



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Lineamientos para la promoción y detección temprana en salud mental y epilepsia 2016

Tabla de Contenido

1. Presentación	3
2. Introduccion.....	4
3. Objetivo	12
4. Poblacion Objeto	12
5. Marco Conceptual	13
6. Marco Epidemiologico.....	19
7. Intervenciones de Promocion y Deteccion en Salud Mental y epilepsia.....	26
7.1. Por Curso de Vida	26
7.2. Por entornos	30
8. Marco Operativo: Ruta de Promocion y Mantenimiento de la salud.....	32
8.1. Intervenciones de Promoción y Detección en salud mental y epilepsia por Entornos.....	36
8.2. Intervenciones de Promoción y Detección en salud mental y epilepsia intersectoriales.....	41
8.3. Intervenciones de promoción y detección en salud mental según financiamiento.....	47
9. Monitoreo y Seguimiento	57
10. Competencia de los Actores.....	60
11. Bibliografia	
12. Anexos	70

1. Presentación

Atendiendo las directrices generales de la Ley Estatutaria (1751 de Febrero de 2015), la Política de Atención Integral de Salud- PAIS (000429 de 17 de Febrero de 2016), el Modelo de Atención Integral en Salud- MIAS (artículo 5 de la Resolución 429 de 2016), los lineamientos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 Ley 1753 de 2015); de garantizar la salud mediante la adopción de un enfoque colectivo, es que adquiere relevancia las acciones de promoción y prevención para todas las personas (art. 2°), como obligación del Estado (art. 5°).¹

Ahora bien, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021 “La salud en Colombia la construyes tu” (Marzo 15 de 2013) en su componente de Convivencia y Salud Mental, la Ley 1616 de 2013 y la Ley 1414 de 2010 de Epilepsia, se visibiliza la necesidad de priorizar intervenciones de promoción y prevención en salud mental y epilepsia, como estrategia intersectorial para transformar los determinantes en salud mental que afectan la calidad de vida, con el fin de satisfacer necesidades y mantener la salud en general, mejorarla y ejercer control de la misma tanto en lo individual como lo colectivo; en otro sentido, obtener ganancias en salud como lo estima el MIAS.

El Ministerio de Salud y la Protección Social en calidad de ente rector ha establecido el direccionamiento de estas acciones y brinda lineamientos que a la luz de la Ley 1616 se esperan, promuevan la inclusión social, la eliminación del estigma y la discriminación, el fortalecimiento del buen trato, la prevención de las violencias, la erradicación de prácticas de hostigamiento de acoso o matoneo escolar, la prevención del suicidio, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, y active la participación social en salud mental; a través de este documento: *Lineamientos de Promoción y Detección Temprana en Salud Mental y Epilepsia*, organizado por las etapas del ciclo vital, en los diferentes entornos, cuyo objetivo es ofrecer una serie de intervenciones sectoriales y proponer unas intersectoriales de promoción y detección en salud mental, a las entidades territoriales, que de acuerdo al análisis de sus necesidades en salud mental, las puedan considerar en su Plan Territorial de Desarrollo e implementar en su Plan Territorial de Salud a través de sus operadores.

Pero estos objetivos, solo se podrán lograr si se considera desde su inicio la participación y responsabilidad de las personas frente a su salud; en este sentido, el Dr. Fernando Ruiz Gómez, Viceministro de Salud (2012-2016), indicó que los desafíos de salud inician por “El autocuidado que es clave para alcanzar la megameta...” disminuir en 8% la mortalidad”. Señaló que son deberes de las personas relacionados con los servicios de salud y “es un tema de responsabilidad que tenemos de consolidar y construir desde la población colombiana”. En el contexto de la Ley Estatutaria de Salud el primer deber de la persona con el servicio de salud es “propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad”, está relacionado con la

¹ Ministerio de Salud y la Protección Social, Política de Atención Integral en Salud. Enero de 2016. Pág. 25

resiliencia de la persona, que implica su capacidad para recuperar las circunstancias traumáticas de la vida y la forma en que el cuerpo humano incorpora los efectos del ambiente, las interacciones sociales y los traumas psicológicos y corporales. Más allá del autocuidado, el concepto de cuidado involucra dimensiones familiar, comunitaria e institucional, se relaciona con el curso de vida de la persona, su acumulación de capital de salud y de capital social. No es posible esperar resultados en salud si el propio individuo y la comunidad no adoptan conductas y prácticas que los protejan frente a los riesgos de salud². No es posible proyectar efectos positivos de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad si no se logra incrementar el nivel de cuidado en el individuo.

Este documento, presenta una introducción que pretende despertar interés hacia la salud mental, reflejando esa búsqueda anhelada de bienestar emocional de las personas, y comunidades. El objetivo, la población objeto, un marco conceptual y también recoge de manera sucinta antecedentes sobre el tema, su importancia y la de realizar acciones de detección temprana. Además un marco epidemiológico que visibiliza la situación actual de la salud mental en la población y la ruta de promoción, es decir la forma como se hacen operativas estas intervenciones, así como la forma en que los actores del sistema según sus competencias las ofrecerán en el sistema de salud.

2. Introducción

Los esfuerzos por comprender el bienestar de las personas, familias, los colectivos y sus causas no son nuevos, sino algo que a lo largo de la historia, siempre ha suscitado interés³. Históricamente el foco de las intervenciones desde las diferentes disciplinas relacionadas con la salud, se han centrado más en la reducción del dolor, el sufrimiento y las carencias; que en el desarrollo de capacidades individuales y colectivas⁴. Sin embargo el abordaje del síntoma y la enfermedad, está cambiando paulatinamente, hacia un concepto de salud cada vez más amplio que incluye aspectos del funcionamiento óptimo personal y no únicamente la ausencia de enfermedad.

