



Universidad
Tecnológica
de Bolívar

CARTAGENA DE INDIAS

VIGILADA MINEDUCACIÓN



Acreditación Institucional
de Alta Calidad

Renovación, Resolución N° 09794 de 2015
del Ministerio de Educación Nacional

FUNDACION VIDA DIGNA: PROPUESTA DE VALOR PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON TRANSTORNOS DEPRESIVOS

CARLOS MIGUEL OSPINO BECERRA

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR
CARTAGENA
2017**



**Universidad
Tecnológica
de Bolívar**

CARTAGENA DE INDIAS

VIGILADA MINEDUCACIÓN



**Acreditación Institucional
de Alta Calidad**

Renovación, Resolución N° 00794 de 2015
del Ministerio de Educación Nacional

FUNDACION VIDA DIGNA: PROPUESTA DE VALOR PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON TRANSTORNOS DEPRESIVOS

CARLOS MIGUEL OSPINO BECERRA
Candidato a Magíster en Administración de Empresas

Director:

ALBERTO GÓMEZ TORRES

Tesis para optar por el grado de “Magíster en Administración de Empresas”

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR
CARTAGENA
2017**

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Tabla de contenido

RESUMEN	7
PALABRAS CLAVE:	7
DEDICATORIA	8
AGRADECIMIENTOS	9
INTRODUCCIÓN	10
1. ASPECTOS GENERALES DEL PROYECTO	12
1.1 ANTECEDENTES E IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.3 OBJETIVOS	15
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	15
1.5 MARCO DE REFERENCIA	17
1.5.1 Aspectos Teóricos y Conceptuales sobre el Diseño de Propuestas de Valor dentro del Marco de la Gerencia	17
1.5.2 Trastornos Depresivos.....	30
1.5.3 Marco Jurídico de la Salud Mental.....	39
1.6 ASPECTOS METODOLÓGICOS	42
1.6.1 Metodología de la Investigación	42
1.6.2 Métodos de recolección y procesamiento de la información	43
2. EL ENTORNO DEL MODELO DE NEGOCIO	47
2.1 FUNDACIÓN VIDA DIGNA	47
2.2 TENDENCIAS CLAVE	48
2.3 FUERZAS MACROECONÓMICAS	50
2.4 FUERZAS DEL MERCADO	52
2.5 EL MODELO DE NEGOCIO DE LA FUNDACIÓN VIDA DIGNA.....	54
3. LIENZO DE LA PROPUESTA DE VALOR	58
3.1 SUPUESTOS SOBRE EL PERFIL DEL CLIENTE.....	58
3.1.1 Depuración de Información Primaria.....	58
3.1.2 Elaboración del Perfil Inicial.....	62
3.2 MAPA DEL LIENZO DE VALOR CON EL CLIENTE.....	64
4. DISEÑO DE LA PROPUESTA DE VALOR	67
4.1 VALIDACIÓN DEL PERFIL DEL CLIENTE	67
4.2 AJUSTES AL PERFIL DEL CLIENTE	80

4.3	TAMAÑO ACTUAL DEL MERCADO	82
4.4	SOLUCIONES ACTUALES	84
4.4	AJUSTES AL MAPA DE VALOR	91
4.4.1	Rediseño de la Solución	91
4.4.2	Ajustes a la Propuesta de Valor.....	98
4.4.3	Encaje producto-mercado.....	99
4.5	DISEÑO DEL MODELO DE NEGOCIO	100
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		101
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		104
ANEXO 1 - GUION DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA		109
ANEXO 2: BATERIA DE PREGUNTAS PARA EL ANÁLISIS DEL ENTORNO		110
ANEXO 3: MAPA DE EMPATÍA CON EL CLIENTE		114

Tabla de Ilustraciones

Ilustración 1 Diagrama de modelos de negocio propuesta por Osterwalder	19
Ilustración 2 Mapa del entorno del modelo de negocio	20
Ilustración 3 Plantilla para el lienzo del modelo de negocio.....	21
Ilustración 4 lienzo de la propuesta de valor para el cliente	25
Ilustración 5 Representación gráfica de la propuesta de valor dentro del lienzo del modelo de negocio	29
Ilustración 6 Áreas de análisis de las fuerzas del entorno	43
Ilustración 7 Mapa mental tendencias clave.....	49
Ilustración 8 Mapa mental tendencias macroeconómicas	51
Ilustración 9 Mapa mental fuerzas del mercado.....	53
Ilustración 10 Lienzo del modelo de negocio inicial de Fundación Vida Digna	54
Ilustración 11 Sesión guiada levantamiento mapa de empatía	58
Ilustración 12 Mapa de Empatía Características generales persona depresiva: síntoma, síndrome y categoría diagnóstica	59
Ilustración 13 Mapa de Empatía Sintomatología del síndrome depresivo	60
Ilustración 14 Mapa de Empatía Diferencias de género y de grupos etarios en el padecimiento de síndromes depresivos	61
Ilustración 15 Perfil Inicial del Cliente - Pealdes.....	63
Ilustración 16 Lienzo de la propuesta de valor inicial.....	64
Ilustración 17 Resultados en porcentajes de la prueba de tamizaje – escala de zung	67
Ilustración 18 Mapa del perfil del cliente ajustado (Validación)	81
Ilustración 19 ANEXO 2A - Preguntas para la identificación de tendencias clave	110
Ilustración 20 ANEXO 2B - Preguntas para la identificación de fuerzas macroeconómicas	111
Ilustración 21 ANEXO 2C - Preguntas para la identificación de fuerzas de la industria.....	112
Ilustración 22 ANEXO 2D - Preguntas para la identificación de fuerzas del mercado	113
Ilustración 23 ANEXO 3 Plantilla mapa de empatía	114

RESUMEN

El presente documento tiene como objetivo comprender los patrones de creación de valor en personas con trastornos depresivos, a través de la identificación de sus trabajos, frustraciones y alegrías más urgentes, con el propósito de diseñar una propuesta de valor que responda a sus necesidades y expectativas.

El informe de la Organización Mundial de la Salud sobre salud mental 2016, establece que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales. En el caso específico de Colombia, estas cifras son mayores, de acuerdo al último informe nacional sobre salud mental (2013).

A través de una metodología exploratoria y descriptiva, que incluyó un análisis de información de fuentes secundarias sobre el síndrome depresivo, se llevó a cabo una serie de aplicaciones de pruebas y entrevistas a más de 150 personas identificadas y/o diagnosticadas con este síndrome, con el propósito de validar y diseñar una propuesta de valor que fuera pertinente a nuestro contexto. El diseño metodológico utilizado se basó en los modelos propuestos por Osterwalder y Pigneur (2015).

A partir de los hallazgos, se diseña un paquete de soluciones mediante un programa terapéutico denominado SALUD MENTAL PARA TI. Dicho programa fue puesto a prueba como piloto, para la atención de 8 pacientes diagnosticados con depresión severa, obteniéndose resultados satisfactorios, en términos del mejoramiento de la calidad de vida de dichos sujetos.

En la actualidad FUNDACION VIDA DIGNA, se encuentra haciendo ajustes para escalar y dar proyección a dicho programa.

PALABRAS CLAVE:

Síndrome Depresivo, Propuesta de Valor, Modelo de Negocio, Organización sin ánimo de lucro

DEDICATORIA

Nada en la vida es más motivador e inspirador que la familia. Es por esto que dedico mis esfuerzos plasmado en el presente trabajo a mi hijo Aadel y mi esposa Muna; mis amores de vida. A mis Abuelos Carlos y Bettina, mi tío Guido por su apoyo constante.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser mi ayuda y fortaleza espiritual.

A mi esposa Muna por su Amor y constante apoyo.

Al Profesor Alberto Gómez por ser un excelente trabajo como Director del trabajo de investigación.

A mis abuelos que han sido mis padres Carlos Becerra O. y Bettina Álvarez Álvarez por su amor infinito y constante apoyo.

A mi tío Guido Becerra por apoyarme siempre en todo momento.

INTRODUCCIÓN

La historia de la FUNDACIÓN VIDA DIGNA siempre ha estado marcada, desde su creación, por el interés de propiciar el bien común y el de llevar desarrollo integral al ser humano, es por esto que después de la realización de varios proyectos se decidió continuar tocando a mayor profundidad el tema psicosocial de las personas exactamente con problemas de depresión. Las cifras y estadísticas mundiales no dan espera para ofrecer alternativas de solución innovadoras para tratar la enfermedad.

Se tiene que la depresión es una de las causas más frecuentes de discapacidad en el mundo. En el año 2004 ocupó el tercer lugar entre las causas más comunes de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) y el primer lugar en los países de ingresos medios y altos. Se calcula que en el año 2020 ocupará el segundo lugar en el mundo, y el primero en el 2030.

Además, el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia (2013) mostró que el 40% de los colombianos presentó un problema de salud mental clínicamente significativo alguna vez en la vida.

A lo largo del tiempo diferentes autores señalan que la depresión incluye un grupo de trastornos emocionales caracterizados por la presencia de un estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las situaciones y experiencias cotidianas, asociado a una variedad de manifestaciones neurovegetativas, comportamentales, cognitivas, físicas y emocionales, acompañado de deterioro funcional y social. La depresión es una circunstancia anímica presente no sólo en la mayor parte de los cuadros clínicos sino también en la vida cotidiana de la mayoría de las personas “normales”. Se estima que en el 80% de los casos de trastornos de ansiedad generalizada existe un síntoma de estado anímico deprimido.

En este sentido, con la presente investigación se busca comprender los patrones de creación de valor en personas con trastornos depresivos en Cartagena, a través de la identificación de sus trabajos, frustraciones y alegrías más urgentes, con el propósito de diseñar una propuesta de valor que responda a sus necesidades y expectativas.

A través de una metodología exploratoria y descriptiva, que incluyó un análisis de información de fuentes secundarias sobre el síndrome depresivo, se llevó a cabo una serie de aplicaciones de pruebas y entrevistas a más de 150 personas identificadas y/o diagnosticadas con este síndrome, con el propósito de validar y diseñar una propuesta de valor que fuera pertinente a nuestro contexto. El diseño metodológico utilizado se basó en los modelos propuestos por Osterwalder y Pigneur (2015).

El documento de encuentra estructurado en cuatro partes. En la primera, se establecen los elementos que dan origen y que guían la investigación. Inicia con la identificación y formulación del problema de investigación, la formulación de objetivos, la justificación, seguido de los marcos de referencia. Para finalizar, se presenta la metodología y los métodos de recolección, análisis y procesamiento de la información.

La segunda parte, se puntualiza sobre el contexto en el cual se inserta el modelo de negocio dando respuesta al interrogante **¿Cómo las fuerzas externas podrían influir en el diseño de la propuesta de valor?** Para esto se llevó a cabo una revisión de información disponible en fuentes

secundarias como informes de tendencias sociales, económicas, legales, así como de datos estadísticos.

Una tercera parte, en la cual se busca dar respuesta al interrogante **¿Cuáles son los patrones de creación de valor en personas con trastornos depresivos?** En esta fase se parte de la información, *Criterios de diagnóstico y clasificación de los trastornos depresivos*, los cuales se tomaron como supuestos de las características generales de un paciente con trastorno depresivo.

A partir de la codificación de dicha información, se desarrolló un estudio de carácter descriptivo transversal, a través de la aplicación de un instrumento de tamizaje, para luego realizar un estudio exploratorio para desarrollar una serie de validaciones, a través de entrevistas y observaciones en el público objetivo, para identificar y definir patrones.

Por último, se describen los elementos centrales de la propuesta de valor y el modelo de negocio para LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON TRANSTORNOS DEPRESIVOS para la Fundación Vida Digna, que permita asentar los pilares para escalarlo y potenciar sus posibilidades de éxito.

A partir de los hallazgos, se diseña un paquete de soluciones mediante un programa terapéutico denominado SALUD MENTAL PARA TI. Dicho programa fue puesto a prueba como piloto, para la atención de 8 pacientes diagnosticados con depresión severa, obteniéndose resultados satisfactorios, en términos del mejoramiento de la calidad de vida de dichos sujetos. En la actualidad FUNDACION VIDA DIGNA se encuentra haciendo ajustes para escalar y dar proyección a dicho programa.

De manera general, se concluye que, tanto en Colombia como en el Mundo, los problemas de salud mental, incluida la depresión severa, son una problemática que va escalando de manera considerable, especialmente dadas las condiciones contextuales de cambios complejos, acelerados y alta incertidumbre en que vivimos.

Algunos instrumentos de carácter vinculante, por ejemplo, la Declaración de Caracas de 1990 (González Uzcátegui & Levay, 1991) y otras recomendaciones, como el caso de la Resolución 46/199 de Naciones Unidas, expone los principios para la protección de los derechos de personas con enfermedades mentales. En todos los casos el llamado es a favorecer los programas de tratamiento en modelos basados en la comunidad, respetar autonomía y libertades individuales, evitar la discriminación y asegurar la protección de los derechos humanos.

En el caso de Colombia, la Ley 1616 de 2013 establece en el artículo 6º los derechos de las personas en el ámbito de la salud mental, ajustándose al ordenamiento jurídico de la República de Colombia y a las disposiciones internacionales que obligan al Estado colombiano. Adicionalmente, dicha Ley asume en su objeto la garantía del ejercicio del derecho a la salud mental para la población colombiana.

La Política Nacional de Salud Mental insta a instituciones y profesionales que prestan servicios en el campo de la salud mental, a favorecer programas de atención basados en la comunidad y a facilitar la integración de las personas al medio social al que pertenecen

A pesar de haberse producidos muchos adelantos tanto científicos como tecnológicos, en las últimas décadas, y pese a existir, un amplio acervo jurídico, nacional e internacional, que garantiza los derechos de las personas con trastornos mentales, todavía falta mucho por hacer, tanto desde el punto de vista social, de cobertura y clínico, para poder ofrecer una salud mental más incluyente y más humana.

1. ASPECTOS GENERALES DEL PROYECTO

En este apartado se establecen los elementos generales que dan base y sustento al desarrollo de la investigación. Se inicia con una revisión general del contexto en términos de métricas y estadísticas sobre los diferentes trastornos psicológicos, tanto a nivel mundial como de manera específica en la ciudad de Cartagena de Indias, para llegar a identificar la magnitud de la problemática social que este tipo de trastornos suponen para la ciudad y la región en general.

A partir de los hallazgos, se formula el interrogante a investigar en términos de la visualización de una oportunidad por parte de la Fundación Vida Digna, para el diseño de una propuesta de valor para la atención de un tipo específico de trastorno: “La Depresión”.

En este sentido, se plantean los objetivos, seguidos de una justificación y una serie de marcos para el análisis y diseño de soluciones, producto de unas revisiones teórico-prácticas, tanto desde el punto de vista médico y psicológico, con el propósito de ahondar en el conocimiento del problema clínico y sus diferentes manifestaciones, para el cual se diseña la propuesta de valor ; así, como desde el punto de vista gerencial, en donde se revisan diferentes perspectivas y enfoques, con sus teóricos y conceptos, que servirán de base para identificar y analizar los patrones de creación de valor en personas con trastornos depresivos.

Por último, se establece la metodología de trabajo, así como los modelos y técnicas a emplear para capturar, procesar y analizar la información, para el diseño de la propuesta de valor para la atención de personas con trastornos depresivos y el despliegue del modelo de negocio para la Fundación Vida Digna.

1.1 ANTECEDENTES E IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo al informe de la Organización Mundial de la Salud – OMS: Datos y cifras sobre la salud mental 2016, se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales. Así mismo, cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años. En todas las culturas se observan tipos de trastornos similares. Los trastornos neuro-psiquiátricos figuran entre las principales causas de discapacidad entre los jóvenes. Sin embargo, las regiones del mundo con los porcentajes más altos de población menor de 19 años son las que disponen de menos recursos de salud mental. La mayoría de los países de ingresos bajos y medios cuenta con un solo psiquiatra infantil por cada millón a cuatro millones de personas (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Este mismo informe señala que los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la causa de cerca del 23% de los años perdidos por discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2016). Así mismo, los trastornos mentales y el consumo nocivo de alcohol contribuyen a muchos suicidios. Cada año, en el mundo, se suicidan más de 800.000 personas, siendo el suicidio la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. Hay indicios de que por cada adulto que se suicida hay más de 20 que lo intentan. El 75% de los suicidios tienen lugar en países de ingresos bajos y medios. La identificación precoz y el tratamiento eficaz son fundamentales para garantizar que estas personas reciben la atención que necesitan.

Por otra parte, los trastornos mentales aumentan el riesgo de contraer otras enfermedades como la infección por VIH, las enfermedades cardiovasculares o la diabetes, entre otras.

Respecto a esta problemática, la OMS señala que la escasez de psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos y trabajadores sociales son algunos de los principales obstáculos que impiden ofrecer tratamiento y atención en los países de ingresos bajos y medios. En término medio, los países de ingresos bajos cuentan con 0,05 psiquiatras y 0,42 enfermeras psiquiátricas por cada 100.000 habitantes, mientras que en los países de ingresos altos la tasa de los psiquiatras es 170 veces mayor y la de las enfermeras es 70 veces mayor.

En el caso colombiano, el último estudio nacional de Salud Mental, realizado en el año 2003, señala que solo una de cada diez personas con un trastorno mental recibió atención psiquiátrica en Colombia. Las limitaciones en el acceso a los servicios de salud mental se han tratado de subsanar y en los últimos años el Estado Colombiano ha realizado mejoras en las leyes al respecto.

De manera específica, en los últimos 25 años, Cartagena de Indias ha experimentado una transformación compleja en sus condiciones de salud. De acuerdo al informe presentado por el DADIS en el 2012, estos cambios han tenido profundas repercusiones en la organización de los servicios de salud y otros tipos de servicios que influyen en el desarrollo social de una ciudad como Cartagena, las enfermedades transmisibles, la desnutrición y los problemas de la salud reproductiva mantienen su predominio (Torres, Guerrero, & Mercado, 2012). La ciudad, según cifras estimadas del Departamento Nacional de Estadística – DANE, para el año 2013 contaba con una población de 978.600 habitantes, concentradas en el área urbana donde reside aproximadamente el 95.5% (934.563 habitantes) y el 4.5% (44.037) restante vive en el área rural e insular.

Los cambios experimentados en el sistema de salud de la ciudad, provienen fundamentalmente desde el año 1.992, cuando el Distrito de Cartagena fue certificado como ente descentralizado por el Ministerio de Salud mediante Resolución No 5221 de agosto de 1990, bajo el esquema del Ley 10 de 1.990, lo cual llevo a que la ciudad manejara de manera autónoma los recursos del sector salud de primer nivel, segundo y tercer nivel de atención en Salud.

La Descentralización de la salud y la asunción de competencias territoriales en este sector social en el Distrito de Cartagena, se dio, de acuerdo al DADIS, sin realizar la preparación institucional, humana, técnica y económica que requería la ciudad para el adecuado cumplimiento de tal responsabilidad (Torres, Guerrero, & Mercado, 2012). Desde el mismo año 1.994, comenzó el proceso de implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la ciudad, con la operación autónoma del primer nivel de atención en salud, desde la Dirección Distrital de Salud, se debió iniciar el proceso de fortalecimiento institucional de las DDS y de las unidades hospitalarias que articulan la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, condiciones indispensables que requería y precisa aun esta gran responsabilidad.

Algunos agravantes relacionados con fallas en la oferta de servicios de salud en la ciudad de Cartagena, lo constituyen la falta de habilitación de servicios de unidad de cuidados intensivos pediátricos y los cierres desmesurados de los servicios de urgencias y los servicios obstétricos realizados por prestadores de servicios de salud, quienes sin pensar en sus consecuencias negativas sobre la población y argumentando solamente la poca rentabilidad de los mismos, agravan la situación de accesibilidad existente y aumentan los tiempos en la oportunidad para la prestación de estos servicios, con el consecuente colapso de los mismos. En este sentido, el DADIS puntualiza:

“Muy a pesar de que la salud hace parte de uno de los derechos fundamentales estipulados en nuestra constitución política y que el estado está en la obligación de brindarlo, son los prestadores de servicios de salud privados los que les ha tocado asumir este rol, quienes manifiestan públicamente su inconformismo por el pago oportuno de los servicios prestados y algunos por obvias razones crean barreras de acceso para la prestación de los mismos”.

Entre las fallas en el sistema de salud se encuentra la oferta de espacios e implementos disponibles para prestar un servicio de calidad. Respecto a las camas habilitadas por servicios de salud mental en la ciudad de Cartagena entre los años 2009 a 2013 se tienen los siguientes datos:

Tabla 1 Camas habilitadas por servicios de salud mental en la ciudad de Cartagena. Años 2009 – 2013

Servicios	2009	2010	2011	2012	2013
Psiquiátricas	45	45	5	63	63
Farmacodependencia	3	5	5	5	5
Cuidado agudo mental	8	8	8	7	7
Cuidado intermedio mental	7	7	7	7	7
Salud mental psiquiátrica	0	17	17	18	7

Fuente: DADIS 2014

Por su parte, según datos del último análisis de situación de salud de Cartagena, publicado por el Departamento Administrativo Distrital de Salud – DADIS, durante el año 2012 se presentaron un total de 2.922 casos de enfermedades mentales, siendo la Esquizofrenia la patología que registrara el mayor porcentaje con un 21,9%; seguida del Episodio Depresivo con un 17,4%; el tercer lugar lo ocupó el Abuso o Consumo Perjudicial con un 13,3%; el cuarto y quinto lugar le correspondió al Trastorno Bipolar y a los Trastornos de Ansiedad con un 9,1% y 7,4% respectivamente.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Ante estas cifras alarmantes y crecientes respecto a la salud mental y otras enfermedades relacionadas o derivadas de estas, y frente a un sistema que parece no responder de manera efectiva, desde la Fundación Vida Digna, en cumplimiento de su propósito de aportar al desarrollo integral del ser humano y el entorno, promoviendo acciones para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas en Cartagena y Colombia, surgen los siguientes interrogantes:

¿Cómo diseñar una propuesta de valor para responder de manera efectiva a las necesidades y expectativas de las personas que padecen trastornos depresivos? y ¿Cómo encontrar un modelo de negocio adecuado a la propuesta de valor y que garantice unas condiciones económicas favorables que permitan su escalabilidad?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Comprender los patrones de creación de valor en personas con trastornos depresivos, a través de la identificación de sus trabajos, frustraciones y alegrías más urgentes, con el propósito de diseñar una propuesta de valor que responda a sus necesidades y expectativas.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Comprender el contexto en el cual se inserta la oportunidad de negocio, a través del análisis de las fuerzas externas que podrían influir en ella, con el propósito de identificar los factores clave necesarios para adaptar el diseño de la propuesta de manera eficaz.
- Identificar las características generales de un paciente con trastorno depresivo, a partir del análisis de la información clínica disponible, con el propósito de establecer los supuestos iniciales para el diseño de la propuesta de valor.
- Diseñar una solución, a través del desarrollo de procesos de validación y ajuste, que permita crear valor para las personas que padecen trastornos depresivos, respondiendo de manera efectiva a sus necesidades y expectativas.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud - OMS, define la salud mental no sólo como la ausencia de trastornos mentales, sino que se refiere a ella 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”.

El Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia mostró que el 40% de los colombianos presentó un problema de salud mental clínicamente significativo alguna vez en la vida (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005). Si tenemos en cuenta que la salud mental no es solamente ausencia de trastorno mental, y que la vida inevitablemente nos presenta problemas y retos que no siempre tenemos la posibilidad de asumir, es probable entonces que la proporción de personas que en algún momento requiera de ayuda sea mucho mayor. Por tanto, todos somos vulnerables a que nuestra salud mental se vea afectada en algún momento del curso de la vida.

Los determinantes sociales de salud son condiciones que emergen de la estructura de una sociedad y de las circunstancias que crea. Se trata de variables macro-sociológicas que determinan formas de organización y desorganización de la sociedad. El lugar que una persona ocupa en la estructura social, por ejemplo, el estrato socioeconómico, origina la exposición a factores de riesgo, directa e indirectamente relacionados con problemas psicológicos, tales como estrés, discriminación, exclusión social, inequidad, condiciones laborales, desempleo, falta de apoyo social, malnutrición y precarias condiciones de transporte, entre otros (Wilkinson & Marmot, 2003).

En la actualidad, el país atraviesa procesos de transformación social, política, y económica, acelerados. Los referentes y costumbres que orientan el curso de vida de los ciudadanos también han ido cambiando. La salud mental es muy sensible a transiciones y cambios sociales rápidos

(Rutz, 2006). Las expectativas, aspiraciones, hábitos, y estilos de vida, se transforman, las tradiciones se reinventan y los nuevos marcos de referencia para darle un sentido a vivir no emergen con la misma rapidez que desaparecen los antiguos. Estas condiciones hacen que esta problemática social tome relevancia, no sólo a nivel nacional, sino mundial, ya que la incertidumbre, producto de un entorno en constante cambio, se convierte en un fenómeno que amenaza el bienestar psicológico de las personas.

Por su parte, el conocimiento sobre salud mental y sus problemas se ha expandido. Hoy en día existen nuevos desarrollos y evidencias sobre la eficacia de las intervenciones (Organización Mundial de la Salud OMS, 2011). Los trastornos mentales se pueden prevenir y también se pueden modificar las maneras en las que la sociedad los entiende. Además de la disponibilidad de nuevos medicamentos, las investigaciones demuestran que las terapias psicológicas funcionan (Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010). La inversión en salud mental se recupera con creces, puesto que se traduce en más oportunidades, más desarrollo, y mejor convivencia entre ciudadanos.

Pese a estos avances, existen brechas entre oferta de servicios y demanda de atención. Se trata de la brecha de tratamiento o demanda insatisfecha. Los problemas de salud mental producen un sufrimiento intenso que a menudo no es tratado. El dolor psicológico se describe con frecuencia como algo peor que el dolor físico. En nuestro país, es altamente preocupante la problemática de falta de acceso a servicios adecuados de salud mental centrados en la persona, así como la carencia de recursos destinados al bienestar mental de la población. Muchas personas con necesidades de atención no tienen el acceso o este se encuentra restringido (Chisholm et al., 2007).

Para aprovechar estas oportunidades, desde el punto de vista gerencial, para crear, mantener o hacer crecer una empresa, hay que enfrentarse todos los días a preguntas complejas. Lo cual implica una visión holística, ecléctica y estratégica, que permitan entender que lo que hasta ayer tenía validez, ahora ya no vale y hay que cambiar, anticiparse, reconstruir y volverse a hacer preguntas clave. La proactividad y el espíritu emprendedor son necesarios para visualizar problemas y convertirlos en oportunidades a través de acciones que permitan el desarrollo de nuevos productos y servicios que respondan a necesidades y expectativas de los clientes. Pero, además, necesita un método ¿cómo hacerlo?, ¿hacia dónde canalizar las energías?, ¿qué aspectos realizar primero y cuáles después?

El conocimiento gerencial actual, a través de sus diferentes perspectivas y enfoques, ofrece amplio marco de pensamiento y métodos exhaustivos para poder encajar las necesidades de los clientes con la propuesta de valor para el mercado, dando respuesta a dichos interrogantes.

En este sentido, la presente investigación toma relevancia, en la medida en que toma una problemática social, referente a la salud mental, y lo trata como una oportunidad para crear valor, a través de herramientas y técnicas de gestión, mediante el diseño de una propuesta que permita atender las necesidades y expectativas de personas con trastornos depresivos.

1.5 MARCO DE REFERENCIA

1.5.1 Aspectos Teóricos y Conceptuales sobre el Diseño de Propuestas de Valor dentro del Marco de la Gerencia

1.5.1.1 *La creación de valor como propósito de la gerencia*

El objetivo principal de la gestión, tal como lo describe el *Management Standards Centre* (2004), es “proporcionar orientación, facilitar el cambio y lograr resultados mediante el uso eficiente, creativo y responsable de los recursos” (Armstrong, 2009).

La gestión es el proceso de decidir qué hacer y luego hacerlo a través del uso efectivo de los recursos. Se trata de lo que los gerentes hacen para que las cosas sucedan. Definen los objetivos, determinan los recursos -personas, finanzas, sistemas de trabajo y tecnología- necesarios para alcanzar las metas, asignan esos recursos a las oportunidades y actividades planeadas y aseguran que esas actividades se lleven a cabo según lo planeado para lograr objetivos predeterminados. Todo esto se suma a la gestión de resultados.

En este sentido, Armstrong (2009) plantea que, el propósito fundamental de la gerencia en las empresas privadas, es satisfacer las necesidades y expectativas de sus grupos de interés. Esto significa obtener una ganancia y crear valor para los accionistas, producir y entregar productos y servicios valiosos a un costo razonable para los clientes, y ofrecer oportunidades gratificantes de empleo y desarrollo para los empleados. En el sector público, la administración está ahí para asegurar que los servicios que la comunidad requiere sean entregados de manera efectiva. **En el sector voluntario, la gerencia está ahí para asegurar que los propósitos de la caridad sean alcanzados y también para mantener la fe de la comunidad y los donantes.**

El proceso global de gestión definido anteriormente se divide en una serie de procesos individuales, que son métodos de operación diseñados para ayudar a la consecución de los objetivos. Su propósito es sistematizar, ordenar, dotar de previsibilidad, lógica y consistencia la tarea de la dirección, tanto como sea posible, en un ambiente siempre cambiante, variado y turbulento en el cual los gerentes actúan.

Estos procesos fueron definidos por los teóricos clásicos de la gestión como Henri Fayol (1916), quien afirmó que: "Todas las empresas requieren que la planificación, la organización, el mando, la coordinación y el control funcionen correctamente". Pero esta visión clásica ha sido desafiada por empiristas como Henry Mintzberg (1973) y Rosemary Stewart (1967). Estos autores sostienen que la gestión no puede ser tratada como un grupo de actividades formales como lo definieron Fayol y otros escritores clásicos. Basados en investigaciones empíricas sobre lo que realmente hacen los gerentes, definieron a la administración como un proceso que involucraba una combinación de actividades racionales, lógicas, de resolución de problemas, de toma de decisiones y actividades intuitivas y críticas. Una mezcla de ciencia y arte. Sin embargo, los teóricos clásicos definían los principales procesos de gestión; no estaban tratando de describir cómo los gerentes realmente pasan su tiempo.

La gerencia existe para agregar valor. El término «valor agregado» se utilizó originalmente en la contabilidad, donde se define como el valor añadido al costo de las materias primas y las partes compradas por los procesos de producción y distribución. El término se utiliza a menudo coloquialmente para indicar el desarrollo y el uso de cualquier recurso de tal manera que asegure que produce un rendimiento sustancial y sostenible mayor de lo que se ha invertido en ella. Aún

más coloquialmente, agregar valor significa hacer cualquier contribución que proporcione beneficios adicionales a la organización en forma de mayor eficacia, ventaja competitiva, mejor servicio al cliente y mayores niveles de calidad. Los gerentes aportan una contribución de valor añadido cuando se aseguran de que ellos y los recursos que controlan generan niveles de ingresos, productividad y eficacia operativa que proporcionan un rendimiento satisfactorio del dinero, tiempo y esfuerzo invertido en esos recursos.

Un enfoque de valor añadido para la gestión significa la creación de más con menos. El valor agregado es producido por los gerentes y las personas que dirigen. Son los gerentes, a varios niveles, los que crean visiones, definen valores y misiones, establecen metas, elaboran planes estratégicos e implementan esos planes de acuerdo con los valores fundamentales. El valor agregado se verá potenciado por todo lo que se haga para obtener y desarrollar el tipo adecuado de personas, motivarlas y gestionarlas eficazmente, para ganar su compromiso con los valores de la organización y para construir y mantener relaciones estables con ellos basadas en la confianza mutua.

En este orden de ideas, el diseño de modelos de negocio cobra una gran relevancia para la gerencia, en el entendido que estos (Los Modelos de Negocio) permiten describir las bases sobre las que una empresa crea, entrega y captura valor (Osterwalder & Pigneur, Business Model Generation, 2010).

1.5.1.2 Conceptualización de los modelos de negocio

Los modelos de negocio, como concepto, contiene diferentes fuentes de ideas y la profundidad de cada una difiere del campo en el que se aplique. Es usado en áreas como la teoría tradicional de estrategia, la administración general, la literatura de la administración en información e innovación y la literatura de e-business (Preciado, 2011). Tradicionalmente, el concepto de modelo de negocios y sus componentes se ha vinculado con el tema de estrategia y creación de valor, sin embargo, dicho concepto difiere del concepto de estrategia, como lo establece Magretta cuando afirma que *“un modelo de negocio no es lo mismo que una estrategia, a pesar que hoy día muchas personas utilizan los términos indistintamente”* (Magretta, 2002).

Gary Hamel (2000) en su obra *“Liderando la Revolución”*, propone la idea de la innovación en modelos de negocios nuevos, como consecuencia de los cambios imputados por la nueva era en la economía, caracterizada por la turbulencia y la fluctuación de los mercados. Esta innovación en modelo de negocios al final se convertirá en una ventaja competitiva radical para este nuevo milenio.

El autor define la innovación conceptual de modelo de negocio como *“la capacidad de idear conceptos de negocios radicalmente distintos o nuevas maneras de diferenciar los existentes”*, siendo así, la clave para la creación de nueva riqueza; y señala, que *“dentro de un amplio dominio (ya sea el de servicios financieros, comunicaciones, espectáculos, edición, educación, energía o cualquier otro campo) la competencia no es entre productos o compañías sino entre modelos del negocio”* (Hamel, 2000).

Por otra parte, de acuerdo a los planteamientos de Thompson y Strickland (2003), el concepto de modelo de negocios se refiere a *“el término que ahora se aplica ampliamente en el plan de la administración para obtener ganancias en un negocio particular – está estrechamente relacionado con el de estrategia”*.

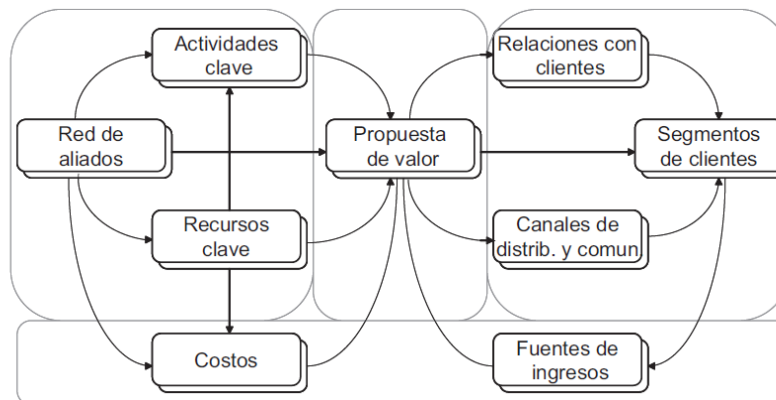
En este sentido, el tema fundamental sobre el que gira el modelo de negocio de una empresa, a partir de estos autores, es comprobar si determinada estrategia tiene sentido para una perspectiva de búsqueda de ganancias. En consecuencia, el modelo de negocio de una compañía tiene un enfoque

más estrecho que su estrategia de negocio (Brito, Del Castillo, & Gómez, 2013). La estrategia está vinculada con las iniciativas competitivas de la empresa y con los enfoques de negocios, en tanto que el término “modelo de negocio”, tiene que ver con la cuestión que los ingresos y costos que manan de la estrategia y que deben demostrar la viabilidad de los negocios.

