción de bienestar es el reconocimiento del papel activo de la persona mayor. Las estrategias de acompañamiento no deben basarse únicamente en suplir carencias, sino en fortalecer capacidades, motivaciones y recursos personales para enfrentar la soledad. Esto se logra a través de metodologías participativas, donde la persona mayor define sus propias metas de bienestar junto con el equipo profesional.

La evidencia científica muestra que las intervenciones más efectivas frente a la soledad son aquellas que combinan el acompañamiento individual con la participación grupal y comunitaria. Las visitas domiciliarias, llamadas de acompañamiento y apoyo psicosocial resultan útiles para los casos de mayor vulnerabilidad, mientras que los talleres de habilidades sociales, actividades culturales, físicas o de reminiscencia permiten reconstruir vínculos y generar nuevos espacios de pertenencia.

Otro componente fundamental en la gestión de esta problemática es la articulación con los recursos comunitarios. La soledad social no puede resolverse de manera aislada por los servicios sociales o sanitarios, sino que requiere integrar asociaciones vecinales, centros de día, programas de voluntariado, redes de apoyo intergeneracional y servicios públicos de proximidad. Esta integración refuerza la sostenibilidad y permanencia de las acciones en el tiempo.

La estrategia frente a la soledad debe también contemplar una perspectiva de género, dado que hombres y mujeres mayores experimentan la soledad de manera diferenciada. Las mujeres presentan mayor riesgo de soledad relacional por la viudez y la pérdida de amistades, mientras que los hombres suelen ser más vulnerables a la soledad colectiva por la falta de integración social tras la jubilación. Este enfoque permite diseñar intervenciones más precisas y efectivas.

La dimensión territorial es igualmente relevante. Los estudios demuestran que las personas mayores que viven en zonas urbanas densamente pobladas no necesariamente cuentan con mayores redes sociales, y que, por el contrario, pueden experimentar niveles más altos de soledad que quienes viven en contextos rurales. Por ello, la acción de bienestar debe adaptarse a las características del entorno, considerando accesibilidad, movilidad y oferta de actividades comunitarias.

En términos operativos, la estrategia se centra en tres pilares: identificación temprana del riesgo, concertación de planes personalizados e implementación de actividades integrales. Estos tres momentos permiten que la intervención no se limite a la detección del problema, sino que avance hacia la construcción de soluciones colectivas y sostenibles, orientadas a disminuir la percepción de soledad, fortalecer la autonomía, mantener la capacidad funcional y mejorar la calidad de vida de las personas mayores, evaluando periódicamente los resultados alcanzados.

Criterios de inclusión:

Personas mayores entre 65 y 75 años, que:

- Viven solas o permanecen más de 8 horas solas
- Personas con estas características que cuenten con escala de Soledad UCLA y definidas por la SDS.

Nota:

La aplicación de esta escala estará a cargo de los Gestores de MAS Bienestar durante el proceso de identificación inicial de las personas potencialmente beneficiarias. Los abordajes derivados de los resultados obtenidos se implementarán en el marco de una aleatorización que se realizará una vez transcurrido el primer mes de la puesta en marcha de las guías operativas, con el fin de garantizar una evaluación objetiva de su implementación y de los resultados asociados a la estrategia.

Desarrollo de la estrategia:

Trabajador Social

Momento1: Identificación-valoración inicial y formulación de planes de bienestar.

En esta fase el profesional de Trabajo Social realiza la identificación temprana de los riesgos asociados a la soledad social, de las personas en riesgo alto. Para ello aplica toma como insumo la Escala UCLA de Soledad Social, instrumento que permite medir los niveles de soledad emocional, relacional y colectiva. La escala se utiliza exclusivamente en esta etapa como herramienta de identificación y medición inicial del riesgo, y se complementa con entrevista social y valoración integral. En este momento también se identifican posibles situaciones de aislamiento social, características de la red de apoyo, factores protectores, condiciones socioeconómicas y necesidades en salud. Con base en esta valoración se verifican los criterios de inclusión y, en caso de alta demanda, se establecen los criterios de priorización.

Una vez confirmada la inclusión, el profesional de Trabajo Social lidera la construcción conjunta del plan de bienestar con la persona mayor y cuando es posible, con su entorno familiar. Este plan recoge necesidades, intereses y expectativas, definiendo metas y actividades orientadas al fortalecimiento de redes sociales y mejoramiento de la calidad de vida. En esta fase se identifican y gestionan recursos sectoriales, intersectoriales y comunitarios disponibles en el nivel zonal, local y barrial. El proceso de concertación garantiza la autonomía y la voz activa de la persona mayor en la toma de decisiones.

El proceso con las familias no podrá exceder los 3 meses, teniendo en cuenta que el desarrollo de las acciones deberá estar concertadas con las personas en el marco de la información proporcionada y procurando la adherencia al proceso.

Criterios de Inclusión

Dimensión	Criterio de Inclusión	Descripción Operativa	Momento de Verificación

Poblacional	Persona mayor residente en el territorio	Persona mayor ubicada en la localidad y zona de influencia de la Subred correspondiente.	Identificación inicial
Identificación de riesgo	Resultado en Escala UCLA	Presencia de soledad emocional, relacional o colectiva según aplicación en sesión inicial.	Sesión inicial
Aislamiento social	Red de apoyo limitada o inexistente	Evidencia de baja interacción familiar o comunitaria, escasa participación social.	Sesión inicial
Voluntariedad	Consentimiento informado	Aceptación expresa para participar en el proceso (3 sesiones profesionales + 4 sesiones de auxiliar de cuidado).	Sesión inicial
Disposición al plan	Concertación de plan de bienestar	Participación en la definición de metas, intereses y actividades.	Sesión inicial
Posibilidad de articulación	Necesidades susceptibles de intervención	Identificación de situaciones sociales o de salud que puedan abordarse mediante red sectorial o comunitaria.	Sesión inicial

Nota: La ESS se utiliza exclusivamente como herramienta de identificación y medición inicial del riesgo de soledad social. No constituye un criterio excluyente por sí sola y se complementa con valoración profesional integral.

En caso de presentarse una demanda de usuarios alta, se deberán tener en cuenta los siguientes criterios de priorización para la acción de relevo, que corresponde al proceso mediante el cual se establece el orden de atención de las personas incluidas en la estrategia, cuando la demanda supera la capacidad operativa del equipo, considerando el nivel de riesgo y las condiciones de vulnerabilidad identificadas en la valoración integral.

Dimensión	Criterio de Priorización	Descripción Operativa	Nivel de Prioridad	Momento de Identificación
Nivel de riesgo	Puntaje alto en ESS	Alta soledad emocional, relacional o colectiva identificada en sesión inicial.	Alta	Sesión inicial
Condición de vivienda	Vive solo/a sin red de apoyo efectiva	Ausencia de red familiar o comunitaria funcional.	Alta	Sesión inicial
Vulnerabilidad socioeconómica	Limitaciones económicas severas	Dificultad de acceso a servicios, transporte o participación comunitaria.	Media–Alta	Sesión inicial
Riesgo en salud asociado	Necesidades en salud concurrentes	Situaciones que requieran articulación con otras estrategias de MÄS Bienestar en Tu Hogar.	Alta	Sesión inicial

Baja participación comunitaria	No vinculación a redes sociales	No pertenece a grupos comunitarios, centros de día o espacios colectivos.	Media	Sesión inicial
Factores protectores bajos	Baja autoestima o habilidades sociales limitadas	Dificultad significativa para iniciar o mantener vínculos.	Media	Sesión inicial
Riesgo de deterioro	Empeoramiento percibido en bienestar	Manifestaciones de mayor retraimiento o afectación emocional durante el proceso.	Alta	Sesión inicial
			Bajo	

Momento 2: Seguimiento intermedio**.**

El profesional de Trabajo Social realiza una sesión intermedia (entre la sesión 2 y 3 de la auxiliar de cuidado), en esta; no se reaplica la ESS; el seguimiento se centra en la adherencia al plan, la motivación, la vinculación a redes, la participación comunitaria y la identificación de posibles barreras o nuevos riesgos. De ser necesario, se realizan ajustes al plan para garantizar su efectividad.

Momento 3. Cierre y evaluación final.

Al finalizar el proceso en la sesión 3, el profesional de Trabajo Social realiza una valoración integral de los resultados alcanzados, considerando el fortalecimiento de redes de apoyo, la participación comunitaria, la percepción de bienestar y los cambios observados en la interacción social y aplica nuevamente la escala, se apoyará de datos del Auxiliar de Cuidado que aporta información de las acciones desarrolladas durante el acompañamiento. Con base en esta evaluación se establecen recomendaciones y si se identifica la necesidad, se realiza articulación o remisión a otras estrategias de los Equipos MÄS Bienestar en Tu Hogar para asegurar continuidad y sostenibilidad.

Nota: En el caso de identificar personas en riesgo Bajo el profesional de trabajo Social, deberá realizar las 3 sesiones que permitirán mantener este riesgo o llevarlo a sin riesgo

Auxiliar de Cuidado

Posterior al ingreso del Trabajador Social, el Auxiliar de Cuidado desarrolla cuatro sesiones de cuatro horas cada una, orientadas a fortalecer habilidades sociales, promover actividades recreativas, culturales y físicas, estimular funciones cognitivas y fortalecer la autoestima. Asimismo, se realiza acompañamiento a la oferta social y sanitaria cuando se requiera, garantizando avance en la adherencia a tratamiento médico según el caso; a través de la gestión de citas médicas, en articulación con el gestor en línea, facilitando la vinculación efectiva a redes comunitarias y servicios institucionales.

Durante este proceso, el profesional de Trabajo Social mantiene seguimiento técnico, gestiona articulaciones intersectoriales y resuelve barreras de acceso que puedan presentarse.

Será responsabilidad del Auxiliar Cuidador:

- Ayudar con las necesidades básicas de la persona, como autocuidado, actividades de ocio y tiempo libre, cuidado de la salud y Educación en salud)
- Ayudar con el traslado y la movilidad;); facilitando el acceso a la oferta social.
- Realizar la toma de signos vitales al inicio y al finalizar el relevo; en caso de identificarse alteraciones en la toma de signos que pongan en riesgo la vida de la persona, deberá activarse la ruta de emergencias e informar al líder de la localidad.
- Agenciar las citas médicas en articulación con el gestor en línea cuando sea necesario.

A continuación, se presenta un tablero que permite orientar el abordaje y da alcance al proceso de auxiliar de cuidado

Nivel de Riesgo Identificado	Descripción del Nivel	Perfil que Interviene	Tipo de Intervención
Bajo	Percibe compañía y apoyo suficiente	Profesional de Trabajo Social 3 sesiones que no deben superar los 3 meses y con intervalos no mayores a un mes	Orientación breve, fortalecimiento preventivo y socialización de oferta comunitaria.
Medio	Limitaciones moderadas en vínculos emocionales, relacionales o colectivos.	Profesional de Trabajo Social (lidera). Auxiliar de Cuidado según nota anexa Sin superar los 3 Meses con intervalos máximo de 15 días y no menor a 1 semana	Concertación de plan de bienestar enfocado en fortalecimiento de redes y participación social. Acompañamiento selectivo si se identifica necesidad.
Alto	Frecuentes sentimientos de soledad y redes de apoyo débiles.	Profesional de Trabajo Social + Auxiliar de Cuidado Sin superar los 3 Meses con intervalos máximo de 15 días y no menor a 1 semana	Intervención estructurada: plan de bienestar + 4 sesiones de acompañamiento para fortalecimiento de habilidades sociales, vinculación comunitaria
Muy Alto	Soledad severa en varias dimensiones (emocional, relacional y colectiva).	Profesional de Trabajo Social + Auxiliar de Cuidado Sin superar los 3 Meses con intervalos máximo de	Intervención integral, articulación intersectorial y seguimiento continuo durante el proceso.

		15 días y no menor a 1 semana	

Nota: A partir del periodo de estabilización se identifica que al menos el 50% de las personas se encuentran en el rango de Riesgo Alto y Muy Alto, se deberá priorizar esta población y continuar en orden con el riesgo medio en caso de que las auxiliares de cuidado Excedan la demanda de acompañamientos.

A continuación, se presentan las acciones que el auxiliar de cuidado deberá fortalecer durante el acompañamiento.

Tabla 37. Acciones por Dimensión y eje

Dimensión fortalecida	**Eje de intervención**	**Acciones del auxiliar de cuidado**
Emocional (sentido de compañía y cercanía afectiva)	Habilidades sociales y autoestima	• Conversar con escucha activa. • Promover expresión oral, escrita o artística (canto, escritura, pintura). • Reforzar frases de valoración y reconocimiento personal.
Relacional (vínculos cercanos y apoyo)	Acompañamiento social y sanitario	• Acompañar a citas médicas, terapias o trámites. • Facilitar contacto con la oferta institucional (centros de día, bibliotecas, JAC). • Apoyar llamadas o videollamadas con familiares y servicios de apoyo.
colectiva (interacciones significativas y pertenencia comunitaria)	Actividades recreativas, culturales y físicas	• Organizar juegos de mesa, caminatas suaves o ejercicios básicos. • Motivar la participación en talleres, celebraciones culturales. • Invitar a actividades comunitarias que rescaten identidad y cultura.
Colectiva (integración social y pertenencia a redes amplias)	Redes de apoyo comunitarias	• Promover la vinculación a grupos comunitarios o colectivos. • Incentivar la participación en voluntariados. • Facilitar roles comunitarios significativos (cuidar plantas, enseñar un oficio, transmitir saberes).

Dimensión fortalecida	Eje de intervención	Acciones del auxiliar de cuidado
Transversal (aplica a todas las dimensiones)	Evaluación y seguimiento	• Registrar observaciones sobre estado de ánimo y participación y registro de signos vitales • Detectar señales de aislamiento o depresión y reportar. • Ajustar actividades según impacto en la percepción de soledad y la calidad de vida. • Acceso a servicios de salud, gestión y agencia de citas medicas

La información recolectada será registrada en el aplicativo GTAPS.

Nota 1: Cuando el riesgo identificado corresponda a los definidos para usuarios tipo 4, el perfil profesional responsable de la intervención deberá gestionar el agendamiento de la cita a través de los canales oficiales dispuestos por cada EPS (virtuales o telefónicos). En el caso de EPS con contratos vigentes con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, la gestión se realizará mediante articulación con el gestor en línea, quien efectuará el agendamiento en una de las SER. Para aquellas EPS sin posibilidad de agendamiento desde la subred y en las que los canales habituales no resulten efectivos, la cita será tramitada por el profesional de enlace con EPS, previa notificación del caso por parte del gestor, utilizando los contactos institucionales definidos para gestión directa. El perfil profesional deberá registrar en el aplicativo en línea la cita gestionada y la fecha programada, garantizando la trazabilidad del proceso. ***(Ver referencia en apartado 1.7.4 Actividad 4. Implementación y Seguimiento del Plan de bienestar.)*** de este documento.