Esta concepción de salud se hizo explícita en los trabajos constitutivos de la OMS, que a finales de la II guerra mundial, en el preámbulo de sus primeros estatutos oficiales afirmaba: “La salud es un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía”⁵. Más tarde la Federación Mundial para la Salud Mental, acogiendo la propuesta de la OMS, la definía como “el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes”. Posteriormente es en la declaración final de la primera reunión de la OMS sobre promoción de la salud celebrada en Ottawa en 1986 que se afirma: “La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no

² Ministerio de Salud y la Protección Social, Política de Atención Integral en Salud. Enero de 2016. Pág. 39

³ McMahon, D.M. 2006. Una historia de la felicidad. Madrid. Taurus.

⁴ Vásquez, C 2009. La ciencia del bienestar psicológico. En C Vásquez & G. Hervás (Eds.) La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva. Madrid: Alianza Editorial. Págs.: 13-46

⁵ OMS 1948

meramente la ausencia de enfermedad o minusvalía”. La salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objeto de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas⁶.

En las últimas décadas se comienza a poner de manifiesto que los estados positivos a nivel psicológico no solo forman parte integral de la salud, sino que pueden tener influencia en la aparición de las enfermedades y problemas físicos así como en los procesos de recuperación. La percepción de las personas sanas, marcada por un sentimiento positivo de uno mismo, un sentimiento de control personal y una visión optimista del futuro, son una reserva y un motor de recursos que no solo permiten a la persona afrontar las dificultades diarias, sino que cobran especial importancia a la hora de afrontar situaciones que pueden ser intensamente estresantes e incluso amenazantes para la propia existencia.⁷ Tener un buen estado de salud física o mental no solo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos, sino en disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan resistir adversidades⁸

Para llegar a ese bienestar, ya Riff desde 1995 había propuesto un modelo multidimensional de bienestar psicológico y un cuestionario para medirlo, que incluyó seis aspectos para lograrlo. Y corresponde a las personas que: a) se sienten bien consigo mismas, incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones (auto aceptación), b) las que han mantenido y desarrollado relaciones cálidas con los demás (relaciones positivas con los otros), c) las que dan forma a su medio para sí satisfacer sus necesidades y deseos (control ambiental), d) las que han desarrollado un marcado sentido de la individualidad y de libertad personal (Autonomía), e) las que además han encontrado un propósito que unifica sus esfuerzos y retos (Propósito en la vida) y por último f) las que mantienen una dinámica de aprendizaje y de desarrollo continuo de sus capacidades (Crecimiento personal). De esta forma se daba inicio a unos conceptos que hoy día, proporcionan el marco de las intervenciones.

En el año 2000, una investigación prospectiva de dos años de duración, con más de 2000 personas demostró que la presencia del bienestar emocional tienen un impacto positivo, ya que protege a los individuos del deterioro físico producido por la edad, afecta positivamente su independencia funcional y su esperanza de vida, Estos investigadores además demostraron también, la relación directa entre la presencia de afecto positivo y disminución del riesgo de infarto de miocardio (tras un seguimiento de tres años) y de accidentes cerebro vasculares (pasados seis años)⁹

⁶ WHO, 1986 Ottawa Charter for Health Promotion.

⁷ Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E., & Gruenewald, T.L., 2000. Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55 (1), 99-109

⁸ Almedom, A.M., Glandon, D. 2007. Resilience is not the absence of PTSD anymore than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*. 12.127-143.

⁹ Ostir, Markides, Peek & Goodwin, 2001

Dado que los problemas físicos tienen un impacto en la vida emocional de las personas, en el presente documento, se hace relación específicamente a la Epilepsia que es uno de los trastornos reconocidos más antiguos del mundo, sobre el cual existen registros escritos que se remontan al 4000 a. C. El temor, la incompreensión, la discriminación y estigmatización social han rodeado a esta enfermedad. El estigma persiste hoy en día en muchos países del mundo y puede influir en la calidad de vida de las personas con epilepsia y sus familias.

Medir y promocionar el bienestar se convierte por tanto en un objetivo deseable a nivel social y político.¹⁰ Es necesario atender al estado emocional-bienestar vs malestar- desde los recursos de salud y desde los profesionales de la salud¹¹.

Contextualizados en la necesidad del bienestar psíquico, como parte de la salud; este se recoge en el actual concepto de salud mental, que busca aproximarse - como lo menciona la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) -, al sentido de “sanitas”, o bienestar psicológico o emocional, es decir el de las posibilidades y recursos psicológicos y psicosociales para el funcionamiento dentro de las vicisitudes y sufrimientos cotidianos que referido al curso vital, se requieren para afrontar situaciones de gran tensión emocional, diferenciándolo de problemas y trastornos¹². De ahí que se hace necesario contar con intervenciones que promuevan ese bienestar/promuevan la salud mental como lo contempla el marco normativo actual de salud, es decir, intervenciones de promoción y detección en salud mental.

De manera general, el Modelo Integral de Atención en salud, además de considerar que la promoción y detección en salud son necesarias para las ganancias en salud; la considera como el *“Marco de acción que contribuye a garantizar el derecho a la vida y a la salud mediante la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas saludables, el desarrollo de capacidades, la movilización social, la creación de entornos saludables y el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales/transectoriales y comunitarias, dirigidas a la reducción de inequidades y a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, lideradas por los mandatarios locales,”* delimita unos componentes que se requieren para implementar esas intervenciones de manera integral.

Por su parte, la ley 1616 de 2013 en su artículo 5º, que la define como una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano”, determina unas orientaciones precisas para llevarse a cabo esas intervenciones, en el marco de la salud mental; y junto con las de la Ley 1414 de 2010 de epilepsia que define directrices para la atención integral a las personas con epilepsia; ambas, insertas el actual Modelo de Atención

¹⁰ Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell. J., 2009. Well-being for public policy. Oeford: Oxford University Press.

¹¹ Vásquez 2004

¹² Encuesta Nacional de salud

Integral en Salud, puedan mejorar las condiciones de salud mental de la población colombiana.