Magretta (2002), señala que el concepto de modelo de negocios hace referencia a la forma cómo se hacen y funcionan las cosas dentro de la empresa, definiendo el modelo de negocio como el mecanismo a través del cual las empresas intentan explicar las preguntas ¿quién es el cliente?, ¿qué valora el cliente?, ¿cuál es el fundamento económico que explica el modo en que se proporciona valor agregado al cliente a un costo adecuado para la empresa?, ¿cómo se consiguen y se mantienen los clientes?, ¿cómo se enfrentan los requerimientos del mercado?, ¿cómo se definen las actividades y procesos que deben realizarse en la empresa para alcanzar los objetivos trazados?, ¿cómo se configuran los recursos? y ¿cómo se generarán los ingresos, costos, gastos y utilidades del negocio? (Brito, Del Castillo, & Gómez, 2013).

Slywotzky (2003), en su obra “El Arte de hacer Rentable una Empresa”, plantea una serie de modelos de rentabilidad que permiten comprender la forma cómo se producen las utilidades en las empresas y como se obtiene la rentabilidad según el modelo de rentabilidad seleccionado por esta empresa. A pesar de que este autor no define el concepto de modelo de negocios ni tampoco despliega directamente los elementos que lo componen; los modelos de rentabilidad propuestos en su obra reflejan estos componentes de manera intrínseca, de tal forma que es posible hallar elementos tales como: el mercado objetivo, la propuesta de valor, el modelo de ingresos, el modelo de egresos, los recursos y capacidades distintivas que requiere cada modelo específico de rentabilidad, la cultura organizacional, la estrategia competitiva y la ventaja competitiva alcanzada. Lo anterior, resulta importante en el tema de modelos de negocios ya que expone de manera gráfica y a través de ejemplos claves, los principales elementos de un modelo de negocio.

Ilustración 1 Diagrama de modelos de negocio propuesta por Osterwalder



Fuente: Osterwalder (2004)

Alexander Osterwalder (2004) plantea el concepto de modelo de negocios de la siguiente manera “Un modelo de negocio es una herramienta conceptual que, mediante un conjunto de elementos y sus relaciones, permite expresar la lógica mediante la cual una compañía intenta ganar dinero, generando y ofreciendo valor a uno o varios segmentos de clientes, la arquitectura de la firma, su red de aliados, para crear, mercadear y entregar este valor, y el capital relacional para generar fuentes de ingresos rentables y sostenibles”.

Este autor, propuso una ontología de nueve bloques y unas reglas de interrelaciones entre ellos (ver Ilustración 1), que constituye una herramienta que facilita y da claridad sobre las actividades de diseño, evaluación e innovación de modelos de negocio, tanto por su carácter holístico como por la sencillez de los conceptos. Esta herramienta, combinada con otras y con una metodología basada en la interacción de inteligencia colectiva (Osterwalder, 2004), da lugar a importantes posibilidades de innovación en los negocios (Márquez, 2010).

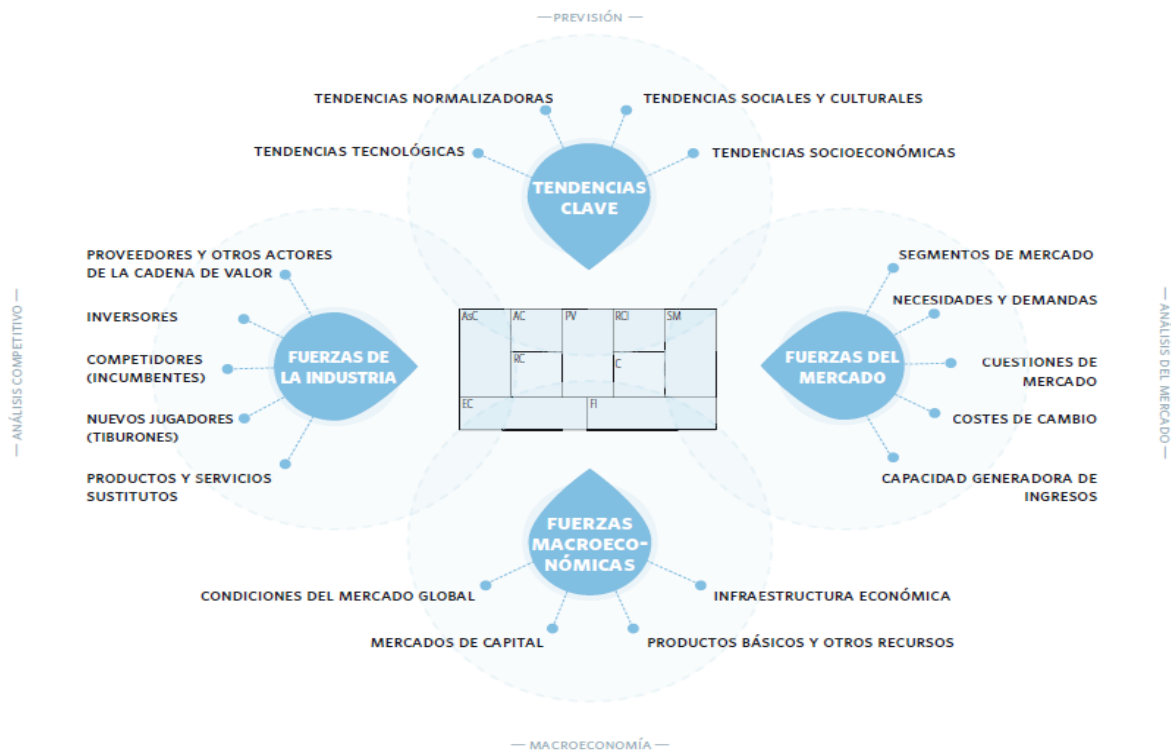
1.5.1.3 Herramientas para el diseño y visualización de propuestas de valor en el marco del modelo de negocio

Osterwalder parte del principio de que para poder diseñar modelos de negocio viables que permitan la captura de valor para las empresas, es preciso contar con un análisis del entorno que permita comprender el contexto donde se crea valor y una propuesta que ayude a crear valor para los clientes. El diseño del modelo de negocio y el de la propuesta de valor se integran a la perfección; sirviendo este último como *plug-in* del primero, permitiendo ampliar los detalles cómo las empresas crean valor para sus clientes (Osterwalder, Pigneur, Bernarda, & Smith, 2015). Propone para este fin tres herramientas: El mapa del entorno, el lienzo del modelo de negocio y el lienzo de la propuesta de valor.

- **El mapa del entorno**

Los modelos de negocio se diseñan y aplican en entornos específicos. Un conocimiento profundo del entorno de la empresa puede ayudar a concebir modelos de negocio más robustos y competitivos.

Ilustración 2 Mapa del entorno del modelo de negocio



Fuente: Osterwalder & Pigneur (2010)

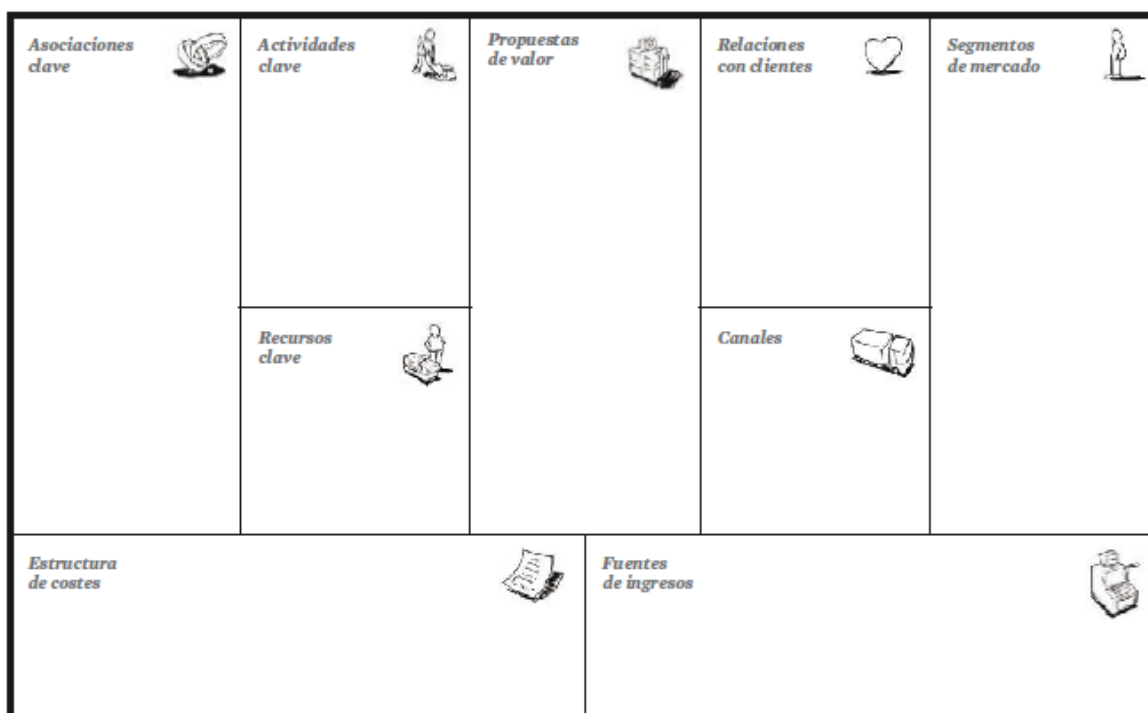
Dada la creciente complejidad del panorama económico, la mayor incertidumbre y las considerables disrupciones del mercado, el análisis constante del entorno ha cobrado relevancia. La comprensión de los cambios que se producen en el entorno permite adaptar el modelo a las fuerzas externas con mayor eficacia.

En la ilustración 2 se describen las fuerzas externas que más influyen en los modelos de negocio y se clasifican según las cuatro áreas: fuerzas del mercado, fuerzas de la industria, tendencias clave y fuerzas macroeconómicas.

- ***El lienzo del modelo de negocio***

Describir un modelo de negocio es dividirlo en nueve módulos básicos que reflejen la lógica que sigue una empresa para conseguir ingresos (Ver ilustración 3). Estos nueve módulos cubren las cuatro áreas principales de un negocio: clientes, oferta, infraestructura y viabilidad económica (Osterwalder & Pigneur, Business Model Generation, 2010) . El modelo de negocio es una especie de anteproyecto de una estrategia que se aplicará en las estructuras, procesos y sistemas de una empresa.

Ilustración 3 Plantilla para el lienzo del modelo de negocio



Fuente: Osterwalder & Pigneur (2010)

Segmentos de Mercado: ¿Para quién creamos valor? ¿Cuáles son nuestros clientes más importantes? En este módulo se definen los diferentes grupos de personas o entidades a los que se dirige una empresa. Los clientes son el centro de cualquier modelo de negocio, ya que ninguna empresa puede sobrevivir durante mucho tiempo si no tiene clientes (rentables), y es posible

aumentar la satisfacción de los mismos agrupándolos en varios segmentos con necesidades, comportamientos y atributos comunes.

Un modelo de negocio puede definir uno o varios segmentos de mercado, ya sean grandes o pequeños. Las empresas deben seleccionar, con una decisión fundamentada, los segmentos a los que se van a dirigir y, al mismo tiempo, los que no tendrán en cuenta. Una vez que se ha tomado esta decisión, ya se puede diseñar un modelo de negocio basado en un conocimiento exhaustivo de las necesidades específicas del cliente objetivo.

Los grupos de clientes pertenecen a segmentos diferentes si: sus necesidades requieren y justifican una oferta diferente; son necesarios diferentes canales de distribución para llegar a ellos; requieren un tipo de relación diferente; su índice de rentabilidad es muy diferente; están dispuestos a pagar por diferentes aspectos de la oferta.

Propuesta de Valor: ¿Qué valor proporcionamos a nuestros clientes? ¿Qué problema de nuestros clientes ayudamos a solucionar? ¿Qué necesidades de los clientes satisfacemos? ¿Qué paquetes de productos o servicios ofrecemos a cada segmento de mercado? En este módulo se describe el conjunto de productos y servicios que crean valor para un segmento de mercado específico. La propuesta de valor es el factor que hace que un cliente se decante por una u otra empresa; su finalidad es solucionar un problema o satisfacer una necesidad del cliente. Las propuestas de valor son un conjunto de productos o servicios que satisfacen los requisitos de un segmento de mercado determinado. En este sentido, la propuesta de valor constituye una serie de ventajas que una empresa ofrece a los clientes.

Algunas propuestas de valor pueden ser innovadoras y presentar una oferta nueva o rompedora, mientras que otras pueden ser parecidas a ofertas ya existentes e incluir alguna característica o atributo adicional.

Canales: ¿Qué canales prefieren nuestros segmentos de mercado? ¿Cómo establecemos actualmente el contacto con los clientes? ¿Cómo se conjugan nuestros canales? ¿Cuáles tienen mejores resultados? ¿Cuáles son más rentables? ¿Cómo se integran en las actividades diarias de los clientes? Este módulo explica el modo en que una empresa se comunica con los diferentes segmentos de mercado para llegar a ellos y proporcionarles una propuesta de valor. Los canales de comunicación, distribución y venta establecen el contacto entre la empresa y los clientes. Son puntos de contacto con el cliente que desempeñan un papel primordial en su experiencia.

Los canales tienen, entre otras, las funciones siguientes:

- Dar a conocer a los clientes los productos y servicios de una empresa;
- Ayudar a los clientes a evaluar la propuesta de valor de una empresa;
- Permitir que los clientes comprendan productos y servicios específicos;
- Proporcionar a los clientes una propuesta de valor;
- Ofrecer a los clientes un servicio de atención posventa.

Relaciones con Clientes: ¿Qué tipo de relación esperan los diferentes segmentos de mercado? ¿Qué tipo de relaciones hemos establecido? ¿Cuál es su coste? ¿Cómo se integran en nuestro modelo de negocio? En este módulo se describen los diferentes tipos de relaciones que establece una empresa con determinados segmentos de mercado. Las empresas deben definir el tipo de relación que desean establecer con cada segmento de mercado. La relación puede ser personal o automatizada. Las relaciones con los clientes pueden estar basadas en los fundamentos siguientes:

- Captación de clientes.
- Fidelización de clientes.
- Estimulación de las ventas (venta sugestiva)

El tipo de relación que exige el modelo de negocio de una empresa repercute en gran medida en la experiencia global del cliente.

Fuentes de Ingresos: *¿Por qué valor están dispuestos a pagar nuestros clientes? ¿Por qué pagan actualmente? ¿Cómo pagan actualmente? ¿Cómo les gustaría pagar? ¿Cuánto reportan las diferentes fuentes de ingresos al total de ingresos?* El presente módulo se refiere al flujo de caja que genera una empresa en los diferentes segmentos de mercado (para calcular los beneficios, es necesario restar los gastos a los ingresos).

Si los clientes constituyen el centro de un modelo de negocio, las fuentes de ingresos son sus arterias. Las empresas deben preguntarse lo siguiente: ¿por qué valor está dispuesto a pagar cada segmento de mercado? Si responde correctamente a esta pregunta, la empresa podrá crear una o varias fuentes de ingresos en cada segmento de mercado. Cada fuente de ingresos puede tener un mecanismo de fijación de precios diferente: lista de precios fijos, negociaciones, subastas, según mercado, según volumen o gestión de la rentabilidad.

Un modelo de negocio puede implicar dos tipos diferentes de fuentes de ingresos:

1. Ingresos por transacciones derivados de pagos puntuales de clientes.
2. Ingresos recurrentes derivados de pagos periódicos realizados a cambio del suministro de una propuesta de valor o del servicio posventa de atención al cliente.

Recursos Clave: *¿Qué recursos clave requieren nuestras propuestas de valor, canales de distribución, relaciones con clientes y fuentes de ingresos?* En este módulo se describen los activos más importantes para que un modelo de negocio funcione. Todos los modelos de negocio requieren recursos clave que permiten a las empresas crear y ofrecer una propuesta de valor, llegar a los mercados, establecer relaciones con segmentos de mercado y percibir ingresos.

Cada modelo de negocio requiere recursos clave diferentes. Los recursos clave pueden ser físicos, económicos, intelectuales o humanos. Además, la empresa puede tenerlos en propiedad, alquilarlos u obtenerlos de sus socios clave.

Actividades Clave: *¿Qué actividades clave requieren nuestras propuestas de valor, canales de distribución, relaciones con clientes y fuentes de ingresos?* En el presente módulo se describen las acciones más importantes que debe emprender una empresa para que su modelo de negocio funcione. Todos los modelos de negocio requieren una serie de actividades clave. Estas actividades son las acciones más importantes que debe emprender una empresa para tener éxito, y al igual que los recursos clave, son necesarias para crear y ofrecer una propuesta de valor, llegar a los mercados, establecer relaciones con clientes y percibir ingresos. Además, las actividades también varían en función del modelo de negocio.

Asociaciones Clave: *¿Quiénes son nuestros socios clave? ¿Quiénes son nuestros proveedores clave? ¿Qué recursos clave adquirimos a nuestros socios? ¿Qué actividades clave realizan los socios?* En este módulo se describe la red de proveedores y socios que contribuyen al funcionamiento de un modelo de negocio. Las empresas se asocian por múltiples motivos y estas asociaciones son cada vez más importantes para muchos modelos de negocio. Las empresas crean alianzas para optimizar sus modelos de negocio, reducir riesgos o adquirir recursos.

Se identifican de cuatro tipos de asociaciones básicas:

1. Alianzas estratégicas entre empresas no competidoras.
2. Coopetición: asociaciones estratégicas entre empresas competidoras.
3. Joint ventures: (empresas conjuntas) para crear nuevos negocios
4. Relaciones cliente-proveedor para garantizar la fiabilidad de los suministros.

Estructura de Costes: ¿Cuáles son los costes más importantes inherentes a nuestro modelo de negocio? ¿Cuáles son los recursos clave más caros? ¿Cuáles son las actividades clave más caras?

En este último módulo se describen todos los costes que implica la puesta en marcha de un modelo de negocio. Los principales costes en los que se incurre al trabajar con un modelo de negocio determinado. Tanto la creación y la entrega de valor como el mantenimiento de las relaciones con los clientes o la generación de ingresos tienen un coste. Estos costes son relativamente fáciles de calcular una vez que se han definido los recursos clave, las actividades clave y las asociaciones clave. No obstante, algunos modelos de negocio implican más costes que otros.

- ***El lienzo de la propuesta de valor***

El lienzo de la propuesta de valor es un método de representación visual que se compone de tres partes: el perfil del cliente, donde se describen las características de un determinado grupo de personas, y el mapa de valor, donde se especifica cómo se pretende crear valor para ese determinado segmento de clientes. Se consigue el encaje, el tercer elemento del modelo, cuando ambas partes coinciden.

El perfil del cliente agrupa de la manera más estructurada y detallada posible las tareas, frustraciones y alegrías de un segmento de clientes:

1. **Tareas:** aquello que los clientes intentan resolver en su vida personal o laboral.
2. **Frustraciones:** son los riesgos u obstáculos a los que se enfrentan los clientes cuando realizan esas tareas.
3. **Alegrías:** son los resultados que quieren conseguir los clientes o los beneficios concretos que buscan.

Por su parte, el mapa de valor describe las características de una propuesta de valor específica de un modelo de negocio. Está compuesto por productos y servicios, aliviadores de frustraciones y creadores de alegrías:

1. **Productos y servicios:** es una lista alrededor de la cual se construye una propuesta de valor.
2. **Aliviadores de frustraciones:** describen cómo los productos y servicios aplacan las frustraciones del cliente.
3. **Creadores de alegrías:** es una descripción de cómo los productos y servicios crean alegrías al cliente.

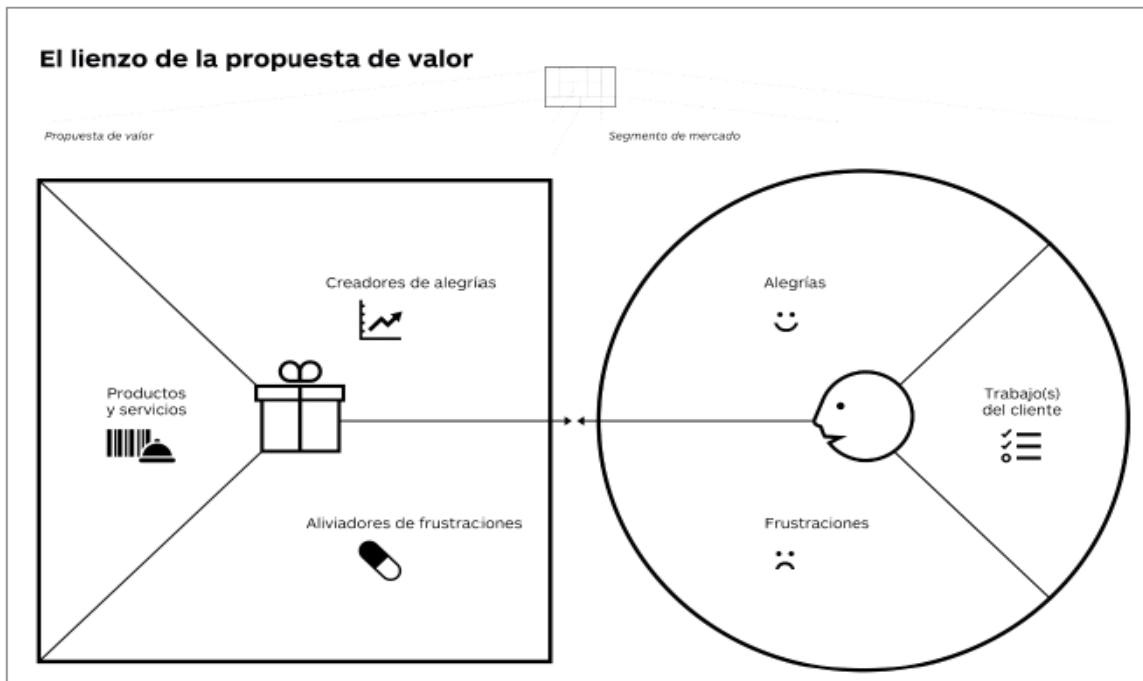
El encaje del modelo se consigue cuando el mapa de valor coincide con el perfil del cliente, cuando los productos y servicios generan aliviadores de frustraciones y creadores de alegrías que coinciden con alguna de las tareas, frustraciones y alegrías importantes para el cliente.

Las propuestas de valor pueden involucrar a varias personas en la búsqueda, evaluación, compra y uso del producto o servicio. Por ejemplo, piensa en una familia que tiene intención de comprar una

consola de juegos. En esa situación existen diferencias entre el comprador, la persona influyente, el que toma la decisión, los usuarios finales y los sabotadores. Por lo tanto, tiene sentido esbozar un lienzo de propuesta de valor para cada parte interesada.

Analiza también cómo se vende un producto o servicio. Si se hace a través de un intermediario se necesita, en realidad, complacer a dos clientes: al final y al propio intermediario. Sin una clara propuesta de valor al intermediario, puede que la oferta no llegue al cliente final o, al menos, no con el mismo impacto.

Ilustración 4 lienzo de la propuesta de valor para el cliente



Fuente: Osterwalder & Pigneur (2015)

A continuación, se describen con mayor detalle en cada uno de los componentes del lienzo de la propuesta de valor:

Perfil del Cliente: Para definir el perfil del cliente se debe partir de las preguntas centrales para el análisis del segmento de mercado descrito en el lienzo del modelo de negocio *¿Para quién creamos valor? ¿Cuáles son nuestros clientes más importantes?* Una vez definido el cliente se debe profundizar en la identificación de los problemas, necesidades y expectativas que estos tienen y para los cuales se va a diseñar una solución. En este sentido, se debe indagar, dentro de sus diferentes roles y rutinas, cuáles son sus principales tareas, frustraciones y alegrías.

- **Tareas del cliente.** Las tareas describen aquellas actividades que tus clientes intentan resolver en su vida laboral o personal. Podrían ser los trabajos que quieren terminar, los problemas que quieren solucionar o las necesidades que intentan satisfacer. Asegúrate de adoptar la perspectiva del cliente cuando investigues las tareas porque lo que desde tu punto de vista consideres importante puede que no sea lo que el cliente realmente intenta resolver.

No todas las tareas implican lo mismo. Distinguir entre los tres tipos siguientes permitirá hacer un mejor perfil de los clientes:

- *Tareas funcionales:* tareas en las que tus clientes intentan realizar algo específico o, dicho de forma más general, solucionar un problema. Por ejemplo, en el ámbito doméstico, tus clientes quizá quieran cortar el césped del jardín, intentar comer sano o, en el ámbito profesional, redactar un informe financiero o ayudar a sus propios clientes a conseguir determinados objetivos.
- Tareas sociales: son aquellas en las que tus clientes quieren quedar bien, ganar poder o estatus. Son tareas relacionadas con cómo quieren que los perciban los demás. Por ejemplo, como consumidores, tus clientes pueden interesarse mucho por su aspecto físico y quizá quieran ir a la moda, o deseen ser considerados competentes en su entorno profesional.
- Tareas personales o emocionales: son las tareas en las que tus clientes buscan alcanzar un estado emocional específico, como mejorar su calidad de vida, estar tranquilos con las inversiones que realizan o tener la sensación de seguridad en su puesto de trabajo.
- ***Frustraciones del cliente.*** Las frustraciones describen todo aquello que molesta a tus clientes antes, durante y después de intentar resolver una tarea o, simplemente, lo que les impide resolverla. También están relacionadas con los riesgos, es decir, los potenciales resultados negativos que podrían presentarse si se resuelve mal una tarea o directamente no se resuelve.

Hay que tratar de identificar tres tipos de frustraciones de clientes y lo severas que pueden ser:

- Características, problemas y resultados no deseados. Las frustraciones son funcionales (puede ocurrir que un producto o servicio no funcione, lo haga mal o tenga efectos secundarios negativos), sociales (“Quedo mal si hago esto”) o secundarias (“Es un fastidio tener que ir a la tienda a comprar esto”). También pueden conllevar sensaciones no deseadas (“Es aburrido correr en el gimnasio” o “Este diseño es feo”).
- Obstáculos. Los elementos que impiden que los clientes empiecen una tarea o que los hacen ir más lentos (“Me falta tiempo para hacer esto como es debido” o “No me puedo permitir ninguna de las soluciones existentes”).
- Riesgos (resultados potenciales no deseados). Lo que podría salir mal y tener importantes consecuencias negativas (“Puede que pierda credibilidad cuando utilice este tipo de solución” o “Un agujero de seguridad sería desastroso para nosotros”).
- ***Alegrías del cliente.*** Las alegrías describen los resultados y beneficios que quieren tus clientes. Algunas son necesarias, esperadas, deseadas, y otras serían para ellos una sorpresa:
 - Alegrías necesarias. Se trata de alegrías sin las cuales un producto o servicio no funcionaría.
 - Alegrías esperadas. Son alegrías relativamente básicas que esperamos de una solución, incluso cuando podría funcionar sin ellas.
 - Alegrías deseadas. Son las que van más allá de lo se espera de una solución, pero que al cliente le encantaría tener si pudiera. Suelen ser alegrías que los clientes mencionarían si se le pregunta.
 - Alegrías inesperadas. Aquellas que van más allá de las expectativas y deseos de los clientes. Lo más probable es que ni siquiera las mencionaran si se les pregunta.

Mapa de valor: Para dar respuesta a los interrogantes planteados en el módulo de Propuesta de Valor, ¿Qué valor proporcionamos a nuestros clientes? ¿Qué problema de nuestros clientes ayudamos a solucionar? ¿Qué necesidades de los clientes satisfacemos? ¿Qué paquetes de productos o servicios ofrecemos a cada segmento de mercado? Hay que empezar por definir los productos y servicios, precisando de manera específica las características necesarias para entregar valor a los clientes.

- **Productos y servicios.** Se trata de una lista de lo que se va a ofrecer. Esta enumeración de todos los productos sobre los que se construye una propuesta de valor ayuda a los clientes a realizar tareas funcionales, sociales o emocionales, o a satisfacer sus necesidades básicas. Es fundamental que se tenga en cuenta que los productos y servicios no crean valor por sí mismos, sino en relación con un segmento de clientes específico y sus tareas, frustraciones y alegrías.

La lista de productos y servicios también puede incluir aquellos que ayudan a los clientes a desempeñar los papeles de comprador (comparar ofertas, decidir y comprar), cocreador (codiseñar propuestas de valor) y transferidor (deshacerse de un producto).

Las propuestas de valor se componen de varios tipos de productos y servicios:

- Físicos y tangibles. Los bienes, como los productos manufacturados.
- Intangibles. Productos como los derechos de autor o servicios como el de posventa.
- Digitales. Productos como las descargas musicales o servicios como las recomendaciones online.
- Financieros. Productos como fondos de inversión, o seguros o servicios como la financiación de una compra.

Es importante tener en cuenta que para tus clientes no todos los productos y servicios tienen la misma relevancia. Algunos son esenciales para tu propuesta de valor, otros son simplemente agradables.

- **Aliviadores de frustraciones.** Los aliviadores de frustraciones describen cómo los productos y servicios alivian las frustraciones específicas de los clientes. Es importante tener en cuenta cómo se pretende eliminar o reducir algunas de las cosas que les molestan antes, durante o después de resolver una tarea, o las que les impiden resolverla.

La siguiente lista de preguntas desencadenantes te puede ayudar a reflexionar sobre cómo los productos y servicios pueden aliviar las frustraciones de los clientes: Podrían los productos y servicios...?

- ¿Generar ahorros en tiempo, dinero o esfuerzo?
- ¿Hacer que los clientes se sientan mejor, eliminando frustraciones, molestias u otros elementos que les provocan dolores de cabeza y preocupaciones?
- ¿Arreglar productos o servicios considerados como de bajo rendimiento, introduciendo novedades, mejor rendimiento y calidad, o eliminando obstáculos?
- ¿Borrar consecuencias sociales negativas a las que se enfrentan o temen, como pérdida de prestigio, poder, confianza o estatus?
- ¿Eliminar riesgos que les asustan, de tipo financiero, social o técnico?
- ¿Limitar o erradicar los errores habituales que cometen, ayudándolos a usar una solución de manera adecuada?

- ¿Eliminar barreras que hacen que los clientes no adopten propuestas de valor, por ejemplo, introduciendo costes de inversión iniciales más bajos o eliminándolos, con una curva de aprendizaje más plana, o suprimiendo otros obstáculos que impidan la adopción de tu propuesta de valor?
- **Creadores de alegrías.** Los creadores de alegrías describen cómo los productos y servicios crean alegrías para el cliente. Resumen de manera explícita cómo se pretende producir resultados y beneficios que los clientes esperan, desea o con los que se sorprendería, entre los que se incluyen la utilidad funcional, las alegrías sociales, las emociones positivas y el ahorro de costes.

La siguiente lista de preguntas desencadenantes puede ayudar a pensar en cómo los productos y servicios pueden hacer a tus clientes conseguir resultados y beneficios necesarios, deseados, esperados o inesperados. Podrían nuestros productos y servicios...

- ¿Producir los resultados que esperan o que exceden sus expectativas, ofreciendo niveles de calidad o variando la cantidad de algún elemento?
- ¿Ofrecer un mejor rendimiento que las actuales propuestas de valor y dejar encantados a tus clientes?
- ¿Hacerles la vida o el trabajo más fáciles a través de una mejor usabilidad, accesibilidad, más servicios o un coste de propiedad más bajo?
- ¿Crear consecuencias sociales positivas haciéndoles quedar bien o ayudándolos a obtener un aumento de poder o estatus?
- ¿Hacer algo específico que los clientes buscan desde el punto de vista del buen diseño, las garantías o tener más características o más específicas?
- ¿Cumplir un deseo con el que sueñan?
- ¿Producir resultados positivos que se correspondan con los criterios de éxito y de fracaso que tienen tus clientes?
- ¿Ayudar a que la adopción de tu producto o servicio sea más fácil mediante un coste más bajo, menos inversiones, menor riesgo, o mejor calidad, rendimiento o diseño?

El Encaje: Al encaje se llega cuando los clientes se ilusionan con una propuesta de valor, algo que ocurre cuando se aborda tareas importantes, se alivian frustraciones extremas y se crean alegrías esenciales para ellos. Es difícil llegar a conseguirlo y también mantenerlo. Alcanzar este objetivo es la esencia del diseño de la propuesta de valor.

Los clientes esperan y desean muchas cosas de los productos y servicios, aunque también saben que no pueden tenerlo todo. Centrarse en las alegrías que les importan más permite marcar la diferencia. Asimismo, los clientes tienen un montón de frustraciones y ninguna empresa puede encargarse de todas ellas de manera razonable. Enfocarse en las frustraciones que sean más importantes y que la competencia no ha abordado lo suficiente.

En las propuestas de valor los clientes representan al juez, jurado y verdugo. Si no se consigue el encaje, serán despiadados.

Para verificar el encaje, hay que buscar el mapa de la propuesta de valor y el perfil del segmento de clientes completo. Revisar uno por uno los aliviadores de frustraciones y los creadores de alegrías y comprobar si encajan con alguna tarea, frustración o alegría del cliente. Si un aliviador de frustraciones o un creador de alegrías no encaja con nada, puede que no esté creando valor para el cliente. Es necesario preguntarse cómo encaja realmente la propuesta de valor con el cliente.

El encaje tiene lugar en tres etapas. La primera se da cuando se identifican tareas, frustraciones y alegrías relevantes del cliente que se pueden abordar con una propuesta de valor (**encaje problema-solución**). La segunda ocurre cuando los clientes reaccionan de manera positiva a la propuesta de valor y esta encuentra tracción en el mercado (**encaje producto-mercado**). La tercera sucede cuando se encuentra un modelo de negocio escalable y rentable.

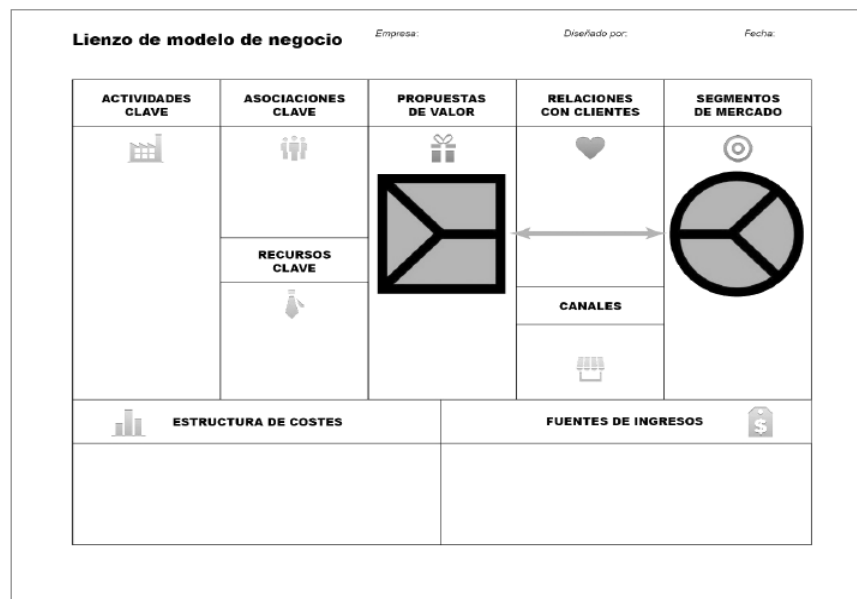
En la fase de encaje problema-solución, aún no se tiene pruebas de que realmente a los clientes les importe una propuesta de valor. Este es el momento en el que se debe identificar las tareas, frustraciones y alegrías más relevantes para los clientes, y diseñar propuestas de valor de acuerdo con ellas. Realizar prototipos de múltiples propuestas de valor alternativas para elegir las que produzcan el mejor encaje. El encaje que se consigue en esta etapa aún no está demostrado y principalmente existe sobre el papel. Los siguientes pasos que se deben seguir son aportar pruebas de que a los clientes les interesa la propuesta de valor o empezar a diseñar una nueva de cero.