Nota 2: En el marco de la implementación del Plan o de Bienestar concertado con el núcleo familiar, se deberá realizar en el primer contacto la verificación del esquema de vacunación de todos los integrantes del grupo familiar, conforme a la edad, condición individual y población objeto, de acuerdo con los lineamientos vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

En los casos en que se identifiquen esquemas incompletos, atrasados o pendientes, se deberá efectuar la respectiva orientación y derivación al servicio de vacunación correspondiente (bina vacunadora), garantizando la articulación con las rutas institucionales definidas.

Al momento del cierre del Plan o de los Planes de Bienestar, deberá dejarse establecido como compromiso que todos los integrantes del núcleo familiar cuenten con el esquema de vacunación completo, acorde con los lineamientos técnicos del PAI, o que se encuentren en proceso activo y documentado de actualización de este.

PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

1.7.4.21. Estrategia por una Vida con Bienestar.

Criterios de priorización:

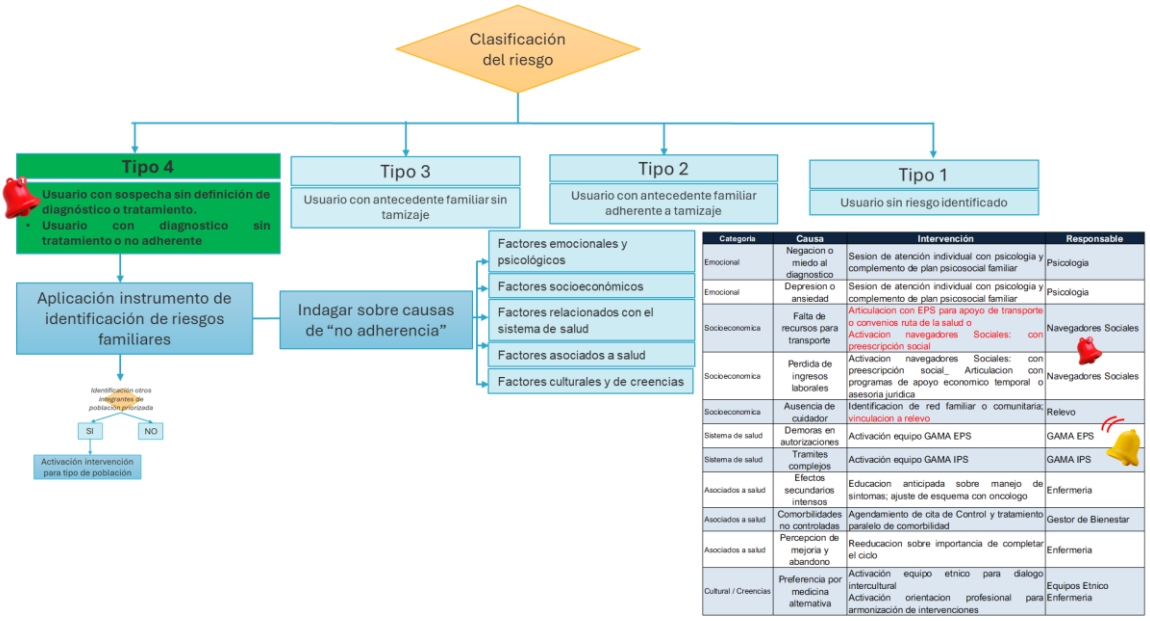
- Usuarios con cáncer infantil, de mama, cérvix, próstata, colon recto, estómago y o enfermedades huérfanas, incluyendo aquellos con sospecha sin confirmación diagnóstica, con diagnóstico confirmado sin inicio de tratamiento o con baja adherencia terapéutica (tipología 4).
- Pacientes en riesgo de discontinuidad del proceso de atención, ya sea por barreras sociales, económicas, culturales, emocionales o administrativas.
- Familias y cuidadores, como actores clave en el soporte emocional y la adherencia al tratamiento.
- Personas con antecedentes familiares o factores de riesgo, a quienes se orientarán acciones educativas y de promoción del tamizaje y prácticas protectoras.

Desarrollo de la estrategia:

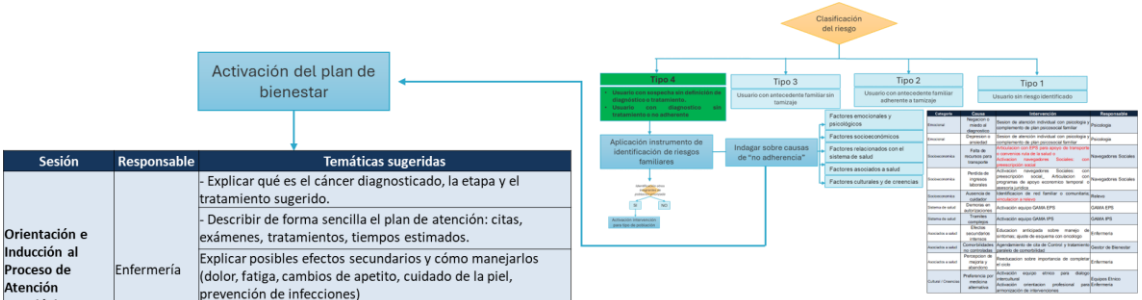
La estrategia es desarrollada por profesionales en enfermería, psicología y trabajo social, quienes, de manera coordinada y articulada, implementan el plan de bienestar a partir de las necesidades identificadas en los hogares con personas con cáncer – usuario tipo 4.

I sesión

Ilutración 3. Flujograma Clasificación del riesgo



Categoria	Causa	Intervención	Responsable
Emocional	Negacion o miedo al diagnostico	Sesion de atención individual con psicologia y complemento de plan psicosocial familiar	Psicologia
Emocional	Depresion o ansiedad	Sesion de atención individual con psicologia y complemento de plan psicosocial familiar	Psicologia
Socioeconomica	Falta de recursos para transporte	Articulacion con EPS para apoyo de transporte o convenios ruta de la salud o Activacion navegadores Sociales: con preescripción social	Navegadores Sociales
Socioeconomica	Perdida de ingresos laborales	Activacion navegadores Sociales: con preescripción social_ Articulacion con programas de apoyo economico temporal o asesoria juridica	Navegadores Sociales
Socioeconomica	Ausencia de cuidador	Identificacion de red familiar o comunitaria; vinculacion a relevo	Relevo
Sistema de salud	Demoras en autorizaciones	Activación equipo GAMA EPS	GAMA EPS
Sistema de salud	Tramites complejos	Activación equipo GAMA IPS	GAMA IPS
Asociados a salud	Efectos secundarios intensos	Educacion anticipada sobre manejo de sintomas; ajuste de esquema con oncologo	Enfermeria
Asociados a salud	Comorbilidades no controladas	Agendamiento de cita de Control y tratamiento paralelo de comorbilidad	Gestor de Bienestar
Asociados a salud	Percepcion de mejoria y abandono	Reeducacion sobre importancia de completar el ciclo	Enfermeria
Cultural / Creencias	Preferencia por medicina alternativa	Activación equipo etnico para dialogo intercultural Activación orientacion profesional para armonización de intervenciones	Equipos Etnico Enfermeria



Sesión	Responsable	Temáticas sugeridas
Orientación e Inducción al Proceso de Atención Oncológica	Enfermería	- Explicar qué es el cáncer diagnosticado, la etapa y el tratamiento sugerido.
		- Describir de forma sencilla el plan de atención: citas, exámenes, tratamientos, tiempos estimados.
		Explicar posibles efectos secundarios y cómo manejarlos (dolor, fatiga, cambios de apetito, cuidado de la piel, prevención de infecciones)
		Alimentación: recomendaciones básicas según tolerancia y estado nutricional.
		- Reforzar la importancia de la adherencia al tratamiento.
Fortalecimiento de Capacidades Familiares para el Cuidado	Trabajo social	- Organización de cuidados: definir quién acompaña a citas, quién brinda soporte emocional y quién apoya el autocuidado diario.
		- Vincular a redes de apoyo.
		- Higiene y prevención: lavado de manos, cuidado de heridas, signos de alarma.
Bienestar Emocional	Psicología	- Promoción de espacios de expresión emocional en el hogar.
		- Vincular a redes de apoyo.
		- Compartir actividades que aporten bienestar, distracción positiva y fortalecimiento emocional (lectura, arte, música, actividades en familia).
Seguimiento remoto	Enfermería	- Adherencia al plan de tratamiento.
		- Verificación de desarrollo de actividades del plan de bienestar.
		- Seguimiento a novedades.

Los usuarios clasificados como Tipo 4 representan el nivel más alto de riesgo, dado que su situación implica la posibilidad de progresión de la enfermedad sin diagnóstico oportuno, retraso en el inicio del tratamiento o abandono de este.

Este usuario es remitido directamente a la profesional de enfermería, quien inicia el proceso mediante la implementación de las acciones de abordaje familiar. En esta misma visita se realiza la concertación del plan de bienestar y se procede a la puesta en marcha del primer momento de su implementación.

Momento 1.

a. Indagación de causas de no adherencia y activación de respuestas inmediatas: El profesional de enfermería aplica el tamizaje para la identificación de barreras de acceso a los servicios de salud acompañado de entrevista para identificar factores emocionales, socioeconómicos, culturales, asociados a salud o al sistema. A partir de ello, se activan respuestas diferenciadas:

    - Factores emocionales o psicológicos (negación, miedo, ansiedad, depresión): sesiones de atención individual con psicología, acompañamiento terapéutico y complemento del plan psicosocial familiar.
    - Factores socioeconómicos (falta de recursos, pérdida de ingresos, ausencia de cuidador): articulación con EPS para apoyo en transporte, activación de navegadores sociales con prescripción social, vinculación a programas de apoyo económico temporal o a relevos familiares/comunitarios.
    - Factores relacionados con el sistema de salud (demoras en autorizaciones, acceso a especialistas): gestión con equipos GAMA EPS o IPS, seguimiento administrativo y priorización de trámites.
    - Adherencia Factores asociados a salud (comorbilidades, efectos secundarios, adherencia a controles): educación anticipada por enfermería sobre manejo de síntomas, agendamiento de citas de control, coordinación con oncología para ajuste de esquemas.
    - Factores culturales y de creencias: activación de equipos étnicos y de enfoque diferencial para diálogo intercultural, asegurando armonización entre medicina tradicional y atención biomédica.

b. Concertar Plan de bienestar con la familia de acuerdo con los factores afectados: Una vez aplicado el instrumento de indagación de barreras y clasificados los resultados en las categorías Emocional/Psicológico, Socioeconómico, Sistema de salud y Cultural/Creencias, la enfermera debe proceder de la siguiente manera:

    - Revisión de resultados:
        - Verifique en la hoja de resultados del instrumento si las categorías aparecen como Afectado, En riesgo o No afectado.

- Identifique el factor predominante; si hay más de un factor afectado, considere la intervención como integral y multidisciplinaria.

- Acciones según factor afectado:

  - Emocional/Psicológico:
    - Si está afectado, active ruta de psicología para el evento de riesgo psicosocial.
    - Si está en riesgo, programar la sesión con profesional de psicología para educación y comunicación para la promoción de la salud mental.

  - Socioeconómico:
    - Si está afectado, documente la situación y articule con trabajo social o navegadores para gestionar apoyos de transporte, programas de subsidio o redes comunitarias.
    - Refuerce en la familia la corresponsabilidad en acompañamiento a citas y continuidad del cuidado. En ausencia de cuidador vincular con la actividad de Soledad social.

  - Sistema de salud:
    - Si está afectado, contacte al área de referencia y contrarreferencia o directamente a la EPS/IPS para agilizar autorizaciones, citas y exámenes:
      - En caso dificultades en asignación de cita, por lo cual, en el análisis realizado, identificará que tipo de cita se encuentra pendiente, gestionando la cita con la EPS correspondiente, activando al equipo GAMA de la SDS, vía correo electrónico.
      - En caso de dificultades en autorización de servicios: Activar al equipo GAMA de la EPS, para la autorización del servicio pendiente y posterior agendamiento de este.

  - Cultural/Creencias:
    - Si está afectado, identifique las prácticas o creencias que generan dudas.
    - En caso de pertenecer a pueblo étnico dirección al equipo para diálogo intercultural con el equipo étnico, y oriente a la familia sobre cómo complementar prácticas tradicionales con la atención biomédica sin excluir el tratamiento oncológico.

- Adherencia_Factores asociados a la salud, se debe realizar el agendamiento de los controles relacionados para el control de comorbilidad identificada.

c. Educación en salud: orientada a fortalecer el conocimiento del usuario sobre su condición de salud, el manejo clínico indicado y las medidas de cuidado que deben implementarse en el hogar. Esta actividad incluye la sensibilización sobre la importancia de asistir puntualmente a los controles y citas previamente gestionadas. Asimismo, la enfermera debe explicar con claridad la programación de las visitas posteriores, los compromisos que asume el usuario en la recepción de cada una de ellas y el propósito de avanzar progresivamente en la comprensión de su condición, favoreciendo la adherencia terapéutica y el fortalecimiento del autocuidado.

II sesión

Orientación e inducción al proceso de atención oncológica

En esta visita, la profesional de enfermería brinda educación estructurada y personalizada al usuario y su familia sobre el cáncer diagnosticado, explicando en un lenguaje claro la naturaleza de la enfermedad, la etapa clínica determinada, el plan de atención sugerido por el equipo tratante, los tiempos estimados del proceso y los posibles efectos secundarios. Esta orientación busca disminuir la incertidumbre, fortalecer la comprensión del plan terapéutico y preparar al usuario para su rol activo en la adherencia y continuidad del cuidado.

Contenidos mínimos:

- Conceptualización básica de qué es el cáncer y la etapa clínica en la que se encuentra el usuario.
- Descripción del plan de atención propuesto: fases diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento.
- Tiempos estimados para inicio de tratamiento y controles.
- Posibles efectos secundarios del tratamiento y pautas para su manejo en el hogar (nutrición, hidratación, manejo de síntomas frecuentes, signos de alarma).
- Recomendaciones específicas de autocuidado y participación familiar en el proceso de cuidado.
- Información sobre los canales de comunicación con el equipo de salud para resolver dudas o emergencias.

Énfasis:

- La importancia de la adherencia estricta a los controles, tratamientos y citas programadas.
- Aclaración de mitos frecuentes y creencias erróneas alrededor del cáncer y sus tratamientos.
- Fomento del autocuidado como estrategia central de bienestar y corresponsabilidad familiar.

Complemento operativo: En este momento, además de la educación, el profesional debe verificar y dar seguimiento a la superación de las barreras de acceso para el diagnóstico o el inicio del tratamiento (autorizaciones, citas, exámenes). Asimismo, se realiza seguimiento al avance en los compromisos concertados en el Plan de Bienestar, verificando que el usuario y su familia cumplan con las acciones definidas previamente y ajustando el plan en caso de presentarse dificultades o nuevas necesidades.