Finalmente, el reconocimiento en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (ENSM), de la promoción de la salud mental como una intervención política, para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer una mayor control sobre la misma, y considerada como un recurso, un valor en sí misma y un derecho humano básico, esencial para el desarrollo socio-económico, que requiere de abogacía para abordar los determinantes sociales de la salud¹³; da el marco justo y oportuno, para planear e implementar intervenciones, que a luz de una línea de base de la situación actual de salud mental del país, se pueda transformar ésta, a favor de las personas, familias, comunidades y el Estado.

Antecedentes

Históricamente fue en el siglo XIX, que comenzó a vincularse la enfermedad con la pobreza y se planteó la necesidad de investigar las relaciones existentes entre el estado de salud de las personas y sus condiciones de vida, su entorno físico y social; pero fue en la primera mitad del siglo XX, cuando los movimientos de la medicina social Europea y la salud pública en EEUU fundamentaron el surgimiento del concepto de *Promoción de la salud*.¹⁴

Henry Sigerist en 1941, es quien introduce el tema al mencionar en su artículo *Medicine and Human Welfare*, que la educación pública debía situarse como un aspecto fundamental a incluirse en un programa nacional de salud, seguido de la mejora de las condiciones de trabajo y vivienda, el descanso, el esparcimiento, la atención médica accesible a todos y la investigación. Posteriormente afirmaba que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”.¹⁵

A partir de allí, aparecen múltiples iniciativas en favor de la promoción de la salud: en 1960 la publicación de Leavell y Clark¹⁶, en 1974 el informe Lalonde del Gobierno de Canadá¹⁷, en 1979 el Informe del Servicio de Salud pública de los Estados Unidos.

A nivel Internacional se considera que la primera promulgación fue la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud¹⁸, la cual precisa que la promoción de la salud constituye una política

¹³ Salud mental en la comunidad Pág. 172

¹⁴ Terris, M. (1996) Concepto de la promoción de la salud: dualidades de la Teoría de la Salud Pública. En: Promoción de la salud, una antología. Publicación científica No 557. OPS. Washington, DC.

¹⁵ Sigerist, H.E. *Medicine Human Welfare*. New Haven: Yale University Press, 1941, P 93

¹⁶ Leavel, H.R. and Clark, E.G. *Preventive medicine for the doctor in his community*. 3a ed. Ed. McGraw-Hill. New York 1965.

¹⁷ Lalonde, M.A. *New Perspectives on the Health of Canadians*. Ottawa 1994.

¹⁸ OMS/Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud pública. Carta de Ottawa. En: Promoción de la salud: una antología. Publicación científica No 557. OPS. Washington, DC, 1996, pág. 367-372.

que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, percibiéndose la salud como un concepto positivo, como una fuente de riqueza de la vida cotidiana, cuyos prerequisites son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema saludable, la justicia social y la equidad; y que supone la acción coordinada de elementos diversos como la legislación, las medidas fiscales, los cambios organizacionales, la acción intersectorial y la participación efectiva y concreta de la comunidad.

La segunda fue en Bogotá en 1992, promovida por la Organización Panamericana de la Salud donde se promulgo la declaración de Promoción de la Salud en América Latina¹⁹. Luego en 1993 se celebró en Trinidad y Tobago la Primera Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe, donde se produjo la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud²⁰. Estas declaraciones se han mantenido vigentes y presentes en los programas de trabajo de estas organizaciones y como directrices para todas las naciones.

En 2002 se delimita el concepto diferenciándolo de la prevención y lo enmarcan en el campo de lo positivo. Se define la promoción de la salud como acción para abordar el espectro completo de los determinantes de la salud que son potencialmente modificables, mientras que la prevención se concentra en las causas de la enfermedad.²¹ Se encuadra en el paradigma de un pensamiento orientado hacia la salud, su constitución, vivencia y desarrollo como un concepto positivo²². Fue evidente el énfasis promovido por las organizaciones OPS/OMS en éste tema, intentando trascender la enfermedad, a través elaboración de políticas en esta línea.

En Colombia, el discurso de la Promoción de la Salud cobra vitalidad a comienzos de los noventa, en respuesta a los principios formulados en la Carta de Ottawa, se enuncian como parte de la política de salud, bajo el programa de los “municipios saludables”. Este vínculo entre Promoción de la Salud y municipios saludables es señalado de manera explícita por el Ministerio de Salud de la época como el comienzo de esta estrategia, quedando de manifiesto en la Declaración para la Promoción de la Salud que fue adoptada por los participantes del Foro sobre Descentralización y Municipios Saludables, llevado a cabo en la ciudad de Santafé de Bogotá en diciembre de 1991; donde se identifican a las “políticas saludables”, los “estilos de vida”, el “ambiente”, la “participación comunitaria”, las “desigualdades en salud” y la “convivencia, solidaridad y democracia” como los campos de acción de la Promoción de la Salud^{23,24}.

¹⁹ OPS/OMS Ministerio de Salud de Colombia. Declaración sobre promoción de la Salud y equidad. En: Promoción de la Salud: una antología. Publicación científica No 557. OPS. Washington, DC, 1996, pp 373-377

²⁰ OPS/OMS Cooperación Caribeña en Salud. Carta del Caribe para la Promoción de la salud. En Promoción de la Salud: una antología. Publicación científica No 557. OPS. Washington, DC, 1996, pp 378-382

²¹ Lehtinen V, Riikonen E, Lahtinen E (1997) Promotion of mental health on the European agenda. Helsinki, (STAKES), National Research and Development Centre for Welfare and Health.

²² Malvarez, S (2002) Promoción de la salud mental-Bases teóricas y estratégicas. III Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. www.interpsiquis.com

²³ Ministerio de Salud de Colombia. Municipios Saludables. Declaración de Santafé de Bogotá para la promoción de la salud. Bogotá: Min-Salud/ OPS; 1992.

²⁴ Ministerio de Salud de Colombia. Promoción de la Salud. Bogotá: Min-Salud/ OPS; 1992.