En la fase de encaje producto-mercado se tienen pruebas de que los productos y servicios, los aliviadores de frustraciones y los creadores de alegrías realmente crean valor para el cliente y encuentran tracción en el mercado. Durante esta segunda fase, se debe validar o invalidar las suposiciones relativas a la propuesta de valor.

Por último, el encaje de modelo de negocio tiene lugar cuando se tiene pruebas de que la propuesta de valor puede comercializarse con un modelo de negocio rentable y escalable. Una gran propuesta de valor sin un gran modelo de negocio puede suponer un éxito financiero por debajo de lo esperado o incluso conducir al fracaso. Ninguna propuesta de valor, por buena que sea, puede sobrevivir sin un modelo de negocio seguro.

El lienzo de la propuesta de valor es un complemento del lienzo de modelo. El lienzo de modelo de negocio es una herramienta que sirve para descubrir cómo crea, ofrece y captura valor una empresa. El lienzo de la propuesta de valor es un subsistema del anterior y permite ampliar los detalles de cómo se crea valor para los clientes (Osterwalder, Pigneur, Bernarda, & Smith, 2015). En la ilustración 5 se muestra como sería su representación gráfica:

Ilustración 5 Representación gráfica de la propuesta de valor dentro del lienzo del modelo de negocio



Fuente: Osterwalder & Pigneur (2015)

1.5.2 Trastornos Depresivos

1.5.2.1 Características generales de la depresión

La depresión es una de las causas más frecuentes de discapacidad en el mundo. En el año 2004 ocupó el tercer lugar entre las causas más comunes de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) en el mundo y el primer lugar en los países de ingresos medios y altos. Se calcula que en el año 2020 ocupará el segundo lugar de AVAD en el mundo, y el primero en el 2030 (Calvo-Gómez & Jaramillo, 2015).

La depresión afecta tanto el funcionamiento ocupacional y social como la salud física de las personas que la padecen. Suele exacerbar el dolor, el malestar y la discapacidad asociada a otras condiciones médicas, disminuir la adherencia a los tratamientos y aumentar la mortalidad por esas condiciones. Uno de las consecuencias más peligrosas de los trastornos depresivos es el suicidio. Los pacientes que sufren depresión tienen cuatro veces más riesgo de suicidio que la población general; riesgo que se incrementa hasta 20 veces en los pacientes con las formas más severas de la enfermedad (Ramchandani, 2003).

Clavo-Gómez, señala que la depresión incluye un grupo de trastornos emocionales caracterizados por la presencia de un estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las situaciones y experiencias cotidianas, asociado a una variedad de manifestaciones neurovegetativas, comportamentales, cognitivas, físicas y emocionales, acompañado de deterioro funcional y social (Calvo-Gómez & Jaramillo, 2015).

El término depresión, señalan Vázquez & Sanz, tiene al menos tres niveles de significación: síntoma, síndrome y categoría diagnóstica (Vázquez & Sanz, 1991). En primer lugar, la depresión puede considerarse como un *síntoma*, un estado de ánimo decaído. En este sentido, la depresión es una circunstancia anímica presente no sólo en la mayor parte de los cuadros clínicos sino también en la vida cotidiana de la mayoría de las personas “normales”. Se estima que en el 80% de los casos de trastornos de ansiedad generalizada existe un síntoma de estado anímico deprimido (Pauls & DiBenedetto, 1987).

En un segundo nivel, el término depresión hace referencia a un *síndrome*, es decir a un patrón de síntomas clínicos simultáneos (tristeza, apatía, inhibición, entre otros) que también pueden estar secundariamente presente en muchas condiciones clínicas. Existe un síndrome depresivo diagnosticable entre el 33% y el 65% de los pacientes cuyo diagnóstico principal es el de trastornos de ansiedad (Dubovsky, 1990).

Por último, en su acepción más restrictiva, la depresión hace referencia a un cuadro clínico unitario para cuyo diagnóstico se requiere el cumplimiento de un conjunto más o menos complejo de síntomas y criterios de inclusión y exclusión. Así pues, en su primera acepción, más general, “*estar deprimido*” hace referencia a un estado anímico bajo, abatido, o triste. Aun siendo de enorme importancia este síntoma, no debe confundirse con el cuadro clínico que se denomina “**Trastorno Depresivo**”, para cuyo diagnóstico hacen falta más síntomas que el propiamente anímico (Vázquez & Sanz, 1991).

1.5.2.2 Sintomatología del síndrome depresivo

El conjunto de síntomas que componen el síndrome depresivo se puede reducir a cinco grandes núcleos (Vázquez, 1990):

- **Síntomas anímicos:** La *disforia*¹ es el síntoma anímico por excelencia de la depresión. Además de estar presente en prácticamente casi todos los deprimidos, es la queja principal en aproximadamente la mitad de tales pacientes (Klerman, 1987). Este trastorno se manifiesta por sentimientos de abatimiento, pesadumbre, infelicidad e incluso irritabilidad. Sin embargo, en algunos casos de depresiones graves el paciente puede llegar a negar sentimientos de tristeza, alegando con aparente inmutabilidad que ahora es “*incapaz de tener ningún sentimiento*”, es estos casos graves es frecuente que conductas como llorar estén casi completamente inhibidas (Whybrow et al., 1984).
- **Síntomas motivacionales:** Uno de los aspectos subjetivos más frustrantes para las personas deprimidas es el estado general de inhibición en que se hallan. En efecto, la apatía, la indiferencia, y en definitiva, la *anhedonia* o la disminución en la capacidad de disfrute, es junto con el estado de ánimo deprimido, el síntoma principal de un estado depresivo. Levantarse de la cama por las mañanas o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles y, en muchos casos, se abandonan los estudios, el trabajo, etc. Asimismo, tomar decisiones cotidianas pueden convertirse en una tarea casi insalvable (Vázquez & Sanz, 1991).

En su forma extrema este tipo de síntomas puede constituir en lo que se denomina “*retardo psicomotor*”, un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto, y una inhibición motivacional absoluta. Este retardo a veces puede ser tan extremo que llega a denominarse “*estupor depresivo*”, un estado caracterizado por un mutismo e inactividad casi totales, y muy similar al estupor catatónico (Klerman, 1987).

- **Síntomas cognitivos:** La valoración que hace una persona de sí mismo, de su entorno, y de su futuro suele ser negativa. La auto depreciación, la auto culpación, y la pérdida de autoestima suelen ser, por lo tanto, características cognitivas claves de estas personas.
- **Síntomas físicos:** La aparición de cambios físicos es habitual y suele ser uno de los motivos principales por los que se solicita la ayuda profesional. La pérdida de sueño (normalmente insomnio postdormicial), afecta a un 70% - 80% de los pacientes depresivos. Otros síntomas típicos son también la fatiga, la pérdida de apetito, y una disminución de la actividad y el deseo sexuales (en los hombres puede incluso acompañarse con dificultades en la erección).

Asimismo, los deprimidos se quejan con frecuencia de molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc.). De hecho, es el médico internista o de medicina general, y no el profesional de la salud mental, el que recibe en primera instancia a estos pacientes en la mayoría de los casos.

¹ La disforia se caracteriza generalmente como una emoción desagradable o molesta, como la tristeza (estado de ánimo depresivo), ansiedad, irritabilidad o inquietud. Es el opuesto etimológico de la euforia. Se refiere sólo a un desarreglo de las emociones y se puede experimentar en respuesta a acontecimientos vitales ordinarios, como la enfermedad o el duelo. Además, es un rasgo de muchos trastornos psiquiátricos como los trastornos por ansiedad y los trastornos del estado de ánimo. La disforia se experimenta normalmente durante episodios depresivos, pero las personas con trastorno bipolar pueden también experimentarlo durante los episodios maníacos o hipomaníacos. La disforia, en el contexto de un trastorno de las emociones es un indicador de riesgo elevado de suicidio.

Aunque un 25% de la población sufre al menos un episodio de depresión grave durante su vida, relativamente pocas personas (aproximadamente sólo una de cada cinco) busca ayuda para solucionarlo. Una de las razones que se ha esgrimido para explicar esta diferencia es que el patrón de síntomas de la gente que acude a un profesional es algo diferente al que los que deciden no hacerlo, aunque se gravedad no sea diferente. Mientras que el estado de ánimo en ambos grupos es semejante, los primeros presentan una sintomatología vegetativa y somática (pérdida de sueño, apetito, cansancio, etc.) mayor que los segundos. Así pues, los síntomas físicos a veces se consideran como la línea divisoria entre la depresión normal y la depresión clínica o, si se desea precisar más, entre la búsqueda de ayuda o no.

- ***Síntomas interpersonales:*** Una de las principales características de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. De hecho, un 70% dice haber disminuido su interés por la gente (Beck, 1976). Estos pacientes normalmente sufren el rechazo de las personas que les rodean, lo que a su vez reobra sobre ellos aislándoles aún más (Klerman & Weissman, 1986)

Por otra parte, varias investigaciones indican que existen diferencias de género y de grupos etarios en el padecimiento de síndromes depresivos (Instituto Nacional de la Salud Mental - NIMH, 2009). El NIMH agrupa los padecimientos de la depresión en cuatro grupos: mujeres, hombres, adultos mayores, y los niños y adolescentes.

¿Cómo experimentan las mujeres la depresión?

La depresión es más común en mujeres que en hombres. Hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales, y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden ser relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres. Investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Por ejemplo, las mujeres son particularmente vulnerables a la depresión luego de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos junto con la nueva responsabilidad por el recién nacido, pueden resultar muy pesados. Muchas mujeres que acaban de dar a luz padecen un episodio breve de tristeza transitoria, pero algunas sufren de depresión posparto, una enfermedad mucho más grave que requiere un tratamiento activo y apoyo emocional para la nueva madre. Algunos estudios sugieren que las mujeres que padecen depresión posparto, a menudo han padecido previos episodios de depresión.

Algunas mujeres también pueden ser susceptibles a sufrir una forma grave del síndrome premenstrual, a veces llamado trastorno disfórico premenstrual. Esta es una enfermedad producida por cambios hormonales que ocurren cerca del periodo de la ovulación y antes de que comience la menstruación. Durante la transición a la menopausia, algunas mujeres experimentan un mayor riesgo de sufrir depresión. Científicos están explorando la forma en la que la elevación y la disminución cíclicas del estrógeno y de otras hormonas pueden afectar la química del cerebro que está relacionada con la enfermedad depresiva.

Finalmente, muchas mujeres enfrentan el estrés adicional del trabajo y de las responsabilidades del hogar, cuidado de los hijos y padres ancianos, maltrato, pobreza, y tensiones de las relaciones. Aún no está claro por qué algunas mujeres que enfrentan desafíos inmensos padecen de depresión, mientras que otras con desafíos similares no la padecen.

¿Cómo experimentan los hombres la depresión?

Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos. Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras, y que tienen el sueño alterado, mientras que las mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad, o culpa excesiva.

Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de acudir al alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, frustrados, desalentados, irritados, enojados, o a veces abusivos. Algunos hombres se envían al trabajo para evitar hablar acerca de su depresión con la familia o amigos o comienzan a mostrar un comportamiento imprudente o riesgoso. Y aunque en los Estados Unidos, son más las mujeres que intentan suicidarse, son más los hombres que mueren por suicidio.

¿Cómo experimentan los ancianos la depresión?

La depresión no es algo normal del envejecimiento y existen estudios que muestran que la mayoría de los ancianos se sienten satisfechos con sus vidas a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en ancianos, puede ser pasada por alto porque ellos pueden mostrar síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer sentimientos de tristeza o pena.

Además, los ancianos pueden tener más condiciones médicas tales como enfermedad cardíaca, derrame cerebral, o cáncer, las cuales pueden provocar síntomas de depresión, o pueden estar tomando medicamentos cuyos efectos secundarios contribuyen a la depresión.

Algunos adultos mayores pueden padecer lo que algunos médicos llaman depresión vascular, también llamada depresión arterioesclerótica o depresión isquémica subcortical. La depresión vascular puede suceder cuando los vasos sanguíneos pierden flexibilidad y se endurecen con el tiempo y se contraen. Este endurecimiento de los vasos evita que el flujo normal sanguíneo llegue a los órganos del cuerpo, incluyendo el cerebro. Las personas con depresión vascular pueden tener o estar en riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular o derrame cerebral coexistente.

Aunque muchas personas suponen que las tasas más altas de suicidio se dan entre los jóvenes, en realidad se dan entre los hombres blancos mayores de 85 años. Muchos sufren una enfermedad depresiva que los médicos no pueden detectar, a pesar del hecho de que estas víctimas de suicidio a menudo visitan a su médico dentro del mes anterior a su muerte.

La mayoría de los ancianos con depresión mejoran cuando reciben tratamiento con antidepresivos, psicoterapia, o una combinación de ambos. Investigaciones han demostrado que tanto la medicación sola como los tratamientos combinados son eficaces para reducir la tasa de reaparición de la depresión en adultos. La psicoterapia sola también puede prolongar los períodos sin depresión, especialmente en ancianos con depresión leve y es particularmente útil para aquellos que no pueden o no desean tomar antidepresivos.

¿Cómo experimentan los niños y los adolescentes la depresión?

Científicos y médicos han comenzado a considerar seriamente el riesgo de la depresión en niños. Investigaciones han mostrado que la depresión en la niñez a menudo persiste, recurre, y se prolonga en la adultez especialmente si no se recibe tratamiento. La presencia de la depresión en la niñez también tiende a predecir enfermedades más graves en la edad adulta.

Un niño con depresión puede fingir estar enfermo, negarse a ir a la escuela, aferrarse a un padre, o preocuparse de que uno de sus padres pueda morir. Los niños mayores pueden estar de mal humor, meterse en problemas en la escuela, ser negativos e irritables, y sentirse incomprendidos. Como estas señales pueden percibirse como cambios de ánimo normales típicos de los niños mientras avanzan por las etapas del desarrollo, puede ser difícil diagnosticar con exactitud que una persona joven padece depresión.

Antes de la pubertad, los niños y las niñas tienen las mismas probabilidades de sufrir trastornos de depresión. Sin embargo, a los 15 años, las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de haber padecido un episodio de depresión grave.

La depresión en los adolescentes se presenta en un momento de grandes cambios personales, cuando hombres y mujeres están definiendo una identidad distinta a la de sus padres, lidiando con asuntos de género y su sexualidad emergente, y tomando decisiones por primera vez en sus vidas. La depresión en la adolescencia a menudo coexiste con otros trastornos tales como ansiedad, comportamiento perturbador, trastornos alimenticios, o abuso de sustancias. También puede conducir a un aumento en el riesgo de suicidio.

Un estudio clínico financiado por el NIMH que abarcó a 439 adolescentes con depresión grave descubrió que una combinación de medicación y psicoterapia era la opción de tratamiento más efectiva.

1.5.2.3 Criterios de diagnóstico y clasificación de los trastornos depresivos

El término depresión incluye un grupo de trastornos emocionales caracterizados por la presencia de un estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las situaciones y experiencias cotidianas, asociado a una variedad de manifestaciones neurovegetativas, comportamentales, cognitivas, físicas y emocionales, acompañado de deterioro funcional y social.

El primer episodio de una depresión mayor puede ocurrir en cualquier momento y en algunos casos, en los meses previos a su presentación, los pacientes pueden experimentar un conjunto de síntomas, como ansiedad, fobias, síntomas depresivos mínimos y ataques de pánico. La tendencia a la recurrencia es muy frecuente en esta patología. El episodio depresivo grave puede además venir o no acompañado de síntomas psicóticos, donde además de los criterios establecidos para definir un episodio depresivo grave, aparecen ideas delirantes, alucinaciones o estupor.

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico:

- **El trastorno depresivo grave**, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.
- **El trastorno distímico**, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen:

- **Depresión psicótica**, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.
- **Depresión posparto**, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz.
- **El trastorno afectivo estacional**, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano. El trastorno afectivo estacional puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero aproximadamente el 50% de las personas con trastorno afectivo estacional no responden solamente a la terapia de luz. Los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia pueden reducir los síntomas del trastorno afectivo estacional, ya sea de forma independiente o combinados con la terapia de luz.

El DSM-IV-TR² y la CIE-10³ incluyen criterios similares para hacer el diagnóstico de un trastorno depresivo cuya severidad es clínicamente importante (episodio depresivo mayor en el DSM-IV-TR o episodio depresivo en la CIE-10). Sin embargo, los dos sistemas no son idénticos. Los umbrales difieren, el DSM-IV requiere un mínimo de 5 de 9 síntomas (que deben incluir afecto depresivo y/o anhedonia) y la CIE-10 requiere 4 de 10 síntomas (que deben incluir al menos dos de los siguientes: afecto depresivo, anhedonia y pérdida de energía). Este hecho podría significar que más personas pueden ser diagnosticadas con depresión empleando los criterios de la CIE-10 en comparación con el DSM IV TR, o al menos se identifican dos poblaciones algo diferentes, dado el requerimiento de solo un síntoma clave de dos en el DSM-IV comparado con dos de tres en la CIE-10 (Calvo-Gómez & Jaramillo, 2015).

En la actualidad el médico de atención primaria (MAP) tiene a su disposición una variedad de instrumentos para la detección del trastorno depresivo. Los hay específicos para el trastorno

² DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA) y contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales. Estos criterios de diagnóstico proporcionan un lenguaje común entre los distintos profesionales (psiquiatras, psicólogos clínicos e investigadores de las ciencias de la salud) que se dedican a la psicopatología, estableciendo claramente los criterios que los definen y ayudando a asegurar que el diagnóstico sea preciso y consistente. En general, el DSM es el sistema de clasificación de trastornos mentales con mayor aceptación, tanto para el diagnóstico clínico como para la investigación y la docencia y es importante tener presente que siempre debe ser utilizado por personas con experiencia clínica, ya que se usa como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

³ La CIE-10 es el acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión, correspondiente a la versión en español de la ICD, (siglas en inglés de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

depresivo como el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), la Escala de Depresión (DEPS), la Escala Geriátrica de Depresión (GDS), la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung (SDS), la Evaluación de los Trastornos Mentales en el Cuidado Primario (PRIME-MD), el Inventario de Depresión (ID) y la Escala de Pregunta única (SQ). Existen escalas que evalúan tanto ansiedad como depresión tal como la Escala de Ansiedad y Depresión de Duke (DADS) y la Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital (HADS). El clínico también cuenta con instrumentos conformados por múltiples componentes que incluyen una categoría para evaluar el trastorno depresivo como la Lista de Chequeo de Síntomas de Hopkins (HSCL), el Cuestionario de Salud del Paciente PRIME-MD (PHQ), Sistema Diagnóstico del Cuidado Primario centrado en los síntomas (SDDS-PC) y el Cuestionario de Salud General (GHQ).

La mayoría de los instrumentos para detección del TDM son de autoreporte y pueden ser completados en rangos de tiempo de van desde menos de 1 minuto a 5 minutos. La sensibilidad media de la mayoría de los instrumentos es 85% (50 a 97%), y la especificidad media es 74% (51 a 98%). No existen diferencias significativas entre los instrumentos; sin embargo, la baja prevalencia de depresión en la atención primaria (<10%), hace que instrumentos con una sensibilidad y especificidad excelentes tengan un valor predictivo positivo bajo (<50%), y es probable que por este hecho los instrumentos de detección sean menos aceptables entre los clínicos, dado que los pacientes serían seguidos innecesariamente.

Tabla 2 Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos
~ Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
~ Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
~ Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual
~ Empeoramiento matutino del humor depresivo
~ Presencia de enlentecimiento motor o agitación
~ Pérdida marcada del apetito
~ Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
~ Notable disminución del interés sexual

Fuente: Adaptado de OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992.

Existen instrumentos muy sencillos como el test de las dos preguntas. Este instrumento tiene dos preguntas sencillas que indagan sobre la presencia de afecto depresivo: ¿durante el último mes a menudo se ha sentido agobiado por sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza? y anhedonia: ¿durante el último mes a menudo se ha sentido agobiado por el poco interés o placer en hacer las cosas? Las propiedades en cuanto a capacidad de detección (sensibilidad 96%, especificidad 57%, LR positivo 2.2, LR negativo 0.07), son similares a las encontradas en instrumentos más extensos y complejos. Cuando estas preguntas en vez de hacerse por escrito se hacen verbalmente, el LR positivo aumenta a 2.9 y el negativo disminuye a 0.05; cuando se le adiciona una tercera pregunta: ¿hay algo en que le gustaría que le ayudara?, la especificidad aumenta a 89%.

Tabla 3 Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

<p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas 2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. 2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. 3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
<p>C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de confianza y estimación de si mismo y sentimientos de inferioridad 2. Reproches hacia si mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida 4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones 5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición 6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo 7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso
<p>D. Puede haber o no síndrome Somático*</p>
<p>Episodio depresivo leve: Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.</p> <p>Episodio depresivo moderado: Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</p> <p>Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.</p>

Fuente: Adaptado de OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992.

El instrumento más corto de autoreporte es la Escala de Pregunta Única (SQ), que como su nombre lo indica consta de una sola pregunta: ¿se ha sentido triste o deprimido la mayor parte del tiempo durante el último año?, a la que la persona debe responder sí o no. Toma menos de 15 segundos responderla, y cuenta con una sensibilidad de 85% y una especificidad de 66% para detectar TDM.

Dado que los instrumentos de tamizaje tienen propiedades muy similares, la escogencia de alguno para su aplicación en la práctica clínica debería hacerse con base en el tiempo que tome administrarlo y puntuarlo, la aceptabilidad por parte de los pacientes, el formato de respuesta, la facilidad para su administración, el deseo de detectar otros trastornos psiquiátricos y la necesidad de

monitorear la respuesta. El Cuestionario de Salud del Paciente PRIME-MD PHQ 9 parece llenar los anteriores criterios dado que cuenta con tan solo 9 ítems para depresión, tiene módulos para otros trastornos psiquiátricos y un formato de respuesta simple que es sensible al cambio. De igual forma, la escala de pregunta única SQ es una alternativa que puede ser utilizada durante las evaluaciones de medicina preventiva o en respuesta a claves que incrementen la probabilidad de depresión. Los pacientes cuyo resultado sea positivo en el tamizaje, requieren una exploración más detallada a través de una entrevista clínica.

La entrevista clínica para confirmar el diagnóstico de TDM puede realizarse bajo la modalidad de entrevista semiestructurada con el fin de mejorar potencialmente la precisión en el diagnóstico. En la actualidad existen varios instrumentos de esta modalidad como son: la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Organización Mundial de la Salud (CIDI), la Entrevista Clínica Semiestructurada para los Trastornos del eje I del DSM IV (SCID) y el Módulo del Afecto de la Evaluación de los Trastornos Mentales del Cuidado Primario (PRIME-MD). El Médico de atención Primaria (MAP) requiere entrenamiento previo a la aplicación de alguno de estos instrumentos en la práctica clínica y la duración de dicho entrenamiento varía entre 2 horas para el PRIME-MD y 30 horas para el CIDI y aquellos que emplean una entrevista semiestructurada pueden realizar la confirmación diagnóstica con alta confiabilidad.

1.5.2.4 Factores de riesgo

La depresión mayor es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada factor en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla.

Entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos. Dentro del papel atribuido a las circunstancias personales o sociales se ha destacado la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco y las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y las personas en baja laboral por enfermedad o por maternidad presentan depresiones con mayor frecuencia.

El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos.

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de alto riesgo tanto para enfermedades somáticas como psiquiátricas, las cuales comienzan en edades tempranas y persisten durante la edad adulta. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad. No obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido. Por otra parte, con el progresivo conocimiento del genoma humano se ha hecho posible identificar la localización cromosómica de genes que confieren vulnerabilidad para trastornos como la depresión mayor. Un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor.

Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor, y probablemente, este rasgo de personalidad infiere mayor susceptibilidad para desarrollar depresión ante los eventos adversos de la vida. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor, y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor.

Por otra parte, se ha observado que pacientes fundamentalmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tenían mayor riesgo de desarrollar depresión mayor. Dicha correlación no se ha encontrado con otros trastornos psiquiátricos. Se ha descrito una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña (no otro tipo de cefalea) tenían mayor riesgo de depresión mayor. También, la presencia de enfermedad cardiaca y diversas enfermedades endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Adisson y la amenorrea hiperprolactinéica, parecen aumentar el riesgo de depresión.

1.5.3 Marco Jurídico de la Salud Mental

Existe un amplio acervo jurídico, nacional e internacional, que garantiza los derechos de las personas con trastornos mentales. Algunos instrumentos son de carácter vinculante, por ejemplo, la Declaración de Caracas de 1990 (González Uzcátegui & Levav, 1991), mientras que otros actúan como recomendaciones. Tal es el caso de la Resolución 46/199 de Naciones Unidas que expone los principios para la protección de los derechos de personas con enfermedades mentales. En todos los casos el llamado es a favorecer los programas de tratamiento en modelos basados en la comunidad, respetar autonomía y libertades individuales, evitar la discriminación y asegurar la protección de los derechos humanos.

Otros instrumentos relacionados con el tema a tener en cuenta son: la Ley 1618 de 2013, que desarrolla los contenidos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ratificada por Colombia el 10 de mayo de 2011; la Ley 1010 de 2006 sobre acoso laboral; la Ley 1098 de 2006 sobre infancia y adolescencia; la Ley 1257 de 2008 sobre no violencia contra las mujeres; la Ley 1448 de 2011 sobre víctimas del conflicto armado interno; la Ley 361 de 1997 sobre integración social de personas con limitaciones, en particular en sus artículos 2, 4 y 18 a 21; los Principios de Brasilia para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas; así como las demás disposiciones de la Constitución Política Nacional, las leyes y normas nacionales que tratan asuntos relativos al disfrute de derechos en el campo de la salud mental, los pronunciamientos de la Corte Constitucional sobre el tema, y los tratados internacionales sobre Derechos Humanos ratificados por Colombia que por ello hacen parte del bloque de constitucionalidad del país.

La Política Nacional de Salud Mental insta a instituciones y profesionales que prestan servicios en el campo de la salud mental, a favorecer programas de atención basados en la comunidad y a facilitar la integración de las personas al medio social al que pertenecen. Este tipo de abordajes tendrá preferencia sobre cualquier otro.

En concordancia con lo anterior, las prácticas de aislamiento social usadas históricamente para el tratamiento de los problemas de salud mental que causan grave deterioro en la calidad de vida y el disfrute de derechos de las personas deberán ser prevenidas y sancionadas.

La Ley 1616 de 2013 establece en el artículo 6° los derechos de las personas en el ámbito de la salud mental, ajustándose al ordenamiento jurídico de la República de Colombia y a las

disposiciones internacionales que obligan al Estado colombiano. Adicionalmente, dicha Ley asume en su objeto la garantía del ejercicio del derecho a la salud mental para la población colombiana.

La OMS sustenta de manera detallada estándares técnicos para el tratamiento de personas con trastornos mentales desde una perspectiva de derechos (Freeman & Pathare, 2005). Las intervenciones psiquiátricas y psicológicas no pueden tener fines de control o seguridad del establecimiento, sino que deben hacerse exclusivamente en beneficio de las personas.

Actualmente el sistema de salud en Colombia presenta deficiencias puntualmente. Al respecto, el Dr. Miguel Ángel Sabogal en un artículo publicado por el diario el Colombiano donde puntualiza lo siguiente:

“En el país solo existen 2.1 psiquiatras por cada 10.000 personas, un número insuficiente para atender de manera oportuna las demandas de salud mental de la población. Más si se tiene en cuenta que Colombia es un país que lleva muchos años enmarcado en un contexto de violencia”.

Así como se cuida la salud oral o la cardiovascular, deberíamos invertir en atender la mente, en visitar al psiquiatra. ¿Cuándo? Por una enfermedad o situación estresante, por insomnio, cambio de ánimo, disminución en el rendimiento laboral, académico, por problemas de pareja, de socialización o simplemente, por chequeo preventivo. El problema es el estigma, ese que de manera ignorante se le ha puesto a este tipo de consultas. Algunos hablan de locura, agresividad y otros, de estar fuera de la realidad, pero nada más lejano a eso.

En Colombia hace falta educar para prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar en salud mental. La Organización Mundial de la Salud, OMS, define la salud mental no solo como la ausencia de trastornos mentales. Se refiere a ella 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”. Subraya la entidad que, en lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de salud mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental.

Ahí, en esos últimos apuntes, parece ser que algunos países fallan. No solo en Colombia sino en occidente el mayor problema fue separar la salud mental de la física, cuando una es consecuencia de la otra. “La salud mental es un contexto amplio que se relaciona con salud a nivel general. Tú en China vas a consulta al médico porque tienes ovario poliquístico, él indaga la parte ginecológica pero también pregunta si fuiste víctima de abuso, o si tienes esposo maltratador, porque esas dos circunstancias podrían también generar ovarios poliquísticos, no es solo por un desequilibrio hormonal. Si también tienes un desequilibrio emocional por trauma a nivel sexual eso podría generar ovarios poliquísticos. Ese es uno de tantos ejemplos al respecto, por lo que separar la salud física y mental es un error”, explica Miguel Ángel Sabogal, presidente de la Asociación Colombiana para la Salud Mental.

En el Sistema de Aseguramiento Colombiano en Salud las estrategias en la función reguladora están ligadas al modelo de cuasi mercado en el que se desenvuelven. En un sistema de aseguramiento puro, las aseguradoras compiten ofreciendo productos y precios diferenciables en los cuasi mercados; y aunque existe competencia entre entidades, hay un marco regulatorio que restringe las diferencias de precios o producto entre los agentes. En el caso colombiano, los precios son administrados y el producto está determinado como homogéneo para todas las entidades y todos los asegurados, hecho que debería redundar en una competencia empresarial a través de la calidad.

Respecto del régimen contributivo (al cual están afiliadas las personas con capacidad de pago y coadyuvan al financiamiento con un valor que depende de su nivel de ingreso) el papel del regulador estaría referido a la definición y cumplimiento del contrato entre los afiliados y los aseguradores, toda vez que el afiliado actúa como cotizante y, en consecuencia, se desempeñaría como el principal, mientras que la aseguradora actúa como representante de sus intereses agregados operando como un comprador de servicios de salud para garantizar la atención del afiliado.

En el caso del régimen subsidiado (en el cual las personas están afiliadas sin capacidad de pago y reciben un plan de beneficios subsidiado por el Estado y por una parte de las cotizaciones pagadas por las personas de mayor ingreso afiliadas al régimen contributivo), el Estado opera como principal, pero los afiliados son las personas sin capacidad de pago. En esta condición la labor del principal no va más allá de la suscripción del contrato y el pago de los precios del aseguramiento, pues los comportamientos de mercado en términos de la elección de la aseguradora o el establecimiento de reclamaciones están en manos de los afiliados. Es decir, si bien el Estado tiene un papel como principal, la regulación se produce como si se tratara del régimen contributivo.

El aseguramiento en salud en Colombia, se encuentra definido dentro de la teoría de seguros. De acuerdo a la Ley 1122 de 2007, se define como la gestión integrada y articulada del riesgo financiero, riesgo en salud, representación del afiliado ante el prestador, articulación de los servicios y garantía de la calidad en la prestación de los mismos. A las Empresas Promotoras de Salud (EPS) les corresponde realizar la gestión obligatoria del aseguramiento en el país, a través de la administración de los regímenes contributivo y subsidiado.

Las EPS se comportan como aseguradoras que protegen al individuo y sus familias frente al riesgo económico de enfermar, y sus operaciones se enmarcan en un mercado regulado. El asegurador, en este caso las EPS, protege del riesgo financiero a sus afiliados, en la eventualidad de la ocurrencia de un siniestro o contingencia por enfermedad de origen común, maternidad e incapacidad; procurando que cada familia mantenga el equilibrio financiero en su hogar.

Las empresas promotoras a su vez, deben realizar una gestión adecuada de los recursos en el proceso de administración del riesgo financiero interno, no sólo para desarrollar la función de aseguramiento, sino también para permanecer en el mercado.

La gestión del riesgo en salud es asumida por las EPS, quienes administran el riesgo de origen común que les transfiere el afiliado y le brindan la cobertura necesaria a través del Plan Obligatorio de Salud (POS), cuando se presenta un siniestro, bien sea de enfermedad, accidente, discapacidad o maternidad. Dada la imperfección del mercado de la salud, las aseguradoras o EPS, se enfrentan a riesgos en su gestión, los cuales se generan por problemas de asimetría de la información, riesgo moral, selección adversa y selección del riesgo, que pueden generar costos adicionales.

La Ley 1438 de 2011 – o reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) -, se constituye en el marco normativo se dirige al desarrollo de un modelo de atención primaria para depresión, consumo de sustancias, consumo de alcohol y suicidio.

El objetivo 4 enunciado en el Decreto 3039 de 2007 es mejorar la salud mental en base a un modelo de atención primaria mejorando la capacidad resolutoria del SGSSS. También, desde el punto de vista de los tratamientos psicosociales, el Acuerdo 008 de 2009 de la Comisión de regulación en salud (CRES), cuyo marco legal actual favorece la atención en salud mental a nivel primario.

La reciente ley de salud mental (Ley 1616 de 2013), incluye la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del SGSSS y se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental.

El artículo 10 de la Ley citada en el párrafo anterior expresa: “El Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará en el marco de la Atención Primaria en Salud el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental con la participación ciudadana (...) Dichos protocolos y guías incluirán progresivamente todos los problemas y trastornos, así como los procesos y procedimientos para su implementación. Estos protocolos y guías deberán ajustarse periódicamente cada cinco años. Igualmente, asignará prioridad al diseño y ejecución de programas y acciones complementarios de atención y protección a las personas con trastornos mentales severos y a sus familias”.

1.6 ASPECTOS METODOLÓGICOS

1.6.1 Metodología de la Investigación

Para poder dar respuesta a los interrogantes prácticos planteados en la formulación del problema **¿Cómo diseñar una propuesta de valor para responder de manera efectiva a las necesidades y expectativas de las personas que padecen trastornos depresivos? y ¿Cómo encontrar un modelo de negocio adecuado a la propuesta de valor y que garantice unas condiciones económicas favorables que permitan su escalabilidad?**, el diseño de la presente investigación es de tipo exploratoria y descriptiva.

En la primera parte se buscará puntualizar sobre el contexto en el cual se inserta el modelo de negocio dando respuesta al interrogante **¿Cómo las fuerzas externas podrían influir en el diseño de la propuesta de valor?** Para esto se hará una revisión de información disponible en fuentes secundarias como informes de tendencias sociales, económicas, legales, así como de datos estadísticos.

Una segunda parte, en la cual se buscará dar respuesta al interrogante **¿Cuáles son los patrones de creación de valor en personas con trastornos depresivos?** En esta fase se parte de la información condensada en el apartado *1.5.2.3 Criterios de diagnóstico y clasificación de los trastornos depresivos*, los cuales se tomarán como supuestos de las características generales de un paciente con trastorno depresivo.