III sesión

Fortalecimiento de capacidades familiares para el cuidado

En esta vista, el profesional de trabajo social se centra en el fortalecimiento de las capacidades familiares para sostener el cuidado integral y continuo del usuario en su hogar. Se busca orientar a la familia en la organización de roles, la adquisición de herramientas prácticas de cuidado y la generación de entornos protectores. Se busca que cada miembro comprenda y asuma su papel dentro del plan de bienestar, promoviendo la corresponsabilidad familiar y comunitaria en el proceso de atención.

Contenidos mínimos:

- Definición de responsabilidades en la organización del cuidado (quién acompaña a citas, seguimiento a tratamientos y administración de medicamentos).
- Estrategias de apoyo emocional diario al usuario, fortalecimiento de la comunicación familiar y manejo de la sobrecarga del cuidador.
- Educación en el manejo familiar de síntomas frecuentes: dolor, fatiga, cambios de apetito, cuidado de la piel, prevención de infecciones y detección de signos de alarma.
- Orientación desde trabajo social para identificar recursos comunitarios y mecanismos institucionales de apoyo.

Énfasis:

- Consolidar el autocuidado familiar como práctica esencial en la continuidad del proceso terapéutico.
- Fomentar la corresponsabilidad en el acompañamiento a citas y el cumplimiento de controles.
- Por parte de Trabajo Social, hacer énfasis en la vinculación a redes de apoyo comunitarias, sociales e intersectoriales, fortaleciendo la red de soporte del hogar y disminuyendo factores de aislamiento o vulnerabilidad social.

Complemento operativo:

En este momento, además de la educación, el profesional debe verificar y dar seguimiento a la superación de las barreras de acceso para el diagnóstico o el inicio del tratamiento (autorizaciones, citas, exámenes). Asimismo, se realiza seguimiento al avance en los compromisos concertados en el Plan de Bienestar, verificando que el usuario y su familia cumplan con las acciones definidas previamente y ajustando el plan en caso de

presentarse dificultades o nuevas necesidades. En particular se debe realizar seguimiento a la efectividad de la prescripción social si la familia tuvo derivación a programas sociales y comunitarios.

IV sesión

Bienestar emocional y soporte psicosocial

Esta visita, aplica cuando se identifica que el factor está en **riesgo o no afectado, si se establece una afectación** emocional se deberán implementar las acciones de riesgo psicosocial. La intervención psicológica se orienta a fortalecer la salud mental del usuario y su familia mediante procesos de educación y comunicación terapéutica. Se busca promover espacio de expresión emocional en el hogar, facilitar actividades de bienestar que aporten distracción positiva y fortalecer la capacidad de afrontamiento individual y colectivo frente a la condición de salud.

Contenidos mínimos:

- Educación sobre la importancia de la salud mental en el proceso de enfermedad y tratamiento.
- Estrategias de comunicación asertiva en la familia para favorecer el apoyo mutuo.
- Promoción de actividades de bienestar como lectura, arte, música, dinámicas familiares y recreativas.
- Orientación para el reconocimiento y manejo de síntomas emocionales asociados al cáncer: ansiedad, depresión, irritabilidad, tristeza y miedo.
- Técnicas de autocontrol y relajación.

Énfasis:

- Reducción de la ansiedad y la depresión en el usuario y sus cuidadores.
- Fortalecimiento de la resiliencia y la capacidad de afrontamiento familiar.
- Creación de entornos de apoyo emocional que favorezcan la adherencia al tratamiento y la calidad de vida.

Complemento operativo: En este momento, además de la educación, el profesional debe verificar y dar seguimiento a la superación de las barreras de acceso para el diagnóstico o el inicio del tratamiento (autorizaciones, citas, exámenes). Asimismo, se realiza seguimiento al avance en los compromisos concertados en el Plan de Bienestar, verificando que el usuario y su familia cumplan con las acciones definidas previamente y ajustando el plan en caso de presentarse dificultades o nuevas necesidades. En particular se debe realizar seguimiento a la efectividad de la prescripción social si la familia tuvo derivación a programas sociales y comunitarios.

V sesión. Seguimientos remotos y sesión de cierre

El seguimiento constituye una fase crítica de la intervención, cuyo propósito central es garantizar el acceso oportuno y la continuidad del cuidado en los usuarios con cáncer,

asegurando que se reduzcan las brechas en el diagnóstico, el inicio de tratamiento y la adherencia terapéutica. No se trata únicamente de realizar visitas o contactos de rutina, sino de verificar de manera sistemática que los compromisos definidos en el plan de bienestar se estén cumpliendo y que las barreras de acceso previamente identificadas se estén superando.

En este momento, el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de constatar y documentar los avances en la eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud. Si se evidencian retrasos, inasistencias o incumplimiento en la atención, debe gestionar de forma inmediata ante la EPS, IPS o las instancias correspondientes para activar la solución, garantizando que el usuario no quede en riesgo de discontinuidad, en caso de que la barrera persista estos casos deben llevar al comité de cuidado para que el profesional refuerce su gestión con el apoyo del equipo de soporte de la Subred.

Los seguimientos se desarrollan principalmente de manera remota: dos contactos intermedios durante la implementación del plan de bienestar y un contacto final de cierre, que permiten corroborar la adherencia, confirmar la superación de barreras y formalizar la conclusión del acompañamiento extramural.

El cierre del caso se realizará cuando el usuario se encuentre efectivamente adscrito a la unidad de atención que le corresponde, con inicio de tratamiento.

Con esta intervención se garantiza que cada usuario no solo reciba visitas, sino que logre la resolución efectiva de su tránsito en la ruta de atención oncológica, eliminando obstáculos administrativos, sociales o clínicos que pongan en riesgo su pronóstico y calidad de vida.

Nota: En el marco de la implementación del Plan o de Bienestar concertado con el núcleo familiar, se deberá realizar en el primer contacto la verificación del esquema de vacunación de todos los integrantes del grupo familiar, conforme a la edad, condición individual y población objeto, de acuerdo con los lineamientos vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

En los casos en que se identifiquen esquemas incompletos, atrasados o pendientes, se deberá efectuar la respectiva orientación y derivación al servicio de vacunación correspondiente (bina vacunadora), garantizando la articulación con las rutas institucionales definidas.

Al momento del cierre del Plan o de los Planes de Bienestar, deberá dejarse establecido como compromiso que todos los integrantes del núcleo familiar cuenten con el esquema de vacunación completo, acorde con los lineamientos técnicos del PAI, o que se encuentren en proceso activo y documentado de actualización de este.

SALUD ORAL

La Salud Oral es una condición fundamental para el bienestar y la calidad de vida de las personas en todos los momentos del curso de vida. Juega un rol en lo biológico-funcional, pues se relaciona con la respiración, la masticación, la nutrición y algunos procesos inmunológicos, en la presentación o afectación del tratamiento de enfermedades crónicas; además un rol social en la manera de comportarse y actuar, en procesos como la comunicación, expresión de vínculos y afectos, es decir, en la vida y la salud en los diferentes momentos del curso de vida.

En la gestación, la salud oral de la madre es fundamental para su bienestar y el de su hijo. Las acciones promocionales que se desarrollan en esta etapa previenen enfermedades bucodentales como caries, gingivitis, periodontitis que pueden aumentar el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer. Al democratizar el conocimiento sobre la importancia de la boca y sus cuidados, una dieta saludable y la visita al odontólogo de preferencia en el primer trimestre del embarazo, se reducen estos riesgos y se promueve un embarazo saludable y un parto seguro. Es necesario cerrar los tratamientos en la medida que la situación de salud de la mujer lo permita.

En el trabajo con la primera infancia e infancia, es fundamental involucrar activamente a la familia, al niño o la niña, y a los demás integrantes de su red de apoyo, ya que son ejemplo a seguir, considerando que su entorno debe ser favorecedor para tener y mantener Salud Oral y contar con bienestar en su crecimiento y desarrollo general. Priorizando las instituciones con mayor concentración de niños y niñas en condiciones de vulnerabilidad. La intervención debe ser integral, reconociendo desde el inicio las costumbres, oportunidades y motivaciones de la red de apoyo, con el objetivo de promover el bienestar tanto de los niños y niñas como de sus familias.

Durante la infancia se consolidan habilidades psicomotrices, se inicia la escolarización en jardines y colegios, y se desarrollan capacidades comunicativas más estructuradas. En esta etapa también se incrementa el consumo de productos azucarados, lo que puede afectar la Salud Oral y generar hábitos inadecuados. Asimismo, comienzan a surgir comportamientos como la calificación o burla hacia otros niños y niñas por condiciones relacionadas con su Salud Oral. La autoestima y el autoconocimiento se fortalecen o pueden verse afectados, dependiendo del entorno y las experiencias vividas. Por ello, es fundamental promover el diálogo entre la familia, los cuidadores y la comunidad educativa, fomentar la prevención, identificar oportunamente las enfermedades bucodentales, y reconocer la boca como una fortaleza esencial del ser humano.

1.7.4.22. Estrategia Cuidado y autocuidado para la salud bucal familiar.

Criterios de priorización:

1.Casos derivados del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral SISVESO:

- Gestante con 2 o más componentes cariados sin tratamiento.
- Menor de 5 años con 3 o más componentes cariados sin tratamiento.

2.Casos derivados de las acciones de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, en el proceso de Identificación de riesgos:

- Usuario con patología crónica (HTA-DM) no adherente a la RIAS con pérdida de pieza dental. (Esta categoría podrá ampliarse a usuario con sangrado gingival, de acuerdo con la capacidad instalada del equipo de Salud Oral).

Desarrollo de la estrategia:

Con base en la información arrojada por la Identificación de riesgos del entorno hogar y las alertas que dan entrada a las acciones de Salud Oral (Gestante con 2 o más componentes cariados; Menor de 5 años con 2 o más componentes cariados; paciente con patología crónica (HTA-DM) no adherente a la RIAS. A continuación, se describirán las acciones a desarrollar para Salud Oral, teniendo en cuenta las dinámicas que maneja el entorno y la fluidez entre las acciones individuales y colectivas.

El abordaje parte de la Identificación de riesgos que se llevará a cabo en la primera sesión, la cual constituirá la oportunidad para recolectar la información necesaria que permita identificar riesgos y generar el insumo principal para su gestión. Esta actividad se reconocerá como una acción específica y exigirá tanto la aplicación completa del instrumento como el registro de la información bajo criterios de calidad.

Se desarrollarán acciones de clasificación del riesgo a través de la “APLICACION INDICE - O'Leary”, y se derivar al tratamiento de salud oral pertinente para la respuesta, acorde a las necesidades y riesgos identificados. A los demás integrantes de la familia se hará clasificación de la calidad de cepillado y se informará a la familia la situación de cada uno de los miembros con el dato arrojado, se registrará en el formato para tal fin, recordando la importancia que toda la familia sea coherente con las prácticas de cuidado de la Salud Oral familiar.

Para el caso de los usuarios con los que se pueda gestionar el desarrollo de atención individual en domicilio, con cargue a los contratos de las SISS con las EPS, la atención deberá contener registro de odontograma y se registrarán en la historia clínica del paciente, lo requerido conforme a lo establecido en las guías de práctica clínica.

En esta acción se llevará a cabo un proceso de Educación y comunicación en prácticas para el cuidado de la salud, de acuerdo con la intergeneracionalidad de la familia. Los conocimientos que manejan en Salud Oral, la fluidez en el dialogo que refieran, retomar el aprendizaje mutuo y la cohesión de la familia con la riqueza de las diferentes generaciones presentes y la oportunidad de fortalecer habilidades y competencias,

reconocer que en cada momento que se avanza, también se crece y envejece por tanto cada uno de los miembros de la familia son muy valiosos, únicos y especiales. Cada uno enriquece la familia y entre todos hacen sinergia para un mejor desarrollo.

Temas para abordar:

En gestantes: Mejorar calidad de vida (fisiológica, relaciones funcionales específicas, comunicación, expresión de afectos y comunicación), Embarazo saludable, Riesgos de las enfermedades bucodentales en la gestación, Reducción de costos, importancia de la atención odontológica en el primer trimestre de gestación.

En primera infancia, recordar a los padres y cuidadores, que la responsabilidad de la Salud Oral de las personas en este momento de curso de vida es de los padres de familia o cuidadores, es decir que se le enseña al niño y se le hace el cepillado. Las alteraciones y la presencia de 2 o más caries en boca, reflejan maltrato o negligencia. En este grupo de edades, empiezan a conocer prácticas de cuidado, principios y valores. En la boca, hay dentición mixta y hace parte del conocer los cambios propios de la edad

Infancia, aunque los niños en este momento del curso de vida ya han avanzado su desarrollo sicomotriz, es responsabilidad de los padres o cuidadores la supervisión y acompañamiento, así como ser ejemplo del cuidado de la boca, de las palabras que expresan, las expresiones de cariño y afecto, recordar que empiezan a aparecer los primeros molares permanentes por lo que es necesario ajustar el cepillado para ampliar el número de dientes y su extensión. En este grupo de edades, empiezan a desarrollar prácticas de cuidado, principios y valores. En la boca, hay dentición mixta y hace parte del conocer los cambios propios de la edad

Adolescente y joven: Dar a conocer sobre la importancia de la boca en este momento de curso de vida (fisiológico, física, emocional y social) sus usos y malos hábitos; los servicios a los que se tiene derecho. De acuerdo con los riesgos del grupo, profundice sobre la importancia del no consumir alcohol, tabaco o alucinógenos. Los cuidados de la boca con el sexo oral.

Adulto: la persona en este momento de curso de vida es responsable de sí mismo y otros, por tanto, debe cuidarse para poder cuidar a otros. En las edades de este curso de vida, se puede iniciar la manifestación de enfermedades generales como hipertensión, diabetes, cáncer, VIH, enfermedades respiratorias, es necesario dar a conocer y sensibilizar sobre la importancia de la Salud Oral y su cuidado, para reducir el riesgo de presentar complicaciones con otras patologías.

Persona mayor, las personas de este momento de curso de vida reflejan el acumulado del cuidado o las alteraciones que han tenido en su boca. Algunas presentan prótesis dentales o enfermedades crónicas que se intensifican con la presencia de patologías bucales. Refuerce sobre los cuidados, la higiene bucal, los servicios de odontología a los que tiene derecho.

Enseguida, enseñar sobre la importancia de una técnica adecuada de higiene bucodental diaria y hacer visible al colectivo los puntos de mala calidad del cepillado. Los elementos mínimos en la higiene bucodental (la clave es el cepillado), recordar la frecuencia de la visita al servicio odontológico y si hay personas menores de 18 años, sobre la aplicación del barniz de flúor como medida que favorece la prevención de caries.

Se realizará un ejercicio de concertación para el acompañamiento a la familia para el manejo de los diferentes entornos, de acuerdo con la Identificación de riesgos, los criterios de priorización, los elementos que emergieron del dialogo, el tamizaje, la calidad de cepillado y el análisis de la valoración de riesgos, establezca con la familia el plan de bienestar, debe incluir el compromiso de las prácticas de cuidado de su salud oral (las palabras que salen de la boca y la higiene bucodental en el cotidiano; la alimentación saludable, el uso del servicio odontológico hasta terminar tratamiento y a otras RIAS, si así lo requiere).