De manera precisa el discurso de la Promoción de la Salud, se legitima en la Conferencia de Bogotá, al establecerse como tema central y requisito fundamental el logro de la equidad y se plantea como el gran desafío para la América Latina. Se espera que logre la transformación social que posibilite conciliar los intereses económicos con la búsqueda del bienestar y la equidad social ²⁵

Pero, la orientación de la Promoción de la Salud se vio alterada debido a los efectos de la reforma sectorial de la Ley 100 de 1993. En este contexto, se ubicó a la Promoción de la Salud como una función importante a ser desarrollada, pero el esquema organizativo de acciones colectivas e individuales, originaron dificultades²⁶.

El nuevo Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) estableció condiciones, recursos y espacios para el desarrollo de la Promoción de la Salud. Inició con la formulación de un Plan de Atención Básica (PAB) con varias líneas de acción que abrió posibilidades para el desarrollo de actividades dirigidas a las colectividades que fuesen articuladas desde el ámbito territorial. Mientras que, por otra parte, la creación de las Empresas Promotoras de Salud mostró un cierto interés por asegurar que las acciones de Promoción de la Salud se pudieran implementar en la acción con los individuos. La normatividad emitida a partir del año 1997, la definió como una serie de servicios, procedimientos y suministros que el SGSSS debe garantizar a las personas aseguradas con el propósito de mantener y recuperar su salud, estos incluían acciones de Promoción de la Salud que las aseguradoras debían ofrecer a la población afiliada, en los grupos poblacionales de niños, niñas y adolescentes, y la tercera edad, y en los ámbitos de la salud sexual y reproductiva, la convivencia pacífica y la salud mental.²⁷

Al implementarse el SGSSS, la Promoción de la Salud empezó a ligarse con una orientación de trabajo de educación para el cambio de comportamientos y, bajo el criterio de que la salud y la enfermedad son inseparables, se adoptó un enfoque que, si bien formalmente, vio la Promoción de la Salud de forma complementaria a la acción preventiva, en el desarrollo práctico fusionó la Promoción de la Salud con la prevención. Se acuñó entonces la expresión “promoción y prevención” cuya unión, representada sintéticamente por la sigla P&P, intentaba resolver el problema teórico, conceptual y operativo que subyace en la diferencia de estos dos ámbitos de acción. De esta manera y desde la práctica se le dio énfasis al desarrollo de aptitudes personales y los cambios en los comportamientos individuales. Y asociado a ello, le otorgó una orientación preventista a la acción promocional, de tal manera que las acciones de P y P quedaron inscritas en una estrategia de información, educación y comunicación que estimulaba la construcción de hábitos saludables referidos al control de factores de riesgo y favorecía la educación para el buen uso de los servicios preventivos, como mecanismo de inducción a la demanda.

Al lado de estos desarrollos conceptuales, la promoción de la salud mental en Colombia, se intentaba ajustar al sistema de prestación de servicios, con desarrollos diferentes en cada uno de los territorios.

²⁵ Ministerio de Salud de Colombia. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Memorias. Bogotá: Min-Salud-OPS-OMS; 1992.

²⁶ Eslava JC. Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia. Revista de Salud Pública. 2002; 4 (1): 1-12.

²⁷ Eslava JC. Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Revista de salud pública • Volumen 8 (Sup. 2), noviembre 2006

En Bogotá es de destacar que en el lapso entre 2004 y 2005, coincidiendo con un cambio en las tendencias políticas del gobierno distrital, se acogieron masivamente discursos del Movimiento Latinoamericano de la Salud Colectiva, el de la salud como derecho y el de la equidad en salud; mientras se conserva como eje la Atención Primaria en Salud, que introducía el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud²⁸

Ya, “la evidencia internacional demostraba que los sistemas de salud organizados con base en una fuerte orientación de la APS alcanzaban mejores y más equitativos resultados de salud, eran más eficientes, tenían costos más bajos de atención y lograban una satisfacción más alta en el usuario comparada con la de aquellos sistemas que tenían una débil orientación de la APS. La reorientación de los Sistemas de Salud con un enfoque de la APS demanda reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención –ajuste que debía ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas de cada nivel de gobierno, de la integración de los servicios de salud pública y de atención personal, del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades; y de la creación de un marco institucional que incentivara la mejoría de la calidad de los servicios²⁹”

Posteriormente, surge el enfoque promocional de calidad de vida y salud que permitió conjugar la perspectiva de derechos con una orientación transectorial, encaminada a la satisfacción de las necesidades sociales a partir de la universalidad, la integralidad y la equidad en la acción sanitaria. En este marco, se reorganizó el Plan de Atención Básica en Salud (PAB) para el Distrito Capital, como un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad, el cual había sido estructurado por programas y luego por ciclo vital y por líneas de intervención que respondían a los principales problemas de salud pública, lográndose con ello una interrelación de acciones para favorecer el desarrollo de valores como: la autonomía, la equidad, la democracia, la sostenibilidad ambiental y el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural para la construcción de nuevas representaciones sociales en torno a la salud mental³⁰.

Luego, un análisis de las acciones del PAB, llevadas a cabo por las Empresas Sociales del Estado (ESE) de primer y de segundo en el espacio comunitario, concluyó que estas acciones de promoción y prevención apuntaban a: habilidades para la vida, fomento de la resiliencia, salud mental comunitaria y fortalecimiento de las redes familiares y sociales³¹.

Más tarde, aparecieron otros desarrollos normativos y operativos a nivel del Distrito Capital como Salud a su Hogar, y otras intervenciones de la APS en lo local que se fundamentaron en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades³². Se generaron organizaciones

²⁸ Urrego Z. Propuestas de ajuste de plan de acción de salud mental, del plan de acciones colectivas y para el mejoramiento de la respuesta asistencial en salud mental del Distrito Capital. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2010

²⁹ Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Julio 2005

³⁰ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Salud Pública, Componente de Gestión Local para la Salud. Fortalecimiento de espacios locales (mesas, consejos y comités) para la construcción e implementación de políticas públicas para la salud. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2011.