A partir de la codificación de dicha información, la tercera parte se desarrollará otro estudio de primero de carácter descriptivo transversal, a través de la aplicación de un instrumento de tamizaje, para luego realizar un estudio exploratorio para desarrollar una serie de validaciones, a través de entrevistas y observaciones en el público objetivo, para identificar y definir patrones.

Por último, se describen los elementos centrales de la propuesta de valor y el modelo de negocio para LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON TRANSTORNOS DEPRESIVOS para la Fundación Vida Digna, que permita asentar los pilares para escalarlo y potenciar sus posibilidades de éxito.

1.6.2 Métodos de recolección y procesamiento de la información

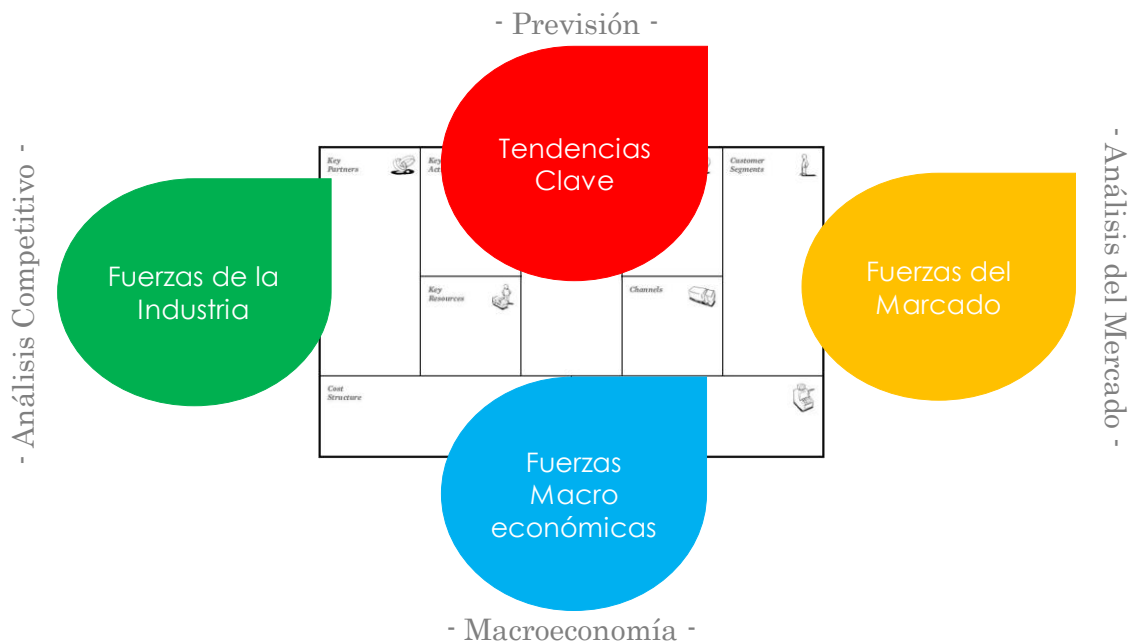
Para poder dar cumplimiento a los objetivos de la investigación planteados en el apartado 1.3.2 Objetivos Específicos, se utilizarán las herramientas contempladas en el numeral 1.5.1.3 Herramientas para el diseño y visualización de propuestas de valor en el marco del modelo de negocio.

A continuación, se detallan las herramientas a utilizar para cada componente del proyecto y los métodos a empleados para recolectar y procesar la información.

Objetivo 1. Comprender el contexto en el cual se inserta la oportunidad de negocio, a través del análisis de las fuerzas externas que podrían influir en ella, con el propósito de identificar los factores clave necesarios para adaptar el diseño de la propuesta de manera eficaz.

Para comprender el contexto en el cual se inserta la oportunidad de negocio, en primera instancia, se llevará a cabo una entrevista semi estructurada a los fundadores y gerentes de la Fundación (Ver Anexo 1). El objetivo central de la entrevista será identificar las características generales de la Fundación Vida Digna, su origen, el propósito y las razones por las cuales fue creada, los principales hitos por las cuales ha atravesado, y, los principales retos que enfrenta hoy en día. Esta información se procesará y servirá de base para construir la historia de la compañía y desplegar el modelo de negocio inicial sobre el cual se construirá la propuesta de valor. Para esto último, se utilizará la herramienta **Plantilla para el lienzo del modelo de negocio**.

Ilustración 6 Áreas de análisis de las fuerzas del entorno



Fuente: Adaptado de Osterwalder & Pigneur (2010)

Por su parte, la identificación de los factores clave del entorno se llevará a cabo a través de la herramienta **Mapa del Entorno**. Este mapa se completará a partir del análisis de información

proveniente de fuentes secundarias, teniendo en cuenta cada una de las cuatro áreas propuestas en el modelo general (Ver ilustración 6): Tendencias Clave, Fuerzas Macroeconómicas, Análisis Competitivo, y Fuerzas del Mercado. A partir de la revisión de las fuentes secundarias, la información será desplegada en un mapa mental, tomando como base los interrogantes propuestos en el Anexo 2 – Batería de preguntas para el análisis del entorno.

Objetivo 2. Identificar las características generales de un paciente con trastorno depresivo, a partir del análisis de la información clínica disponible, con el propósito de establecer los supuestos iniciales para el diseño de la propuesta de valor.

Para identificar los supuestos iniciales sobre las características generales de un paciente con trastorno depresivo, se tomará de base la información condensada en el apartado 1.5.2 Trastornos Depresivos y se codificará a través de la herramienta **Mapa de Empatía** (Ver Anexo 3).

Esta herramienta parte del principio de “ponernos en el lugar de nuestra clientela” con el objetivo de identificar, realmente las características que permitieran realizar un mejor ajuste entre los productos o servicios y las necesidades o intereses del cliente. Se buscará conocer las respuestas a las siguientes variables:

- **Qué ve:** ¿cuál es su entorno y cómo es?; ¿qué amistades posee?; ¿qué propuestas le ofrece ya el mercado?
- **Qué dice y hace;** ¿cuál es su actitud en público?; ¿qué aspecto tiene?; ¿cómo se comporta?; ¿qué contradicciones tiene?
- **Qué oye:** ¿qué dicen (o le dicen) sus amistades, su familia, su personal, sus jefes o jefas, las personas influyentes de su entorno?; ¿a través de qué canales multimedia le llega la información?
- **Qué piensa y siente:** ¿qué es lo que realmente le importa?; ¿cuáles son sus principales preocupaciones, inquietudes, sueños y aspiraciones?

A partir de estas cuatro se obtuvieron otras dos:

- **Cuáles son los esfuerzos que realiza:** ¿a qué le tiene miedo?; ¿cuáles son las barreras y obstáculos que se encuentra para obtener lo que desea?; ¿con qué riesgos se tropieza en su camino y debe asumir?; ¿qué esfuerzos o riesgos no asumirá?
- **Cuáles son los resultados, los beneficios que espera obtener:** ¿cuáles son sus necesidades o deseos reales?; ¿cómo mide el éxito, en función de qué?; ¿cómo podría alcanzar sus objetivos?

Adicionalmente, la información se complementará con datos provenientes de otras fuentes secundarias y de consulta a expertos en la materia.

A partir de la información dispuesta en el Mapa de Empatía se construirá el perfil del cliente y se diseñará el mapa de valor. Para verificar el encaje problema solución, se utilizará la herramienta **Lienzo de la propuesta de valor para el cliente**.

Objetivo 3. Diseñar una solución, a través del desarrollo de procesos de validación y ajuste, que permita crear valor para las personas que padecen trastornos depresivos, respondiendo de manera efectiva a sus necesidades y expectativas.

Para complementar este punto, se realizará un estudio de tipo descriptivo transversal donde se analizará el fenómeno en un solo momento del tiempo. La población será constituida por personas que padecen depresión en la ciudad de Cartagena.

- **Tamaño de muestra:** Se realizará un muestro probabilístico aleatorio, garantizando que cada individuo tenga las mismas oportunidades de ser seleccionado y determinando un tamaño de muestra proporcional a la población de pacientes con depresión clínicamente diagnosticados por psiquiatría o psicología, en la ciudad de Cartagena.
- **Aplicación de Escalas y encuestas:** Todos los individuos mantendrán su identidad anónima y serán mayores de 18 años, residentes en la ciudad de Cartagena y se excluirán aquellos que reporten antecedentes de otras patologías mentales.

Para capturar los datos se utilizará el test de Zung para la depresión, que será colgada en la página web de la Fundación Vida Digna durante 30 días, como herramienta de tamizaje para la depresión.

Posteriormente, los individuos con grado de depresión severa, según la escala de Zung (mayor de 70), serán contactados vía telefónica o correo electrónico, para hablarles de la investigación y en caso acepten, llenar el consentimiento informado del estudio, con el fin de poder participar. A dichas personas se les aplicará, por segunda vez, la escala de Zung, con la ayuda de una persona experta, para rectificación de los datos y el puntaje obtenido inicialmente.

Por otro lado, se realizarán entrevistas aleatorias a otros 20 individuos en parques, centros comerciales y clínicos con sospecha de síntomas de depresivos. Tanto las escalas aplicadas en los pacientes como los obtenidos en las entrevistas se usarán para validación de la información.

Basados en los datos cualitativos y cuantitativos obtenidos se ajustarán los mapas de empatía y la propuesta de valor.

- **Análisis de los datos:** La información obtenida se procesará en una hoja de cálculo de Microsoft Excel.
- **Tipos de fuente de obtención de datos:** El insumo metodológico de este proyecto de investigación proviene principalmente de fuentes de datos secundarios. Entre estos se cuenta:
 - Ley 1438 de 2011 – o reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) -, se constituye en el marco normativo se dirige al desarrollo de un modelo de atención primaria para depresión, consumo de sustancias, consumo de alcohol y suicidio (Congreso de Colombia, 2011)
 - La Ley 1122 de 2007, donde se define el aseguramiento en salud en Colombia (Congreso de Colombia, 2007)
 - El decreto 3039 de 2007. Cuyo objetivo (artículo 4) es mejorar la salud mental en base a un modelo de atención primaria mejorando la capacidad resolutiva del SGSSS (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2007).

- Acuerdo 008 de 2009 de la Comisión de regulación en salud (CRES), cuyo marco legal actual favorece la atención en salud mental a nivel primario (Comisión de Regulación en Salud, 2009).
 - Ley de salud mental (Ley 1616 de 2013): Incluye la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del SGSSS y se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental (Congreso de Colombia, 2013).
 - Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2013).
 - Perfil epidemiológico de Cartagena. Departamento Administrativo de Salud de Cartagena (Dadis). 2012 (Torres et al., 2012).
 - Perfil epidemiológico de Cartagena. Departamento Administrativo de Salud de Cartagena (Dadis). 2014 (Torres, 2015).
 - Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Editor: Organización Mundial de la Salud (Rodríguez, Jorge; Kohn, Robert; Aguilar, 2009).
- **Consideraciones Éticas:** Este estudio se fundamenta en la Resolución No. 008430 de 1993(17), del Ministerio de Salud, la cual se establecen las “Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la investigación en salud” aplicando el Artículo 5 y 6. El primero indica que “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar” y el Artículo 6 nos da los criterios en los que se deben basar la investigación en los seres humanos. “Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos, de igual forma se contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación, el estudio deberá ser realizado por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano.

Según el Artículo 11 esta investigación se clasifica en categoría: A, investigación sin riesgo, ya que este es un estudio que no realizan ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

2. EL ENTORNO DEL MODELO DE NEGOCIO

Para evaluar el entorno, se inicia con la presentación de la Fundación Vida Digna con el propósito de ubicar el sector y el mercado donde opera. Seguido a esto, se presenta el análisis de las tendencias y las fuerzas, concretamente: tendencias clave, fuerzas macroeconómicas, fuerzas de la industria y las fuerzas del mercado. Finaliza el capítulo presentando en detalle cada uno de los nueve bloques correspondientes al modelo de negocio inicial de la Fundación.

2.1 FUNDACIÓN VIDA DIGNA

FUNDACION VIDA DIGNA es la cristalización de la idea de crear una entidad sin ánimo de lucro que surge a finales del año 2010, como producto de un dialogo constructivo de Ciudad entre Ana Carolina Dussan y Carlos Ospino Becerra, en ese momento estudiantes del programa de finanzas y negocios internacionales de la Universidad Tecnológica de Bolívar, con varios compañeros de estudio en el patio de la sede de esta universidad en el barrio Manga de la Ciudad de Cartagena.

Se constituye legalmente el 16 de marzo de 2011 por parte de Ana Carolina y Carlos, quienes, motivados y preocupados por la situación socioeconómica de la Ciudad de Cartagena, y siendo conscientes de la responsabilidad social que, como ciudadanos y profesionales, debían hacer algo para aportar a construir un tejido social robusto y disminuir la brecha social existente en la Ciudad, generando desarrollo en las comunidades menos favorecidas.

Luego de su legalización ante la Cámara de Comercio de Cartagena y la DIAN, llevaron a cabo un ejercicio de planeación estratégica de la organización. Se definió un público objetivo y enfocaron todos sus esfuerzos hacia la población del barrio San Fernando en el Sector Simón Bolívar. De acuerdo a Carlos Ospino, *“se escogió dicho barrio porque una líder comunitaria llamada Carmen los invitó un domingo a su casa y empezaron a caminar el barrio y les fue mostrando la situación lamentable en que este se encontraba”*.

Luego de la visita al barrio San Fernando, Ana y Carlos reflexionaron por un tiempo hasta que acordaron como propósito de la fundación el “desarrollo integral del ser humano”. A partir de allí, empezaron a llevar a cabo acciones encaminadas al desarrollo cognitivo a través actividades lúdicas y clases de inglés, dirigidas a niños de edades entre 1 y 10 años. Para lograr recaudar fondos para el desarrollo de dichas actividades, comenzaron a formular proyectos que luego presentaban a personas jurídicas y Naturales.

Posteriormente se hizo un convenio con AIESEC INTERNACIONAL, organización de jóvenes a nivel mundial. El objetivo del convenio era atraer estudiantes internacionales para que vinieran a la Ciudad de Cartagena a hacer sus pasantías, apoyados por la Fundación. Vinieron estudiantes de Chile, Argentina y Londres, y eran los que dictaban las clases de inglés a los niños. Desde sus inicios hasta diciembre del año 2013 la fundación desarrollo esta clase de proyectos.

A comienzos del 2014, Ana Carolina, por compromisos académicos y laborales se desplaza a la Ciudad de Bogotá y posteriormente fuera del país, lo que hacía casi imposible seguir al frente de todos los proyectos. Carlos decidió seguir impulsando solo la fundación. A finales de ese mismo año, conoció a Muna Hamdan Rodríguez, quien en la actualidad es su esposa, y comenzaron a hablar de los proyectos que estaban llevando a cabo y desde lo que buscaban desde la Fundación.

Con la ayuda de Muna, se le da una mirada al área de la salud mental, que era su fuerte de conocimiento y experticia, esto da un nuevo giro a la Fundación y abre el camino para visualizar otros campos de acción. Con su apoyo, se comenzaron a diseñar proyectos e intervenciones en las comunidades esa dicha área, tan importante para la salud integral del ser humano. Se hicieron los proyectos y se presentaron a varias entidades públicas a nivel nacional. También se crearon soluciones a problemas que tienen las personas en las empresas a nivel motivacional, problemas de consumo de sustancias psicoactivas en las poblaciones y trabajando con poblaciones víctimas de la violencia.

A través de contactos con políticos y empresarios, a los cuales se les hace una presentación del portafolio de la fundación, se llevan a cabo contratos y se ejecutan proyectos. El objetivo es seguir buscando “patrocinadores”, ya que estos, son la mayor fuente de ingresos. Cuentan a su vez con un equipo interdisciplinario de profesionales que son valorados por los clientes que han tenido en diferentes oportunidades. De acuerdo a las encuestas de satisfacción, lo que más valoran de la fundación es el conocimiento que tienen para el tipo de proyectos que realizan. Esto lo han logrado a través promover un proceso constante de capacitación, a nivel nacional e internacional, del capital humano en los avances que van surgiendo día a día en diferentes áreas de interés.

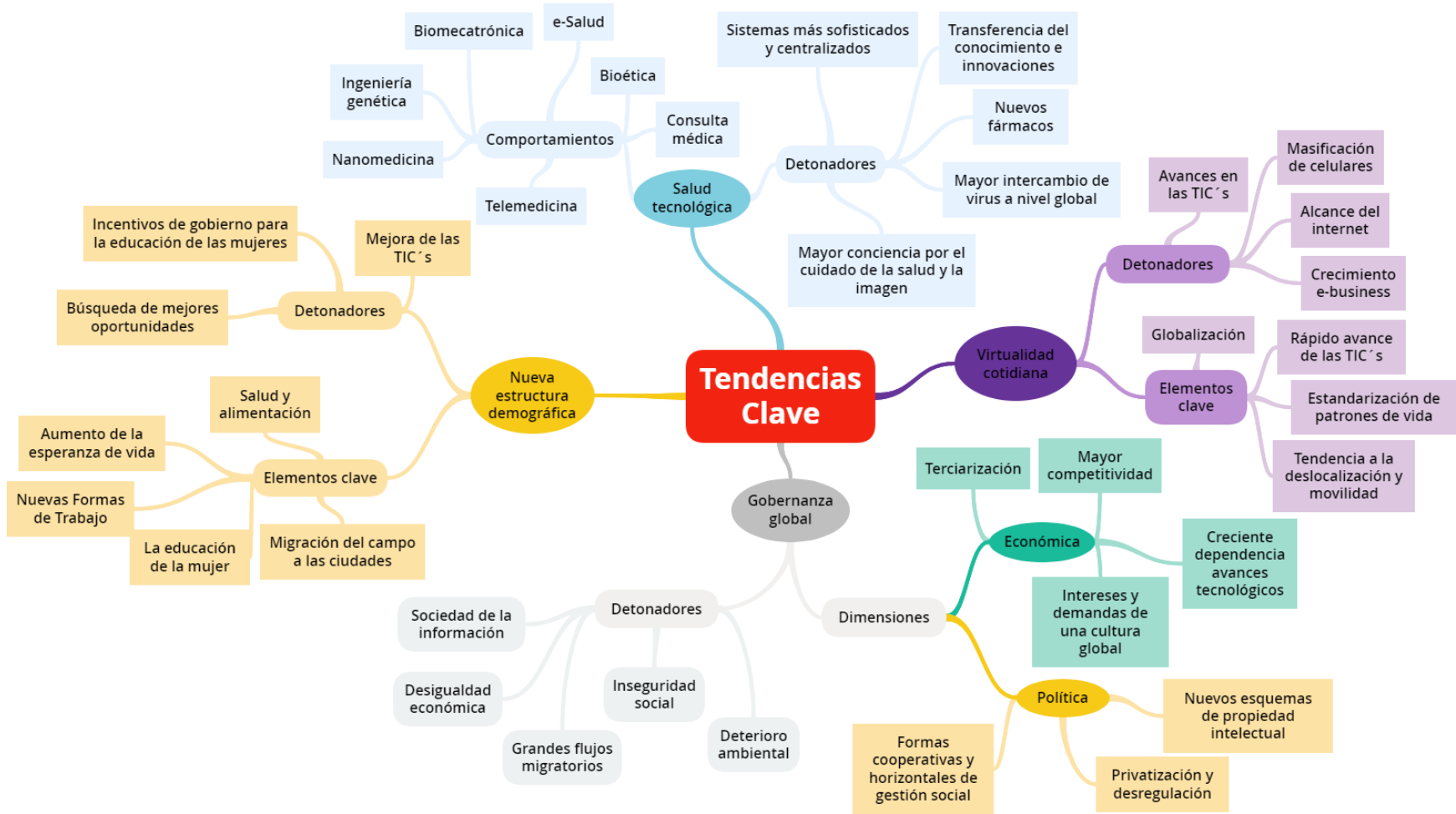
Actualmente la fundación cuenta con alianzas estratégicas claves con personas naturales y jurídicas que les ayudan a cooperar para conseguir recursos (contratos) con entidades públicas y privadas. Las operaciones a nivel financiero de la fundación, en términos de costos, son altos derivados de la prestación de servicios profesionales del equipo que trabaja por proyectos. Un recurso clave son las personas que trabajan en dichos proyectos, razón por lo que se les ayuda, a nivel económico, para que se vayan actualizando académicamente.

Han tenido problemas y dificultades a nivel de apalancamiento de proyectos que han sido planificados, pero no se han desarrollado debido a falta de acogida, esto debido a que los costos son altos y la disponibilidad presupuestal de las empresas es poca para este tipo de proyectos, como por ejemplo proyectos de desarrollo organizacional de las personas en las empresas. Esto ha llevado a que los directivos de la Fundación amplíen su visión y se orienten al desarrollo de nuevos productos y servicios, que les permitan generar nuevas fuentes de ingresos.

2.2 TENDENCIAS CLAVE

El informe elaborado por el instituto tecnológico y de estudios superiores de Monterrey (2009), muestra la complejidad del entorno, la velocidad y la magnitud de los cambios globales y regionales. Se evidencia que la evolución de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones es uno de los detonantes de grandes cambios en el sector salud y educación. A nivel de gobernanza global, la inseguridad social, la desigualdad económica y el deterioro ambiental son los detonantes de cambios en esta área. (Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, 2009)

Ilustración 7 Mapa mental tendencias clave



Fuente: Elaboración propia a partir de información TEC de Monterrey 2009

2.3 FUERZAS MACROECONÓMICAS

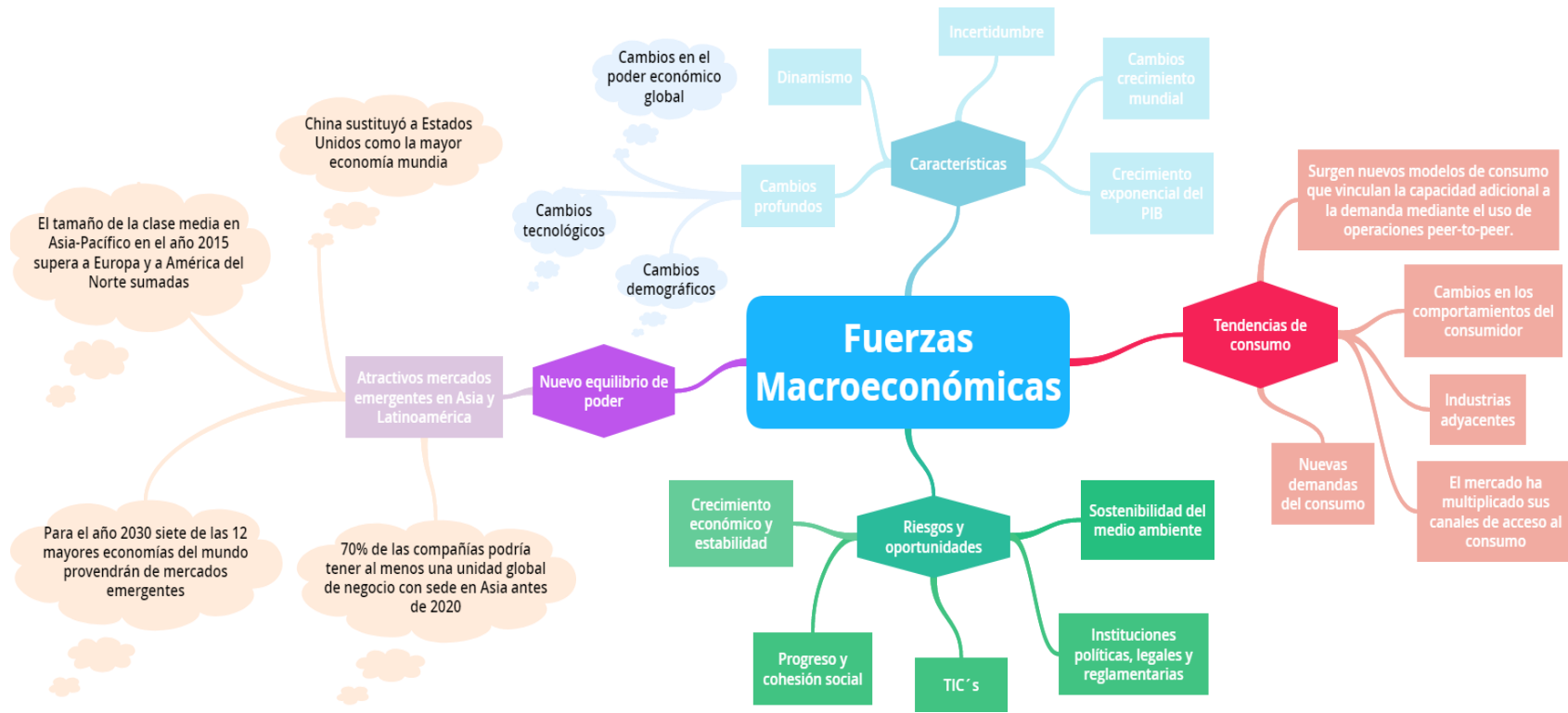
De acuerdo al informe elaborado por la firma Price Waterhouse se evidencia que para el año 2030 siete de las 12 mayores economías del mundo provendrán de mercados emergentes, el tamaño de la clase media de Asia-pacífico en el año 2015 supera a Europa y América del norte sumada. Uno de los principales desafíos de las economías emergentes será sortear los conflictos que atentan contra las instituciones políticas y la estabilidad económica. Las economías actualmente desarrolladas mantendrán sus niveles de ingresos medios por encima incluso de las emergentes, y en general seguirán ofreciendo mercados accesibles y de bajo riesgo para hacer negocios, debido a sus fortalezas políticas e institucionales.

Los actuales mercados frontera (F7) serán los futuros mercados emergentes. Pero estamos hablando de países que necesitan fortalecer sus instituciones e infraestructura, por lo que será necesario adquirir una clara comprensión de su régimen político y regulatorio.

La colisión de mega tendencias “cambios en el poder económico” y “cambios tecnológicos” representa un mejor balance de oportunidades comerciales. Las nuevas posibilidades tecnológicas y su impacto en el comportamiento del consumo y los modelos de negocios— se plantean como una inteligente alternativa frente a los grandes centros de consumo que ostentan los mercados más poderosos del mundo.

57% de los ejecutivos argentinos considera que los cambios en el poder económico global transformarían sus negocios en los próximos 5 años. El rol de los consumidores jugará un papel fundamental en la forma de hacer negocios en el futuro. La existencia de nuevas demandas de consumo, el mercado de canales de acceso al consumo se ha multiplicado y los consumidores siguen experimentando cambios en el consumo. (Price Waterhouse & Co., 2015)

Ilustración 8 Mapa mental tendencias macroeconómicas



Fuente: Elaboración propia a partir de informe PwC (2015)

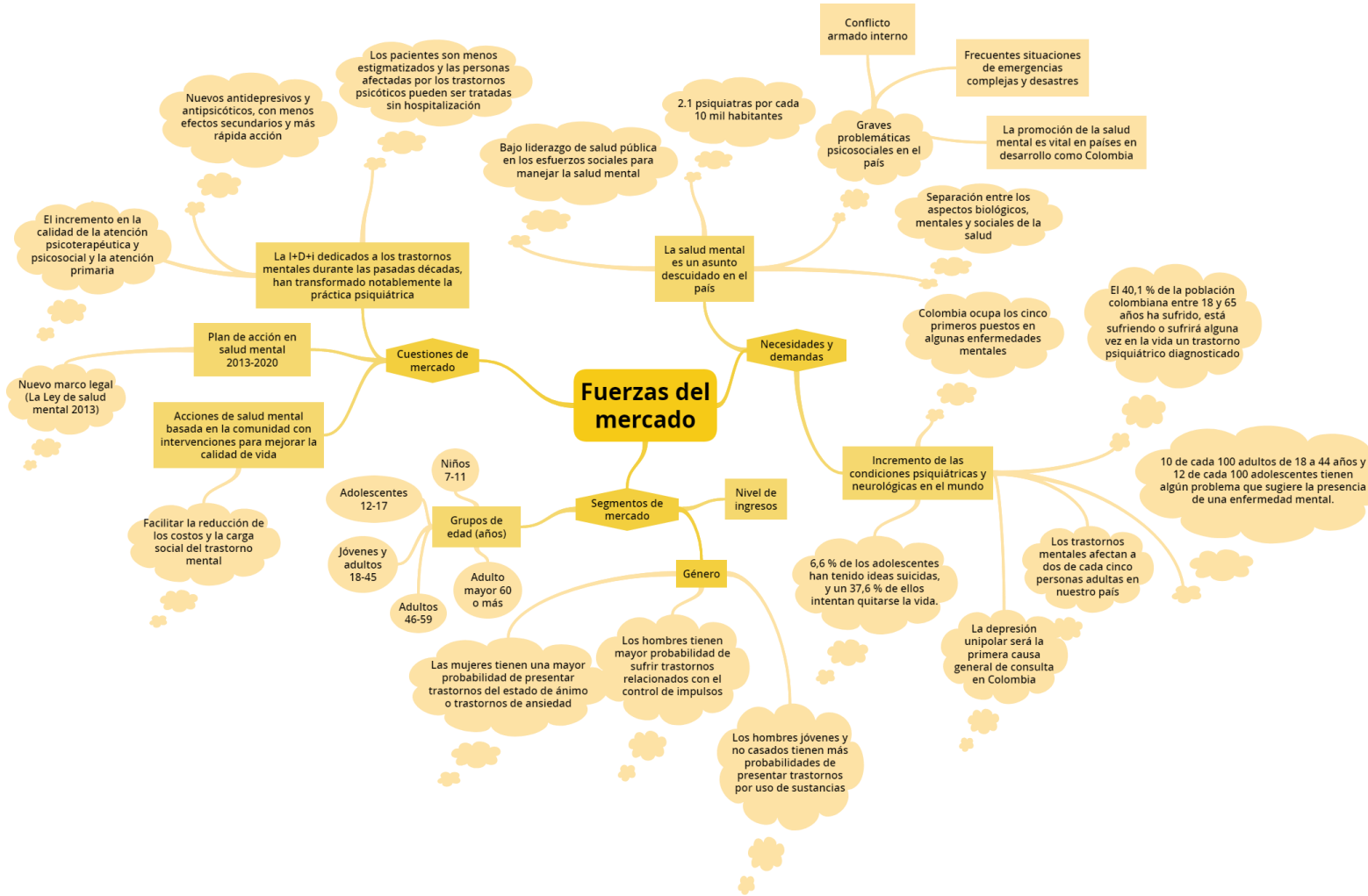
2.4 FUERZAS DEL MERCADO

La Política Nacional de Salud Mental es una política integral que asume la salud como un todo, incluido el componente de salud mental; considera los niveles de promoción, prevención y rehabilitación como elementos relacionados, y asume la continuidad de la atención. Además, es coherente con la Constitución Política, las leyes de la República de Colombia, la legislación en materia de derechos humanos, con las normas y reglamentos en el campo de la salud, con los planes y programas de salud pública formulados por el Gobierno Nacional, y con los tratados internacionales ratificados por la Nación.

Las investigaciones han comprobado que los trastornos mentales representan una proporción importante de la carga de enfermedad, por discapacidad y mortalidad (World Health Organization, 2005). No atender la salud mental es muy costoso.

Colombia ha sufrido una historia continua de violencia que ha tenido diversas presentaciones a lo largo de la historia. En épocas recientes el conflicto armado, acuerdos y negociaciones de paz, procesos de reintegración, reconocimiento de víctimas, y reconstrucción del tejido social, hacen suponer un incremento considerable en la demanda de actividades destinadas a promover y atender la salud mental de los colombianos. El conflicto armado colombiano ha dejado huellas de dolor psíquico en buena parte de la población (Grupo de Memoria Histórica, 2013). La salud mental es un derecho fundamental y es indispensable para la paz. 10 de cada 100 adultos de 18 -44 y 12 de cada 100 adolescentes tienen algún problema que sugiere la presencia de la enfermedad mental. 40.1 de la población Colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirá de algún problema mental. (Encuesta de salud mental 2013)

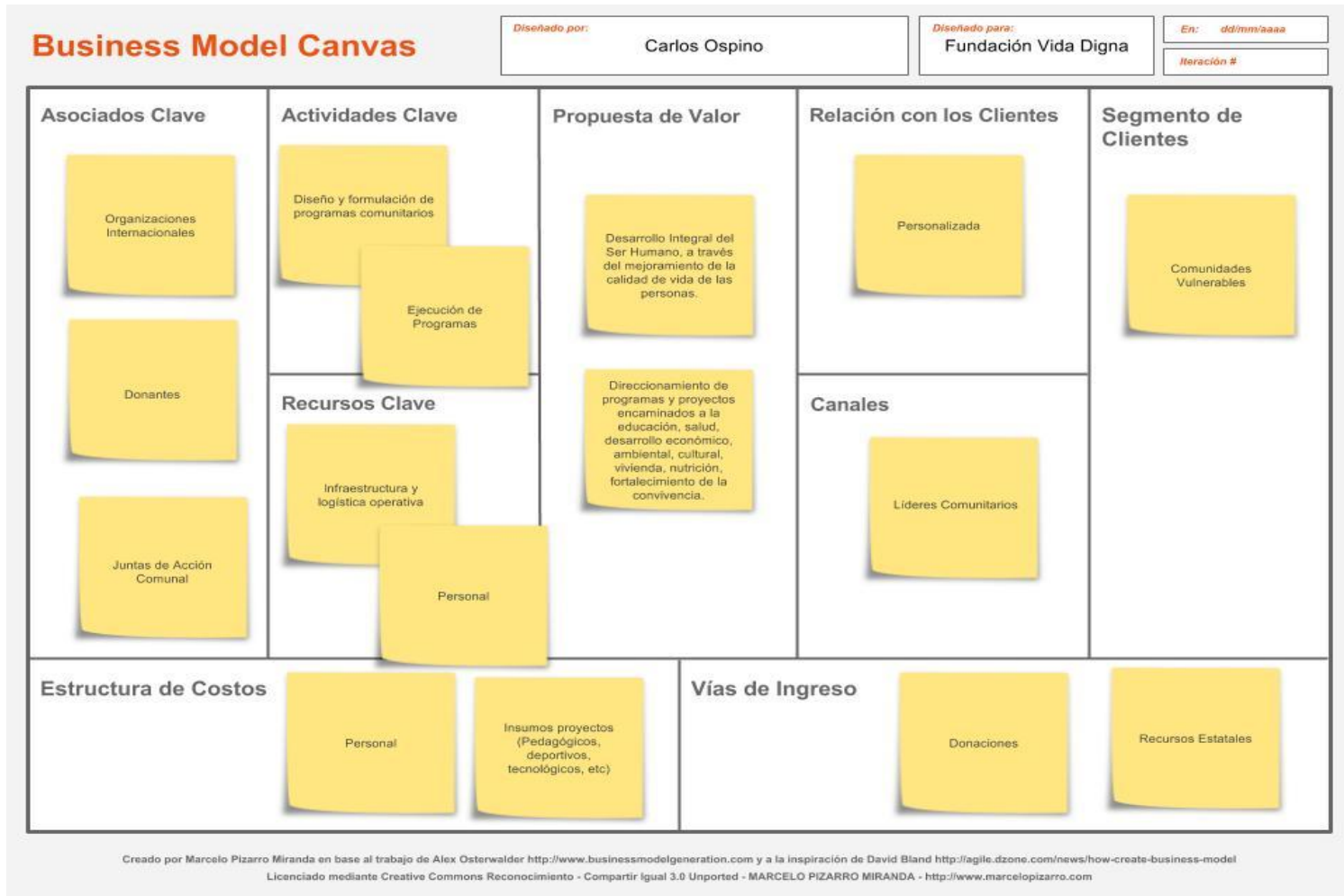
Ilustración 9 Mapa mental fuerzas del mercado



Fuente: Elaboración propia

2.5 EL MODELO DE NEGOCIO DE LA FUNDACIÓN VIDA DIGNA

Ilustración 10 Lienzo del modelo de negocio inicial de Fundación Vida Digna



Fuente: Elaboración propia

A partir de la información recolectada en las entrevistas al fundador y al gerente de la Fundación se establecieron los elementos fundamentales que dan forma al modelo de negocio. A continuación, se presentan las explicaciones concernientes a cada bloque:

- **Segmentos de Mercado:** *¿Para quién creamos valor? ¿Cuáles son nuestros clientes más importantes?*

La Fundación Vida Digna está orientada a atender poblaciones de personas representadas en comunidades vulnerables, ubicadas en zonas urbanas de Cartagena, caracterizadas por condiciones de precariedad, en donde la desigualdad, que por diversos factores se presenta, les impide aprovechar de las riquezas del desarrollo humano, especialmente las posibilidades de acceder al servicio educativo.