De acuerdo con los riesgos generales y los específicos para Salud Oral que evidencia el profesional, registrar en el formato de alertas (calidad de cepillado, acceso a servicios, presunción de patologías, riesgos identificados, activación de RIAS u otras), realizar la gestión necesaria y derivar a la activación de rutas, en este punto es importante favorecer la atención individual del grupo que se lleva a la atención, especialmente con los niños y niñas en protección.

Tabla 38. Abordaje por fase

SESION	ACTIVIDAD
Sesión 1 **Identificación de riesgos**	Apertura del caso, de acuerdo con la identificación de condiciones y necesidades del núcleo familiar. Aplicación de Índice de O'Leary Concertación del plan de bienestar, objetivo y alcance del acompañamiento y orientación a realizar a partir de resultados de instrumentos aplicados. Educación y Comunicación, con el propósito de fortalecer factores protectores para la salud Oral. Realizar proceso de agendamiento para la implementación de acciones a nivel intramural como respuesta complementaria.
Sesión 2 **Educación y Comunicación en Salud Oral**	Para el desarrollo del Plan de Bienestar el profesional deberá realizar educación y comunicación en salud para la promoción del cuidado bucal busca fortalecer el autocuidado y la reflexión sobre la importancia de la boca en la salud integral, considerando dimensiones fisiológicas, físicas, emocionales y sociales a lo largo del curso de vida. Incluye la promoción de hábitos de higiene adecuados, el fomento de una alimentación saludable reduciendo la dieta cariogénica, la prevención de patologías bucodentales, el acceso a elementos de higiene y servicios odontológicos, así como el reconocimiento de factores de riesgo según el contexto social, cultural y ambiental de cada familia.

SESION	ACTIVIDAD
	(Esta actividad se realizará 1 mes después de la primera intervención.
Sesión 3 **Seguimiento**	Donde se realizará Control a las intervenciones recibidas, acorde al plan familiar. Se registrará la información suministrada para los diferentes miembros de la familia. (Esta actividad se realizará a los 3 meses de la primera intervención, en modalidad remota).
Sesión 4 **Balance y cierre**	Se hará esta sesión de cierre reforzando la anterior, pero en este caso a través de preguntas orientadoras que permitan el dialogo y la confirmación de aprendizajes y puntos a fortalecer. Se realizará seguimiento al índice de O'Leary y seguimiento a la calidad de cepillado de los demás miembros de la familia. Se registrará en el instrumento pertinente para este procesoy en el formato de calidad de cepillado. Educación y Comunicación, con el propósito de fortalecer factores protectores para la salud Oral. (Esta actividad se realizará a los 6 meses de la primera intervención).

- **Educación para la Salud Oral**

Es importante retomar e identificar la Identificación de riesgos y las alertas que priorizan estas familias, se debe tener un espacio de reflexión experiencial sobre la boca en el individuo y el colectivo como tal. Complementar, sobre los buenos usos de la boca, el sentirse bien y el auto-reconocimiento; los hábitos, alimentación saludable, dieta cariogénica, informar sobre alimentos que benefician la Salud Oral y aquellos que deben evitarse; también las formas de cuidar y soportar a otros. El acceso a los elementos de higiene (si es necesario, acordar otras alternativas según criterio profesional con el colectivo abordado) y a los servicios odontológicos. Valoración del riesgo (de acuerdo al contexto social, cultural y ambiental).

Incluir temas sobre la importancia de la boca (fisiológico, físico, emocional, social) en los diferentes momentos del curso de vida, acorde a las características de la familia, calidad cotidiana del cepillado, hábitos saludables, patologías bucodentales y sus riesgos, importancia de la visita al odontólogo y los servicios a los que se tiene derecho, la salud oral y la salud general.

- **Sesión remota de seguimiento**

Donde se realizará Control a las intervenciones recibidas, acorde al plan familiar. Se registrará la información suministrada para los diferentes miembros de la familia.

- **Cierre de la Intervención, Educación y Comunicación en Salud para la Promoción del Cuidado e Higiene de la Salud Bucal**

Se hará esta sesión de cierre reforzando la anterior, pero en este caso a través de preguntas orientadoras que permitan el dialogo y la confirmación de aprendizajes y puntos a fortalecer. Se realizará seguimiento al índice de O'Leary y seguimiento a la calidad de cepillado de los demás miembros de la familia. Se registrará en la H.C y en el formato de calidad de cepillado.

Defina los soportes o medios de verificación (ej: actas, fotos, videos, informes). Los medios de verificación son los registros de la situación de salud Oral de cada uno de los miembros de la familia

NOTA 1: El cierre del Plan de Bienestar podrá efectuarse entre los seis meses de duración que tiene este. Sin embargo, en caso en el que en el tercer seguimiento se confirme por parte del profesional de odontología la finalización del tratamiento en Salud oral de acuerdo con la derivación, se deberá programar la visita de cierre.

Nota 2: Cuando el riesgo identificado corresponda a los definidos para usuarios tipo 4, el perfil profesional responsable de la intervención deberá gestionar el agendamiento de la cita a través de los canales oficiales dispuestos por cada EPS (virtuales o telefónicos). En el caso de EPS con contratos vigentes con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, la gestión se realizará mediante articulación con el gestor en línea, quien efectuará el agendamiento en una de las SER. Para aquellas EPS sin posibilidad de agendamiento desde la subred y en las que los canales habituales no resulten efectivos, la cita será tramitada por el profesional de enlace con EPS, previa notificación del caso por parte del gestor, utilizando los contactos institucionales definidos para gestión directa. El perfil profesional deberá registrar en el aplicativo en línea la cita gestionada y la fecha programada, garantizando la trazabilidad del proceso. ***(Ver referencia en apartado 1.7.4 Actividad 4. Implementación y Seguimiento del Plan de bienestar.)*** de este documento.

Nota 3: En el marco de la implementación del Plan o de Bienestar concertado con el núcleo familiar, se deberá realizar en el primer contacto la verificación del esquema de vacunación de todos los integrantes del grupo familiar, conforme a la edad, condición individual y población objeto, de acuerdo con los lineamientos vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

En los casos en que se identifiquen esquemas incompletos, atrasados o pendientes, se deberá efectuar la respectiva orientación y derivación al servicio de vacunación correspondiente (bina vacunadora), garantizando la articulación con las rutas institucionales definidas.

Al momento del cierre del Plan o de los Planes de Bienestar, deberá dejarse establecido como compromiso que todos los integrantes del núcleo familiar cuenten con el esquema de vacunación completo, acorde con los lineamientos técnicos del PAI, o que se encuentren en proceso activo y documentado de actualización de este.

SALUD AMBIENTAL

1.7.4.23. Estrategia Vivienda Saludable.

La Estrategia de Vivienda Saludable está orientada a mejorar las condiciones de habitabilidad, salud y bienestar de la población bogotana, mediante la transformación de los entornos domésticos en espacios seguros, sostenibles y protectores de la salud. Esta estrategia reconoce que la vivienda es un determinante social fundamental que influye directamente en la salud de las personas, especialmente en contextos de desigualdad, pobreza y riesgo ambiental.

A través de un enfoque integral que articula la mejora física del entorno habitacional, la gestión de riesgos ambientales y sanitarios con la educación en salud pública, la estrategia busca reducir la exposición de las personas a factores que contribuyen al desarrollo de enfermedades transmisibles y no transmisibles, por factores riesgo como la contaminación del aire interior, la humedad, el hacinamiento, la presencia de vectores, el uso de sustancias químicas, y la inadecuada disposición de residuos sólidos y aguas residuales.

La estrategia prioriza las localidades y territorios con mayores índices de vulnerabilidad social y ambiental, promoviendo una respuesta equitativa que contribuya a cerrar brechas en salud y a mejorar la calidad de vida. Así mismo, contempla la articulación de acciones entre las entidades de los sectores de salud, ambiente, hábitat, planeación, educación y participación ciudadana, promoviendo intervenciones integradas, sostenibles y adaptadas a las realidades locales.

Una vivienda saludable es:

- Un lugar confortable, seguro y armónico para vivir y convivir
- Un espacio vital y necesario para el desarrollo de cada persona y toda la familia.
- Un espacio íntimo en el que se comparten momentos importantes, se estrechan relaciones afectivas y se fortalece el núcleo familiar.

Esta acción de bienestar tiene como componente central la educación en salud, entendida como un proceso participativo de fortalecimiento de capacidades para la toma de decisiones saludables, la estrategia de vivienda saludable se desarrolla a través de visitas domiciliarias en las distintas localidades de Bogotá, priorizando aquellas con mayores índices de vulnerabilidad social y ambiental, en las que se:

- Identifican y caracterizan las condiciones habitacionales, ambientales y sanitarias de las viviendas.
- Promueve el mejoramiento físico de las viviendas mediante criterios de salud ambiental (ventilación, iluminación, materiales seguros, control de vectores, etc.).
- Fortalecen las capacidades en las familias para el reconocimiento y manejo de riesgos ambientales en el entorno habitacional.
- Fomentan prácticas sostenibles dentro del hogar relacionadas con el uso eficiente del agua, la energía y la gestión adecuada de residuos.

- Establecen mecanismos de articulación intersectorial entre las entidades del sector salud, vivienda, ambiente y desarrollo social para garantizar la integralidad de las intervenciones.

El abordaje de la acción de bienestar se lleva a cabo a partir de la siguiente priorización[6]:

- Familias ubicadas en Zonas con factores de riesgo geográfico: Viviendas ubicadas en cercanías a relleno sanitario, ríos, humedales, cementerios, aeropuerto, zonas de alto riesgo de deslizamiento-remoción en masa, entre otras.
- Familias que se encuentren en zonas donde se presenten alertas ambientales por contaminación.
- Familias de alto riesgo ambiental identificadas por la Identificación de riesgos que realizan los profesionales operativos de los Equipos Mas Bienestar en tu Hogar

Desarrollo de la estrategia:

Para el desarrollo de la estrategia de Vivienda Saludable se contemplan 4 visitas (una mensual) por parte de los perfiles de ciencias ambientales y según los contenidos planeados a continuación:

El proceso parte de la Identificación de riesgos familiar, donde el perfil ambiental deberá diligenciar el apartado de Identificación de riesgos de variables ambientales del formato de Identificación de riesgos social y ambiental contemplando el alcance de los 8 módulos establecidos, como diagnóstico e insumo que orienta el plan de bienestar, al identificar el nivel de riesgo en la vivienda según las variables evaluadas.

Para el entendimiento de la estrategia se deberá consultar los documentos guía del Ministerio de Salud y Protección Social (ver referencias), igualmente y a manera de orientación se deben tener en cuenta los siguientes alcances por cada uno de los módulos del formato de Identificación de riesgos:

Tabla 39. Alcances por modulo

MODULO	ALCANCE
ESPACIO VITAL	**Busca brindar seguridad, protección, intimidad y contribuir al bienestar de cada una de las personas que habitan en la vivienda**. En este módulo se revisa la ubicación segura de la vivienda, si cuenta con paredes pisos, techos con grietas, huecos o humedades, si se realiza adecuado manejo de combustibles, si los espacios de la vivienda están separados entre sí, iluminados, ventilados o si se cuenta con instalaciones eléctricas y de gas seguras. Adicionalmente se revisa si el baño es un espacio limpio, si la cocina es segura y por último si existen elementos que puedan generar accidentes caseros como: materas, tijeras, cuadros, utensilios, muebles en el hogar se mantienen o están ubicados en lugares seguros.

[6] En el caso en que se desborde la capacidad de respuesta, se debe dar prioridad a las familias con menores de 5 años

MODULO	ALCANCE
SORBOS DE VIDA	**Busca orientar el consumo seguro de agua cualquiera que sea la manera como llegue a la vivienda**. En este módulo se revisa el acceso al agua potable y que sea de forma segura, almacenamiento y manipulación de manera higiénica ya sea en tanques o recipientes, así como el uso responsable de este líquido vital para la salud de las personas, por lo cual es importante asegurarse de que no esté contaminada.
MANEJO DE AGUAS RESIDUALES	**Promueve el manejo adecuado de las aguas residuales al interior y en el exterior circundante de la vivienda**: En este módulo se revisa si la vivienda cuenta con unidades sanitarias, si se realiza vertimiento de aguas residuales y grises al alcantarillado o utilizan medios de saneamiento básico alternativo y seguros, y si el baño, terraza, lavadero se encuentra limpio y libre de olores desagradables par la familia.
RESIDUOS SOLIDOS	**Busca promover en las familias, prácticas referidas tanto a la higiene de la vivienda, como a la gestión adecuada de residuos**. Las variables contempladas en el módulo tienen que ver con tener recipientes aseados, con tapa y bien ubicados, mantener la vivienda aseada y ordenada, realizar la separación de residuos en la fuente, asumir prácticas de reutilización y reducción de residuos, minimizar la presencia de residuos alrededor de la vivienda, disponer los residuos sólidos de manera adecuada según las características de la zona y la disponibilidad del servicio de recolección (en este ítem se considera la disminución de prácticas como la quema), y el conocimiento y cumplimiento de los horarios de recolección de la empresa de aseo.
MANEJO DE PLAGAS	**En este módulo se verifica si hay presencia de plagas, así como su adecuado control además de revisar hábitos saludables para la prevención en la generación de vectores en las viviendas**: Una plaga es un animal o planta cuyas actividades interfieren con la salud humana, afectan el bienestar y generan daño económico, también reciben el nombre de vectores. Estos son animales (insectos, roedores y otros) que pueden transportar agentes que generan enfermedades al ser humano, por medio de picaduras, mordeduras, infectando heridas o contaminando alimentos. La falta de higiene en la vivienda, la convivencia con animales y la falta de protección en las ventanas y en las puertas, se constituyen en los factores ambientales más importantes en la propagación de enfermedades transmitidas por vectores.
ALIMENTOS E HIGIENE	**Se retoma la importancia de hacer una manipulación adecuada de los alimentos en casa, reconociendo el impacto en salud y la frecuencia de enfermedades transmitidas por alimentos ocasionadas en la vivienda**. Los temas que se abordan son: almacenamiento y conservación de alimentos en lugares adecuados y protegidos, en recipientes limpios, tapados y

MODULO	ALCANCE
	refrigerados; orden, limpieza y desinfección de la cocina, cuidado del cuerpo y la presentación personal a diario (uñas, manos, calzado, ropa limpia), verificación de etiquetas y fechas de vencimiento de los alimentos, así como el adecuado estado y limpieza de los utensilios utilizados para su preparación.
RIESGOS QUÍMICOS-FÍSICOS Y DE CONSUMO EN LA VIVIENDA	**El abordaje del módulo se busca promover medidas que previenen riesgos por tenencia inadecuada de estas sustancias, así como de sus residuos**. trata los siguientes temas: Los productos químicos están almacenados de forma segura, en lugares ventilados, rotulados y separados de las áreas habitacionales, se siguen las recomendaciones de uso de la etiqueta de los productos químicos, los medicamentos están almacenados adecuadamente, se realiza adecuada disposición de residuos posconsumo, se implementan medidas de protección personal para el manejo de químicos, se conocen los signos de alarma para identificar la presencia de monóxido de carbono (llama amarilla, hollín) y gases de agroquímicos (olor a químicos, derrames, elementos impregnados con químicos). La presencia de sustancias químicas y medicamentos en el hogar ocasiona accidentes que ponen en riesgo la salud y la vida de los habitantes de las viviendas.
NUESTAS MASCOTAS	A través del módulo, se promueven prácticas frente a la vacunación, desparasitación y aseo periódico de los animales, el proveerles de alojamiento y un lugar de permanencia adecuado (aseado y separado) y la recolección y manejo de excretas. La convivencia con animales de compañía puede generar riesgos para la salud de los integrantes del hogar y del mismo animal, si no se práctica la tenencia responsable.