³¹ Rúa L. Acciones de promoción y prevención en salud mental. Una experiencia desde el plan de atención básica en Bogotá, 2002-2003. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2003; 32 (Supl. 1).

³² Organización Panamericana de la Salud (OPS). Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas, Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C.; 2006.

comunitarias como grupos de gestores escolares, los grupos u organizaciones sociales, las asociaciones o alianzas de usuarios, que velarían por la mejora en la prestación de los servicios; los núcleos de gestión, conformados por veinte o más habitantes del territorio que estuvieran interesados en trabajar conjuntamente en la búsqueda de soluciones a problemas relacionados con el entorno, las vías y los espacios comunitarios, los comités de participación comunitaria en Salud o Copacos, las asociaciones de usuarios y los comités de veeduría ciudadana.

Del 2009 al 2011 se incrementan el marco normativo nacional y distrital en salud mental: en cuanto a la cobertura del POS, y en lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. El POS cubriría todas las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, protección específica y detección temprana, adoptadas mediante las resoluciones del Ministerio de la Protección Social números 412 y 3384 de 2000, 3442, 0769 y 1973 de 2008.

Mientras se realizaban avances en Promoción de la salud mental a nivel Distrital y nacional, desiguales, se constituye el Observatorio en Salud Mental en 2011.³³ Más tarde se desarrollarían las Guías de Práctica Clínica en Esquizofrenia, Alcoholismo y Depresión, y finalmente en el 2013, se logra la reglamentación de la Ley 1616 de Salud mental, que retoma y vitaliza el tema³⁴.

Para el 2015, dados los resultados desalentadores del sector salud, se promueve y acoge la Ley Estatutaria en salud, que con el objetivo de “garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”, reorientar las prioridades del sistema, así como su operación hacia el beneficio del ciudadano. Si bien mantiene la protección de la enfermedad, amplía de manera sustancial el contexto de la salud, e incluye las acciones intersectoriales requeridas para afectar los determinantes sociales y sitúa la evaluación técnica y social del sistema en su efectividad para “mejorar las condiciones de salud de la población” (Artículo 7). Implica reivindicar las intervenciones que propendan por ganancias en salud a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y considera el auto cuidado como el primer deber de las personas, extensivo a la familia y la comunidad.

Este marco normativo vigente, indica al Ministerio de Salud y Protección Social establecer las acciones en promoción en salud mental y de prevención del trastorno mental, que deben incluirse en los Planes decenales y nacionales para la salud pública, planes Territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los Ciudadanos y las Ciudadanas, dichas acciones serán de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Sociales del Estado, con seguimiento y evaluación a través de indicadores en su implementación.

³³ Ardon-Centeno, N., Cubillos, A. La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012 Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 11 (23): 12-38, julio-diciembre de 2012

³⁴ Ley 1616 DE 23 DE Enero de 2013

3. Objetivo

Establecer acciones sectoriales e intersectoriales, para la promoción y detección temprana en salud mental y epilepsia para todas las personas, familias y comunidades, en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud MIAS, a partir de la promoción y la gestión del riesgo y gestión de la salud pública y desde el prestador primario; buscando la coordinación armónica de acciones en el SGSSS, que garanticen ganancias en salud.

4. Población Objeto

Actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS como: Ministerio de Salud y Protección Social, Secretarías Departamentales, Municipales y Distritales de Salud, Empresas sociales del Estado (ESE), Empresas Administradoras de Planes de Beneficio con cargo a la UPC (EAPBS), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), Alcaldías, Gobernaciones y otros sectores. Además personas, familias, comunidades, sectores sociales y comunitarios, cuidadores.

5. Marco Conceptual

La salud mental enmarcada en un enfoque de derechos, guarda relación con los modos, condiciones de vida, y depende de los determinantes de la salud y de las acciones de promoción, y de gestión de riesgo que se considere implementar en prevención y detección temprana, así como las de gestión de la salud pública, que determine cada territorio. Son estos aspectos que se tratan a continuación, además de la importancia de la promoción en salud mental.

Articulación salud mental, salud pública y modos y condiciones de vida.

Desde 2009 Arrivillaga y J Collazos,³⁵ plantearon que no se había tratado a nivel nacional en Colombia, las relaciones entre salud mental y salud pública. Se consideraba que la salud mental, caía en el campo de lo individual, mientras que si se refería a la salud pública, se aludía al campo de lo colectivo; posteriormente manifestaron que la primera posición que había que asumir en esa época era que la salud mental estaba relacionada con diferentes procesos de tipo biológico, cultural, social, económico, político y ambiental.

El reconocer la salud mental como un proceso relacionado con los contextos, sin desconocer las individualidades posibilita un escenario realista de relaciones con la salud pública y un marco de acción integrado con estrategias conformadoras de lo individual y lo colectivo. De esta forma mencionan, “la salud mental de los individuos, grupos y comunidades se puede situar, evaluar e intervenir en intrínseca relación con las carencias e inequidades sociales, económicas y políticas que atentan contra el derecho a la salud.”

³⁵ Arrivillaga Quintero m, Collazos Aldana j. Salud Mental y Salud pública. Reflexiones para introducir un debate olvidado. Cuadernos del Doctorado No 9. Universidad Nacional de Colombia. 2009. Pág. 11-13

Este modelo de determinación social de la salud, cuando hace referencia a la salud mental, enfatiza en la necesidad de intervenir en los contextos sociales, los modos de vida de las comunidades y los estilos de vida para procurar el bienestar de las personas. Es decir desde lo práctico, la salud mental es el resultado de una serie de condiciones favorables para la vida, el equilibrio y el bienestar, teniendo como principios la equidad, la participación social, la corresponsabilidad, la territorialidad, la promoción del desarrollo humano y la integralidad. Su intervención debe involucrar diferentes campos, sectores e instituciones que se relacionan con el desarrollo humano³⁶.