La población objetivo de la Fundación Vida Digna, estaba orientada a niños en edad escolar.

- **Propuesta de Valor:** *¿Qué valor proporcionamos a nuestros clientes? ¿Qué problema de nuestros clientes ayudamos a solucionar? ¿Qué necesidades de los clientes satisfacemos? ¿Qué paquetes de productos o servicios ofrecemos a cada segmento de mercado?*

La vulnerabilidad a la cual se orientan las acciones de la Fundación se refiere específicamente a poblaciones que presentan las siguientes condiciones:

Institucionales: Poca o nula presencia del Estado o acceso a los servicios que éste debe prestar. Carencia de un desarrollo institucional a nivel local y regional que atienda las necesidades básicas de las poblaciones. Dificultades de comunicación y relaciones de dependencia y desequilibrio con la economía de mercado.

Ambientales y del entorno: Ausencia de manejo sostenible del medio ambiente. Todo tipo de problemas económicos, sociales y culturales. Presencia de condiciones de extrema pobreza.

Salud: Problemas graves de seguridad alimentaria. Problemas de desnutrición y anemia. Altos índices de mortalidad, que afectan especialmente a niños y niñas, mujeres y ancianos.

Culturales: Situación de discriminación o riesgo de extinción no sólo en términos biológicos sino sociales y culturales, como poblaciones y como individuos.

Educativas: Bajos índices de escolaridad y de eficiencia interna. Dificultades frente a los procesos de aprendizaje.

Partiendo de estas condiciones, la Fundación tiene como propósito fundamental **contribuir al desarrollo integral del ser humano en todas sus dimensiones y en su entorno**, a través del direccionamiento de programas y proyectos encaminados a la educación, salud, desarrollo económico, ambiental, cultural, vivienda, nutrición, fortalecimiento de la convivencia de manera oportuna y eficaz.

- **Canales:** *¿Cómo establecemos actualmente el contacto con los clientes? ¿Cómo se conjugan nuestros canales? ¿Cuáles tienen mejores resultados? ¿Cómo se integran en las actividades diarias de los clientes?*

En la actualidad, el acercamiento a las comunidades se hace a través de líderes comunitarios. A través del contacto directo con ellos, se identifica las necesidades puntuales de cada comunidad. Así mismo, estas personas dan a conocer a la comunidad los servicios que ofrece la Fundación y ayudan a diseñar los planes y programas de intervención y hacen seguimiento a los avances obtenidos en cada uno, convirtiéndose en retroalimentadores de los procesos.

- ***Relaciones con Clientes: ¿Qué tipo de relaciones hemos establecido? ¿Cómo se integran en nuestro modelo de negocio?***

El tipo de relación que se maneja con las comunidades ha sido directo. En cada una de las fases en que se desarrollan los servicios, desde la identificación de las necesidades, pasando por el diseño y formulación de los planes y programas, hasta la ejecución e implementación, se tiene presencia física por parte de todos los involucrados.

Fundamentalmente, la relación se da a través del desarrollo de talleres lúdico educativos.

- ***Fuentes de Ingresos: ¿Cómo se generan los ingresos?***

De manera general, los ingresos provienen de donaciones que hacen personas naturales y jurídicas. Adicionalmente, los recursos provenientes de organizaciones internacionales se han convertido en una fuente importante de recursos. Sumado a estos, pero en menor escala y menos frecuentes, se reciben algunas partidas de entidades estatales para promover algunos programas puntuales.

- ***Recursos Clave: ¿Qué recursos clave requieren nuestras propuestas de valor, canales de distribución, relaciones con clientes y fuentes de ingresos?***

Fundamentalmente los recursos clave son de carácter físicos, de insumos y humanos. Los físicos están representados por los espacios necesarios para llevar a cabo los procesos de intervención comunitario. Por lo general, estos espacios, al igual que la logística, son provisto por la misma comunidad. Respecto a los insumos, estos consisten, en su mayoría, en materiales pedagógicos, didácticos y lúdicos.

- ***Actividades Clave: ¿Qué actividades clave requieren nuestras propuestas de valor, canales de distribución, relaciones con clientes y fuentes de ingresos?***

Entre las actividades clave se destacan el diseño, la formulación y desarrollo de los planes y programas comunitarios. Así mismo, las visitas a las comunidades, las reuniones con los líderes y el desarrollo de talleres comunitarios, hacen parte de estas actividades.

Por otra parte, el contacto permanente con los donantes, en términos de presentarles avances y resultados de las intervenciones en los proyectos financiados, así como nuevas propuestas de intervención. En este sentido, la búsqueda de nuevas fuentes de ingresos, se convierte en otra tarea clave.

- ***Asociaciones Clave: ¿Quiénes son nuestros socios clave? ¿Quiénes son nuestros proveedores clave? ¿Qué recursos clave adquirimos a nuestros socios? ¿Qué actividades clave realizan los socios?***

Uno de los aliados clave son las organizaciones internacionales. Por un lado, proveen recursos de cooperación para el desarrollo de planes y programas, tanto económicos como humanos; por otro, sirven de enlace y apoyo en el diseño y promoción de nuevos proyectos.

Los donantes por su parte, especialmente personas naturales, son la fuente principal de recursos económicos para la Fundación. Así mismo, muchos de los donantes se involucran directamente en el desarrollo de los proyectos. Por su parte, los donantes correspondientes a personas jurídicas, han sido aportantes importantes de recursos en especie.

- ***Estructura de Costes: ¿Cuáles son los costes más importantes inherentes a nuestro modelo de negocio? ¿Cuáles son los recursos clave más caros? ¿Cuáles son las actividades clave más caras?***

Los costos más importantes por lo general están asociados al personal, especialmente profesionales, vinculados a cada uno de los proyectos. Los costos logísticos y los materiales e insumos, pedagógicos, didácticos y lúdicos, representan otros rubros importantes en los costos de los proyectos desarrollados por la Fundación.

3. LIENZO DE LA PROPUESTA DE VALOR

3.1 SUPUESTOS SOBRE EL PERFIL DEL CLIENTE

3.1.1 Depuración de Información Primaria

El levantamiento del perfil inicial (supuestos del cliente) se basó en el análisis de la información condensada en el Marco de Referencia, específicamente en el apartado 1.5.2 Trastornos Depresivos. Para la depuración de la información se aplicó la herramienta Mapa de Empatía, a través de un ejercicio guiado, utilizando técnicas de pensamiento visual (*Visual thinking*) y pensamiento manual (*Manual thinking*).

Ilustración 11 Sesión guiada levantamiento mapa de empatía



Fuente: Imagen propia

En total, para esta fase, se levantaron tres versiones de mapas de empatía, así: (1) Características generales de una persona con depresión; (2) Sintomatología de una persona con depresión; y, (3) Diferencias de género y de grupos etarios en el padecimiento de síndromes depresivos

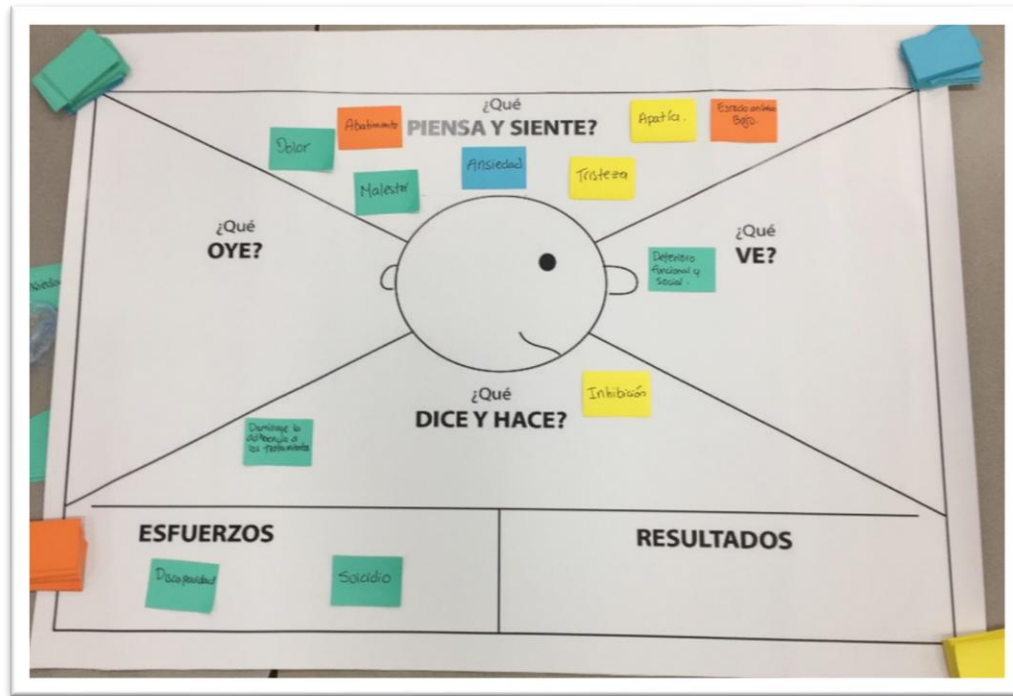
- (1) Un primer mapa correspondiente a las **características generales** de una persona con depresión; en donde se identificó, a través de colores, los tres niveles de significación: síntoma, síndrome y categoría diagnóstica (ver ilustración 9).

En el nivel de significación síntoma (identificados con color azul), la **ansiedad** es una característica que se ubica entre los sentimientos y pensamientos de las personas con síntoma depresivo. En el síndrome (color amarillo), la **tristeza** y la **apatía** se ubican entre los pensamientos y sentimientos más frecuentes, mientras que la **inhibición** (alejamiento de los demás), aparece como una actitud explícita. Por último, respecto a la categoría diagnóstica (color verde), el **dolor** y **malestar corporal** hacen parte de los sentimientos de la persona en este nivel, así mismo, percibe un **deterioro funcional y social** y **comienza a**

disminuir su adherencia a los tratamientos, mientras lucha contra la *discapacidad* y los *pensamientos suicidas*.

El *abatimiento* y un *estado anímico bajo* (ambos en color anaranjados), por su parte, son sentimientos característicos generales que aparecen en los tres niveles de significancia.

Ilustración 12 Mapa de Empatía Características generales persona depresiva: síntoma, síndrome y categoría diagnóstica



Fuete: Imagen propia

- (2) Un segundo mapa correspondiente a la **sintomatología**, recoge la información a través de cinco núcleos: síntomas anímicos, síntomas motivacionales, síntomas cognitivos, síntomas físicos, y, síntomas interpersonales. (ver ilustración10)

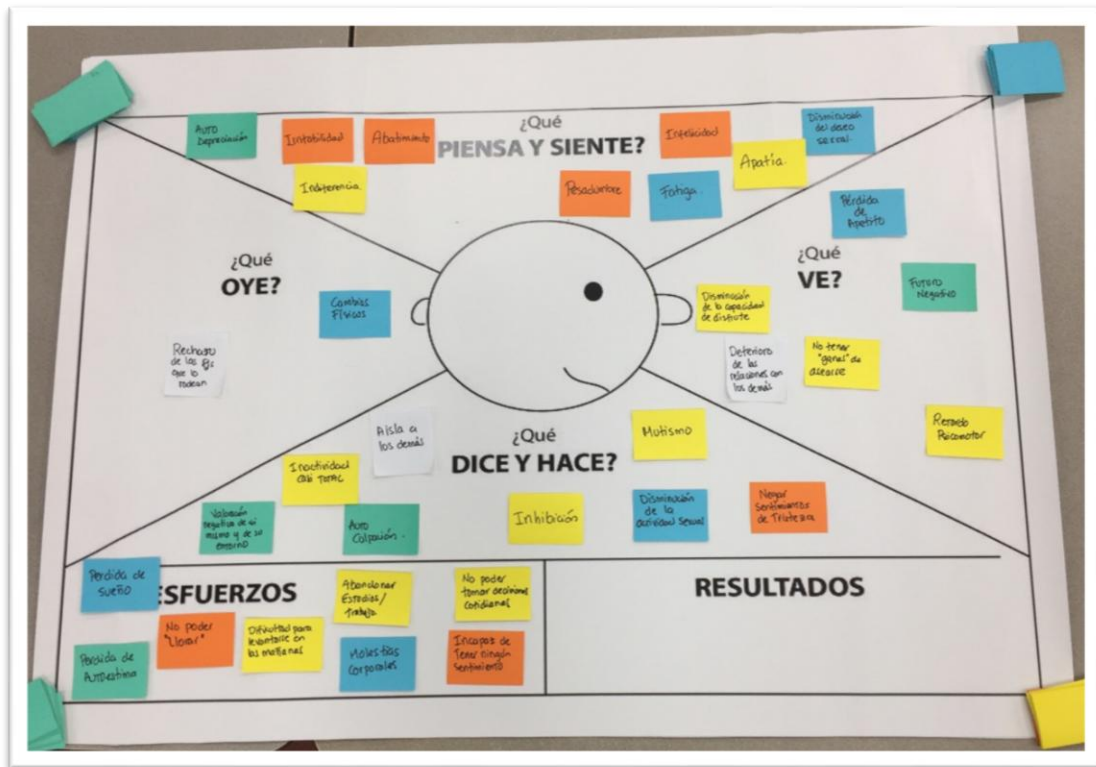
En el núcleo de síntomas anímicos (color anaranjado), *abatimiento*, *pesadumbre*, *infelicidad* e *irritabilidad*, se identificaron como sentimientos y pensamientos, mientras que *la negación de sentimientos de tristeza*, se cataloga como algo visible en su forma de actuar y expresarse. Por su parte, *la incapacidad de tener ningún tipo de sentimiento* y *el no poder desahogarse a través del llanto*, se identifican como esfuerzos a los que se ven enfrentadas las personas en este núcleo.

En el caso de los síntomas motivacionales (color amarillo), entre los pensamientos y sentimientos de las personas con síndrome depresivo se encuentran la **indiferencia** y la **apatía**. Asimismo, comienzan a percibir una *disminución en la capacidad de disfrute y ganas de aarse*, acompañado de un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, especialmente en el habla y los gestos (*retardo psicomotor*). En cuanto a lo que dicen y hacen, adoptan una actitud silenciosa o reservada (*mutismo*) y un estado de *inhibición motivacional* absoluta, e *inactividad casi total*. **Levantarse de la cama por las mañanas, el abandono de los estudios o el trabajo o tomar decisiones cotidianas** se convierten en tareas casi insalvables.

Respecto a los síntomas cognitivos (color verde), la persona con trastorno depresivo siente una **auto-depreciación**, percibe un **futuro incierto** y comienza a **valorarse a sí mismo y a su entorno de forma negativa**. **Auto culparse** de todo lo que sucede es una actitud evidente que lo caracteriza. En este núcleo, la **pérdida de autoestima** es la principal dificultad a la que se ve enfrentado.

Los síntomas físicos (color azul) que caracterizan a una persona en este estado son los sentimientos de **fatiga** y de una **disminución del deseo sexual**, este último lo lleva a **disminuir su actividad sexual** (en hombre suele acompañarse con dificultades para lograr una erección). Percibe una **pérdida de apetito**, mientras que las personas que lo rodean mencionan **cambios en su aspecto físico** (que está delgado o gordo, que se ve cansado, etc.). La pérdida de sueño y molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc.), se convierten en quejas frecuentes.

Ilustración 13 Mapa de Empatía Sintomatología del síndrome depresivo



Fuente: Imagen propia

Por último, respecto al núcleo de síntomas interpersonales (color blanco), las personas con síndrome depresivo escuchan, de manera permanente, **rechazo por parte de las personas que lo rodean**, y comienzan a percibir un **deterioro en las relaciones con los demás**, lo que los lleva a **aislarse**.

- (3) En el tercer y último mapa de empatía, se codificaron, a partir de la propuesta del NIMH (2009) los padecimientos de la depresión en cuatro grupos: mujeres, hombres, adultos mayores, y los niños y adolescentes. (Ver ilustración 11)

Respecto a cómo experimentan las mujeres la depresión (color amarillo), se identificaron dentro de los sentimientos y pensamientos aspectos como: *culpa excesiva*, cambios de ánimo (producto de *cambios hormonales*), *tristeza transitoria*, *estrés*, *tensiones en las relaciones* y pensar que son *inútiles*. Respecto a las conductas (dice y hace) se catalogó el *intento de suicidio*, como la característica fundamental de este grupo. Dentro de lo que perciben se encuentran factores como: *cambios físicos*, *maltrato* y *condiciones de pobreza*. Por su parte, las *responsabilidades del hogar*, el *cuidado de la familia*, la *responsabilidad que implica el tener un recién nacido* (en parturientas), o factores como la *menopausia* (en mujeres de la tercera edad), representan los principales miedos, obstáculos y frustraciones que este grupo enfrenta. El *apoyo emocional* y los *tratamientos activos* aparecen entre sus principales deseos o necesidades.

Ilustración 14 Mapa de Empatía Diferencias de género y de grupos etarios en el padecimiento de síndromes depresivos



Fuente: Imagen propia

Por su parte, el grupo de los hombres (color azul), se caracterizan por asumir *comportamientos imprudentes y riesgoso*, acudir al *consumo de drogas* alucinógenas, al *alcohol* o *enviarse con su trabajo*, *evitan hablar de sus sentimientos*, y de manera frecuente expresan que *tienen fatiga*. El *sentirse irritados* en todo momento o por cualquier circunstancia es otra característica evidente de este grupo. Asimismo, perciben una *pérdida de interés por las actividades* que antes les generaba placer y alteración del sueño. El *suicidio*, producto de cuadros depresivos mayores, es un hecho latente en los hombres.

Los adultos mayores (color anaranjado) escuchan, de médicos y personas cercanas, que el sentimiento de depresión es *algo normal* a esa edad y que es producida por *efectos secundarios* de los medicamentos que toman, o que son causa de *otros padecimientos de salud*; asimismo, que por estas condiciones *no pueden tomar antidepressivos*. Por lo

general, son *menos propensos a sufrir sentimientos de tristeza* que otros grupos, aunque permanentemente están sufriendo de *dolores físicos*. Respecto a las actitudes, *no les gusta reconocer sus sentimientos* y los deciden *pasar por alto*, lo que los lleva a *no desear tomar antidepresivos*. La *depresión vascular*, producto del endurecimiento de los vasos sanguíneos evita que el flujo normal sanguíneo llegue a los órganos del cuerpo, incluyendo el cerebro, se convierte en uno de los obstáculos a superar en este grupo. El *suicidio* también es algo latente en los adultos mayores. Por su parte, los *tratamientos antidepresivos* y las *psicoterapias* muestran altas medidas de éxito.

Los niños y adolescentes (color ver) se *tornan irritables*, se *sienten incomprendidos*, *ansiosos* y de *mal humor*. Tienen sentimientos de *miedo de que alguno de sus padres pueda morir*, de *no recibir tratamiento*, *pensamientos suicidas* y *trastornos alimenticios*. Escuchan que el *cambio en sus estados de ánimo es normal* a su edad. Experimentan *consumo de sustancias psicoactivas*, asumen un *comportamiento perturbador*, son *negativos* en su pensar y actuar, y, *se niegan ir a la escuela*. Este grupo piensa que la *medicación* y la *psicoterapia* podrían mejorar su situación.

3.1.2 Elaboración del Perfil Inicial

A partir del análisis de la información identificada en los tres mapas de empatía, se elaboró el perfil inicial del cliente, definiendo sus principales tareas, frustraciones y alegrías (ver ilustración 12). A este perfil se le dio el nombre de *“Pealdes”* – Personas Altamente Depresivas, las cuales presentan las siguientes características.

- Hombres y mujeres de 18 años en adelante
- Se desempeñan como trabajadores y/o estudiantes o están desempleados o pensionados
- Tiene ingresos medios o no tienen ingresos
- Viven en zonas de estratos medio a bajo
- Han sido diagnosticados con trastornos depresivos

Dentro de las **tareas o** actividades principales que estos Pealdes intentan resolver en su vida laboral o personal se encuentran: No quitarse la vida, No tener que abandonar sus actividades cotidianas (trabajo, estudio, hogar), Mantener una dieta regular, Sentirse tranquilos y Mantener buenas relaciones con los demás.

Respecto a sus principales **frustraciones**, las principales cuestiones que les molesta antes, durante y después de intentar resolver una tarea o, simplemente, lo que les impide resolverla se definieron: Sentimiento de culpa, Irritabilidad, Ansiedad, Pérdida de interés y Negatividad.

Por último, en lo referente a las **alegrías**, como resultados y/o beneficios que esperan obtener, se especificaron: Bienestar físico, Sentirse alegres, Verse bien, Sentirse útiles y No tener que tomar antidepresivos.

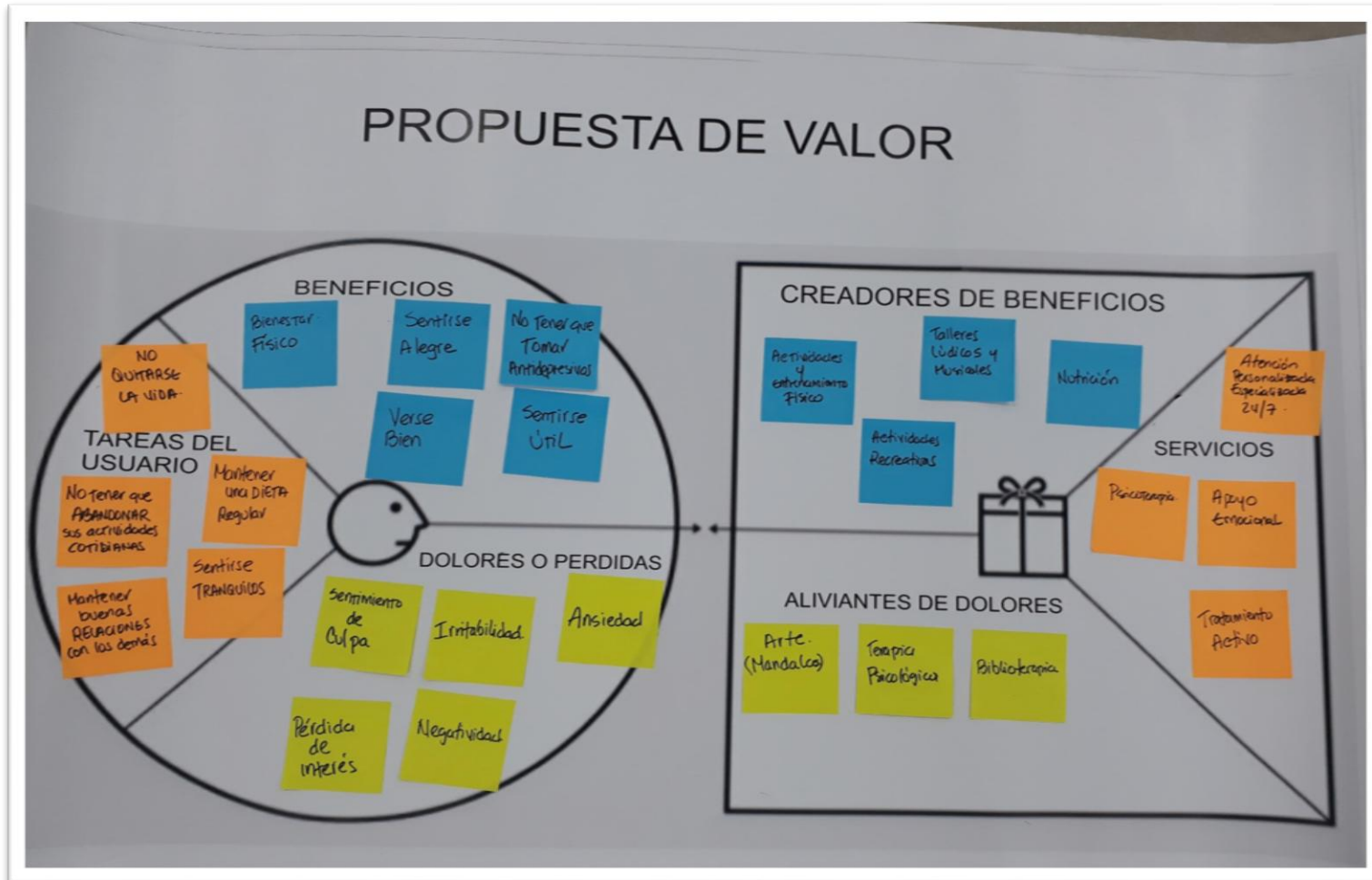
Ilustración 15 Perfil Inicial del Cliente - Pealdes



Fuente: Elaboración propia

3.2 MAPA DEL LIENZO DE VALOR CON EL CLIENTE

Ilustración 16 Lienzo de la propuesta de valor inicial



Fuente: Elaboración Propia

A partir de la identificación del perfil del cliente, se pasó a diseñar un paquete de soluciones que permitiera atender los diferentes trabajos, frustraciones y alegrías del segmento identificado como Pealdes. Estos elementos configurarían el **encaje problema- solución**, el cual puede ser observado en la ilustración 13.

La solución incluye los siguientes aspectos:

- ***Servicios que atienden los Trabajos de los clientes:***

Psicoterapia: La psicoterapia o "terapia hablada", es una parte importante del tratamiento para la depresión en muchas personas. Algunas veces, ésta puede funcionar sola, cuando se trata de casos de depresión leve a moderada o puede ser utilizada en conjunto con otros tratamientos. Las personas que sufren de una depresión profunda, es posible que no se beneficien de la psicoterapia, hasta que sus síntomas hayan sido controlados con otro tipo de tratamiento.

Se ofrecen dos tipos de psicoterapia: interpersonal y cognitiva conductual. La psicoterapia consiste en proporcionar recursos, conocimientos y apoyo a la persona a fin de animarla a reaccionar y evitar la tentación de un peligroso abandono o que se precipite el juicio de fracaso. A fin de esclarecer cuáles son los puntos en los el deprimido puede intervenir y cambiar su propio desánimo recorreremos los diversos factores que influyen en la depresión:

- El sistema de valores de la persona, adquirido a través de sus experiencias y su educación.
- Los deseos y proyectos, tanto antes de la depresión como en el período de desánimo.
- El control de la disposición emocional por medio de las expectativas y valoraciones.
- Los planes de acción conducentes a la mejora del ánimo.
- El papel de la autoestima, la autoeficacia e imagen de la identidad en el resultado de las acciones y proyectos, y por lo tanto el ánimo derivado de ello.
- Recursos indirectos de influencia en el estado de ánimo.

Estos diferentes aspectos, de hecho, funcionan de una forma conjunta, y aquí los separamos por razones de aportar mayor claridad. Normalmente la alteración de uno influye en los demás, por lo que la mejora final del ánimo puede provenir de diversas fuentes. Este servicio será prestado por profesionales del área de la psicología.

Apoyo Emocional: Muy similar a la anterior, pero con la diferencia que para este servicio se desarrollarán terapias de grupo, para parejas y familiar.

Línea de atención personalizada especializada 24/7: Centro de llamadas para atender pacientes en crisis las 24 horas a la semana. Este servicio lo llevaría a cabo personal especializado (enfermeros y/o trabajadores sociales) en tratamiento depresivo severo.

Tratamientos activos: Las técnicas activas se utilizarán cuando los pacientes no puedan enunciar sentimientos difíciles. En este caso, el terapeuta utiliza técnicas clínicas para establecer una conexión con el paciente en un diálogo improvisado, que luego puede actuar como plataforma para la concienciación emocional. Las técnicas receptivas incluyen el uso

de música precompuesta para la relajación, la reflexión, la imaginación guiada y el cambio del estado de ánimo.

- ***Aliviadores de frustraciones:*** Con el propósito de mejorar la experiencia y prevenir cuadros agudos de depresión severa, los pacientes tendrán acceso a sesiones de arte (Mándala), biblioterapia y terapia psicológica.
- ***Generadores de Alegría:*** Adicional a los servicios antes mencionados, se ofrecerán de manera regular actividades y entrenamiento físico, talleres de manualidades, programas recreativos y diseño de dietas personalizadas y regulación nutricional.

4. DISEÑO DE LA PROPUESTA DE VALOR

4.1 VALIDACIÓN DEL PERFIL DEL CLIENTE

Para llevar a cabo la validación del perfil del cliente, se realizó una prueba de tamizaje que se colgó por un mes en la página web de la fundación vida digna⁴. El test utilizado fue la escala para la autoevaluación para la depresión de Zung, esta escala sirvió como herramienta de tamizaje para evaluar el grado de depresión de las personas.

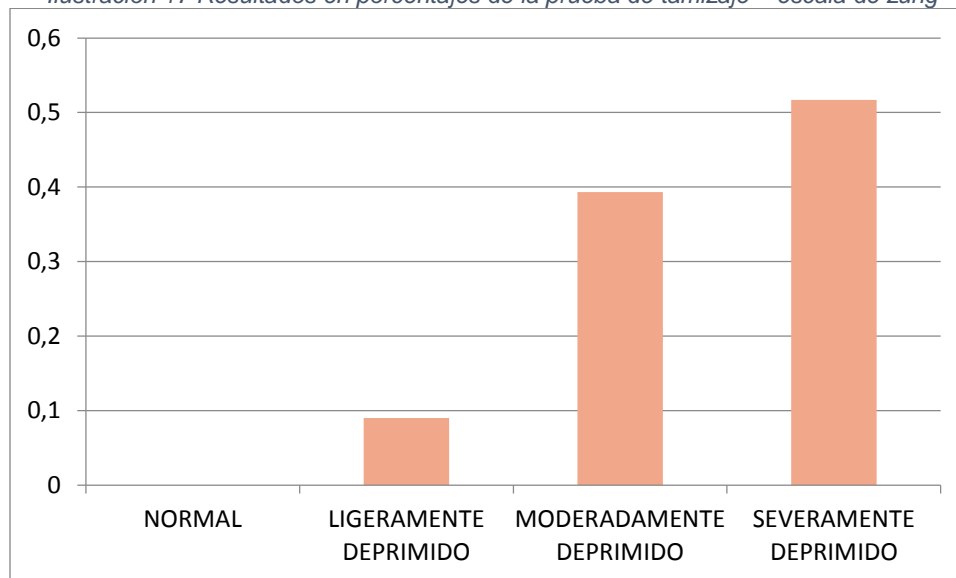
La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

El rango de calificación es de 20-80 y se interpreta de la siguiente manera:

- 25-49 Rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

El link de la escala se hizo público a través de las redes sociales como Facebook, Twitter e Instagram. Fue diligenciado por 89 individuos con depresión de diferentes grados (leve, moderada o severa). De las personas que diligenciaron el test, 9% (8) estaban ligeramente deprimidos, 39% (35) estaban moderadamente deprimidos y el 52% (46) severamente deprimidos.

Ilustración 17 Resultados en porcentajes de la prueba de tamizaje – escala de zung



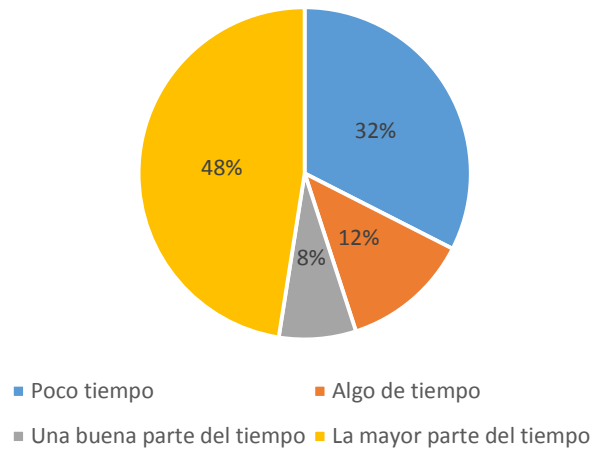
⁴ La página web de la fundación es: www.fvidadigna.org

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados

Una vez se tabularon los datos, se contactaron a 40 de los 46 individuos que tuvieron un grado de depresión severa (mayor de 70) según la escala de Zung para depresión. Estos fueron contactados por vía telefónica o correo electrónico, para hablarles de la investigación y en caso aceptaran, llenar el consentimiento informado del estudio, con el fin de poder participar.

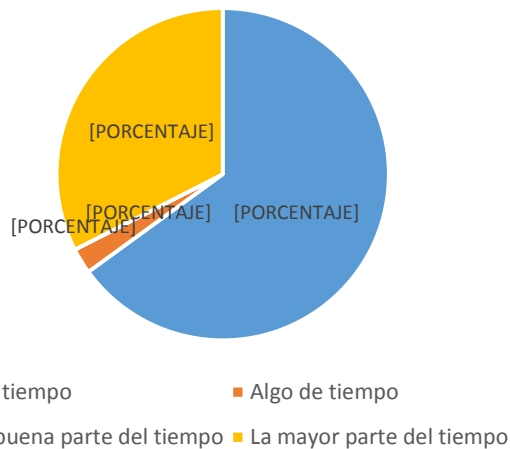
Por segunda vez, se les aplicó la escala de Zung a estos 40 pacientes, con la ayuda de una persona experta, para rectificación de los datos y el puntaje obtenido inicialmente.