Calificación[7]:

Para la calificación de cada una de las variables de los módulos en el formato de Identificación de riesgos social y ambiental, se debe tener deberá tener en cuenta la siguiente codificación, la cual equivale al estado de la vivienda y a la adopción sostenida y positiva de prácticas en salud ambiental, reflejando la condición ideal de una vivienda saludable:

Tabla 40. Clasificación vivienda

[7] Aplica para la caracterización y evaluación.

CODIGO EN FORMATO DE LA CARACTERIZACION SOCIOAMBIENTAL	INTERPRETACION EN TABLERO VIVIENDA SALUDABLE	COLOR EN EL TABLERO VIVIENDA SALUDABLE
1	ESTAMOS BIEN	
2	ESTAMOS AVANZANDO	
3	ESTAMOS APRENDIENDO	
4	NO APLICA	

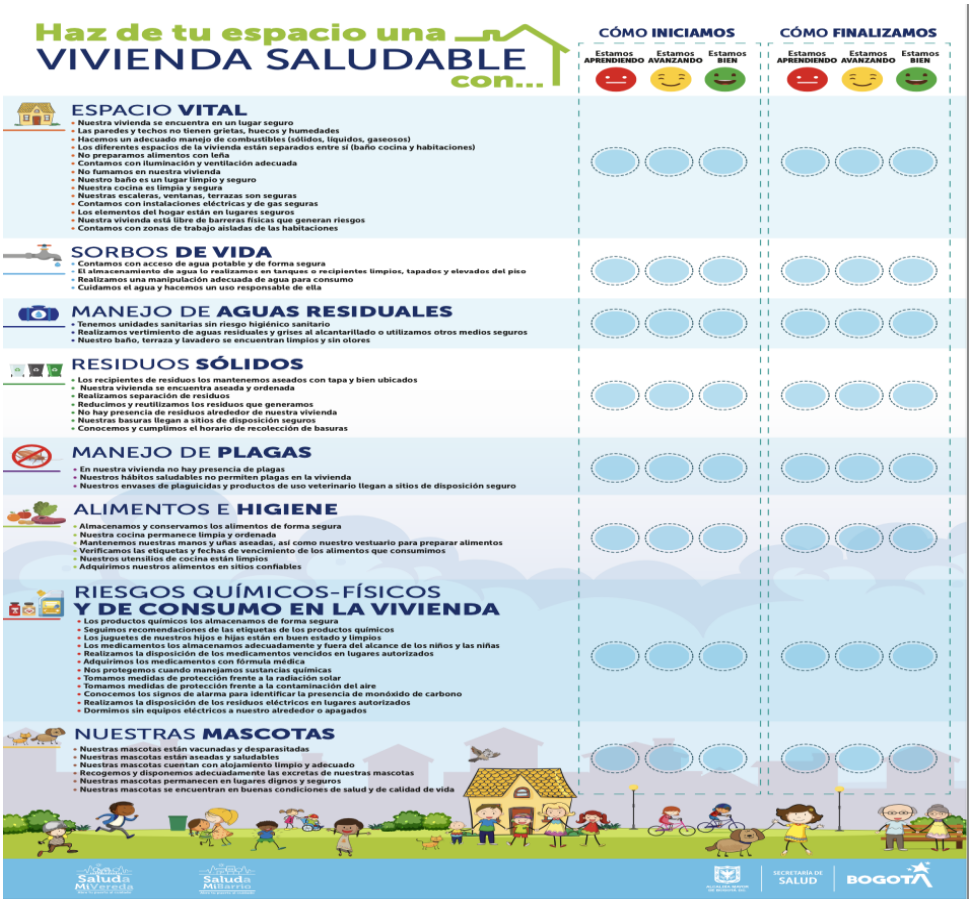
- *1. Estamos Bien:* Representa el buen estado de la vivienda y a la adopción sostenida y positiva de prácticas en salud ambiental, reflejando la condición ideal de una vivienda saludable
- *2. Estamos Avanzando:* Evidencia iniciativas de la familia por mejorar su condición de salud ambiental, o la adopción parcial de hábitos saludables.
- *3. Estamos Aprendiendo:* Representa una situación de riesgo en salud que la familia por determinantes estructurales no puede mejorar y la cual requiere de procesos de gestión, o puede representar la falta de apropiación de hábitos saludables a nivel familiar.

Posterior a la Identificación de riesgos se deberá concertar y formular el plan de bienestar, el cual contendrá las acciones que se realizaran desde salud ambiental, teniendo en cuenta las posibilidades con que cuente la familia; para este plan se debe tomar como base las falencias y/o necesidades encontradas en la Identificación de riesgos enfocándose prioritariamente en los módulos y variables que se calificaron en 2 y 3.

Se deben contar con el tablero de vivienda saludable de acuerdo con las especificaciones establecidas por la SDS[8], el cual se deberá dejar a la familia en una parte visible de la vivienda con el objetivo de identificar los hallazgos a trabajar y monitorear los riesgos identificados.

Ilutración 4. Tablero vivienda Saludable

[8] Especificaciones Técnicas: Tablero impreso tamaño doble carta en propalcote mínimo de 115 grs, con cinta doble fas para pegar y colores 4x0. Steckers autoadhesivos colores Rojo, Amarillo y Verde.



Para la continuidad e implementación del plan de bienestar, se adelantan espacios de educación en salud ambiental con las familias conforme a los compromisos acordados en el plan, que conlleven al cumplimiento de los acuerdos definidos y priorizando los riesgos identificados en la Identificación de riesgos (variables calificadas en 2 y 3). En cada una de las visitas debe revisar el estado de avance de los compromisos adquiridos en el plan bienestar y dejar nuevos de ser necesario conforme al avance de cada familia, a continuación, se relacionan algunas temáticas por modulo para tener en cuenta:

Tabla 41. Temàtica por modulo

MODULO	TEMÁTICAS EN EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD
ESPACIO VITAL	• Mantenimiento de buenas condiciones de limpieza en el entorno inmediato a la vivienda; libre de malezas, basuras, escombros y electrodomésticos en desuso que pueden ser guarida o criadero de vectores, libre de charcos y que las aguas drenen rápidamente, limpios de los residuos de las mascotas y animales domésticos.

MODULO	TEMÁTICAS EN EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD
	• Higiene en la vivienda: Procedimientos de limpieza y desinfección de la vivienda, mantenimiento de pisos, paredes y techos. • Formas de organización de espacios al interior de la vivienda (zonas de trabajo se mantienen aisladas de las habitaciones) y medidas de higiene en hogares hacinados. • Disminución consumo de tabaco en las viviendas: Riesgos del consumo directo del tabaco y efectos en salud por exposición secundaria a menores de 5 años • Preparación de alimentos con leña.
SORBOS DE VIDA	• Enfermedades vehiculizadas por el agua y la notificación a las instituciones de salud. • Almacenamiento de agua al interior de la vivienda • Ahorro y uso eficiente del agua al interior de la vivienda. • Identificación de tecnologías individuales en agua: Tratamientos caseros para potabilización de agua (hervir el agua, cloración, entre otros). • Cuidado del agua al interior de la vivienda: almacenamiento, lavado de tanques, manipulación, aprovechamiento de aguas lluvias. • Cuidado de las fuentes de agua y contaminación natural y antrópica de las mismas.
MANEJO DE AGUAS RESIDUALES	• Mantenimiento de los mecanismos para manejo de excretas con que cuente la vivienda (letrinas, pozos sépticos) y adecuación a prueba de moscas. • En caso de excreción al aire libre, sensibilizar frente al enterramiento alejado de la vivienda y aguas abajo del punto de captación del agua.
RESIDUOS SOLIDOS	• Educar en manejo adecuado de residuos sólidos, desde el consumo responsable y la reducción y separación en la fuente, aprovechamiento, como también medidas higiénicas para almacenamiento de los residuos al interior de la vivienda como fuera de ella (uso de bolsas, canecas con tapa). • Recordar que estas medidas aportan al control de la proliferación de roedores y otros vectores.
MANEJO DE PLAGAS	• Las prácticas higiénicos-sanitarias que no fomentan la proliferación de vectores en la vivienda • Medidas al interior de la vivienda y en el peridomicilio para control físico de presencia de roedores, barreras físicas en las viviendas (tapar ventanas, puertas, cielorrasos en donde los roedores pueden establecer madrigueras), ordenamiento e higiene y manejo de residuos, reducción de sitios que puedan servir de abrigo, limpieza de malezas, limpieza de canales de aguas lluvias permanentemente, para evitar que se acumulen residuos y desechos de roedores.

MODULO	TEMÁTICAS EN EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD
	• Control de reservorios, drenaje de zonas encharcadas, y hacer énfasis para que los niños y niñas eviten jugar en aguas estancadas en épocas de lluvias.
ALIMENTOS E HIGIENE	• Almacenamiento y conservación adecuada de alimentos (lugar adecuado, alimentos tapados, recipientes limpios, refrigerados, ahumados, salados). • Cinco reglas de la OMS para unos alimentos más seguros: limpieza; separar los alimentos crudos de los cocidos; cocerlos bien; mantener los alimentos a la temperatura correcta, y utilizar agua y materias primas aptas para el consumo. • Preparación, manipulación y almacenamiento de agua y alimentos. • No dejar alimentos destapados de un día para otro, evitar consumirlos y desecharlos. • Lavado de manos: Lavado de manos con agua y jabón de manera frecuente, sobre todo después de entrar al baño, cambiar pañales, antes de preparar y consumir alimentos. • Hábitos y prácticas higiénicas como son: i) lavado de manos con agua y jabón de manera frecuente, ii) cubrirse la boca y nariz al toser o estornudar iii) evitar saludar de mano o beso, compartir alimentos, bebidas, vasos o cubiertos cuando se presente una enfermedad respiratoria aguda.
RIESGOS QUÍMICOS-FÍSICOS Y DE CONSUMO EN LA VIVIENDA	• Uso y manejo adecuado de las sustancias y productos químicos que se usan en el hogar (desinfectantes, detergentes, limpia vidrios, desengrasantes, desincrustantes, acetona, medicamentos, plaguicidas de uso doméstico), los productos químicos están almacenados de forma segura (lugar ventilado, rotulados, separados de las áreas habitacionales), peligros que derivan de almacenar alimentos con productos químicos, mantener los productos y sustancias químicas fuera del alcance de los niños y niñas. • Dónde y cómo los niños y las niñas están expuestos a sustancias, productos químicos y residuos peligrosos en la vivienda y cuando se comparte la vivienda con una actividad económica. (Escenarios de riesgo). • Reconocer los riesgos para la salud por el uso, manipulación y almacenamiento de sustancias y productos químicos en el hogar. • Clases de sustancias y productos químicos (tóxicos, inflamables, corrosivos) y vías de exposición (comunicación de los peligros). • Practicas seguras para gestionar los residuos peligrosos que se generan en el hogar: Disposición adecuada de residuos peligros en los puntos establecidos por la autoridad ambiental (pilas, computadores, baterías, bombillos, envases de plaguicidas, electrodomésticos) • Disposición adecuada de residuos especiales (escombros, aceites de cocina, llantas).

MODULO	TEMÁTICAS EN EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD
	• Realizar mantenimiento preventivo de gasodomésticos (zonas con cobertura de gas natural), por el riesgo de emisión de monóxido de carbono cuando la llama se vuelve amarilla o produce hollín. • No almacenar material pirotécnico en la vivienda y no permitir la manipulación de pólvora a menores de edad. • Higiene personal después del uso y manejo de sustancias y productos químicos. (Agroquímicos en zona rural). • Adquisición de medicamentos con fórmula médica. • Uso y manejo adecuado de medicamentos de venta al público (vencidos, remanentes de medicamentos), almacenamiento de forma segura. Promoción del uso racional de medicamentos y dispositivos médicos y su adecuada disposición final. • Juguetes: Los juguetes de los niños en la vivienda son seguros, están en buen estado y limpios. • Promoción de la protección de los efectos nocivos de la variabilidad y cambio climático: Uso de protectores solares que protejan contra los rayos UVA y UVB, consumo de líquidos, uso de prendas de vestir y accesorios (sombrillas, sombreros) que protejan áreas del cuerpo expuestas al sol; Cubrirse del sol en horas de mayor intensidad de la luz solar (infraestructuras y árboles que provean sombra); Hidratarse constantemente. Interpretación del índice de radiación solar ultravioleta IUV, promoción de medidas de adaptación frente a eventos relacionados con variabilidad climática y cambio climático, que pueden desencadenar en emergencias o desastres. • Prácticas y hábitos encaminados a conservar condiciones de buena calidad de aire en interiores, por ejemplo i) incrementar actividades de limpieza de paredes, pisos, techos y superficies que permite la eliminación de factores de riesgo biológico en el aire (hongos, bacterias, virus, ácaros), ii) implementación de medidas de ventilación dentro de la vivienda, y ordenamiento de espacios para mitigar el hacinamiento, iii) incrementar limpieza y lavado de cortinas, sabanas, cobijas y tapetes de manera frecuente, iv) evitar el uso de tapetes en espacios cerrados v) mantenimiento de vehículos y evitar encendido de vehículos en áreas cerradas vi) prevención de la exposición al humo de tabaco - vivienda libre de humo. • Mantenimiento de la de salud auditiva y comunicativa, uso adecuado de dispositivos eléctricos y electrónicos e interpretación del Índice Bogotano de Calidad del Aire (IBOCA).
NUESTAS MASCOTAS	• Esquema vacunal propio de la especie, se encuentran esterilizadas y son desparasitadas periódicamente • Medidas de tenencia responsable como: manejo en vía pública con traílla y bozal (éste último para especies que lo requieren), higiene, adecuaciones para alojamiento adecuado (separado y

MODULO	TEMÁTICAS EN EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD
	aseado), manejo de excretas y permanencia en lugares adecuados, evitando que deambulen libres en el espacio público. • En caso de considerar la adopción de animales callejeros, tomar las precauciones necesarias para evitar ponerse en riesgo con animales infectados con el virus de la rabia: visita al veterinario, completar esquema de vacunas. • Importancia de la notificación de agresión de animales potencialmente transmisores de rabia.