Un concepto que resulta vinculante e integrador entre la salud mental y la salud pública es el de los *Modos de Vida*; concepto que se ha utilizado para enfocar las prácticas sociales cotidianas y una inmensa variedad de formas de “*andar por la vida*” que se modifican en función de las formaciones económico - sociales.³⁷ Este concepto asumió una posición destacada como determinante de los procesos salud-enfermedad, mediada por dos dimensiones intervinientes: los estilos de vida y las condiciones de vida.³⁸

El modo de vida reúne un conjunto de rasgos sustanciales que caracterizan distintas formas de actividad vital de las personas en una determinada posición socioeconómica y cultural, integrando las condiciones objetivas de la materialidad social con todas aquellas prácticas y significados relacionados con la salud individual y colectiva.

En relación con la salud mental los modos de vida suponen mediaciones psicológicas que se asocian directa o indirectamente con perfiles protectores o destructivos de salud. Entonces se pueden pensar relaciones o dominios jerárquicos de determinación social de la salud. El reconocimiento y mediaciones entre estos dominios, posibilita una evaluación y unas intervenciones a considerar sobre la transversalidad del ciclo vital.

En este sentido, la atención integral de salud mental, con perspectiva de salud pública reconoce en el dominio desde lo *General*, la afectación de los procesos estructurales y generales de la vida en la salud de las poblaciones. Un dominio desde lo *Particular*, que corresponde al análisis de los modos de vida y de las condiciones de vida de los grupos y comunidades específicas, y un dominio *Singular*, o de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de los individuos.

Desde esta perspectiva, la promoción, prevención y asistencia en salud, requiere del concurso de los sectores de la economía, del trabajo, la educación y la justicia, entre otros, para tener una mirada integral de la salud mental.

³⁶ Dirección en Salud Pública. Instituto Departamental de Salud del Departamento de Nariño. Diseño, implementación, seguimiento y evaluación de un modelo de atención en salud mental para el Departamento de Nariño. Elaborado por Jorge Mc Douall Lombana, Jorge. 2006.

³⁷ De Almeida Filho, N. La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial 2000.

³⁸ Possas, C. Epidemiologia e sociedade: Heterogeneidade estrutural no Brasil. Edit Hucitec, Sao Paulo: 1989.

Concepto de salud mental, promoción de la salud mental, prevención primaria y detección temprana

La Ley 1616 de Enero de 2013 define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.”³⁹

Para llegar a cumplir este cometido en salud mental, se presenta la promoción de la salud mental como la alternativa más costo efectiva y de mejor impacto social, aunque su concepto se viene mencionando desde el siglo XIX con distintos desarrollos, es hasta hace poco que emerge⁴⁰ nuevamente para visibilizarla y operativizarla.

El concepto de promoción de la salud tuvo sus comienzos desde 1945, cuando Sigerist lo utilizó para afirmar que: “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, y formas de esparcimiento y descanso”; desde entonces éste se ha enriquecido y precisado con otras ideas como: la ausencia de enfermedad, es parte integral de la salud de los sujetos, es un proceso determinado por otros procesos naturales, económicos, sociales, culturales, jurídicos y de organización de los servicios de salud, expresa relaciones entre el Estado y la Sociedad, es un derecho humano inalienable, es un campo interdisciplinario y constituye un conjunto de actividades que implica conocimientos culturales y científicos y requiere de la producción de información, de la investigación y de la formación del personal en salud.

Se define, como acción que posibilita el adecuado desarrollo individual y las acciones para abordar el espectro completo de los determinantes de la salud que son potencialmente modificables, mientras que la prevención se concentra en las causas de la enfermedad.⁴¹ Se encuadra en el paradigma de un pensamiento orientado hacia la salud, su constitución, vivencia y desarrollo como un concepto positivo⁴².

Se precisa su concepto en la Carta de Ottawa: “La promoción de la salud mental constituye una política que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, percibiéndose a la salud como un concepto positivo, como una fuente de riqueza de la vida cotidiana, cuyos prerrequisitos son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema saludable, la justicia social y la equidad, y que supone la acción coordinada de elementos diversos como la legislación, medidas fiscales, cambios organizacionales, acción intersectorial y participación efectiva y concreta de la comunidad.”⁴³

³⁹ Republica de Colombia. Ley 1616 de 2013 “Por medio de la cual se dicta la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones Internet 2013. Citar link

⁴⁰ Salud mental en la Comunidad. Pag 168

⁴¹ Lehtinen V, Riihonen E, Lahtinen E (1997) Promotion of mental health on the European agenda. Helsinki, (STAKES), National Research and Development Centre for Welfare and Health.

⁴² Malvarez, S (2002) Promoción de la salud mental-Bases teóricas y estratégicas. III Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. www.interpsiquis.com

⁴³ Carta de Ottawa.

Lo anterior dado que la promoción de una vida saludable implica la mejora de las condiciones de vida y salud y requiere la implementación de políticas sociales que mejoren la oferta, la distribución y las condiciones de trabajo, la nutrición, las condiciones de vivienda, el acceso a la educación, el transporte y las comunicaciones, así como la actividad física, la actividad cultural y la recreativa.

La necesidad de reducir los gastos en las familias, la pérdida del empleo y las precarias condiciones de trabajo, se constituyen en un fuerte condicionante adverso para la salud mental. Por lo tanto es necesario reducir la inseguridad económica, promover nuevas actividades productivas en las comunidades y promover las condiciones de trabajo.

Mejorar las condiciones de nutrición en los niños determina un desarrollo socio-afectivo saludable que repercute en su salud mental, al igual que el mejoramiento de la vivienda, lo que contribuye a aumentar la participación social y reduce la criminalidad. De ahí que la promoción de la salud mental, no es un compromiso del sector salud sino que es un compromiso de otros sectores del país.

La ley 1616 de 2013 enmarca los anteriores conceptos y puntualiza que la promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.