Gráfico 1. Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: Me siento decaído y triste



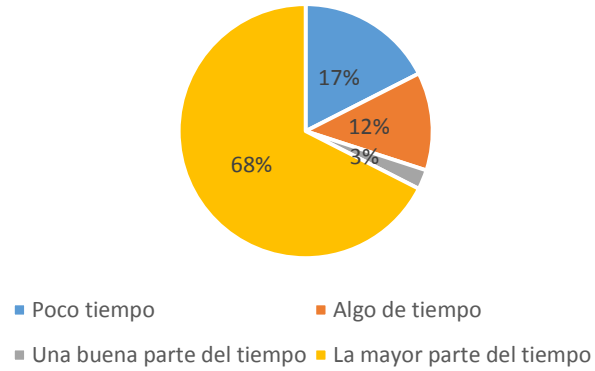
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2. Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: Por la mañana me siento mejor



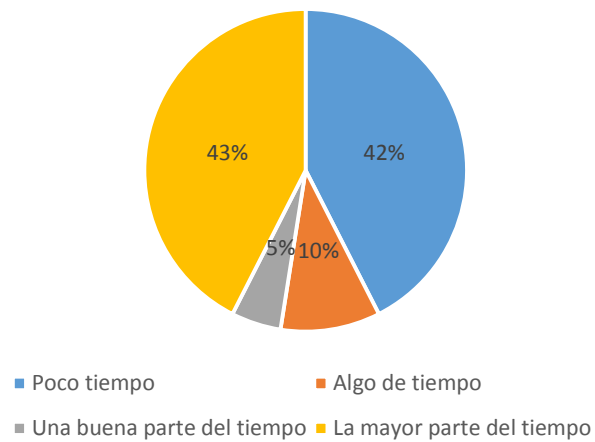
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3. Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto



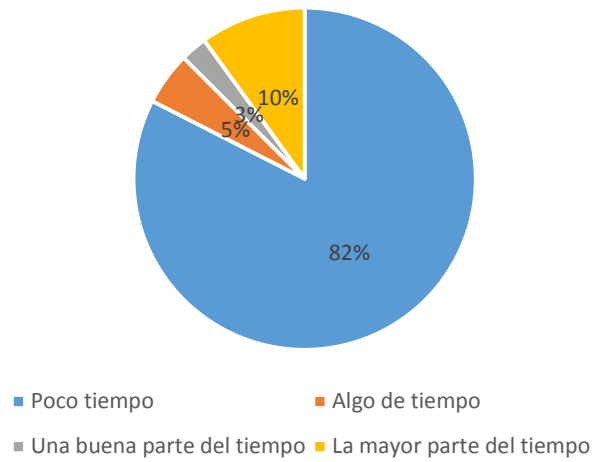
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 4. Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: Tengo problemas para dormir por la noche



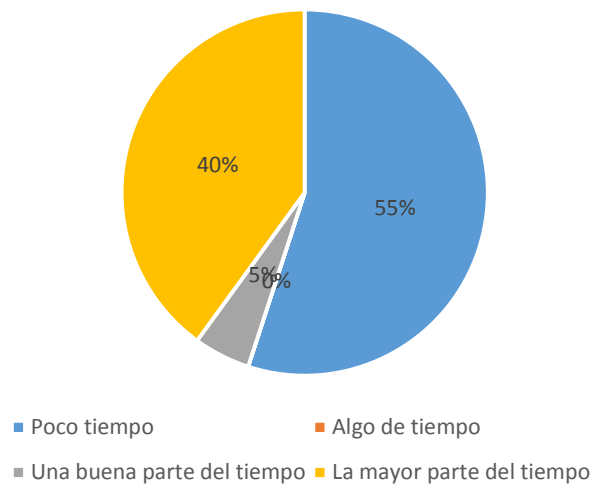
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5. Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: Como la misma cantidad de siempre



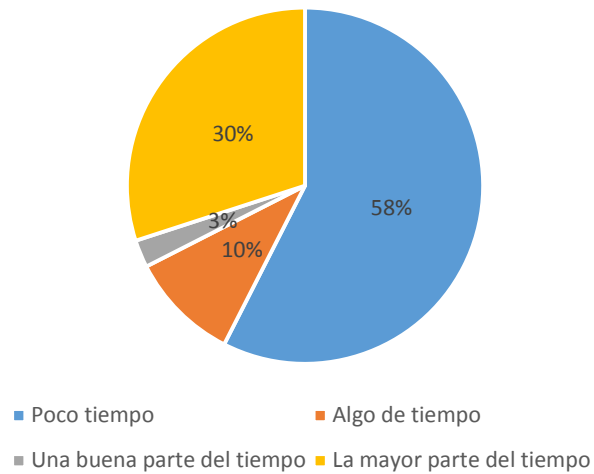
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 6. Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: Todavía disfruto del sexo



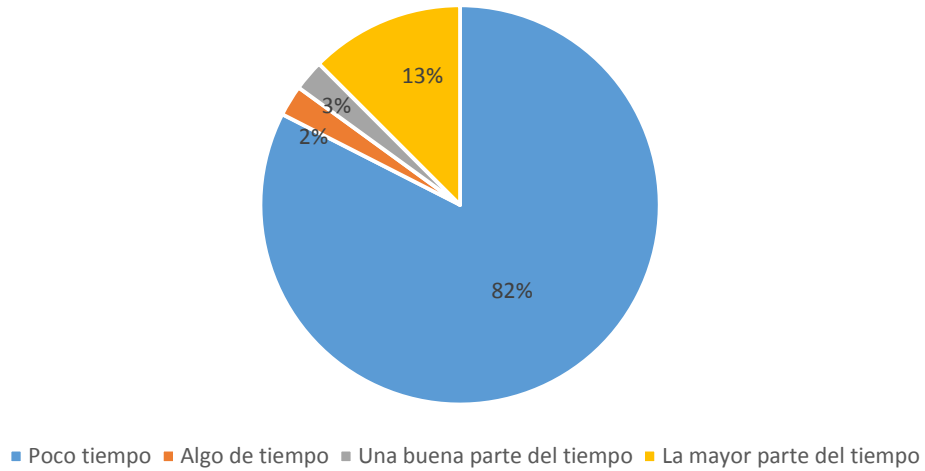
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 7. Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: He notado que estoy perdiendo peso



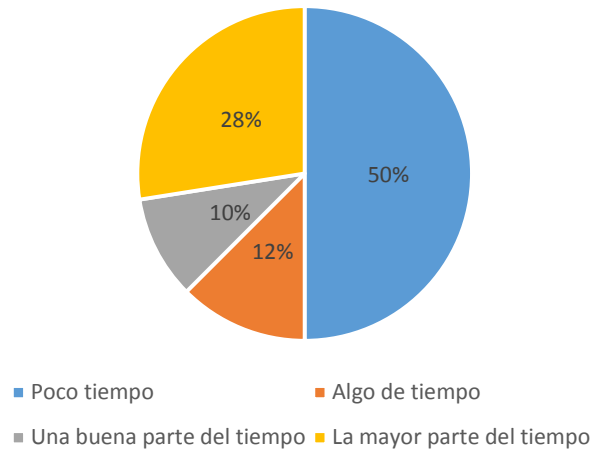
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 8. Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: Tengo problemas de estreñimiento



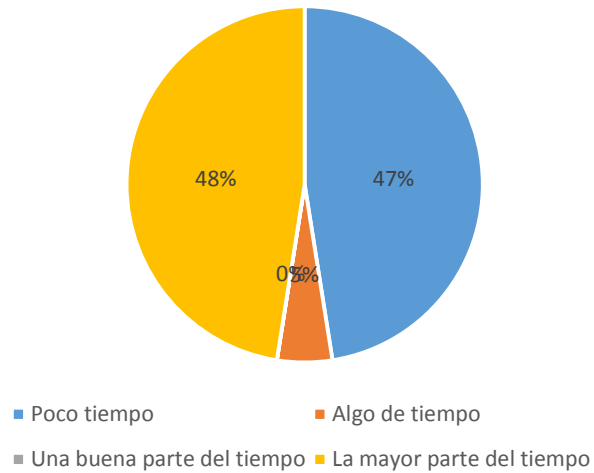
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 9 . Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: Mi corazón late más rápido de lo normal



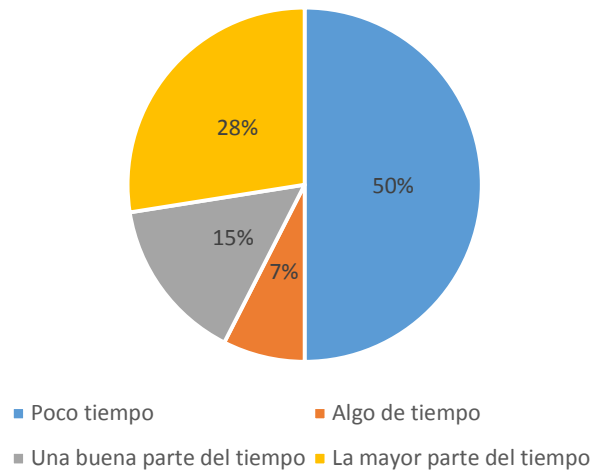
Fuente: Elaboración propia

Grafico 10. Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: Me canso sin razón alguna



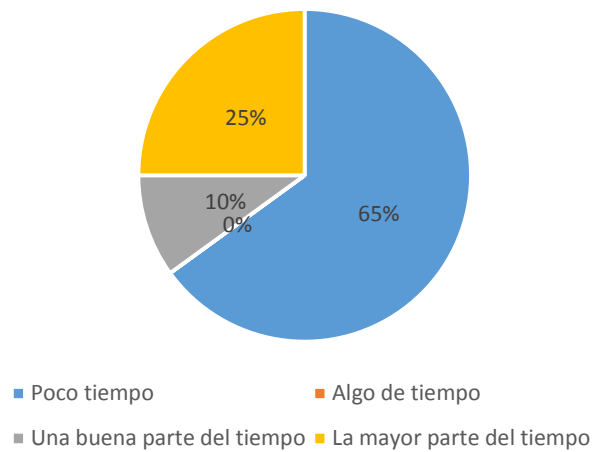
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 11. Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: Mi mente está tan clara como siempre



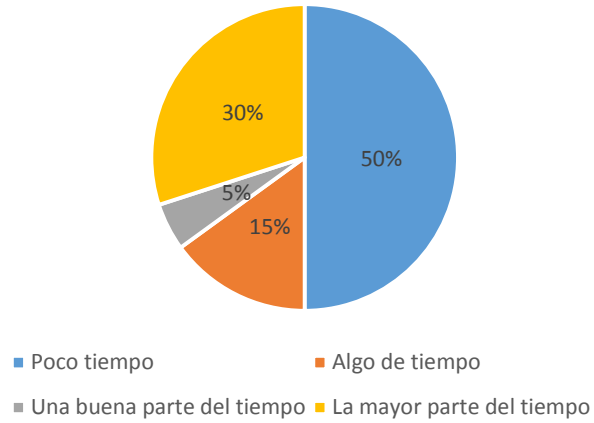
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 12. Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: Me es fácil hacer lo que siempre hacía



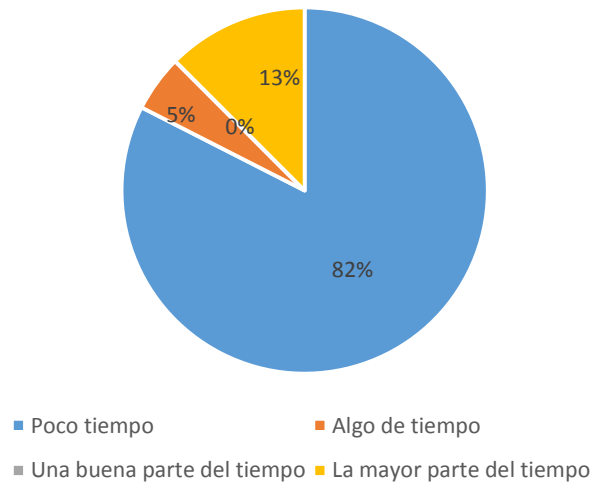
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 13. Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: Me siento agitado y no puedo estar
quieto



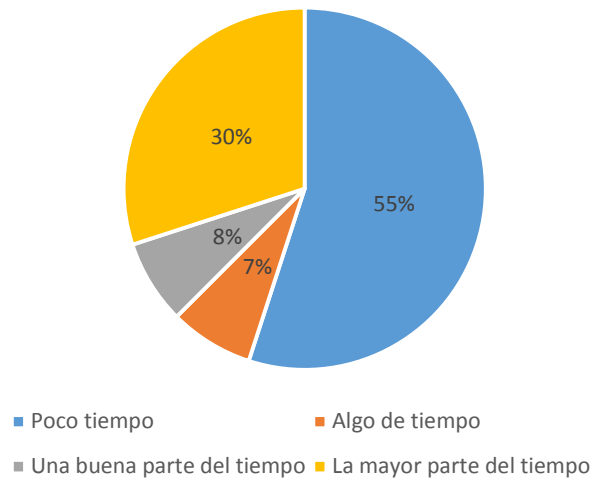
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 14. Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: Siento esperanza en el futuro



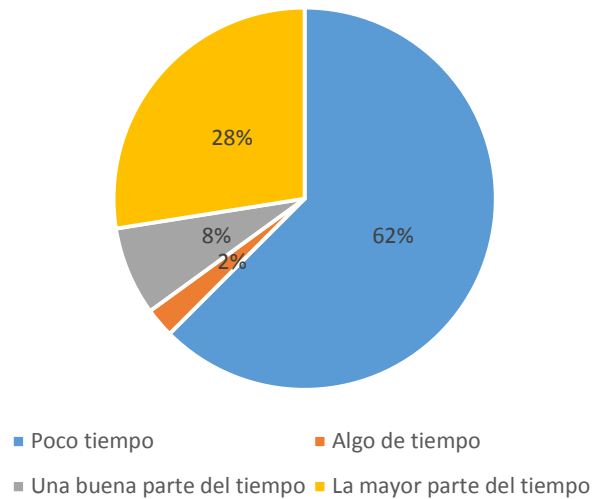
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 15. Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: Estoy más irritable de lo normal



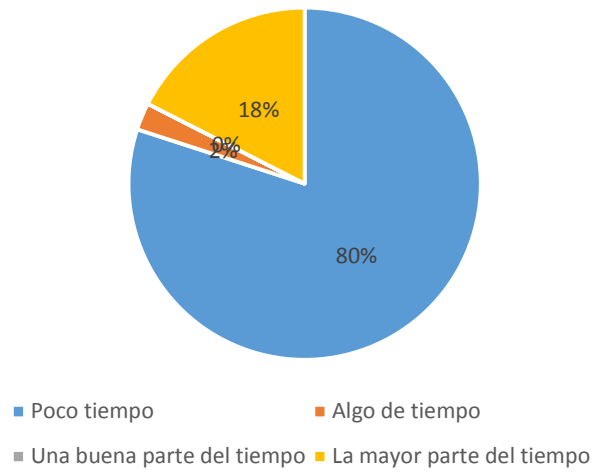
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 16. Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: Me es fácil tomar decisiones



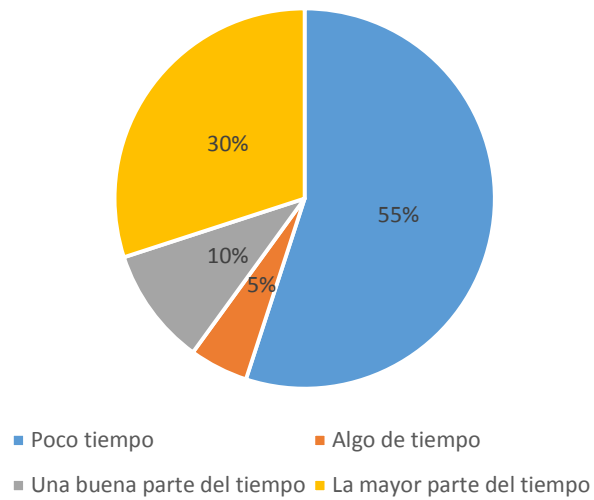
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 17. Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: Siento que soy útil y me necesitan



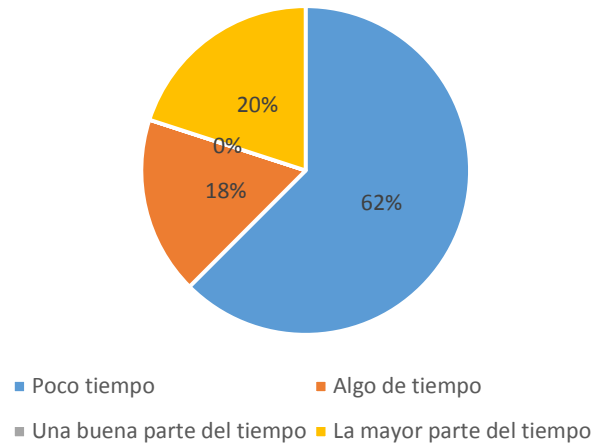
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 18. Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: Mi vida es bastante plena



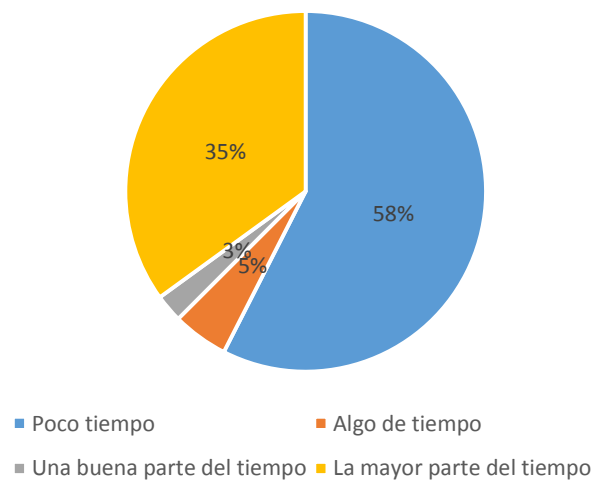
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 19. Escala de autoevaluación de Zung.
Pregunta: Siento que los demás estarían mejor si yo muriera



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 20. Escala de autoevaluación de Zung .
Pregunta: Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes



Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en los datos arrojados de la aplicación del test de Zung, los elementos de validación respecto a cada componente del perfil del cliente son los siguientes⁵:

Tareas de los Clientes	Validación	Medida
No quitarse la vida	✘	Sólo el 38% sienten que los demás se sentirían mejor si murieran
Mantener una dieta regular	+	Para el 82% experimenta cambios en sus hábitos alimenticios
Sentirse tranquilos	+	A pesar de que sólo el 56% expresó sentirse decaído y triste la mayor parte del tiempo, se suman a este ítem las ganas de llorar (71%), sentimiento de desesperanza (82%) y sentirse tristes especialmente en la mañana (65%)
Mantener buenas relaciones con los demás		No se validó con la prueba
No tener que abandonar sus actividades cotidianas	+	Para el 65% no le es fácil hacer lo que hacía antes
Tomar decisiones	Nueva	Para el 70% no le es fácil tomar decisiones
Sentirse útil	Nueva	Aunque está condición estaba en los generadores de alegría, se encontró que el 80% expresa sentirse inútil.

Frustraciones	Validación	Medida
Sentimiento de culpa		No se validó con la prueba
Desinterés	=	El 63% dice no disfrutar de las cosas que disfrutaba antes
Negatividad	=	El 60% expresan que su vida es poco plena
Se siente irritado más de lo normal	✘	Sólo el 38% dice sentirse irritado más de lo normal
Ansiedad	✘	Sólo el 35% sostiene que se siente inquieto la mayor parte del tiempo

Por otra parte, partiendo de las mismas preguntas del test de Zung, se realizaron entrevistas aleatorias a otras 20 personas, con sospecha de síntomas de depresivos, en zonas públicas como parques, centros comerciales y clínicas.

Los comentarios más repetidos y más relevantes de las personas entrevistadas al azar sobre la depresión fueron:

⁵ Se toman como valores validados positivos, aquellos cuyo porcentaje se encuentre por encima de 65% del total de la muestra. Los códigos utilizados son los siguientes: + Validado positivamente, X Validado negativamente, y = los valores arrojados son medios y se necesitan más datos para poder decidir si rechazarlo o aceptarlo como cierto.

Ítem	Afirmación	Repeticiones	Componentes	Validación ⁶
1	Me siento sin ganas de levantarme en las mañanas	16	Frustración	✗
2	Me siento muy sola/solo	18	Trabajo	+
3	La vida se torna sin sentido cada vez más	19	Frustración	+
4	Nadie me quiere, el mundo es un mejor lugar sin mí	17	Trabajo	+
5	Me siento rechazado por todos, nadie me escucha ni me entiende	17	Trabajo	+
6	No duermo bien en las noches	20	Alegría	+
7	Siempre necesito tomar algo que me relaje para dormir	18	Alegría	+
8	Entro en mucha discusión con los que están alrededor mío	15	Frustración	✗
9	Nadie entiende por lo que estoy pasando, a veces ni yo mismo me entiendo	18	Trabajo	+
10	Los días pasan como si fueran años, siento que todo va muy lento	14	Frustración	✗
11	A veces me siento sin ganas de vivir o seguir adelante	19	Trabajo	+
12	Me cuesta mucho concentrarme en lo que hago y aún más cuando estoy trabajando u estudiando	20	Trabajo	+
13	Me irrito fácilmente y quiero reventar en quien sea de la molestia y rabia que me da	20	Frustración	+
14	Discuto muchos con mis padres	18	Trabajo	+
15	Mi relación con mi pareja se está deteriorando cada día más	17	Trabajo	+
16	Estoy muy inhibido sexualmente, y esto me está afectando mi relación de pareja	18	Frustración	+
17	Estoy inapetente , hasta las comidas que me gustaban ya no me llaman la atención	16	Trabajo	✗
18	Como mucho, me siento muy ansioso, como por comer, sin tener hambre y más que todo dulce y comidas rápidas	17	Trabajo	+
19	Quiero salir de este estado pero no sé como	19	Trabajo	+
20	Necesito ayuda, pero no sé dónde buscarla	20	Trabajo	+

⁶ Para la validación positiva, solo se toman en cuenta los ítems cuyas repeticiones estén por encima del 85%, es decir, 17 o más veces. Los códigos utilizados son los siguientes: + Validado positivamente, X Validado negativamente. Los valores negativos se rechazan.

4.2 AJUSTES AL PERFIL DEL CLIENTE

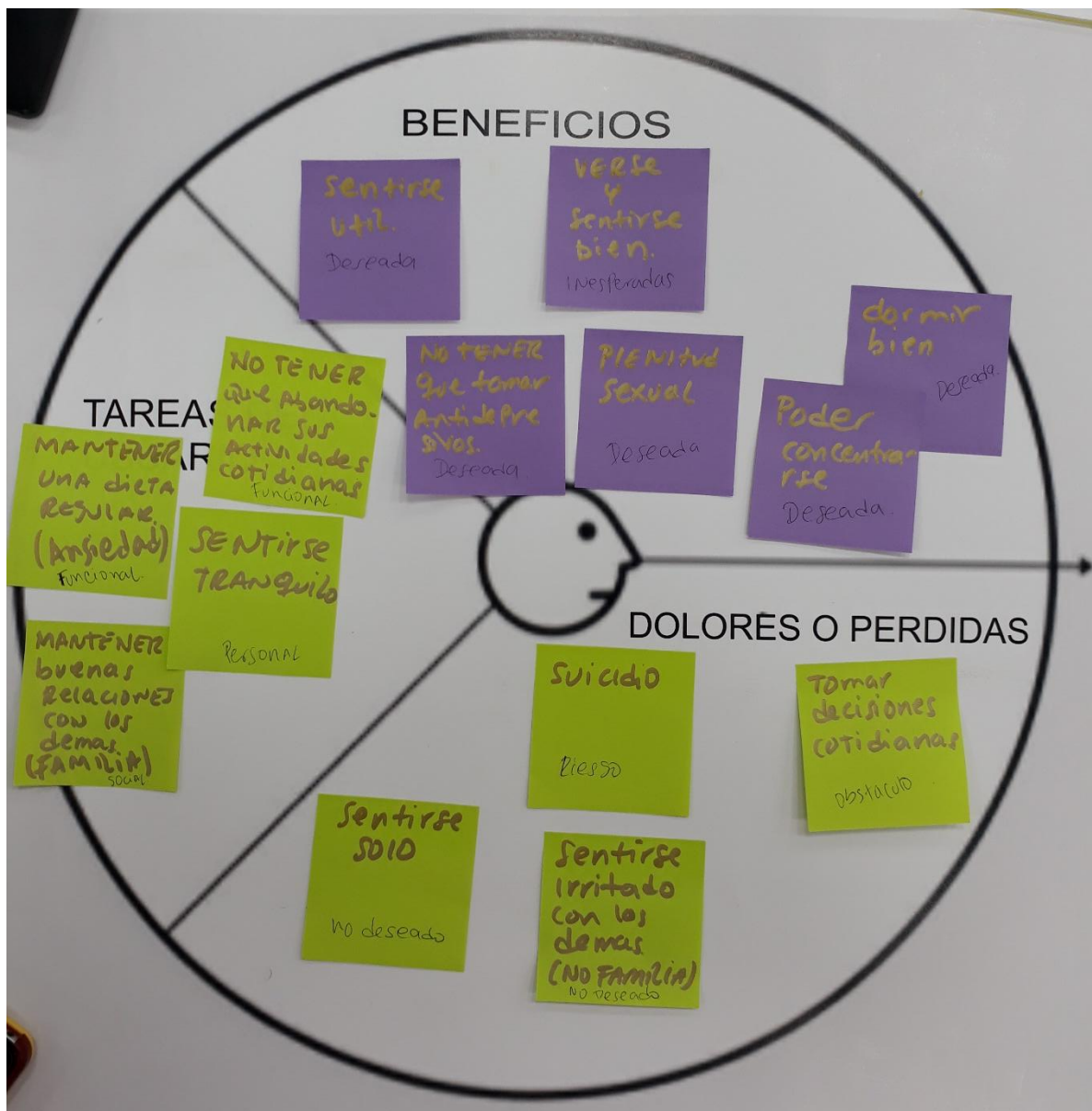
A partir de los resultados obtenidos de la aplicación del test de Zung y las entrevistas realizadas a personas con un cuadro de Depresión Severa, se reajusto el mapa del perfil del cliente, de acuerdo a los siguientes parámetros:

Elemento	Componente	Ajuste
No tener que abandonar sus actividades cotidianas	Trabajo del cliente <i>(Tarea funcional)</i>	Fue validado, por lo tanto, no se modifica, ni si elimina.
Mantener una dieta regular	Trabajo del cliente <i>(Tarea funcional)</i>	Fue validado, por lo tanto, no se modifica. Se asocia con ansiedad que antes aparecía en frustraciones.
Mantener buenas relaciones con los demás	Trabajo del cliente <i>(Tarea social)</i>	Fue validado, por lo tanto, no se modifica. Se hace énfasis en relaciones familiares.
Sentirse tranquilo	Trabajo del cliente <i>(Tarea personal)</i>	Fue validado, por lo tanto, no se modifica.
Tomar decisiones cotidianas	Frustración <i>(Obstáculo)</i>	Se reclasifico, antes aparecía como Trabajo del cliente, pero se encontró que era un obstáculo.
Sentirse solo	Frustración <i>(Estado No Deseado)</i>	Se reclasifico, antes aparecía como No sentirse solo en Trabajo del cliente, pero se encontró que era un estado No deseado.
Suicidio	Frustración <i>(Riesgo)</i>	Antes aparecía registrada en Trabajos del Cliente como No quitarse la vida.
Sentirse irritado con los demás	Frustración <i>(No Deseado)</i>	Se incluye como frustración. Se hace énfasis en las relaciones con personas no pertenecientes al núcleo familiar.
Sentimiento de culpa	Frustración	No pudo se validado a través de las pruebas
Pérdida de interés	Frustración	No pudo se validado a través de las pruebas
Negatividad	Frustración	No pudo se validado a través de las pruebas
Ansiedad	Frustración	La validación fue rechazada, pero se asoció con mantener una dieta regular (TDC)
Sentirse útil	Alegría <i>(Deseada)</i>	Fue validado.
Bienestar físico	Alegría	La validación fue rechazada.
Verse bien y sentirse bien	Alegría <i>(Inesperadas)</i>	Se agruparon como un solo componente.

No tener que tomar antidepresivos	Alegría (Deseada)	Fue validado, por lo tanto, no se modifica.
Plenitud sexual	Alegría (Deseada)	Se incluye como nuevo.
Dormir bien	Alegría (Deseada)	Se incluye como nuevo.
Poderse concentrar	Alegría (Deseada)	Se incluye como nuevo.

En función a la información anterior, a continuación, se presenta, de manera gráfica, los ajustes al perfil del cliente, así:

Ilustración 18 Mapa del perfil del cliente ajustado (Validación)



Fuente: Elaboración propia

4.3 TAMAÑO ACTUAL DEL MERCADO

En América los trastornos mentales representan el 22,4% de la carga general de enfermedad y, junto con otros problemas psicosociales, representan una importante y significativa parte de la morbilidad que se atiende en los centros de atención primaria.

La mayoría de los trastornos mentales severos comienzan durante la niñez y la adolescencia. De hecho, 75% de los trastornos mentales se inician antes de los 24 años de edad.

La población adulta mayor se ha incrementado en los países de América latina y el Caribe, al igual que han aumentado los trastornos mentales asociados a esta etapa de la vida, como la depresión, las demencias, los cuadros delirantes y el abuso. Se estima que 30% de las personas mayores de 65 años padecen de depresión.

En muchos países de América el presupuesto dedicado a la salud mental aún no excede el 1% del presupuesto general de salud. Lo más preocupante es que más de 90% de ese financiamiento se dedica a hospitales psiquiátricos, es decir, que la estructura del gasto no responde a los nuevos modelos de atención descentralizados e insertos en la comunidad.

El estudio nacional de Salud mental realizado en Colombia en el año 2003, pretendió dar respuesta a:

- Que tan extendida esta la enfermedad mental en el país.
- Cuáles son los trastornos más importantes y quienes lo padecen.
- Existen variaciones regionales.
- Como se distribuye en los diferentes grupos de edad.

De acuerdo a este estudio se demostró que el 40% de la población nacional, alguna vez en su vida ha presentado cualquier trastorno mental, cifra bastante preocupante. Entre estos trastornos se destacan los trastornos de ansiedad con un 19%, seguido por trastornos afectivos (principalmente episodios depresivos) por un 15% en mayor porcentaje en mujeres, en tercer lugar, los trastornos por abuso de sustancias con un 10%, principalmente en hombres.

De acuerdo a las zonas de origen se ven más propensas las personas a presentar algún tipo de trastorno mental. En cuanto a las edades de origen de las patologías mentales son similares con respecto a otros países con condiciones similares, entre los que se destacan, trastornos de atención a los 5 años, la fobia específica a los 7 años y la ansiedad de separación a los 8 años, son los tres padecimientos más tempranos. El trastorno de conducta y el trastorno desafiante surgen a los 10 años, la fobia social y la agorafobia a los 14 y 16 años respectivamente. A los 19 años la dependencia de las drogas y a los 21 la dependencia a alcohol. En general los trastornos de ansiedad son los que aparecen a edades más tempranas, seguidos por trastornos por uso de sustancias y por último los trastornos afectivos.

Además, cerca del 21% de la población ha tenido alguna vez en su vida o ideación, planeación o intentos suicidas no consumados, cifras bastante elevada con respecto a la presentada en otros países, y en las cuales hay que hacer énfasis en la detección temprana de esta problemática.

Las depresiones son prevalentes en la población general (3 al 5%) y muy comunes en la consulta de medicina general (12.2 al 25% de los pacientes). Según Watts solo el 0.2% de los pacientes deprimidos consulta al Psiquiatra, un 9% al médico general y aproximadamente un 89% nunca acuden a consulta por esta razón.

Los estudios de prevalencia puntual realizados en Norteamérica, reportan un 2.2% de casos de depresión mayor y de Distimia del 3%. El riesgo que un individuo tiene de sufrir un episodio depresivo mayor durante su vida es de 4.4% y de Distimia es del 6%. La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno depresivo mayor (TDM) es de 10-25% para mujeres entre 5-12% para hombres (DSM-IV).

De los pacientes hospitalizados en salas medicas aproximadamente un 20-25% padecen básicamente un trastorno depresivo. La Depresión mayor puede producirse en cualquier momento de la vida, con una edad promedio de diagnóstico a los 20 años. Parece que la edad de inicio ha disminuido y la frecuencia a aumentado, en los nacidos después de 1945, lo cual ha atribuido a que la cultura actual es “depresiva” por aumento de las situaciones de desvalimiento. Los cambios en la estructura familiar y la urbanización creciente, también aumentan la vulnerabilidad a la depresión.

Otros factores que contribuyen a este aumento según la OMS son la longevidad, los rápidos cambios psicosociales, el aumento de las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cerebro vascular, neurológicas y del colágeno), el exagerado consumo de ciertas drogas, sin la indicación médica, como los sedantes, los antidepresivos y los anticonceptivos que frecuentemente producen depresiones secundarias.

Por su parte, el distrito de Cartagena en los últimos 25 años ha experimentado una transformación compleja de sus condiciones de salud, estos cambios han tenido profundas repercusiones en la organización de los servicios de salud y otros tipos de servicios que influyen en el desarrollo social. Las enfermedades transmisibles, la desnutrición y los problemas de la salud reproductiva mantienen su predominio.

La pirámide poblacional del distrito de Cartagena tiene una forma progresiva, triangular, de parasol o pagoda: Indica una destacada importancia de población joven, con una base ancha por las altas tasas de natalidad, y una rápida disminución de la población conforme nos acercamos a la cima (es decir, con una reducción del número de ancianos), por unas tasas de mortalidad elevadas en adultos mayores y una esperanza de vida bajas.

Cartagena cuenta con un área de 60.900 hectáreas, de las cuales 7.590,8 (el 12.5%) corresponden a suelo urbano y 53.309 hectáreas a suelo rural (87.5%). Su población según cifras del DANE para el 2012 estaba en 967.103 habitantes, y estimada para el año 2013 en 978.600 se concentra en el área urbana donde reside aproximadamente el 95.5% (934.563 habitantes) y el 4.5% (44.037) restante vive en el área rural e insular.

Del total de la población del distrito de Cartagena del año 2012, un 52% (n=500.574) pertenecen al género femenino, mientras que un 48% (n=466.529) al sexo masculino. Un 95% (n=923.414) de la población Cartagenera se concentra en el área urbana, mientras que un 5% (n=43.689) en el área rural.

De acuerdo al último Análisis de Situación de Salud de Cartagena, durante el año 2012 se presentaron un total de 2.922 casos de Enfermedades Mentales, siendo la Esquizofrenia la patología que registrara el mayor porcentaje con un 21,9% (n=640); seguida del Episodio Depresivo con un 17,4% (n=507); el tercer lugar lo ocupó el Abuso o Consumo Perjudicial con un 13,3% (n=388); el cuarto y quinto lugar le correspondió al Trastorno Bipolar y a los Trastornos de Ansiedad con un

9,1% (n=266) y 7,4% (n=217) respectivamente. Dentro de las primeras 20 causas de patologías mentales se encuentran el Trastorno Mental debido a lesión Cerebral y los Trastornos Hiperquinéticos con un 0,6% (n=18) y 0,5% (n=16) respectivamente.

Tabla 4 Enfermedades Mentales más frecuentes en el distrito de Cartagena 2012

Patología	Frecuencia
Esquizofrenia	640
Episodio depresivo	507
Abuso o consumo perjudicial	388
Trastorno bipolar	266
Trastorno de ansiedad	217
Trastorno adaptativo	77
Trastorno psicótico agudo	76
Trastorno esquizoafectivo	74
Demencia	71

Fuente: DADIS 2012

Dentro de las primeras 20 causas de patologías mentales se encuentran el Trastorno Mental debido a lesión Cerebral y los Trastornos Hiperquinéticos con un 0,6% y 0,5% respectivamente (ver tabla 1).

4.4 SOLUCIONES ACTUALES

La depresión, aun en los casos más graves, es un trastorno altamente tratable. Al igual que con muchas enfermedades, mientras más pronto pueda comenzar el tratamiento, más efectivo es y las probabilidades de prevenir una repetición son mayores.