Fuente: Equipo técnico de Salud Ambiental Secretaría Distrital de Salud

En el desarrollo de las diferentes visitas se debe enfatizar en:

- Identificación de viviendas con uso compartido con actividades económicas para canalizar al entorno laboral.
- Promoción de la vacunación antirrábica en caso de identificar animales (perros y gatos) sin vacunar según puntos de vacunación informados por el proceso de vigilancia de la salud ambiental de la Subred; y en caso de evidenciar tenencia inadecuada de animales canalizar al Instituto de Protección y Bienestar Animal (IDPYBA) a través del Gestor de la Política de Salud Ambiental.
- Acciones de fortalecimiento de habilidades de las familias en identificación de riesgos especialmente en temporadas altas (alimentos en semana santa, accidentes caseros en vacaciones-mayo, dulces, tatuajes, maquillaje y lentes de contacto en temporada de Halloween-mes de octubre, licores y alimentos y juguetes en el mes de noviembre y diciembre para temporada de fin de año). Para tal fin se deberán emplear las correspondientes cajas de herramientas de Ambientes Saludables entregadas por la SDS a las subredes.
- Promover la denuncia en las familias de establecimientos expendedores de alimentos que presentan prácticas inadecuadas de manipulación, para lo cual deben ser informados al proceso de vigilancia de la salud ambiental de la Subred.
- Promoción en las familias frente a la separación y disposición adecuada de residuos posconsumo en puntos autorizados (insecticidas domésticos, computadores y periféricos, pilas usadas, luminarias, medicamentos, plaguicidas, llantas usadas y baterías) los cuales se deben identificar los más cercanos a la ubicación de las viviendas[9] para que las familias adopten prácticas de disposición adecuada y enfatizar en jornadas con el entorno.
- Activación de ruta de quejas presentadas por las familias a fin de ser atendidas desde la vigilancia de la salud ambiental relacionadas con ruido, olores y contaminación del aire.

1.7.4.24. Estrategia Vivienda Saludable con implementación de Unidades demostrativas en salud ambiental.

[9] Se puede consultar el visor geográfico dispuesto por la Secretaría Distrital de Ambiente https://visorgeo.ambientebogota.gov.co/?lon=-74.110759&lat=4.615645&z=10&l=5:1|31:1

Criterio de priorización:

- Familias ubicadas en Zonas con factores de riesgo geográfico: Viviendas ubicadas en cercanías a relleno sanitario, ríos, humedales, cementerios, aeropuerto, zonas de alto riesgo de deslizamiento-remoción en masa, entre otras. Con disposición para la implementación de Unidades demostrativas en salud ambiental.

- Familias que se encuentren en zonas donde se presenten alertas ambientales por contaminación. Con disposición para la implementación de Unidades demostrativas en salud ambiental.

- Familias con usuarios mayores de 60 años que tienen diagnóstico de HTA y/o Diabetes, sin actividades de tiempo libre. Con disposición para la implementación de Unidades demostrativas en salud ambiental.

Para el desarrollo de la estrategia se contemplan 6 visitas (una mensual), donde se desarrollen los contenidos ya descritos en la estrategia Vivienda Saludable y de manera conjunta, el despliegue de las acciones específicas para la Unidades demostrativas en salud ambiental.

Las sesiones que desarrollar con la familia, deben integrar contenidos de las dos estrategias; sin embargo, a continuación, se presenta la propuesta de 4 sesiones para la instauración de huertas, de manera que las dos sesiones restantes, puedan ser destinadas para el desarrollo de los módulos que requieran mayor enfoque de la estrategia vivienda saludable, teniendo en cuenta que los demás módulos se desarrollarán de forma integral con las dos estrategias:

Sesión 1:
Realizar una explicación sobre las huertas y los principios básicos de cómo establecerla y mantenerla, el tipo de plantas que podemos sembrar, ¿por qué los residuos orgánicos generados en nuestros hogares se pueden reutilizar para este proyecto?, ¿cuáles son los beneficios de sembrar nuestros propios alimentos?, ¿cuáles son los beneficios de consumir alimentos sanos y sin ningún tipo de transformación además de su cocción?; así mismo, cómo gracias a la naturaleza y a nuestra labor en la huerta podemos mantenerla produciendo alimentos por un tiempo prolongado.

Se debe dar a conocer los beneficios de sembrar una huerta, enseñar de manera muy sencilla cómo los residuos se convierten en compostaje bio abonos y por último, los tipos de semillas o plántulas que se pueden utilizar

Se debe realizar la selección del lugar, dar las instrucciones para la recolección de los residuos orgánicos, socializar los conceptos de residuos orgánicos y su procedencia, qué residuos son aprovechables y cuáles no, qué tipo de alimentos o residuos pueden ir en el compostaje.

Sesión 2: En esta visita se debe iniciar el proceso de siembra, socializar de forma simple los tipos de plagas que pueden afectar y qué daños causan a las plantas. El técnico

presentará los tipos de bio preparados o purines que se pueden elaborar y utilizar para el control de plagas y la fertilización de la huerta, a partir de plantas que pueden servir para tal fin.

Sesión 3: Socializar la importancia de la luz solar en las plantas, los efectos de la ausencia o exceso de la luz solar y humedad en las plantas. Se debe realizar una evaluación del crecimiento de la huerta o las plantas sembradas, y si es necesario, iniciar algún tipo de fertilización y control de plagas, y en caso de requerirse.

Sesión 4: Trabajar en esta sesión la importancia del agua, porqué se debe cuidar el agua, manejo y disposición adecuada de residuos para no contaminar fuentes hídricas. Realizar actividades de manejo cultural del cultivo como el aporcado, re-abonamiento, fertilización foliar y demás labores de mantenimiento.

Se debe realizar una valoración del estado actual de la huerta (avance del cultivo), así como la socialización de los métodos de recolección o cosecha, almacenamiento, conservación y manejo adecuado de los alimentos.

Al terminar el proceso, se deben dejar indicaciones de las labores de mantenimiento de la huerta establecida para que esta permanezca a través del tiempo, de igual forma, se deben dejar listos los semilleros con las semillas sembradas para el proceso de resiembra para mantener el cultivo (En caso de acordar esto con la familia).

***NOTA*:** Mensualmente se debe hacer entregar la siguiente información que se genere de la implementación de las huertas, la cual hace parte de los indicadores del producto y se debe reportar en el drive establecido por la SDS.

LOCALIDAD	NUMERO DE HUERTAS	área sembrada con criterios agroecológicos	KG de residuos organicos reutilizados para la produccion de abono en la huerta	KG producidos de abono orgánico	Consumo de frutas producidos en las huertas agroecológicas	Consumo de verduras y hortalizas producidos en las huertas agroecológicas	Consumo de plantas medicinales y aromaticas producidos en las huertas agroecológicas
Usaquen							
Chapinero							

Para el proceso de evaluación de la estrategia, se debe realizar la visita de cierre a los 6 meses, después de la intervención integral, buscando evidenciar cambios positivos, haciendo seguimiento al cumplimiento de los compromisos establecidos en el plan de bienestar, evaluando el avance de la implementación de las Unidades demostrativas en salud ambiental y diligenciando el apartado de evaluación del instrumento mediante el cual se hizo la Identificación de riesgos de la vivienda.

Respecto de las unidades demostrativas en salud ambiental (huertas), se debe igualmente hacer cierre, evaluación final y proceso de entrega a la familia con las respectivas recomendaciones para la continuidad de estas.

Nota 1: Cuando el riesgo identificado corresponda a los definidos para usuarios tipo 4, el perfil profesional responsable de la intervención deberá gestionar el agendamiento de la

cita a través de los canales oficiales dispuestos por cada EPS (virtuales o telefónicos). En el caso de EPS con contratos vigentes con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, la gestión se realizará mediante articulación con el gestor en línea, quien efectuará el agendamiento en una de las SER. Para aquellas EPS sin posibilidad de agendamiento desde la subred y en las que los canales habituales no resulten efectivos, la cita será tramitada por el profesional de enlace con EPS, previa notificación del caso por parte del gestor, utilizando los contactos institucionales definidos para gestión directa. El perfil profesional deberá registrar en el aplicativo en línea la cita gestionada y la fecha programada, garantizando la trazabilidad del proceso. ***(Ver referencia en apartado 1.7.4 Actividad 4. Implementación y Seguimiento del Plan de bienestar.)*** de este documento.

Nota 2: En el marco de la implementación del Plan o de Bienestar concertado con el núcleo familiar, se deberá realizar en el primer contacto la verificación del esquema de vacunación de todos los integrantes del grupo familiar, conforme a la edad, condición individual y población objeto, de acuerdo con los lineamientos vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

En los casos en que se identifiquen esquemas incompletos, atrasados o pendientes, se deberá efectuar la respectiva orientación y derivación al servicio de vacunación correspondiente (bina vacunadora), garantizando la articulación con las rutas institucionales definidas.

Al momento del cierre del Plan o de los Planes de Bienestar, deberá dejarse establecido como compromiso que todos los integrantes del núcleo familiar cuenten con el esquema de vacunación completo, acorde con los lineamientos técnicos del PAI, o que se encuentren en proceso activo y documentado de actualización de este.

CONSIDERACIONES PARA TENER EN CUENTA EN EL ABORDAJE DE LA ZONA RURAL DEL DISTRITO

La localidad de Sumapaz es reconocida como la reserva ambiental y rural más importante de Bogotá y del país. Con cerca del 43% del territorio distrital, alberga el páramo más grande del mundo y constituye una fuente estratégica de agua y biodiversidad para millones de personas. Su carácter rural se refleja en la dispersión poblacional, la tradición campesina, la producción agropecuaria y las prácticas culturales que configuran identidades colectivas profundamente ligadas al territorio.

No obstante, a pesar de su relevancia ambiental y cultural, enfrenta desafíos históricos en el acceso a servicios básicos, salud y conectividad, lo que perpetúa inequidades frente a la zona urbana. En este contexto, el Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar plantea un abordaje diferenciado de la ruralidad y en el caso de Sumapaz, se convierte en una oportunidad para reconocer el papel central de la ruralidad campesina y ambiental en la construcción del bienestar de toda la ciudad.

Sumapaz es una localidad eminentemente rural, sin urbanización consolidada, compuesta por tres corregimientos Nazareth, Betania y San Juan y 28 veredas;

(DANE.2018). Su extensión territorial abarca aproximadamente 780 kilómetros cuadrados, lo que equivale al 43% del área total de Bogotá. Allí habitan alrededor de personas, 4.021 (DANE.2018) [10]organizadas en familias campesinas que se dedican principalmente a la agricultura y la ganadería. La producción productos de autoconsumo constituye la base de su economía y representa un aporte esencial para la seguridad alimentaria de la ciudad. Además de su vocación agroalimentaria, Sumapaz posee un valor ambiental inigualable, ya que el páramo es un ecosistema estratégico para la regulación hídrica y la conservación de la biodiversidad. Sin embargo, las condiciones de acceso a servicios básicos continúan siendo limitadas, con dificultades en la cobertura de vías, transporte, internet, servicios públicos y atención en salud, lo que genera desigualdades persistentes en la calidad de vida de su población.

Los habitantes de Sumapaz enfrentan múltiples desafíos relacionados con los determinantes sociales y de salud. Las distancias entre veredas y los centros de atención médica en Nazareth o en el área urbana de Bogotá son extensas y difíciles de recorrer, especialmente por el mal estado de las vías terciarias. Esta situación afecta la oportunidad de la atención y el traslado en emergencias.

La oferta de servicios de salud está concentrada en las Unidades disponibles, con limitada capacidad resolutiva y escasa presencia de especialistas. La continuidad del recurso humano en salud es un problema recurrente, lo que impacta la atención integral de las comunidades. A estas limitaciones se suman determinantes sociales como la pobreza multidimensional, la dependencia de la agricultura de subsistencia, la baja cobertura educativa en niveles superiores y las limitadas oportunidades de empleo para la juventud rural.

También existen riesgos ambientales relacionados con el cambio climático, la erosión y las presiones de urbanización sobre áreas de conservación. En cuanto a condiciones diferenciales, es notoria la presencia de una población campesina envejecida que requiere atención integral, mujeres rurales con sobrecarga de trabajo productivo y de cuidado, y familias que experimentan aislamiento social, con impactos directos en la salud mental.

El Modelo MAS Bienestar reconoce estas condiciones y plantea que la ruralidad de Sumapaz debe ser prioritaria para la Atención Primaria Social. Los equipos interdisciplinarios de Más Bienestar en tu Hogar son integrados por perfiles profesionales y técnicos con experiencia en el territorio que acompañen a las familias en procesos de promoción, prevención y cuidado integral.

---

[10] https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion/proyecciones-de-poblacion-bogota

La gestión del riesgo en salud en Sumapaz debe contemplar las particularidades del aislamiento geográfico, los accidentes propios del trabajo agropecuario, el envejecimiento poblacional y los problemas de salud mental derivados del aislamiento. Al mismo tiempo, la participación social transformadora es fundamental, pues implica fortalecer las estructuras organizativas como las Juntas de Acción Comunal, las asociaciones campesinas y los procesos comunitarios de cuidado del territorio. De igual manera, la intersectorialidad debe garantizar que las acciones en salud se articulen con educación rural, proyectos productivos, infraestructura vial y programas ambientales.

El abordaje de Sumapaz exige la integración de los enfoques diferenciales planteados en el modelo. Desde el enfoque de derechos, es necesario garantizar que las personas campesinas accedan a la salud en igualdad de condiciones frente a quienes viven en la zona urbana, superando las brechas históricas. El enfoque territorial implica reconocer que la vida campesina está íntimamente vinculada al páramo, a la producción agroalimentaria y a la conservación de los ecosistemas. El enfoque poblacional diferencial orienta acciones específicas hacia mujeres rurales, campesinos mayores, jóvenes y comunidades con prácticas culturales propias, asegurando la atención a necesidades diversas. Finalmente, el enfoque de cuidado integral recuerda que en Sumapaz el cuidado se teje en la familia, en el trabajo agrícola y en la relación con el entorno, lo cual amplía la comprensión del bienestar más allá de la atención clínica.

En términos de estrategias, se plantea la necesidad de fortalecer el acceso y la continuidad de la atención en salud mediante el trabajo realizado por los equipos de MAS Bienestar en tu hogar con presencia permanente en las veredas debe ser una garantía para la población. Para dar continuidad a procesos de salud, brindando educación en salud adaptada a las realidades rurales.

La participación y organización social en Sumapaz son pilares para la transformación. Es necesario fortalecer las organizaciones campesinas como actores de gobernanza en salud y promover espacios de diálogo comunitario sobre salud, ambiente y bienestar. El reconocimiento de los saberes tradicionales campesinos y las prácticas de medicina ancestral debe integrarse a las acciones del sistema distrital, en un ejercicio de diálogo de saberes. La articulación intersectorial es también clave, pues los retos en salud se conectan con necesidades en vías rurales, educación campesina, seguridad alimentaria y protección ambiental. La economía campesina debe ser fortalecida como un determinante positivo de la salud y la soberanía alimentaria de Bogotá.