De otra parte esta Ley, considera la **prevención primaria del trastorno mental** como las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

Finalmente y dado que muchos adultos que padecen trastornos mentales tienen su aparición durante infancia o la adolescencia, no solo las intervenciones de prevención temprana, sino las de **detección de los trastornos de salud mental** durante la infancia y la adolescencia son obligatorios.⁴⁴ Pero también en otros momentos del ciclo vital, es importante realizar la detección temprana, para instaurar oportunamente intervenciones necesarias, y la ley 1616 ordena a la red integral de prestación de servicios en su Artículo 12, incluir la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención y la detección temprana, además del diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Además menciona que la red estará articulada y coordinada bajo un sistema de referencia y contra referencia que garantice el retorno efectivo de los casos al primer nivel de atención.

Derechos y determinantes sociales de la salud mental

Existe una vinculación de mutua dependencia entre salud mental y derechos individuales, familiares, comunitarios e institucionales: la garantía y ejercicio de estos determinan las

⁴⁴] European Pact for Mental Health and Well-being. Brussels: European Commission 2008. (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf)

condiciones de salud mental, y las condiciones de salud mental a su vez, determinan su ejercicio y garantía. El respeto de los derechos supone la construcción de una sociedad más equitativa e incluyente que garantice por igual las condiciones para una existencia digna, la participación ciudadana, el uso de bienes y servicios sociales y el acceso a los medios de producción y desarrollo. El ser sujeto de derechos, lo consolida como persona sujeto de responsabilidades y deberes.⁴⁵

Además existe una clara relación entre los determinantes generales, particulares e individuales y la presencia o ausencia de problemas mentales⁴⁶. La política de Atención Integral en Salud (PAIS) recoge el marco de determinantes sociales adoptado por el PDSP 2012-2021. Por ello, el Estado reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicos, educacionales, de hábitat y genéticos que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforman la nación.

Entre los determinantes sociales, ambientales, económicos relacionados con salud mental se encuentran: la pobreza, la guerra, la migración, la marginación, la falta de educación, la falta de transporte, la falta de casa, la malnutrición, la violencia, la delincuencia, las condiciones laborales y de empleo, el nivel de ingresos, la presencia de inequidades de género; pero también están: la participación social y la existencia de servicios sociales, redes comunitarias y apoyo social.⁴⁷

Entre los determinantes familiares e individuales relacionados con la salud mental se encuentran, por una parte la desorganización o conflicto familiar, las dificultades de comunicación, la violencia intrafamiliar, la enfermedad mental o el consumo de drogas en los padres, los problemas perinatales, las alteraciones del desarrollo cognitivo o emocional, la enfermedad física, la discapacidad y las destrezas laborales pobres. También está la interacción positiva entre padres e hijos, la crianza adecuada, el desarrollo de habilidades para la vida y las habilidades sociales.

Intervenir en los determinantes ha mostrado ser efectivo en la prevención de los problemas de salud mental⁴⁸. Programas de promoción de la salud mental en la comunidad y su contribución positiva, se encuentran suficientemente documentados y supone el desarrollo de una estrategia de acción múltiple y compleja que, basada en que la comprensión de los determinantes, se dirija a la identificación, recuperación y enriquecimiento de las condiciones, fortalezas y potencialidades de la salud mental de sujetos y poblaciones.

La promoción de la salud mental en la comunidad requiere incluir las siguientes orientaciones: la abogacía para el desarrollo del concepto de salud mental, estimular la comprensión de los determinantes de la salud mental, sus condiciones y expresiones y promover su valoración como dimensión vital para el bienestar y desarrollo humano.

⁴⁵ Ministerio de la Protección Social. Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Documento Propuesta para la Discusión y Acuerdos. Bogotá, Diciembre de 2007.

⁴⁶ Hosman, C., Jane-Llopis E. y Saxena S (eds). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de Política. Oxford: Oxford University Press, 2005.

⁴⁷ Petras 2002, Amable y Benach 2000 y 2002, OMS 2007, Ramos 2003.

⁴⁸ OMS 2004

Los programas de desarrollo comunitario deben buscar mejorar las condiciones socio-económicas y los estilos de vida de la comunidad, contribuir al desarrollo de ambientes psicosociales saludables y al control de las causas de la violencia, la exclusión, el abandono y la falta de cuidados. Especialmente es importante empoderar a la población en la participación, para el ejercicio de control social y la salvaguarda de los derechos humanos, ya que estas acciones contribuyen a mejorar la organización de las redes sociales,⁴⁹. Los programas de desarrollo comunitario para la salud mental supone el diseño e implementación de políticas públicas saludables.

Políticas dirigidas a mejorar el acceso a la educación en todos sus niveles contribuye a mejorar la salud mental. Se sabe que el déficit educacional limita la capacidad de las personas para tener acceso a la cultura, el trabajo y el bienestar. Se deben promover estas a la atención en salud políticas a grupos discriminados y socialmente obstaculizados como: familias en extrema pobreza, mujeres, especialmente en niñas y en familias que padecen violencia doméstica.

El acceso universal a la atención en salud es una prioridad, ya que en el marco de un sistema de salud basado en atención primaria, de carácter equitativo, solidario e independiente de la capacidad de pago; se provee seguridad y protección.

Los programas de mejora del transporte, las comunicaciones, el control de tráfico de drogas y la prevención de la violencia en todas sus formas, son acciones imprescindibles para facilitar el desarrollo de la salud mental.

El reconocimiento de las desigualdades y conflictos de poder y el fomento de las relaciones familiares, inter-grupales, interinstitucionales e intersectoriales precisan la participación ciudadana, para la definición, implementación y monitoreo de políticas de salud y de salud mental. La promoción de la salud mental no es solo responsabilidad del Ministerio de salud, sino que demanda la participación de los diferentes sectores, actores y partes interesadas.

La revisión y transformación de los modelos de producción de conocimientos transferencia tecnológica particularmente asociados a las ciencias sociales, constituyen imperativos académicos para el desarrollo de la promoción de salud mental. Algunos son: creación de ámbitos de información, de debate científico, el desarrollo de indicadores de salud mental y de promoción en salud mental, producción de evidencias, formación de los trabajadores de salud mental, capacitación y fortalecimiento de la acción de trabajadores no formales y líderes comunitarios, producción de guías y herramientas, promoción de redes, intercambio de conocimientos, aprendizajes y prácticas entre otros.