El primer paso para obtener el tratamiento adecuado es visitar a un médico. Ciertos medicamentos y condiciones médicas, tales como virus o trastornos de tiroides, pueden provocar los mismos síntomas que la depresión. Un médico puede descartar estas posibilidades por medio de un examen físico, una entrevista, y pruebas de laboratorio. Si el médico puede descartar a una condición médica como la causa, él o ella debe llevar a cabo una evaluación psicológica o referir al paciente a un profesional de la salud mental.

El médico o profesional de la salud mental llevará a cabo una evaluación diagnóstica completa. Él o ella debe conversar con el paciente sobre cualquier antecedente familiar de depresión y obtener todos los antecedentes de los síntomas, por ejemplo, cuándo comenzaron, cuánto han durado, su gravedad, y si ocurrieron antes, y si los síntomas ocurrieron antes, cómo fueron tratados. Él o ella también debe preguntar si el paciente consume alcohol o drogas y si ha tenido pensamientos suicidas o de muerte.

Una vez diagnosticada, una persona con depresión puede ser tratada con varios métodos. Los tratamientos más comunes son la medicación y la psicoterapia.

- **Medicamentos**

Los antidepresivos normalizan las sustancias químicas naturales del cerebro llamadas neurotransmisoras, principalmente la serotonina y la norepinefrina. Otros antidepresivos normalizan el neurotransmisor dopamina. Los científicos que estudian la depresión han descubierto que estas

sustancias químicas en particular participan en la regulación de los estados de ánimo, pero no están seguros de cómo exactamente funcionan.

Los tipos de medicamentos antidepresivos más nuevos y populares se llaman inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Entre los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se encuentran la fluoxetina (Prozac), el citalopram (Celexa), la sertralina (Zoloft), y varios otros. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina son similares a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e incluyen la venlafaxina (Effexor) y la duloxetina (Cymbalta). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina son más populares que los antidepresivos más antiguos, como los tricíclicos (llamados así por su estructura química) y los inhibidores de la monoamino oxidasa porque tienden a tener menos efectos secundarios. No obstante, los medicamentos pueden tener distintos efectos en las personas, no existe una única propuesta cuando se trata de medicamentos. Por lo tanto, los antidepresivos tricíclicos o los inhibidores de la monoamino oxidasa pueden ser la mejor opción para ciertas personas.

Las personas que tomen inhibidores de la monoamino oxidasa deben atenerse a significativas restricciones alimenticias y medicinales para evitar posibles interacciones graves. Deben evitar ciertos alimentos que contienen niveles altos de la sustancia tiramina, la cual está presente en muchos quesos, vinos, y pepinillos así como en algunos medicamentos descongestivos. Los inhibidores de la monoamino oxidasa interactúan con la tiramina de tal forma que pueden causar un aumento agudo en la presión arterial, lo cual podría llevar a un derrame cerebral. El médico debe proporcionar al paciente que tome inhibidores de la monoamino oxidasa una lista completa de los alimentos, medicamentos, y sustancias prohibidas.

Con cualquier clase de antidepresivo, los pacientes deben tomar dosis regulares durante al menos tres a cuatro semanas antes de poder experimentar un efecto terapéutico completo. Deben continuar con los medicamentos durante el tiempo especificado por su médico, aun si se siente mejor, para de esta manera evitar una recaída de la depresión. Los medicamentos únicamente deben interrumpirse bajo supervisión médica. Algunos medicamentos deben dejarse de tomar gradualmente a fin de darle al organismo tiempo para ajustarse. Aunque los antidepresivos no forman hábito ni son adictivos, el dejar de tomar repentinamente un antidepresivo puede provocar síndrome de abstinencia o una recaída. Algunas personas, tales como aquellas que sufren depresión crónica o recurrente, pueden necesitar medicamentos por tiempo indefinido.

Además, si un medicamento no funciona, el paciente debe estar dispuesto a probar otro. Investigaciones financiadas por el NIMH han demostrado que los pacientes que no mejoraron luego de tomar un primer medicamento aumentaron sus probabilidades de liberarse de los síntomas luego de cambiar a otro medicamento o agregar uno nuevo al que ya estaban tomando.^{26,27}

Algunas veces se utilizan estimulantes, medicamentos para la ansiedad, u otros medicamentos en combinación con un antidepresivo, especialmente si el paciente padece un trastorno mental o físico coexistente. Sin embargo, ni los medicamentos para la ansiedad ni los estimulantes son efectivos contra la depresión si se toman solos y ambos deben tomarse solamente bajo estrecha supervisión médica.

Los antidepresivos pueden causar efectos secundarios leves y a menudo temporales en algunas personas, pero por lo general, no son duraderos. Sin embargo, cualquier reacción inusual o efecto secundario que interfiera con el desempeño normal debe ser inmediatamente comunicado al médico.

Los efectos secundarios más comunes asociados con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina incluyen:

Dolor de cabeza—generalmente es temporal y pasa.

Náuseas—temporales y generalmente de breve duración.

Insomnio y nerviosismo (dificultad para dormir o despertar con frecuencia durante la noche)—pueden ocurrir durante las primeras semanas, pero a menudo disminuyen con el tiempo o con la reducción de la dosis.

Inquietud (sensación de ansiedad y nerviosismo).

Problemas sexuales—tanto hombres como mujeres pueden experimentar problemas sexuales que incluyen disminución del deseo sexual, disfunción eréctil, eyaculación retardada, o anorgasmia (incapaz de tener un orgasmo).

Los antidepresivos tricíclicos también pueden causar algunos de los siguientes efectos secundarios:

Boca seca—beber mucha agua, mascar chicle, y cepillarse los dientes a diario ayuda con esto.

Estreñimiento—ingerir más cereales de fibra, pasas, frutas, y verduras ayudan con esto.

Problemas de la vejiga—puede haber dificultad para vaciar la vejiga y el chorro de orina puede ser más débil que de costumbre. Es posible que los hombres mayores que sufren agrandamiento de la próstata resulten más afectados. Notifique de inmediato al médico si siente dolor al orinar.

Problemas sexuales—puede variar el desempeño sexual y los efectos secundarios son similares a los de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Visión borrosa—a menudo desaparece rápidamente y no necesitará una nueva receta de lentes correctivos.

Somnolencia (tener sueño) durante el día—generalmente desaparece rápidamente pero se debe evitar conducir u operar maquinaria pesada mientras exista un estado de somnolencia. Los antidepresivos con mayor efecto sedante generalmente se toman por la noche para ayudar a dormir y evitar la somnolencia durante el día.

A pesar de que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y otros antidepresivos son relativamente seguros y populares, algunos estudios han demostrado que pueden causar efectos no deseados en algunas personas, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. En el 2004, la FDA revisó exhaustivamente los resultados publicados y no publicados de estudios clínicos controlados sobre antidepresivos que abarcaron a casi 4,400 niños y adolescentes. Esta revisión reveló que el 4 por ciento de quienes tomaban antidepresivos tuvieron pensamientos suicidas o intentaron suicidarse (aunque ningún suicidio ocurrió) en comparación al 2 por ciento de quienes tomaron placebos.

Esta información instó a la FDA a adoptar, en el 2005, una etiqueta de advertencia de “caja negra” en todos los medicamentos antidepresivos para alertar al público acerca del posible aumento en el riesgo de pensamientos suicidas o intentos de suicidio en niños y adolescentes que toman antidepresivos. En el 2007, la FDA propuso que los fabricantes de todos los medicamentos antidepresivos extendieran la advertencia para incluir a pacientes jóvenes de hasta 24 años. Una advertencia de “caja negra” es la advertencia más seria que se aplica en las etiquetas de medicamentos recetados.

La advertencia destaca que los pacientes de todas las edades que toman antidepresivos deben ser cercanamente observados, especialmente durante las primeras semanas del tratamiento. Los posibles efectos secundarios que se deben buscar son empeoramiento de la depresión, pensamiento o comportamiento suicida, o cualquier cambio inusual en el comportamiento tal como falta de

sueño, inquietud, o aislamiento de situaciones sociales normales. La advertencia agrega que las familias y los cuidadores del paciente también deben ser informados de la necesidad de observar cercanamente y notificar cualquier cambio en el paciente al médico. La información más reciente de la FDA se puede encontrar en su sitio web en www.fda.gov.

Los resultados de una revisión completa de ensayos pediátricos realizados entre 1988 y 2006 sugieren que los beneficios de los medicamentos antidepresivos pueden ser mayores que los riesgos para niños y adolescentes con trastornos graves de depresión y ansiedad.²⁸ El estudio fue parcialmente financiado por el NIMH.

Finalmente, la FDA ha advertido que combinar los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina, los cuáles son antidepresivos más nuevos, con uno de los medicamentos “triptán”, que son comúnmente usados para tratar el dolor de migraña, podría causar una enfermedad con peligro de muerte llamada “síndrome de la serotonina.” Una persona con síndrome de la serotonina puede ponerse inquieta/nerviosa, tener alucinaciones (ver u oír cosas que no son reales), tener temperatura alta, o tener cambios inusuales de presión arterial. El síndrome de la serotonina es generalmente asociado con los antidepresivos más viejos llamados monoamino oxidasa, pero también se puede sufrir de este síndrome con los antidepresivos más nuevos si estos son mezclados con medicamentos incorrectos.

- ***El extracto de hierba de San Juan***

El extracto de hierba de San Juan (*Hypericum perforatum* L.), un arbusto silvestre de flores amarillas, ha sido utilizado durante siglos en muchos remedios caseros y herbales. Actualmente se la utiliza ampliamente en Europa para tratar la depresión leve a moderada. En los Estados Unidos es uno de los productos botánicos de mayor venta.

Con relación al creciente interés que hay en los Estados Unidos por la hierba de San Juan, los Institutos Nacionales de Salud (NIH por sus siglas en inglés) dirigieron un estudio clínico para determinar la efectividad de la hierba en el tratamiento de adultos con depresión grave. El estudio, que duró ocho semanas y abarcó a 340 pacientes a quienes se les había diagnosticado depresión grave, asignó al azar una dosis uniforme de hierba de San Juan a un tercio de estos pacientes, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina comúnmente prescripto a otro tercio, y un placebo al tercio restante. El estudio descubrió que la hierba de San Juan no tuvo más efecto que el placebo en el tratamiento de la depresión grave.²⁹ Sin embargo, en otro estudio se está investigando la efectividad de la hierba de San Juan en el tratamiento de depresión leve o menor.

Otra investigación ha demostrado que la hierba de San Juan puede interferir negativamente con otros medicamentos, incluyendo los utilizados para controlar la infección del VIH. El 10 de febrero del 2000, la FDA publicó una advertencia de salud declarando que la hierba parece interferir con ciertos medicamentos utilizados para tratar enfermedades cardíacas, depresión, convulsiones, ciertos tipos de cáncer, y el rechazo de trasplante de órganos. La hierba también puede interferir con la efectividad de los anticonceptivos orales. Es por estas posibles interacciones que los pacientes deberían siempre consultar con su médico antes de tomar cualquier suplemento a base de hierbas.

- ***Psicoterapia***

Varios tipos de psicoterapia o “terapia de diálogo” pueden ayudar a las personas con depresión.

Algunos tratamientos son de corto plazo (10 a 20 semanas) y otros son de largo plazo, según las necesidades del individuo. Existen dos tipos principales de psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, las cuáles han probado ser efectivas en el tratamiento de la depresión. Al enseñar nuevas maneras de pensar y de comportarse, la terapia cognitivo-conductual

ayuda a las personas a cambiar sus estilos negativos de pensamiento y de comportamiento que pueden contribuir a su depresión. La terapia interpersonal ayuda a las personas a entender y resolver relaciones personales problemáticas que pueden causar o empeorar su depresión.

La psicoterapia puede ser la mejor opción para tratar la depresión leve a moderada. Sin embargo, para casos graves de depresión o para ciertas personas, la psicoterapia puede no ser suficiente. Estudios han indicado que una combinación de medicamentos y psicoterapia pueden ser para los adolescentes la opción más efectiva para tratar la depresión y reducir la probabilidad de una reaparición.²⁵ Del mismo modo, un estudio sobre el tratamiento de la depresión en ancianos descubrió que los pacientes que respondieron al primer tratamiento de medicamentos y terapia interpersonal tenían menos probabilidades de volver a sufrir de depresión si continuaban con su tratamiento combinado durante al menos dos años.

- ***Terapia electroconvulsiva***

En los casos en que ni los medicamentos y/ni la psicoterapia ayudan a aliviar una depresión resistente al tratamiento, puede ser útil la terapia electroconvulsiva. La terapia electroconvulsiva, antes conocida como “terapia de choque”, solía tener una mala reputación. Pero esta ha mejorado notablemente en los últimos años y puede ofrecer alivio a personas con depresión grave que no han podido sentir ninguna mejoría con otros tratamientos.

Antes de administrar la terapia electroconvulsiva, al paciente se le administra un relajante muscular y se le anestesia brevemente. El paciente no es consciente del pulso eléctrico que se aplica en la terapia electroconvulsiva. Típicamente, al paciente se le somete a terapia electroconvulsiva varias veces a la semana y a menudo es necesario que tome un medicamento antidepresivo o estabilizador del ánimo para complementar los tratamientos con terapia electroconvulsiva y prevenir una recaída. Aunque algunos pacientes únicamente necesitan unas pocas aplicaciones de terapia electroconvulsiva, otros pueden necesitar terapia electroconvulsiva de mantenimiento, al principio, usualmente una vez a la semana y luego cada vez menos hasta llegar a tratamientos mensuales de hasta un año.

La terapia electroconvulsiva puede ocasionar algunos efectos secundarios de corto plazo, incluyendo confusión, desorientación, y pérdida de memoria. Pero, por lo general, estos efectos secundarios desaparecen pronto después del tratamiento. Investigaciones han indicado que al cabo de un año de tratamiento con terapia electroconvulsiva, los pacientes no presentan efectos cognitivos adversos.

- ***Programas de Tratamiento asertivo comunitario (TAC)***

Los Programas de Tratamiento asertivo comunitario (TAC) nacieron como una opción de abordaje para aquellas personas con trastorno mental grave que, por las dificultades derivadas de su propio proceso mórbido (pobres habilidades instrumentales, escasa capacidad para manejarse con el estrés cotidiano, falta de apoyo social etc.), encontraban serios problemas para mantenerse adaptadas en el ámbito comunitario, mostrando una tendencia importante al reingreso hospitalario, que hacía prácticamente imposible promover un alta prolongada.

Los programas de tratamiento asertivo comunitario comenzaron a desarrollarse en la década de los 70 en EE. UU sobre la base del documento “Training for Community Living” puesto en marcha por Stein, Marx y Test en el *Mendota Mental Health Institute*, Hospital público de Madison, Wisconsin.

Surgieron como una alternativa asistencial, en un periodo temporal muy concreto (coincidente con el movimiento de descentralización norte americano) y en un contexto muy particular de dotación

de recursos, donde el tratamiento dependía demasiado del Hospital y no existían, o estaban muy pobremente desarrolladas, las alternativas terapéuticas en el nivel comunitario. Todo ello provocaba que fuera realmente complejo mantener en la comunidad a un importante número de pacientes con un grado de discapacidad elevado, con unas garantías mínimas de calidad de vida.

La característica diferencial de estos programas no residía en aportar un tratamiento terapéutico novedoso, sino más bien en promover una nueva propuesta a la hora de organizar la atención clínica recibida. Se promovía una atención que estuviera más coordinada, estructurada y cercana a las necesidades reales del individuo. En este sentido los nuevos principios que se postulaban como rectores y la propia organización del equipo de trabajo eran lo peculiar, opuestos al contexto de atención sanitaria vigente en el que se diseñaron.

Planteaban cambios muy relevantes en, al menos, 5 áreas:

1.) La actitud de los profesionales de la salud ante las necesidades de las personas usuarias. El enfoque más tradicional adopta una actitud reactiva, es decir, comienza a articular respuestas terapéuticas y de cuidado cuando se produce una demanda explícita por parte de la persona afectada. Desde este enfoque, sin embargo se alude a la necesidad de una actitud más proactiva por parte del profesional, donde la detección activa de necesidades críticas de la persona afectada y la búsqueda de soluciones en su entorno natural han de ser los elementos claves de su desempeño en todos los ámbitos de su vida.

La atención brindada al individuo ha de ser integral, flexible, individualizada y centrada en éste y sus necesidades percibidas. Como consecuencia directa de este planteamiento, el paciente aparece no como un mero receptor de los tratamientos, sino como una parte activa y determinante en la delimitación de los objetivos, intervenciones y curso de las mismas.

2.) Como consecuencia de lo descrito anteriormente, ahora no es el sistema el que, como experto, evalúa y perfila qué aspectos son significativos para trabajar, sino que son las necesidades percibidas por la persona afectada las que se tornan trascendentes y críticas. Este cambio de orientación, inevitablemente, trae consigo también la necesidad de un reposicionamiento y un nuevo estilo en la relación profesional-paciente. De la relación de poder y dirección anterior se ha de pasar a otra donde la interdependencia, la flexibilidad y la cooperación se tornan trascendentales.

3.) Todas las respuestas terapéuticas deben articularse en el medio natural donde el paciente se encuentra. La intervención tendrá más valor en la medida en que se desarrolle en su propio entorno y logre movilizar los recursos que dentro del mismo puedan ser utilizados.

4.) Se debe utilizar un enfoque centrado en la recuperación social de la persona y la dotación de recursos. Este tipo de estrategias asumen en buena medida los postulados de la recuperación enfatizando el valor que la esperanza, la responsabilidad personal, la información, la autoayuda y, en definitiva, el empoderamiento; que tienen como elementos claves para que la persona recupere el control sobre aquellos factores que comprometen su calidad de vida..

5.) Se produce un cambio de enfoque que se podría denominar control sintomático a las necesidades personales. El cese de los síntomas no es necesariamente equivalente a recuperación. Desde esta perspectiva, el tradicional control del síntoma es ahora claramente insuficiente y aparecen nuevos componentes vitales como la capacidad de afrontamiento, la integración social, el apoyo familiar, la orientación ocupacional-laboral o la calidad de vida; variables de naturaleza aún más compleja y que aluden claramente a una multiplicidad de

factores personales, sociales y familiares que van mucho más allá de la biología de la enfermedad mental.

El modelo TAC involucra de manera habitual a un equipo multidisciplinar que comparte la responsabilidad del tratamiento del paciente. Este tratamiento está conformado por: Manejo farmacológico, psicológico, la rehabilitación y los servicios de soporte que necesite cada paciente para vivir de manera autónoma en su comunidad. La perspectiva básica de trabajo se basa en las potencialidades y en la recuperación; el equipo debe ayudar a la persona a llevar una vida autónoma sin que su enfermedad sea un obstáculo para ello. De manera habitual el equipo provee directamente de todo lo necesario a la persona afectada. Si existiera algún servicio que no se pudiera prestar por parte del equipo TAC, éste debería coordinarse con las instancias oportunas para garantizarlo.

Entre las características más sobresalientes del modelo TAC se pueden mencionar:

- Ratio de casos por profesional es de 1:10 o mayor.
- La atención que se provee es integral incluyendo tratamiento farmacológico, rehabilitación y soporte comunitario.
- El equipo asume todas las intervenciones necesarias para los pacientes.
- Los miembros del equipo tienen responsabilidad en todos los casos.
- El tipo e intensidad del servicio varía en función de las necesidades de los usuarios.
- El equipo de trabajo discute diariamente los cambios en la evolución y ajusta el tratamiento si es necesario
- El equipo es responsable de mantener activamente al paciente vinculado al programa y garantizar la continuidad de los cuidados.
- La atención se organiza de forma que quede garantizada su continuidad todo el año.
- La frecuencia de contactos entre paciente y equipo es alta: Puede ser varias veces a la semana.
- La relación del paciente con sus familiares es alta. La cobertura del servicio amplia, usualmente de 24 horas.
- El cuidado debe estar disponible en el momento en que la persona atendida lo necesite.
- Los cuidados han de ser progresivos y adaptados al momento concreto del paciente.
- El cuidado se provee de manera continua y puede interrumpirse si la persona atendida así lo requiere.
- El cuidado debe ser flexible y cambiante en función de las necesidades reales y percibidas por el usuario.
- La estrategia de cuidado debe estar sustentada en un trabajo en red, donde la información y las estrategias específicas propuestas para garantizar la continuidad sean conocidas por todas las instancias de tratamiento potencialmente implicadas en el caso.

Se destacan las siguientes características basados en estudios:

- Menor frecuencia de ingresos y días de estancia en el hospital.
- Mayor autonomía de los pacientes.
- Hay un incremento significativo del nivel de calidad percibida tanto por pacientes y familiares, en la atención.
- Mejora de los indicadores de calidad de vida en paciente y familia
- Resultados no concluyentes, algunos trabajos iniciales apuntan mejoras, repeticiones más actuales no confirman los datos.
- No se encuentran mejoras significativas en buena parte de los estudios.

- En algunos trabajos se observa reducción de los signos y síntomas, en la mayoría no aparecen cambios significativos.
- Reducción significativa de los problemas con la justicia
- Mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico.
- Diversos estudios reportan un aumento en la calidad de vida.

El TAC tiene mejores resultados cuando se es utilizado sobre pacientes con mayor complejidad que requieren hospitalizaciones frecuentes y que no pueden ser abordados de manera eficaz por los Sistemas de Salud.

El TAC ha demostrado ser más eficaz en zonas con elevada densidad poblacional (generalmente Áreas Metropolitanas) y con un alto índice de morbilidad en enfermedades mentales. Por el contrario, cuando el área de actuación es pequeña, cuenta con servicios bien integrados y coordinados, tiene una baja densidad poblacional o alta dispersión geográfica, la utilidad del TAC puede ser menor.

Para que los programas TAC tengan rendimientos mayores con respecto a las otras intervenciones se hace necesario incorporar a sus equipos diferentes perfiles profesionales que manejen y sean capaces de trasladar con soltura a sus actuaciones cotidianas procedimientos y técnicas de abordaje de evidencia (137). Es preciso que los responsables de la gestión diseñen equipos TAC que cubran las necesidades de la persona afectada y su familia. Se debe prestar especial atención al contenido de lo que se ofrece, no sólo a la puesta en marcha de los programas.

Actualmente el tratamiento asertivo comunitario es aplicado en varias partes del mundo, como una alternativa para el tratamiento de enfermedades mentales donde se vea afectada su vida en la comunidad.

4.4 AJUSTES AL MAPA DE VALOR

4.4.1 Rediseño de la Solución

Una vez validado y ajustado el Perfil del Cliente, y revisado las ofertas actuales para la atención y el tratamiento de la depresión severa, se diseña, a partir de las propuestas de los tratamientos asertivos comunitarios - TAC, desarrollados a nivel mundial, el paquete de soluciones al cual se le da el nombre de: **“SALUD MENTAL PARA TI”**.

SALUD MENTAL PARA TI Es un programa terapéutico cercano al individuo en búsqueda de ayuda para superar la depresión, con el fin de mantener al ser humano funcional en su vida cotidiana dentro de sus capacidades. El programa consta de sesiones terapéuticas en diferentes áreas:

A continuación, se describen los productos y servicios que hacen parte integral del programa:

Propuesta Global de Valor (Ad-lid)

Terapia física y recreativa: Cuando se trata de una depresión, el objetivo final del fisioterapeuta es “liberar endorfinas, sustancias que se producen al sonreír y facilitan una mayor comunicación entre el cuerpo y la mente. Así, la persona puede reconocer mejor los síntomas y sensaciones de la depresión. Por otro lado, la fisioterapia resulta aún más efectiva si se completa con el deporte. Ya que una depresión suele llevar aparejada una pérdida de interés por

el ejercicio y, además, todos estos trastornos provocan, en mayor o menor medida, una discapacidad física.

Masaje: Se moviliza el cuerpo, lo que alivia las crisis de ansiedad. Un ejemplo muy visual es cuando a una persona se le acumula la tensión en los hombros; le falta el aire y tiene dolor. Se trata de un mecanismo somático: se tensa su musculatura, 'se pone a la defensiva'. Además de los hombros, también se acumula tensión, en casos de depresión y ansiedad, en el diafragma.

Osteopatía: Libera las articulaciones que se ven comprometidas con la depresión, ya que esta produce un bloqueo articular. Se trabaja esa cadena, se desbloquea y se libera las tensiones.

Masoterapia o terapia muscular: Sirve para desbloquear los músculos, que en las depresiones se encuentran contraídos y al mínimo de su capacidad.

Tratamiento cráneo-sacral: Gracias a las manos del terapeuta, se incrementa la vitalidad y se facilita a la persona usar sus propios recursos de autocuración.

Liberación miofascial: Se trabaja el colágeno que forma la fascia -el tejido conectivo que envuelve todos los órganos del cuerpo- y que, con la depresión, se ve afectado.

Drenaje linfático: "Cada persona tiene una zona en la que acumula tensión. El drenaje linfático actúa sobre el sistema simpático y parasimpático; lo regula y lo compensa. Posee un efecto relajante, pues mejora la circulación. Muchos de los problemas de depresión afectan al sistema digestivo, y el drenaje linfático ayuda a la musculatura lisa (paredes intestinales, vasos sanguíneos, etc.), con lo que conseguimos aliviar esas tensiones.

Actualmente se sabe, además, que la salud del cuerpo y de la mente guardan una relación muy estrecha. Debido al nexo tan importante que existe entre los dos ámbitos, cuando uno de ellos está alterado, también se le puede ayudar desde el otro. Es decir, cuando una persona tiene un trastorno mental, se le puede favorecer mediante un tratamiento físico.

- **Terapia artística y talleres lúdicos:** Arteterapia es una forma de terapia en la cual el diálogo entre terapeuta y paciente no se establece a través de la palabra, sino a través de la expresión plástica como por ejemplo dibujos, pinturas, trabajo en barro y trabajos en común.

Se trata de una comunicación no verbal, siendo por lo tanto el medio adecuado para comunicar, que viven a menudo con ciertas limitaciones físicas. Muchas veces, en estas condiciones, les puede resultar difícil la comunicación terapéutica basada exclusivamente en el lenguaje.

En el trabajo creativo cada manifestación plástica se convierte automáticamente por sí misma en algo positivo. Para el participante se convertirá en un objeto personal y para el terapeuta una importante fuente de información.

Con ello se consigue que a través de las creaciones plásticas las personas mayores aumenten su autovaloración y su autonomía. Esta capacidad facilitará a su vez el trabajo con problemas y conflictos psíquicos que, en momentos de crisis aparecerán en los dibujos. Esto facilita tener revelación sobre los conflictos y estado emocional que pueda tener la persona a través de cada expresión plástica.

También en cada creación se puede estructurar y ordenar conflictos y emociones del pasado y darles forma estética posibilitando, de ese modo, una mejor orientación en el aquí y ahora.

Los mandalas son diagramas o representaciones esquemáticas, gráficas y simbólicas del macrocosmos (universo, entorno, familia) y del microcosmos (nuestro yo interior), utilizados en el budismo y el hinduismo, desde tiempos remotos. En estas culturas empleaban el mandala como símbolo de serenidad, tranquilidad y búsqueda del yo. A veces se emplean mandalas gigantes, y llegan a tardar hasta un año en ser realizados, y sólo luego de haber cumplido con tu ciclo o superado aquella emoción que perturbara tu ser, era llevado por el viento como cierre del ciclo.

- **Psicoterapia:** Hay varios enfoques en la psicoterapia, incluyendo la terapia cognitiva-conductual, la interpersonal, la psicodinámica y otras clases de terapia conversacional, que ayudan a las personas a recuperarse de la depresión. La psicoterapia ofrece la oportunidad de identificar los factores que contribuyen a su depresión y a afrontar eficazmente las causas psicológicas, conductuales, interpersonales y situacionales. Terapeutas capacitados, como psiquiatras autorizados para ejercer, pueden trabajar con personas deprimidas para:

- Señalar los problemas de la vida que contribuyen a su depresión y ayudarlas a entender qué aspectos de estos problemas pueden ser capaces de resolver o mejorar. Un terapeuta capacitado puede ayudar a los pacientes deprimidos a identificar opciones para el futuro y a fijarse metas realistas que les permita mejorar su bienestar mental y emocional. Los terapeutas también ayudan a las personas a identificar cómo lidiar satisfactoriamente con sentimientos similares, si tuvieron depresión en el pasado.
- Identificar patrones de pensamiento negativos o distorsionados que contribuyen a sentimientos de desesperanza e indefensión que acompañan a la depresión. Por ejemplo, las personas deprimidas pueden tender a generalizar en exceso, es decir, a pensar en las circunstancias en términos de siempre o nunca. También pueden tomar las cosas de forma personal. Un terapeuta capacitado y competente puede ayudarlas a nutrir una actitud más positiva frente a la vida.
- Explorar otros pensamientos y conductas conocidos que generan problemas y contribuyen a la depresión. Por ejemplo, los terapeutas pueden ayudar a las personas deprimidas a entender y mejorar patrones de interacción con otras personas que contribuyen a su depresión.
- Ayudar a las personas a recuperar el control y el placer de la vida. La psicoterapia ayuda a las personas a ver las opciones que tiene, así como a incorporar gradualmente actividades placenteras y satisfactorias nuevamente en sus vidas.

La ocurrencia de un episodio de depresión aumenta en gran medida el riesgo de tener otro. Existen pruebas de que la psicoterapia continua puede disminuir la posibilidad de futuros episodios o al menos reducir su intensidad. A través de la terapia, las personas pueden aprender tácticas para evitar el sufrimiento innecesario de episodios futuros de depresión.

- **Terapia psicológica:** El apoyo y la participación de la familia y amigos puede desempeñar un papel crucial para ayudar a alguien con depresión. Las personas en el sistema de apoyo pueden ayudar a alentar al ser querido deprimido a seguir el tratamiento y a poner en práctica las técnicas de afrontamiento y tácticas para la resolución de problemas que aprenda mediante la psicoterapia.

Vivir con una persona deprimida puede ser muy difícil y estresante para los familiares y amigos. El dolor de ver a un ser querido con depresión puede provocar sentimientos de indefensión y pérdida. La terapia familiar o de pareja puede resultar beneficiosa para reunir a todas las personas afectadas por la depresión y ayudarlas a aprender formas eficaces de sobrellevarla juntos. Este tipo de terapia psicológica también puede brindar una buena oportunidad para que las personas que nunca han tenido depresión aprendan más al respecto e identifiquen formas constructivas de apoyar a un ser querido que tiene depresión. Esta terapia generalmente es impartida por un profesional de la psicología.

- **Terapia musical:** Aplicación de la musicoterapia en salud mental persigue metas a nivel psico-emocional, psico-social y psico-motriz, además de preservar capacidades cognitivas que no se vean afectadas y que puedan ir en detrimento o verse alteradas. La música puede ofrecer un medio de autoexpresión y comunicación no verbal, o puede servir como puente de conexión entre el canal verbal y el no verbal en la comunicación. Cuando se utiliza en la forma no verbal, la música puede tomar el lugar de las palabras y así brindar una forma segura y aceptable de expresar conflictos y sentimientos que no son fáciles de expresar por otras vías.
- **Terapia espiritual:** Hay un momento en la vida en el que, quizás afortunadamente, a cada persona le llegan problemas que no logrará solucionar ni con dinero, ni con amistades influyentes, ni con brillantes cualidades personales, y ante esos tremendos problemas sólo existe una tabla de salvación para no ahogarse en el mar de la depresión y de la desesperanza: la terapia espiritual. Esto cura todo lo que la naturaleza no logra remediar. Este tipo de ideas trae una penosa consecuencia: que la mayoría de la gente cuenta ahora con muy pocas reservas espirituales de las cuales poder disponer en un tiempo de congoja mental, emocional o física. Y ese gigantesco vacío de Dios que hay en la gente actual complica seriamente sus problemas y dificulta inmensamente su curación. La terapia consiste en asistir emocional y espiritualmente a personas que sufren de depresión. Las técnicas recomendadas van orientadas a la terapia psico-espiritual e integral en la sanación de la persona humana.
- **Terapia out of home:** Es una forma de estructurar la asistencia a las personas con enfermedades mentales graves que focaliza su campo de actuación en el entorno social más próximo al paciente. Las intervenciones domiciliarias constituyen la piedra angular del TAC, tratando de integrar actuaciones diversas (Psicoterapéuticas, sociales, familiares, laborales). El TAC es la modalidad de intervención comunitaria que ha sido evaluada y que mejores resultados ha logrado. La psiquiatría basada en pruebas avala su incorporación a las carteras de servicios de la sanidad; pensamos que ello redundara en un notable beneficio para los pacientes y familiares.
- **Terapia nutricional:** La **terapia nutricional** consiste en corregir los desequilibrios **nutricionales** con macronutrientes (proteínas, hidratos de carbono o grasas) o con micronutrientes bien sean vitaminas o minerales, y tratar las carencias de estos.

La depresión es uno de los problemas más grandes que nuestra sociedad enfrenta hoy en día. Lejos de ser una tendencia que muestre mejoría, según la estimación dada por Instituto de Medicina Funcional este mal será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial para el año 2020. Si cada año que pasa se prescriben ampliamente medicamentos antidepresivos a pesar de que esta epidemia sigue aumentando, esto nos indica que no es suficiente tratarla

solamente con fármacos. Por el contrario, ante la depresión debemos contar con un enfoque más integral tomando en cuenta cada aspecto del estilo de vida diario.

Enfocándonos en la parte alimentaria, existe una gran relación entre la alimentación que consumimos y el desarrollo y mantenimiento de la depresión. Con el fin de entender un poco más esta correlación y la importancia de alimentarnos adecuadamente, es importante mencionar que:

- El intestino y el cerebro están en constante comunicación a través del nervio vago. Por lo que mantener un intestino sano, brinda mejores respuestas al cerebro.
- Un exceso de masa grasa almacenada en el cuerpo secreta excesos de compuestos inflamatorios que viajan al hipotálamo del cerebro y provocan descontrol. Esto causa serios problemas sobre el estado de ánimo. Así, personas que presentan obesidad químicamente tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión.
- Alimentación inadecuada, intolerancias alimentarias y resistencia a la insulina (prediabetes y diabetes) también provocan inflamación en el sistema. Ante este estímulo, como protección el cuerpo responde secretando mayor cantidad de cortisol (la “hormona del estrés”) y disminuye magnesio; un mineral necesario para un estado de relajación y un sueño adecuado. Asimismo, altos niveles de cortisol se relacionan con desarrollo de depresión.
- Una mala alimentación provoca desbalances nutricionales que se relacionan con deficiencias en la producción de serotonina (un neurotransmisor importante que interviene en el control del estado de ánimo), ansiedad y trastornos de conducta.

Terapia de escritura: El ejercicio de expresar pensamientos y sentimientos de forma escrita, puede ayudar a quienes experimentan síntomas de ansiedad, depresión o a raíz de los estragos causados por una tragedia personal, como podría ser la pérdida de un ser querido.

Escribir sobre los problemas ayuda a la persona a sentirse mejor. Esto es lo que sugieren varios estudios que confirman el efecto terapéutico de la escritura. Escribir puede servir como un primer paso en el proceso de hacer algo para sentirte mejor. De hecho, en el contexto de una terapia psicológica, es muy común su utilización como herramienta terapéutica simple y poderosa. Cuando logramos darle forma al malestar mediante la escritura, el proceso mental que este ejercicio supone es por sí mismo una forma de atacar al problema.

- **Biblioterapia:** Leer es una gran terapia e incluso una buena medicina, porque los libros tienen un gran poder sobre el cerebro y además son los mejores amigos y aliados en todas las épocas de la vida. La buena literatura mejora la capacidad de sentir empatía, porque es un simulador de la realidad.