En síntesis, la localidad de Sumapaz constituye un escenario estratégico para el desarrollo de un modelo de salud incluyente y diferencial. Sus desafíos en acceso, dispersión poblacional y determinantes sociales requieren de estrategias integrales, intersectoriales y participativas. El Modelo MAS Bienestar ofrece la oportunidad de reconocer la singularidad de este territorio y el papel de sus comunidades en la sostenibilidad ambiental y cultural de Bogotá. Los equipos Más Bienestar en tu Hogar se convierten, en este sentido, en aliados fundamentales de las familias y veredas,

promoviendo la salud como un derecho, fortaleciendo la organización comunitaria y construyendo condiciones para un bienestar integral que garantice la vida en todas sus formas.

Además de Sumapaz, Bogotá cuenta con una ruralidad cercana ubicada en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, Suba, Santa Fe y Chapinero, donde coexisten dinámicas rurales y urbanas en un mismo territorio. Estas áreas, caracterizadas por veredas y zonas de borde urbano-rural, constituyen espacios de producción agrícola, conservación ambiental y vida comunitaria campesina, que se encuentran directamente influenciados por los procesos de urbanización, expansión de la ciudad y tensiones sobre el uso del suelo. La ruralidad cercana se distingue por su proximidad geográfica con el área urbana, lo que facilita el acceso a servicios, pero también genera riesgos de pérdida de identidad campesina y presión sobre los ecosistemas.

En estas localidades, las familias rurales suelen combinar prácticas agropecuarias con empleos urbanos informales, configurando economías mixtas que responden tanto a las necesidades de subsistencia como a la demanda de la ciudad. Esta interacción con la urbe impacta en la organización social, en los estilos de vida y en las condiciones de salud de la población. En términos de salud, la ruralidad cercana enfrenta desafíos particulares: la fragmentación del territorio, la falta de reconocimiento pleno de la vida campesina, la presión por urbanizar áreas rurales y la coexistencia de determinantes propios del campo (como el trabajo agrícola, los riesgos ambientales y la dispersión territorial) con determinantes urbanos (como la contaminación, el desempleo juvenil y la inseguridad).

A pesar de su cercanía a hospitales y centros de atención, la accesibilidad no siempre está garantizada por barreras económicas, sociales o culturales que limitan la continuidad en los procesos de cuidado. El Modelo MAS Bienestar plantea que la ruralidad cercana debe abordarse desde la Atención Primaria Social reconociendo su carácter híbrido: rural en prácticas, identidades y entornos naturales, y urbano en interacciones, riesgos y servicios disponibles. Los equipos de Más Bienestar en tu Hogar tienen aquí el reto de trabajar en territorios de transición, donde la salud debe pensarse articulada al fortalecimiento de la economía campesina, la conservación de zonas de recarga hídrica, la garantía de derechos sociales básicos y la preservación cultural.

Las cifras poblacionales de la ruralidad en Bogotá permiten dimensionar este escenario. En las localidades con ruralidad cercana, Ciudad Bolívar concentra 11.204 personas en sus áreas rurales, Suba 4.446, Santa Fe 1.155, Chapinero 1.152, Usme 957 y Usaquén 656, mientras que San Cristóbal registra 73 personas en esta condición. Por su parte, Sumapaz, considerada la ruralidad lejana de la ciudad, reúne 4.021 habitantes (DANE; 2018). Estas cifras evidencian que, aunque la mayor proporción de población rural se ubica en Ciudad Bolívar y Sumapaz, también existen comunidades rurales significativas en localidades de borde urbano-rural que requieren reconocimiento y atención diferenciada.

La participación comunitaria, la articulación con las Juntas de Acción Comunal y asociaciones, así como el diálogo entre saberes tradicionales y occidentales, se convierten en estrategias fundamentales para garantizar un bienestar integral. En síntesis, la ruralidad cercana de Bogotá constituye un escenario clave para consolidar un modelo de atención en salud que reconozca la diversidad territorial, cultural y socioeconómica de la ciudad. Su abordaje diferenciado permite visibilizar a las familias campesinas que, aun en la periferia urbana, sostienen la producción agroalimentaria, protegen los ecosistemas y aportan a la construcción del bienestar colectivo de Bogotá.

En ese sentido y considerando las condiciones de la población antes descritas, las acciones de los equipos en su principal diferencia.

Tabla 42. Estrategias y consideraciones

	ESTRATEGIAS DE PLAN DE BIENESTAR ACORDE A LA PRIORIDAD/EVENTO A ABORDAR	CONSIDERACIÓNES RURALIDAD CERCANA Y DISPERSA
GESTANTES	- Embarazados con Mas Bienestar. - Ángeles Guardianes. - Sí la sífilis gestacional se previene, tu bebe se protege.	Se incluirán todas las gestantes que habiten en la Ruralidad,
INFANCIA	- Ángeles Kids - Prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). - Seguimiento a la recuperación nutricional. - AIEPI	Se incluirán todos los menores de 5 años, dando alcance a las necesidades en salud identificadas.
CONDICIONES CRÓNICAS	- Planes de Automanejo.	Se incluirán todas las personas con condiciones crónicas de la ruralidad.
CÁNCER	- Por una Vida con Bienestar.	Se realizará de la misma manera que en la zona urbana, sin embargo; la sesión de trabajo social será realizada por el perfil de Psicología.
SALUD MENTAL	- Fortalecimiento de estrategias de Afrontamiento, confróntate 7. - Fortalecimiento de las pautas de crianza. - Apoyo psicológico en casos de duelo. - Acompañamiento integral en salud para las mujeres. - Adolescentes con MAS Bienestar.	Aplican todas las estrategias para la población rural.

	ESTRATEGIAS DE PLAN DE BIENESTAR ACORDE A LA PRIORIDAD/EVENTO A ABORDAR	CONSIDERACIÓNES RURALIDAD CERCANA Y DISPERSA
	- Acompañamiento psicosocial - Habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes.	
SALUD BUCAL	- Cuidado y autocuidado para la salud bucal familiar.	Se realizará abordaje a la población general con principal énfasis en mujeres gestantes, menores de 5 años y personas con condición crónica mayores de 60 años
DISCAPACIDAD Y CUIDADORES	- Rehabilitación Basada en Comunidad. - MAS Bienestar para la Persona Cuidadora	Se Tendrán en cuenta las personas con Limitación Funcional, mayores de 60 años, con o sin persona cuidadora En el caso de identificar personas con la condición de Soledad Social, para mayores de 70 años, se abordará con las condiciones de respuesta para imitación funcional, el acompañamiento de los profesionales se orientará a minimizar los impactos de esta situación
SALUD AMBIENTAL	- Vivienda Saludable. Agricultura Urbana- Estrategia Vivienda Saludable con implementación de Unidades demostrativas en salud ambiental.	Todos los hogares de la ruralidad serán susceptibles a los acompañamientos de Salud Ambiental, teniendo en cuenta las necesidades de las familias a partir del enfoque territorial
TRANSVERSALES	- Promoción de la Alimentación Saludable - Consejería en Lactancia materna y alimentación complementaria. - Actividad Física para la Salud. - Estrategia para la Reducción De Pérdidas y Desperdicio de Alimentos en el Hogar (PDA).	Estos temas serán objeto de socialización teniendo en cuenta las características de la población y de las condiciones territoriales

1.7.5. Actividad 5. Evaluación y cierre del Plan de Bienestar.

La duración de los planes de bienestar, se definen acorde a la estructura de cada estrategia; una vez desarrolladas las sesiones establecidas en cada una de ellas, se llevará a cabo la evaluación final de la familia, con el fin de identificar el efecto real de la acción en la misma, a partir de indicadores trazadores según la especificidad del evento o situación que generó el abordaje a través de plan.

Para ello, se usa información familiar inicial (Identificación de riesgos Social y Ambiental) y se compara con los avances en la implementación del plan de bienestar, para evidenciar los cambios o transformaciones generados en las familias a través del registro de información en los formularios que corresponda del aplicativo en línea (Identificación de riesgos, variables individuales, tamizajes, seguimiento de cierre, etc.) y el registro de cumplimiento de compromisos concertados en el plan de bienestar.

En este apartado, se verifica la transformación en la prioridad familiar, con apoyo de la escala de bienestar familiar que contempla el aplicativo en línea, más los elementos puntuales citados en cada una de las estrategias.

1.7.6. Participación en la Mesa Técnica-Operativa de Salud Oral.

En el marco de la implementación de las acciones de gestión Política Pública de Salud Oral, y con el objetivo de optimizar los indicadores de patología bucal en las localidades adscritas a la Subred, se conforma la Mesa Técnica-Operativa de Salud Oral. Este espacio constituye el escenario de participación, análisis y discusión sobre la situación local de salud oral, orientado a la coordinación, diseño y articulación de estrategias y acciones que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de Salud Oral de la población.

La Mesa Técnica-Operativa abordará temáticas relacionadas con:

- Evaluación y seguimiento de la Política Pública de Salud Oral (según la dinámica y requerimientos distritales).
- Planificación y ejecución de la Semana de la Salud Oral.
- Desarrollo de proyectos, jornadas específicas o fechas conmemorativas.
- Articulación con otras políticas públicas y otros sectores.
- Identificación y resolución de dificultades operativas, ya sea mediante acciones internas del equipo o escalamiento a instancias locales u otras entidades.

Los actores convocados a este espacio incluyen:

- Coordinadores de odontología de la Subred.

- Odontólogos vinculados a las diferentes acciones de bienestar.
- Profesionales del SISVESO.
- Profesionales de la subred con responsabilidades en salud oral.
- Actores locales estratégicos (sectores y comunidad) para el logro de los objetivos.

La convocatoria estará a cargo de la persona delegada para la política de Salud Oral, con una periodicidad mensual. Cabe resaltar que este espacio no constituye una instancia nueva, sino la continuidad del mecanismo previamente establecido en el marco de la implementación de la política.

La participación de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar en este espacio se realizará mediante la designación mensual de un(a) profesional de odontología, quien rotará entre el talento humano de la Subred Integrada de Servicios de Salud. Dicho profesional será responsable de socializar al interior del equipo las temáticas abordadas, los acuerdos y compromisos establecidos, así como de efectuar el seguimiento correspondiente, con el fin de consolidar y presentar los avances en la sesión subsiguiente por parte del profesional designado. Esta participación es estratégica para fortalecer la articulación intersectorial e interinstitucional y la coordinación de acciones que aporten al desarrollo del proceso, así como para el análisis del estado de la salud oral en las localidades, lo que permitirá identificar necesidades, brechas y oportunidades de mejora de los indicadores de salud oral. Las cuatro (4) horas destinadas a esta acción se imputarán a las horas establecidas para la participación en los comités dinamizadores.

1.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	**Periodicidad**	**Perfiles del talento humano**	**Entregables**
Contacto inicial con la familia para la implementación del plan de bienestar.	Actividad por desarrollar durante todos los meses de la vigencia, una vez se asignan los casos a cada perfil.	Técnico 1 (Operativo). Técnicos en ciencias ambientales. Profesional Universitario 2 (Operativo). Enfermería, psicología, terapias, nutrición, odontología, trabajo social, ciencias ambientales. Profesional Especializado 4 (Operativos). Psicología Clínica.	- Planilla de familias y consentimiento informado de las familias con las que se inician los planes de bienestar. - Formato de Disentimiento de las familias que rechazan la intervención. - Archivo plano de ruteo, donde se evidencie la gestión final del caso.

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
Identificación de riesgos Integral	Una vez por familia, al ser asignado el caso.	Técnico 1 (Operativo). Técnicos en ciencias ambientales. Profesional Universitario 2 (Operativo). Enfermería, psicología, terapias, nutrición, odontología, trabajo social, ciencias ambientales. Profesional Especializado 4 (Operativos). Psicología Clínica.	- Planilla de familias con planes de bienestar. - Archivo Plano de Identificación de riesgos Social y Ambiental. - Archivo Plano de signos y alertas. - Archivo plano de derivaciones. - Archivos planos de Plan de Bienestar - Archivo Plano de los tamizajes y formularios de identificación de riesgos acorde a pertinencia y a lo establecido en cada estrategia (APGAR, OMS, Findrisck, EPOC, COPE 28, SRQ, RQC, Whodas, Zarit, Barthel, etc) - Archivo plano con gestión adelantada por el equipo frente a agendamiento de citas, usuarios tipo 4. - Archivo plano de derivaciones. - Archivo plano de aplicativo SIRC con las canalizaciones generadas. - Notificación de eventos de interés de salud pública.
Concertación del Plan de bienestar	Una vez por familia, posterior a la Identificación de riesgos familiar.	Técnico 1 (Operativo). Técnicos en ciencias ambientales. Profesional Universitario 2 (Operativo). Enfermería,	- Archivo Plano de Plan de Bienestar y compromisos concertados.

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
		psicología, terapias nutrición, odontología, trabajo social, ciencias ambientales. Profesional Especializado 4 (Operativos). Psicología Clínica. Agente de cambio:	
Implementación y Seguimiento del Plan de bienestar	Acorde a características propias de la familia, según concertación de plan de bienestar.	Técnico 1 (Operativo). Técnicos en ciencias ambientales. Profesional Universitario 3 (Operativo). Medicina Profesional Universitario 2 (Operativo). Enfermería, psicología, terapias, nutrición, odontología, trabajo social, ciencias ambientales. Profesional Especializado 4 (Operativos). Psicología Clínica. Gestor social territorial (Operativo). Agente de Cambio. Técnico 1 (Operativo). Auxiliar de Cuidado.	- Archivos Planos de Plan de Bienestar y seguimiento e implementación de sesiones colectivas acorde a las prioridades de la familia. - Archivo plano de atenciones individuales. - Planilla de familias con planes de bienestar. - Archivo plano de aplicativo SIRC con las canalizaciones generadas. - Notificación de eventos de interés de salud pública. - Reporte interlocal de casos abordados en jornadas de migrantes. *Para el caso de seguimientos remotos aplican los mismos verificables, excepto la planilla de firmas. Nota: Entregables Agente de cambio: - Descarga del aplicativo GTAPS o Bitácora de Registro de Actividades, del acompañamiento

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables
			familiar; cuando la condición del agente restrinja el ingreso en el aplicativo - Descarga del aplicativo GTAPS o Bitácora de Registro de Actividades, de la gestión; cuando la condición del agente restrinja el ingreso en el aplicativo Entregables Auxiliar de cuidado - Descarga del aplicativo GTAPS - Planilla de familias con planes de bienestar.
Evaluación y cierre del Plan de bienestar	Una vez por familia en la vigencia.	Técnico 1 (Operativo). Técnicos en ciencias ambientales. Profesional Universitario 2 (Operativo). Enfermería, psicología, terapias, nutrición, odontología, trabajo social, ciencias ambientales. Profesional Especializado 4 (Operativos). Psicología Clínica.	- Archivos Planos de Identificación de riesgos Social y Ambiental y alertas, con registro de la evaluación y cierre de plan de bienestar. - Planilla de familias con planes de bienestar. - Archivos planos de Plan de bienestar y seguimiento e implementación, con registro de la evaluación y cierre. - Archivo Plano de tamizajes, en los casos que implican medición posterior a la implementación de estrategias.