La atención es personalizada y consta de una línea telefónica y chat 24/7, con el fin mantener contacto permanente con el paciente. Las sesiones se programan semanalmente y la frecuencia de estas se determinan después de la valoración inicial y de seguimiento que el personal terapéutico haga al paciente.

PORTAFOLIO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS DEL PROGRAMA SALUD MENTAL PARA TI

Componentes del Programa	Descripción	Trabajos de los Clientes	Aliviadores de Frustraciones	Generadores de Alegría
Terapia nutricional	La terapia nutricional consiste en corregir los desequilibrios nutricionales con macronutrientes (proteínas, hidratos de carbono o grasas) o con micronutrientes bien sean vitaminas o minerales, y tratar las carencias de estos.	Mantener Dieta Regular		Verse y Sentirse Bien
Terapia psicológica	El apoyo y la participación de la familia y amigos puede desempeñar un papel crucial para ayudar a alguien con depresión. La terapia es impartida por psicología.	Mantener buena relación con los demás (Familia)	Tomar decisiones cotidianas	Sentirse útil
Terapia espiritual	La terapia consiste en asistir emocional y espiritualmente a personas que sufren de depresión. Las técnicas recomendadas van orientadas a la terapia psico-espiritual e integral en la sanación de la persona humana.	Sentirse tranquilo		Dormir bien
Psicoterapia	La psicoterapia ofrece la oportunidad de identificar los factores que contribuyen a su depresión y a afrontar eficazmente las causas psicológicas, conductuales, interpersonales y situacionales.	No tener que abandonar actividades cotidianas	Suicidio Sentirse irritado con los demás (No familia)	No tener que tomar antidepresivos
Línea telefónica y chat personalizado 24/7	Con el fin de hacerle un seguimiento y acompañamiento permanente al paciente se dispone de línea telefónica y chat 24 /7.		Suicidio No sentirse solo	
Terapia física y recreativa	Liberar endorfinas, sustancias que se producen al sonreír y facilitan una mayor comunicación entre el cuerpo y la mente.	Sentirse tranquilo	Sentirse irritado con los demás (No familia)	Sentirse y verse bien
Terapia artística y talleres lúdicos	Arteterapia es una forma de terapia en la cual el diálogo entre terapeuta y paciente no se establece a través de la palabra, sino a través de la expresión plástica como por ejemplo dibujos, pinturas, trabajo en barro y trabajos en			Sentirse útil

	común.			
Terapia musical	La música puede ofrecer un medio de autoexpresión y comunicación no verbal, o puede servir como puente de conexión entre el canal verbal y el no verbal en la comunicación.			Poder concentrarse
Terapia out of home	Es una forma de estructurar la asistencia a las personas con enfermedades mentales graves que focaliza su campo de actuación en el entorno social más próximo al paciente. Las intervenciones domiciliarias constituyen la piedra angular del TAC, tratando de integrar actuaciones diversas (Psicoterapéuticas, sociales, familiares, laborales).	No tener que abandonar actividades cotidianas	Tomar decisiones cotidianas	
Terapia de escritura	Escribir sobre los problemas ayuda a la persona a sentirse mejor.	Sentirse tranquilo		Poder concentrarse
Biblioterapia	Leer es una gran terapia e incluso una buena medicina, porque los libros tienen un gran poder sobre el cerebro y además son los mejores amigos y aliados en todas las épocas de la vida. La buena literatura mejora la capacidad de sentir empatía, porque es un simulador de la realidad.			Poder concentrarse

4.4.3 Encaje producto-mercado

De los pacientes que tomaron la escala de Zung en la página web y calificaron para depresión severa, 8 de estos fueron tomados aleatoriamente para seguir en la investigación. En esta fase de la investigación, se realizó un estudio cuasi experimental, donde se aplicaron las escalas de HAM-D, MADRS e Inventario de Beck para Depresión.

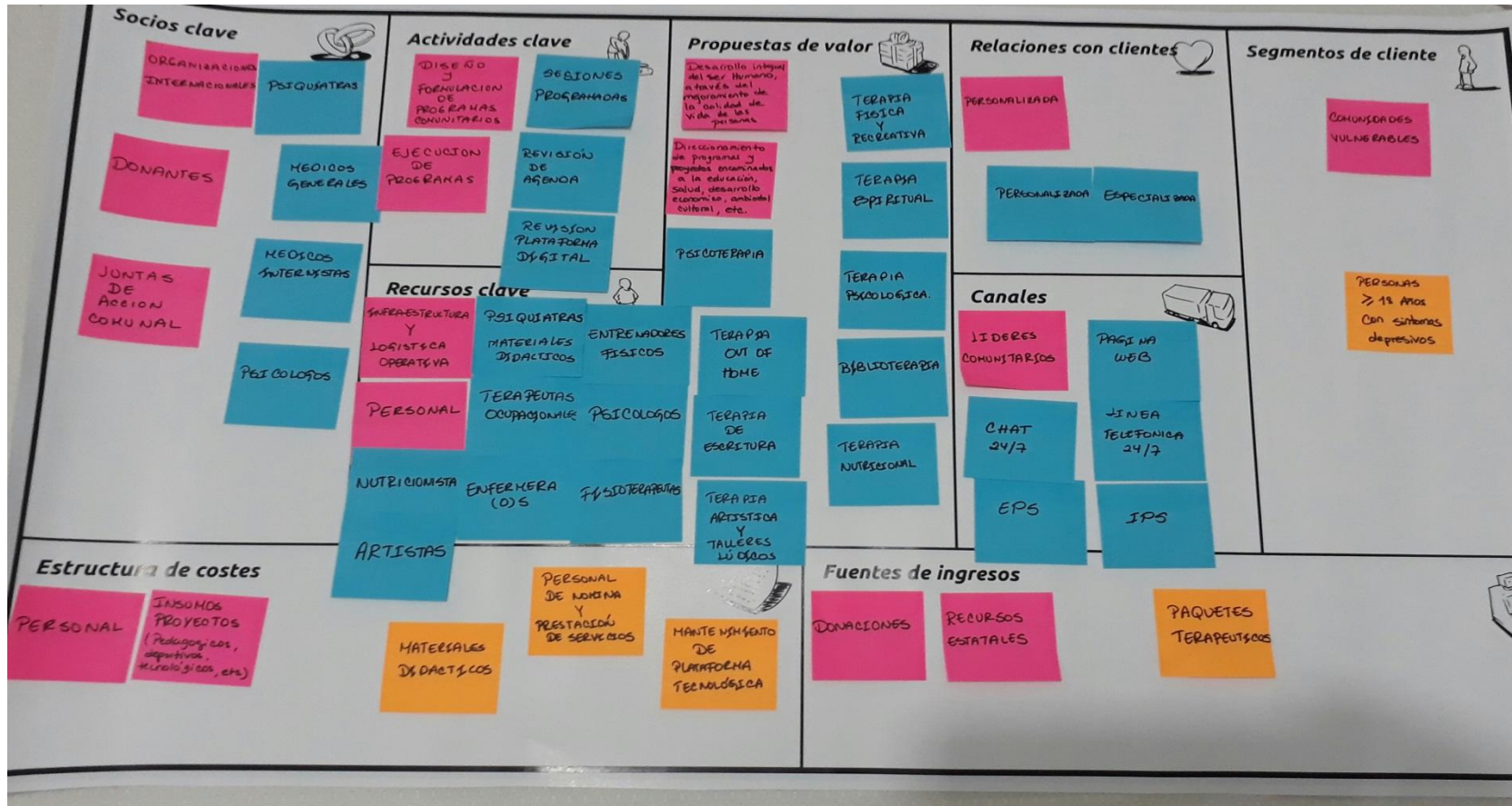
Se aplicaron las diferentes escalas a los 8 pacientes, y posteriormente, el tratamiento terapéutico “salud mental para ti” finalmente se evaluó la efectividad del tratamiento mostrando un porcentaje de variación en promedio de 78.25% con la escala de Beck, 87.75% con la escala de Montgomery y 90.6% con la escala de Hamilton.

Los comentarios más relevantes del programa “Salud mental para ti” por parte de los pacientes:

1. El programa me ha enseñado a amarme y amar mi vida (Tatiana, 19 años).
2. El programa me hace sentir importante y que puedo superar mi enfermedad (Diego, 25 años).
3. He entendido con el programa que debo aprender de mi enfermedad y mi estado de ánimo para poder vivir con plenitud (Ignacio, 30 años).
4. Lo más importante que me enseñó el programa es poder vivir funcional y activo en medio de mi depresión y dificultades (Inés, 26 años).
5. Es un programa innovador aquí nos dan herramientas para toda la vida y no solo terapia donde uno habla solo (Melissa, 20 años).
6. El sistema de salud colombiano debería de tomar el ejemplo del programa para el manejo de la salud mental en el país (María Ángela, 39 años).
7. Con el programa “Salud mental para ti”, puedes salir de tanta soledad y aprender a convivir con los demás en un mundo con tantas dificultades como el que vivimos (Aníbal, 20 años).

4.5 DISEÑO DEL MODELO DE NEGOCIO

Ilustración 20 Diseño del modelo de negocio



Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como conclusión del presente trabajo de investigación sobre el diseño de una PROPUESTA DE VALOR PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON TRANSTORNOS DEPRESIVOS es importante mencionar que para la realización del presente documento se hizo necesario comprender los patrones de creación de valor en personas con trastornos depresivos, a través de la identificación de sus trabajos, frustraciones y alegrías más urgentes, con el propósito de diseñar una propuesta de valor que responda a sus necesidades y expectativas.

A través de una metodología exploratoria y descriptiva, que incluyó un análisis de información de fuentes secundarias sobre el síndrome depresivo, se llevó a cabo una serie de aplicaciones de pruebas y entrevistas a más de 150 personas identificadas y/o diagnosticadas con este síndrome, con el propósito de validar y diseñar una propuesta de valor que fuera pertinente a nuestro contexto. El diseño metodológico utilizado se basó en los modelos propuestos por Osterwalder y Pigneur (2015).

A partir de los hallazgos, se diseñó un paquete de soluciones mediante un programa terapéutico denominado SALUD MENTAL PARA TI. Dicho programa fue puesto a prueba como piloto, para la atención de 8 pacientes diagnosticados con depresión severa, obteniéndose resultados satisfactorios, en términos del mejoramiento de la calidad de vida de dichos sujetos.

Actualmente existen tendencias clave a nivel mundial como se evidencia en el informe elaborado por el instituto tecnológico y de estudios superiores de Monterrey (2009), muestra la complejidad del entorno, la velocidad y la magnitud de los cambios globales y regionales. La evolución de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones es uno de los detonantes de grandes cambios en el sector salud y educación. A nivel de gobernanza global, la inseguridad social, la desigualdad económica y el deterioro ambiental son los detonantes de cambios en esta área. (Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, 2009)

A nivel macroeconómico nos encontramos con la existencia de nuevas demandas de consumo, el mercado de canales de acceso al consumo se ha multiplicado y los consumidores siguen experimentando cambios en el consumo. (Price Waterhouse & Co., 2015)

Las estadísticas en salud mental nos muestran que 10 de cada 100 adultos de 18 -44 y 12 de cada 100 adolescentes tienen algún problema que sugiere la presencia de la enfermedad mental. 40.1 de la población Colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirá de algún problema mental. (Encuesta de salud mental 2013).

Refiriéndonos a los resultados obtenidos de la aplicación del test de ZUNG y las entrevistas realizadas a las personas con trastorno depresivo se evidencia que a los clientes con depresión severa les genera beneficios:

- Sentirse Útil
- Ver y sentirse bien
- No tener que tomar antidepresivos
- Tener plenitud sexual
- Poder concentrarse
- Dormir bien

A estos clientes les genera dolores o pérdidas:

- Sentirse irritado con los demás

- Sentirse solo
- Suicidio
- Tomar decisiones cotidianas

Trabajos del cliente:

- No tener que abandonar sus actividades cotidianas
- Mantener una dieta regular
- Mantener buenas relaciones con los demás
- Sentirse tranquilos

A partir de esta información validada se procedió a hacer el Diseño de la propuesta de valor:

“SALUD MENTAL PARA TI”.

Es un programa terapéutico cercano al individuo en búsqueda de ayuda para superar la depresión, con el fin de mantener al ser humano funcional en su vida cotidiana dentro de sus capacidades. El programa consta de sesiones terapéuticas en diferentes áreas:

- Terapia física y recreativa
- Terapia artística y talleres lúdicos
- Psicoterapia
- Terapia psicológica
- Terapia musical
- Terapia espiritual
- Terapia out of home
- Terapia nutricional
- Terapia de escritura
- Biblioterapia

La atención es personalizada y consta de una línea telefónica de atención y chat 24/7/365, con el fin mantener contacto permanente con el paciente.

Las sesiones se programan semanalmente y la frecuencia de estas se determina después de la valoración inicial y de seguimiento que el personal terapéutico hagan al paciente.

De los pacientes que tomaron la escala de Zung en la página web y calificaron para depresión severa, 8 de estos fueron tomados aleatoriamente para seguir en la investigación. En esta fase de la investigación, se realizó un estudio cuasi experimental, donde se aplicaron las escalas de HAM-D, MADRS e Inventario de Beck para Depresión.

Para evidenciar su efectividad se aplicaron las diferentes escalas a los 8 pacientes, y posteriormente, el tratamiento terapéutico “salud mental para ti” finalmente se evaluó la efectividad del tratamiento mostrando un porcentaje de variación en promedio de 78.25% con la escala de Beck, 87.75% con la escala de Montgomery y 90.6% con la escala de Hamilton.

RECOMENDACIONES

Que se continúe el estudio para otros trastornos

Que se busque financiación externa para implementar el proyecto

Que se ejecute la propuesta de valor

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armstrong, M. (2009). *ARMSTRONG'S HANDBOOK OF MANAGEMENT AND LEADERSHIP. A guide to managing for results 2ND EDITION*. London and Philadelphia: Kogan Page.
- Calvo-Gómez, J. M., & Jaramillo, L. E. (2015). Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *Rev. Fac. Med. 2015 Vol. 63 No. 3: , 471- 482*.
- Hamel, G. (2000). *Liderando la Revolución*. Bogotá: Norma.
- Instituto Nacional de la Salud Mental - NIMH. (2009). *Depresión*. Bethesda: DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS.
- Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. (2009). *Megatendencias Sociales y Tecnológicas para la identificación de oportunidades estratégicas de negocio*. Monterrey: ITEMS.
- Magretta, J. (2002). Why Business models matter. *Harvard Business Review*, 86-92.
- Márquez, J. F. (2010). INNOVACIÓN EN MODELOS DE NEGOCIO: LA METODOLOGÍA DE OSTERWALDER EN LA PRÁCTICA. *MBA EAFIT*, 30-47.
- Osterwalder, A., & Pigneur, Y. (2010). *Business Model Generation*. New Jersey: Wiley & Sons.
- Osterwalder, A., Pigneur, Y., Bernarda, G., & Smith, A. (2015). *Diseño de la Propuesta de Valor*. Barcelona: Deusto.
- Price Waterhouse & Co. (2015). *Megatendencias Cambios en el poder económico global*. Buenos Aires: PwC.
- Ramchandani, P. (2003). The impact of parental psychiatric disorder. *BMJ* , 242-243.
- Torres, W., Guerrero, M., & Mercado, R. (2012). *Perfil epidemiológico de Cartagena*. Cartagena de Indias: Departamento Administrativo de Salud (Dadis). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Bibliote>
- Vázquez , C., & Sanz, J. (1991). Trastornos Depresivos (1): Datos clínicos y modelos teóricos. En *Manual de Psicopatología Vol. 2* (págs. 717-784). Valencia: Belloch & E. Ibáñez .

Otros Documentos Consultados

- Kohn R, Levav I, de Almeida JMC, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. [Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority]. *Rev Panam salud pública = Pan Am J public Heal* [Internet]. 18(4-5):229–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16354419>
- Rodríguez, Jorge; Kohn, Robert; Aguilar S. Epidemiología de los trastornos mentales en

América Latina y el Caribe [Internet]. Rodríguez, Jorge; Kohn, Robert; Aguilar S, editor. Washington, D.C., D.C.: Organización Mundial de la Salud; 2009. 1-340 p. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/mental_disorders_LAC/es/

- Torres W, Guerrero M, Mercado R. Perfil epidemiológico de Cartagena [Internet]. (Dadis) DA de S, editor. Cartagena de Indias: Departamento Administrativo de Salud (Dadis); 2012. 1-140 p. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS/Carthagena 2012.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS/Carthagena%202012.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Decreto 3039 de 2007 [Internet]. Bogotá: Congreso; 2007 p. 49. Available from: <http://www.ins.gov.co/normatividad/Normatividad/Forms/DispForm.aspx?ID=40>
- Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 008. Bogotá: Ejecutivo; 2009 p. 50.
- Congreso de Colombia. Ley 1616 de 2013 [Internet]. Bogotá: Congreso; 2013 p. 17. Available from: [wsp.presidencia.gov.co/.../Leyes/.../LEY 1616 DEL 21 D...](http://wsp.presidencia.gov.co/.../Leyes/.../LEY%201616%20DEL%2021%20D...)
- Servicio de Salud de Andalucía. Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco. Pública Á de D de OS de la EA de S, editor. 2009.
- Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1980 Apr;37(4):392–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7362425>
- Weisbrod BA, Test MA, Stein LI. Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1980 Apr;37(4):400–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6767462>
- Test MA, Stein LI. Alternative to mental hospital treatment. III. Social cost. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1980 Apr;37(4):409–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7362426>
- Carpenter J, Luce A, Wooff D. Predictors of outcomes of assertive outreach teams: a 3-year follow-up study in North East England. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2011 Jun;46(6):463–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20349176>
- Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2000;(2):CD001089. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796415>

- Marshall M, Lockwood A. WITHDRAWN: Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2011;(4):CD001089. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21491382>
- Muirhead D, Harvey C, Ingram G. Effectiveness of community treatment orders for treatment of schizophrenia with oral or depot antipsychotic medication: clinical outcomes. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 40(6-7):596–605. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16756586>
- Rawala M, Gupta S. Use of community treatment orders in an inner-London assertive outreach service. *Psychiatr Bull* [Internet]. 2014 Feb;38(1):13–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25237484>
- Maughan D, Molodynski A, Rugkåsa J, Burns T. A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2014 Apr;49(4):651–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24136002>
- Killaspy H, Johnson S, Pierce B, Bebbington P, Pilling S, Nolan F, et al. Successful engagement: a mixed methods study of the approaches of assertive community treatment and community mental health teams in the REACT trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2009 Jul;44(7):532–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19039510>
- Killaspy H, Kingett S, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, et al. Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2009 Jul;195(1):81–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19567902>
- Pettersen H, Ruud T, Ravndal E, Havnes I, Landheim A. Engagement in assertive community treatment as experienced by recovering clients with severe mental illness and concurrent substance use. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2014;8(1):40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25389446>
- Lyon AR, Pullmann MD, Walker SC, D'Angelo G. Community-Sourced Intervention Programs: Review of Submissions in Response to a Statewide Call for “Promising Practices.” *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res* [Internet]. 2015 Apr 9; Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10488-015-0650-0>
- Garland AF, Haine-Schlagel R, Brookman-Frazee L, Baker-Ericzen M, Trask E, Fawley-King K. Improving Community-Based Mental Health Care for Children: Translating Knowledge into Action. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res* [Internet]. 2013 Jan 2;40(1):6–22.

Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10488-012-0450-8>

Meyer PS, Morrissey JP. A comparison of assertive community treatment and intensive case management for patients in rural areas. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2007 Jan;58(1):121–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17215422>

ANEXOS

ANEXO 1 - GUIÓN DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Objetivo de la entrevista: Conocer las características generales de la Fundación Vida Digna, su origen, el propósito y las razones por las cuales fue creada, los principales hitos por las cuales ha atravesado, y, los principales retos que enfrenta hoy en día.

Dirigido a: Fundador y Gerente de la Fundación.

Tiempo aproximado de la entrevista: 20 a 30 minutos

Recursos: la guía de entrevista, audio o video grabadora y/o cámara de fotos.

Fecha de entrevista: semana del 24 al 28 de febrero de 2016

Guion de Preguntas Generales:

- ¿Cuándo y por qué surge la Fundación Vida Digna?
- ¿Cuál es su público principal? ¿Qué necesidades atiende?
- ¿Qué problemas resuelven actualmente?
- ¿Qué portafolio de productos o servicios (programas) promueven actualmente?
- ¿Cómo establecen actualmente contacto con los clientes?
- ¿Qué tipo de relaciones han logrado establecer con sus clientes? ¿Cuál es el propósito actual de esa relación? (Captación de clientes, Fidelización de clientes, Estimulación de las ventas)
- ¿Qué tipo de ingresos tienen en la actualidad? ¿Cómo les pagan sus clientes en la actualidad? ¿Cuánto reportan las diferentes fuentes de ingresos al total de ingresos?
- ¿Cuáles considera son los activos más importantes que posee la Fundación? ¿Por qué?
- ¿Cuáles considera son las actividades más importantes que se realizan al interior de la Fundación para que esta funcione?
- ¿Poseen algún tipo de alianza con otras Fundaciones o empresas? ¿Quiénes considera son sus aliados clave? ¿Qué tipo de recursos les provee sus socios clave? ¿Qué actividades clave realizan?
- ¿Cuáles son los costos más importantes actualmente en la Fundación? ¿Cuáles son los recursos clave más caros? ¿Cuáles son las actividades clave más caras?
- ¿Cuáles son los principales hitos en la historia de la Fundación?
- ¿Cuál considera usted han sido los principales problemas por los que ha atravesado la fundación desde su nacimiento?

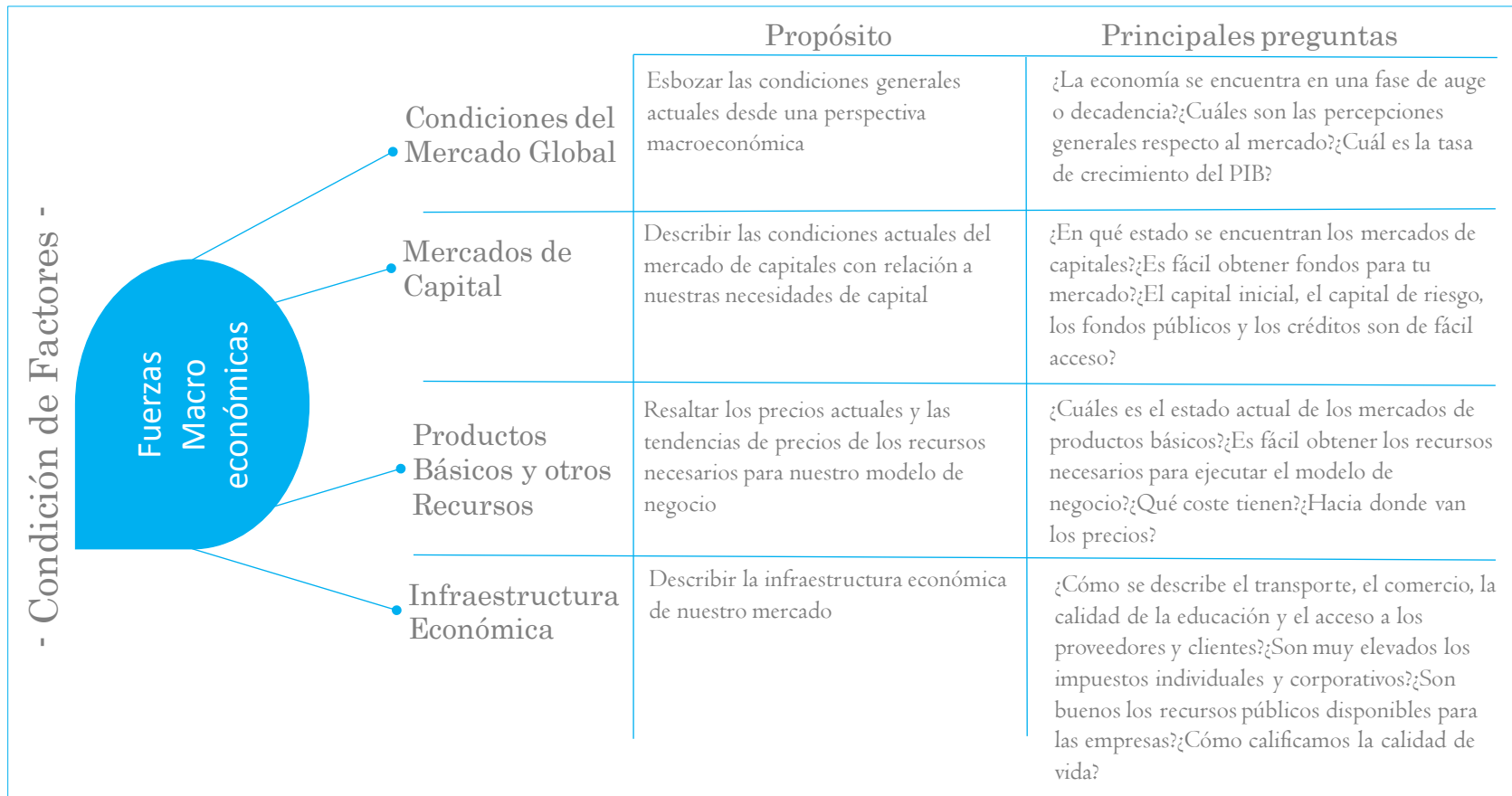
ANEXO 2: BATERIA DE PREGUNTAS PARA EL ANÁLISIS DEL ENTORNO

Ilustración 21 ANEXO 2A - Preguntas para la identificación de tendencias clave

		Propósito	Principales preguntas
<p>- Previsión -</p> <p>Tendencias Clave</p> <ul style="list-style-type: none"> Tendencias Tecnológicas Tendencias Normalizadoras Tendencias Sociales y Culturales Tendencias Socioeconómicas 	Tendencias Tecnológicas	Identificar las tendencias tecnológicas que podrían poner en peligro nuestro modelo de negocio o permitir su evolución o mejora	¿Cuáles son las principales tendencias tecnológicas dentro y fuera del mercado? ¿Qué tecnologías presentan oportunidades importantes o amenazas disruptivas? ¿Qué nuevas tecnologías comienzan a utilizar los clientes periféricos?
	Tendencias Normalizadoras	Describir las normativas y tendencias normalizadoras que afectan el modelo de negocio	¿Qué tendencias normalizadoras afectan a tu mercado? ¿Qué normas afectan a tu modelo de negocio? ¿Qué normativas e impuestos afectan a la demanda de los clientes?
	Tendencias Sociales y Culturales	Identificar las principales tendencias sociales que podrían afectar al modelo de negocio	¿Cuáles son las principales tendencias sociales? ¿Qué cambios en los valores culturales o sociales afectan a tu modelo de negocio? ¿Qué tendencias pueden influir en el comportamiento de los compradores?
	Tendencias Socioeconómicas	Describir la principales tendencias socioeconómicas para nuestro modelo de negocio	¿Cuáles son las principales tendencias demográficas? ¿Cómo se podría describir la distribución de la riqueza y los ingresos en nuestro mercado? ¿Qué parte de la población vive en zonas urbanas, en oposición a desplazamientos rurales?

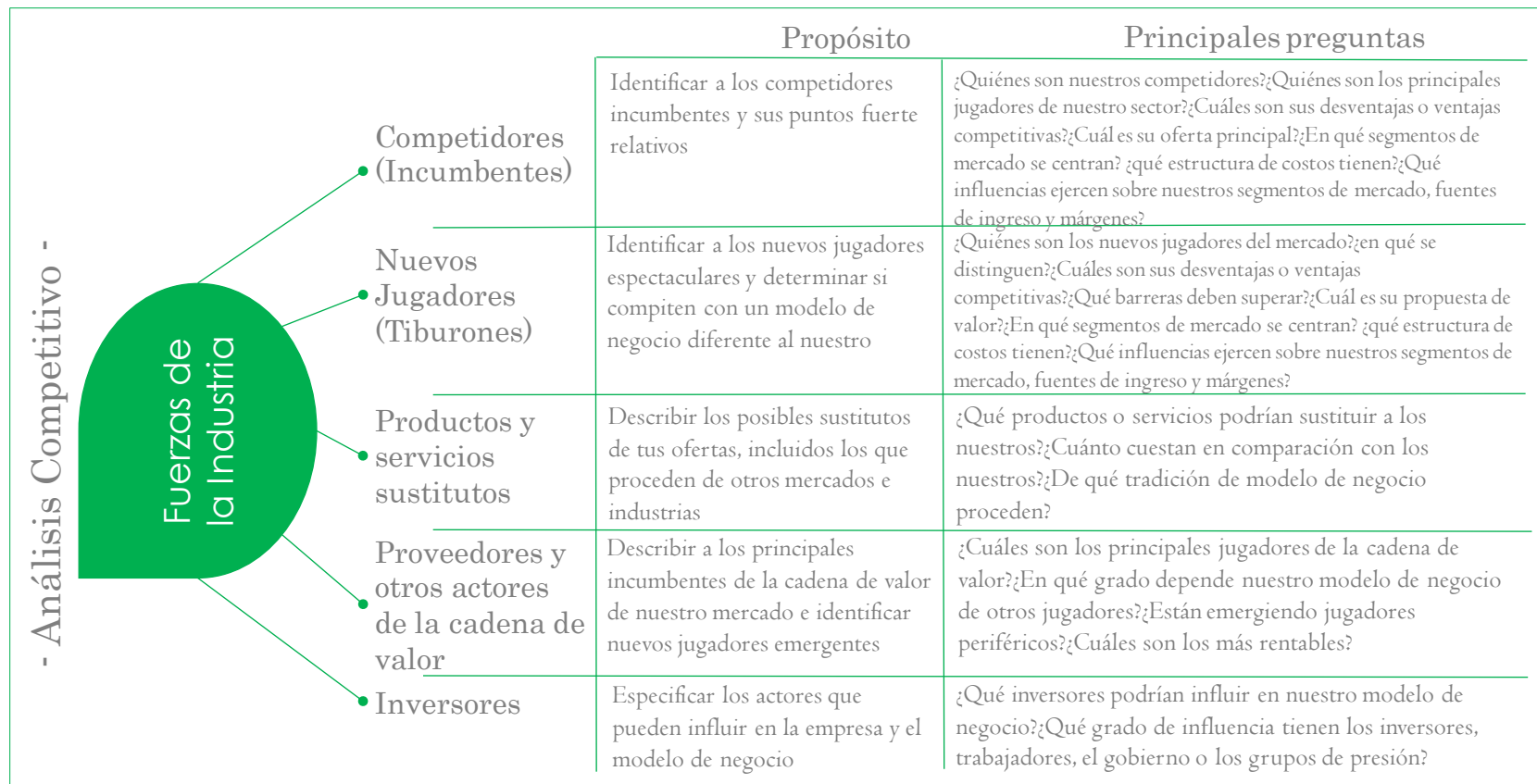
Fuente: Basado en Osterwalder & Pigneur (2010)

Ilustración 22 ANEXO 2B - Preguntas para la identificación de fuerzas macroeconómicas



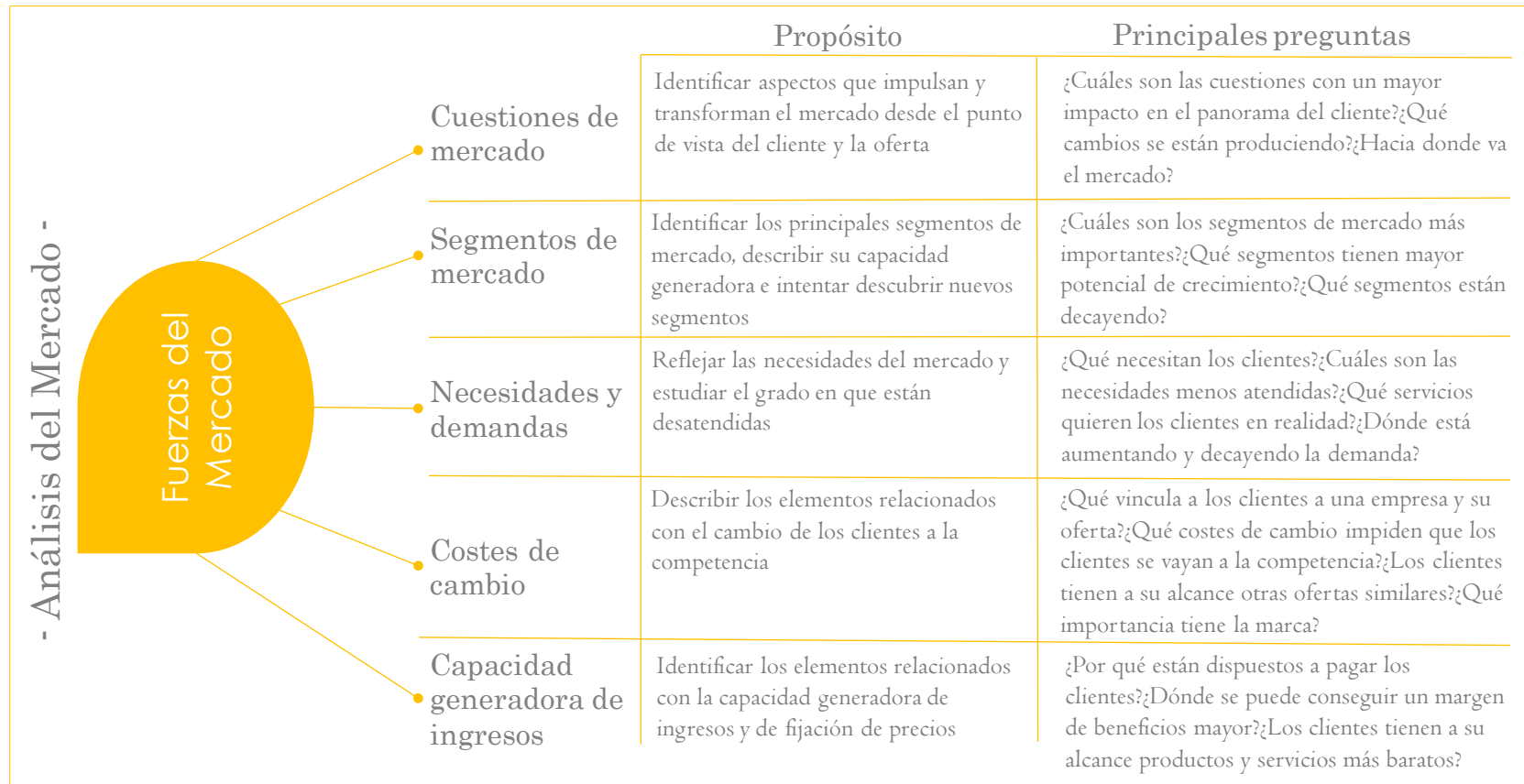
Fuente: Basado en Osterwalder & Pigneur (2010)

Ilustración 23 ANEXO 2C - Preguntas para la identificación de fuerzas de la industria



Fuente: Basado en Osterwalder & Pigneur (2010)

Ilustración 24 ANEXO 2D - Preguntas para la identificación de fuerzas del mercado



Fuente: Basado en Osterwalder & Pigneur (2010)

ANEXO 3: MAPA DE EMPATÍA CON EL CLIENTE

Ilustración 25 ANEXO 3 Plantilla mapa de empatía



Fuente: Adaptado de XPLANE