1.9. Indicadores

N°.	Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula	Fuente	Tipo de indicador
1	Cobertura de casos con plan de bienestar.	Mensual	Número de casos con plan de bienestar concertado/Total de casos remitidos por las diferentes fuentes para plan de bienestar*100	Aplicativo GTAPS	Gestión
2	Porcentaje de familias con cumplimiento de plan de bienestar.	Mensual	Número de familias con cierre identificadas con Cumplimiento del Plan de bienestar concertado / Número de familias con cierre *100	Aplicativo GTAPS	Gestión
3	Cobertura de gestantes atendidas bajo la estrategia gestantes más bienestar	mensual	N.º de gestantes atendidas bajo la estrategia / N.º total de usuarias caracterizadas para la estrategia × 100	Aplicativo GTAPS	Gestión
4	Cobertura de gestantes atendidas bajo la estrategia ángeles guardianes	mensual	N.º de gestantes atendidas bajo la estrategia ángeles guardianes / N.º total 5de usuarias notificadas a través del sistema de vigilancia × 100	Aplicativo GTAPS	Gestión

N°.	Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula	Fuente	Tipo de indicador
5	Cobertura de gestantes atendidas bajo la estrategia “Sí la sífilis gestacional se previene, tu bebe se protege”	mensual	N.º de gestantes atendidas bajo la estrategia Sí la sífilis gestacional se previene, tu bebe se protege / N.º total de usuarias notificadas a través del sistema de vigilancia × 100	Aplicativo GTAPS	Gestión
6	Porcentaje de usuarios con gestión y respuesta a su plan de bienestar estrategia gestantes con mas bienestar.	Mensual	N.º de usuarios con gestión y respuesta al plan de bienestar instaurado / N.º de usuarios con plan de bienestar instaurado	Aplicativo GTAPS	Resultado
7	Porcentaje de usuarios con gestión y respuesta a su plan de bienestar estrategia ángeles guardianes.	Mensual	N.º de usuarios con gestión y respuesta al plan de bienestar instaurado / N.º de usuarios con plan de bienestar instaurado	Aplicativo GTAPS	Resultado
8	Porcentaje de usuarios con gestión y respuesta a su plan de bienestar estrategia “Sí la sífilis gestacional	Mensual	N.º de usuarios con gestión y respuesta al plan de bienestar instaurado / N.º de usuarios con	Aplicativo GTAPS	Resultado

N°.	Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula	Fuente	Tipo de indicador
	se previene, tu bebe se protege”		plan de bienestar instaurado		
9	Porcentaje de Recuperación nutricional en menores de 5 años con DNT Y RIESGO	Mensual	Menor de 5 años con recuperación de peso Zscore Mayor que -1,5 / Menor de 5 años Identificado con DNT con planes de bienestar.	Aplicativo GTAPS	Resultado
10	Porcentaje de la población menor de 5 años del territorio asignado al equipo, con esquema de vacunación completo para la edad.	Mensual	Total de niños menores de 5 años que han recibido todas las vacunas definidas para su edad durante el período de evaluación / Total de niños menores de 5 años en el territorio asignado a los equipos.	Aplicativo GTAPS	Resultado
11	Número de personas tamizadas para riesgo cardiovascular	Mensual	(Total de personas tamizadas en el periodo / Meta programada) × 100	Aplicativo GTAPS	Gestión
12	Número de personas encontradas con patología crónica no adherente y no inasistente a la atención médica.	mensual	Total de personas con patología crónica no adherente e inasistente/ total de personas encontradas con	Aplicativo GTAPS	Gestión

N°.	Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula	Fuente	Tipo de indicador
			patología crónica adherentes y asistentes a las actividades de la ruta cardio cerebrovascular y metabólica.		
13	Número de personas caracterizadas con patología crónica no adherentes e inasistentes a las actividades de ruta cardiovascular y metabólica en los últimos 12 meses	mensual	Total de personas caracterizadas con patología crónica no adherentes e inasistentes a las actividades de ruta cardiovascular y metabólica en los últimos 12 meses.	Aplicativo GTAPS	Cobertura
14	Proporción de familias que culminan los procesos de intervención en salud mental.	Trimestral	(N.º de familias con cierre de proceso en salud mental / N.º de familias intervenidas por los planes de bienestar en Salud Mental) x 100	Aplicativo GTAPS	Gestión
15	Porcentaje de familias que mejoraron sus habilidades de afrontamiento tras la intervención en salud mental.	Trimestral	(N.º de familias con mejoramiento en habilidades de afrontamiento / N.º de familias intervenidas por los planes de bienestar en	Aplicativo GTAPS	Resultado

N°.	Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula	Fuente	Tipo de indicador
			Salud Mental) x 100		
16	% de familias que completan los cuatro momentos de RBC.	Mensual	(N.º de familias que completan las 4 sesiones / N.º total de familias vinculadas a RBC) × 100	Aplicativo GTAPS	Gestión o Resultado
17	% de cuidadores con sobrecarga moderada o alta vinculados al proceso MAS Bienestar para la persona cuidadora	Mensual	(N.º de cuidadores con Zarit moderado o intenso vinculados a MAS Bienestar para la persona cuidadora / N.º total de cuidadores con Zarit moderado o intenso) × 100	Aplicativo GTAPS	Proceso
18	% de familias que reportan mejoras en bienestar y condiciones de cuidado tras la intervención	Mensual	(N.º de familias que reportan mejoras según reaplicación de WHODAS y Zarit / N.º total de familias evaluadas al cierre) × 100	Aplicativo GTAPS	Resultado
19	Personas mayores identificadas en riesgo de soledad abordadas	Mensual	(N° personas mayores identificadas con riesgo de soledad / Total personas evaluadas) x 100	Aplicativo GTAPS	Gestión
20	Planes de bienestar	Mensual	N° de planes de bienestar	Aplicativo GTAPS	Resultado

N°.	Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula	Fuente	Tipo de indicador
	concertados y terminados		concertados/ N° de planes de bienestar terminados		
21	Número de familias participantes en procesos de promoción de prácticas de salud oral que evidencian cambios positivos en el cuidado de su salud oral.	Mensual	(N.º de familias con transformación positiva en su Salud Oral / N.º de familias intervenidas por el plan de bienestar de Salud Oral) x 100	Aplicativo GTAPS	Gestión
22	Porcentaje de personas que mejoran prácticas en Salud Oral (Indice O'Leary)	Semestral	(N.º de usuarios con procedimientos terminados en Salud Oral/ N.º total de usuarios vinculadas a la intervención de salud Oral) x 100) x 100	Aplicativo GTAPS	Resultado
23	Número de familias participantes en las estrategias de Vivienda Saludable, con terminación de proceso.	Mensual	(N.º de familias con terminación de proceso. / N.º de familias intervenidas por los planes de bienestar de Vivienda Saludable) x 100	Aplicativo GTAPS	Gestión
24	Porcentaje de hogares que implementan unidades demostrativas.	Semestral	(N.º de Número de hogares con unidades demostrativas - huertas / N.º Total de	Aplicativo GTAPS	Resultado

N°.	Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula	Fuente	Tipo de indicador
			viviendas abordadas con la estrategia de Vivienda Saludable al cierre) x 100		

Nota: En el marco de la implementación del Plan o de Bienestar concertado con el núcleo familiar, se deberá realizar en el primer contacto la verificación del esquema de vacunación de todos los integrantes del grupo familiar, conforme a la edad, condición individual y población objeto, de acuerdo con los lineamientos vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

En los casos en que se identifiquen esquemas incompletos, atrasados o pendientes, se deberá efectuar la respectiva orientación y derivación al servicio de vacunación correspondiente (bina vacunadora), garantizando la articulación con las rutas institucionales definidas.

Al momento del cierre del Plan o de los Planes de Bienestar, deberá dejarse establecido como compromiso que todos los integrantes del núcleo familiar cuenten con el esquema de vacunación completo, acorde con los lineamientos técnicos del PAI, o que se encuentren en proceso activo y documentado de actualización de este.

Referencias bibliográficas

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018, por la cual se adopta el modelo de atención integral en salud MIAS. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%2003280%20de%202018.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Secretaría Distrital de Integración Social. (2024). Convenio de cooperación interinstitucional para la implementación del Sistema Sociosanitario en Bogotá. Bogotá D.C.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2024). Política pública social para el envejecimiento y la vejez en Bogotá D.C. Secretaría Distrital de Integración Social.
- Secretaría Distrital de Salud. (2025). Informe de gestión de los Equipos MÁS Bienestar en unidades de larga estancia. Bogotá D.C.

- Selby P, Zawertailo L. Tobacco Addiction. The New England Journal of Medicine. 2022;387(4):345-354. doi:10.1056/NEJMcp2032393.
- Barua, R, Rigotti, N, Benowitz, N. et al. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. JACC. 2018 Dec, 72 (25) 3332–3365.https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.10.027
- Auer R, et al. Electronic Nicotine-Delivery Systems for Smoking Cessation. N Engl J Med 2024;390:601-610. DOI: 10.1056/NEJMoa2308815
- González, R, Montoya, I, Casullo, M y Bernavéu, J (2002), Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes, Revista Psicothema. Vol. 14, Nº 2, pp. 363-368, Universidad de Valencia
- González M. (2010) COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE*, Univ. Psychol. vol.9 no.2 Bogotá May/Aug. 2010
- Cuervo, A (2009) Pautas de crianza y desarrollo socio afectivo en la infancia. Diversitas: Perspectivas en Psicología [en línea] 2010: [Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916261009> ISSN 1794-9998
- González, R, Montoya, I, Casullo, M y Bernavéu, J (2002), Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes, Revista Psicothema. Vol. 14, Nº 2, pp. 363-368, Universidad de Valencia
- Jorge, E. & González, C. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica. Informes Psicológicos, 17(2), pp. 39-66 http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a02
- Save the Children (2012), ¿Quién te quiere a ti? Guía para padres y madres, cómo educar en positivo. MadriAponted.
- Díaz, Rosero, Melo & , 2013. Habilidades para la vida: análisis de las propiedades psicométricas de un test creado para su medición. Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 4(2), 181-200. (Disponible en file:///C:/Users/usuario/Downloads/1193-Texto%20del%20art%C3%ADculo-3504-1-10-20181217.pdf)
- Martínez, V. (2014). Habilidades para la Vida: una propuesta de formación humana. Itinerario Educativo, xxviii (63), 61-89 (Disponible en file:///C:/Users/usuario/Downloads/Habilidades_para_la_vida_una_propuesta_de_formacio.pdf)
- Villa, 2012. La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales: ¿podemos pasar de la moda a la precisión teórica, epistemológica y metodológica? EL ÁGORA USB, vol. 12, núm. 2, julio-diciembre, 2012, pp. 349-365 (disponible en https://www.redalyc.org/pdf/4077/407736376005.pdf)
- Alejo Alejo, Henry. 2020. Guía para el apoyo psicológico inicial en casos de duelo por hospitalización en UCI, aislamiento preventivo obligatorio de adultos mayores y fallecimiento ocasionado por COVID 19. Secretaria Distrital de Salud
- Gil, Beatriz; Bellver Ascensión y Ballester, Rafael, 2008. Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. En Revista Psicooncología Vol. 5, Núm. 1, 2008, pp. 103-116. Disponible en file:///C:/Users/usuario/Downloads/16377-Texto%20del%20art%C3%ADculo-16453-2-10-20171031.pdf
- Kübler-Ross, Elisabeth ,2016. Sobre el duelo y el dolor. Ediciones Luciérnaga
- Ministerio de Salud y Protección Social, 2020. Cuidado de la salud mental en el proceso de duelo por fallecimiento durante la pandemia por covid-19

- Cerutti et al. (2023). Un protocolo de intervención breve para adolescentes y padres en el tratamiento del consumo de drogas: un estudio piloto en una muestra brasileña. Behavioral Psychology / Psicología Conductual, vol. 31, Nº 3, 2023, pp. 445-461 Disponible en: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2023/12/01.Cerutti_31-3Es.pdf
- González, R, Montoya, I, Casullo, M y Bernavéu, J (2002), Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes, Revista Psicothema. Vol. 14, Nº 2, pp. 363-368, Universidad de Valencia
- González M. (2010) COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE*, Univ. Psychol. vol.9 no.2 Bogotá May/Aug. 2010.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 0518 de 2015 “Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, 2015
- Ministerio de Salud y Protección Social, Manual para la detección e intervención temprana del consumo de sustancias psicoactivas y problemas de salud mental en los servicios amigables para adolescentes y jóvenes, 2011
- Organización Panamericana de la Salud. (2011) La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf
- Prochaska J, DiClemente C, Norcross J. In search of how people change, application to addictive behaviours. Am Psychol 1992; 47(9):1102-1114
- Rollnick, S y W. Miller. ¿Qué es la entrevista motivacional? Revista de Toxicomanías, 2014
- Secretaría Distrital de Salud – Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y El Delito. (2020). Manual de estrategias de prevención del uso de sustancias psicoactivas. Disponible en: https://www.saludcapital.gov.co/Documents/9.%20MANUALSDS-JUL31%20FINAL.pdf
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. British Journal of Medical Psychology, 32(1), 50–55. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x.
- Zung, W. W. K. (1965). A Self-Rating Depression Scale. Archives of General Psychiatry, 12(1), 63–70. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008
- Losada, M. L. D., & González, D. A. (2019). Estudio sobre la atención a la soledad Social de las personas mayores.
- Manual Educativo Nacional, Hacia una Vivienda Saludable, Que Viva Mí Hogar. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/manual-educativo-nacional-vivienda-saludable.pdf y anexo https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/herramientas-educativas-completas.pdf.
- Cartilla para el manejo integrado de la fertilización, las plagas y las enfermedades, Cartilla técnica de agricultura urbana, Cartilla agricultura urbana y Catalogo de plantas utilizadas en agricultura urbana en la ciudad de Bogotá. https://www.jbb.gov.co/index.php/agricultura-urbana.

Control de cambios

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN
1	22/09/2025	Inicio convenios interadministrativos GSP-PSPIC - EMBH Septiembre 2025
2	03/2026	Inclusión Nota de vacunación - Abordaje de familias con casos de sífilis gestacional – Actualización RBC

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre (s)	Sindy Julieth Sánchez Diana Marcela Velandia Diana Franco María Eugenia Delgado Diego Rodríguez María Fernanda Tovar Lisseth Pava Gina Rangel Diana Ulloa Paula Ximena Ramírez Myriam Gordillo Gloria Inés Gallo T. Martha Liliana Tunjo Hilda Villamarín Adrina Padilla Javier Maldonado	Marcela Martínez Contreras Johanna Andrea Torres Ruiz	Marcela Martínez Contreras Johanna Andrea Torres Ruiz
Cargo	Profesionales Especializados	Subdirectora de Acciones Colectivas Asesora de Despacho	Subdirectora de Acciones Colectivas Asesora de Despacho
Fecha	Septiembre 2025	Septiembre 2025	Septiembre 2025