Finalmente las políticas de salud mental, requieren del establecimiento y vigencia de marcos jurídicos que garanticen su implementación y sustentabilidad.

Importancia de la promoción en salud mental

El desarrollo de un sistema de salud basado en la atención primaria, de carácter equitativo, solidario, e independiente de la capacidad de pago, asegura la provisión a todos los

⁴⁹ Putman R., 1995. Bowling alone: America's declining social capital. Journal of Democracy, 6(1):65-78

ciudadanos, de cuidados de salud preventivos, al tiempo que proveen un marco de seguridad y protección que contribuye al enriquecimiento de la salud mental⁵⁰

“La evidencia internacional demuestra que los sistemas de salud organizados con base en una fuerte orientación de la APS alcanzan mejores y más equitativos resultados de salud, son más eficientes, tienen costos más bajos de atención y logran una satisfacción más alta del usuario comparada con la de aquellos sistemas que tienen una débil orientación de la APS. La reorientación de los Sistemas de Salud con un enfoque de la APS demanda reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención –ajuste que debe ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno; de la integración de los servicios de salud pública y de atención personal; del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades; y de la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios⁵¹”

Comprender que “Los determinantes sociales y económicos de la salud mental son aquellos aspectos que de una forma u otra inciden en la salud mental, el identificarlos y priorizarlos es fundamental para la promoción puesto que, parafraseando a Heather Pollett (2007), esto permite identificar los cambios del entorno en que vivimos, refleja que la salud mental es un asunto de todos, como personas y como parte de una comunidad, y muestra claramente que los diferentes sectores e instituciones tienen un grado de corresponsabilidad, que si se asume, nutre los procesos de promoción de la salud mental”

6. Marco Epidemiológico

A continuación se muestran los resultados recientes de la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) realizada en el 2015, promovida por el Ministerio de Salud y la Protección Social, apoyada por Colciencias, que midió y mostró por primera vez el campo de la salud mental, los aspectos socio demográficos y de caracterización de la persona seleccionada, el hogar, la vivienda y el entorno a fin de identificar determinantes sociales para la salud mental de la población, salud mental en sus dimensiones positivas, vicisitudes y recursos para lidiar con la tensión y el sufrimiento emocionales.

Resultados específicos de salud mental: individuales y colectivos

En lo que atañe al componente de salud mental, se encontró en la ENSM 2015, la determinación de una “brecha clara”, entre las realidades abordadas y las intenciones de convivencia social del Plan Decenal de Salud pública y de la Ley 1616 de 2013, que demarca un camino para la promoción de la salud mental. El reconocimiento del efecto de lo social en la salud mental a través de la exploración de sus determinaciones, destacando diferencias de generación, género, condiciones socioeconómicas y de los contextos socioculturales.

⁵⁰ Salud mental en la Comunidad. Pág. 175

⁵¹ Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Julio 2005

Específicamente la indagación de la salud mental, giro alrededor de dos categorías: subjetiva-relacional y social-colectiva; el escenario así configurado dio cabida a las siguientes perspectivas teóricas:

Estar bien individual y colectivo, asunto de relaciones

La vinculación mayoritaria de la salud mental con la satisfacción de necesidades individuales, particularmente de tipo corporal y con una dimensión temporal de la inmediatez, apuntando a conductas de sobrevivencia, podría estar en consistencia con el predominio de los altos porcentajes de respuestas que esbozan un panorama positivo en este campo: autovaloración muy favorable de los niños y de los cuidadores, sentimiento global común de felicidad armonía con los niños, descrita por los cuidadores y satisfacción generalizada en las relaciones con los demás, particularmente con la familia, la pareja, amigos, y compañeros, aunque son los vecinos una fuente menor de complacencia.

En el mismo sentido porcentajes altos de personas encuestadas ofrecen una auto percepción deseable: aprecian la vida a pesar de las dificultades, piensan antes de actuar, disfrutan de lo cotidiano, ayudan a los que sufren, gozan igualmente de dar o recibir ayuda; pero esas representaciones ideales muestran fisuras al elegir a la par, respuestas de obtener lo que se pretende sin importar las consecuencias y a todo costo; o vinculadas con la anulación de los sentimientos de desconfianza y la distancia emocional. La autovaloración de la salud mental en general es muy positiva y se incrementa con el grado de escolaridad. Los adolescentes son el grupo que se percibe más feliz. La familia es la primera fuente de apoyo, luego Los amigos, la pareja, los vecinos y compañeros de trabajo.

Cognición social y reconocimiento de los otros

Dado que la supervivencia del ser humano depende de la efectiva actividad social, y esta requiere de procesos cognitivos o funciones ejecutivas: como la memoria inmediata, la atención, la planeación, la organización de la información para tomar decisiones y la motivación, que facilitan el poder percibir las emociones de los otros, los estados mentales de los otros y ponernos en el lugar del otro.

La cognición social estudia como comprendemos, recordamos, predecimos la conducta de otras personas, como elaboramos juicios e inferencias a partir de lo que percibimos en los demás, y como tomamos decisiones con base en esa información. Además permite identificar como son influenciados dichos procesos por la presencia de los otros, nuestra motivación y nuestro estado emocional en cada situación concreta.⁵² De ahí que estas funciones son primordiales en todos los comportamientos necesarios para mantener la autonomía personal porque permite la toma de decisiones, además que fundamentan la personalidad y el mantenimiento del comportamiento: la conciencia, la empatía y la sensibilidad social.

Los resultados sobre las funciones ejecutivas evaluadas a través del instrumento IFS – Ineco el cual incluye tres subpruebas, se presenta diferente en relación con la edad, y la situación de pobreza; donde el mejor desempeño lo tiene el grupo etéreo más joven que no se

⁵² Beusemberg M, Orley JH., Health WHOD of M, A. User's guide to the self reporting questionnaire (SRQ) [Internet]. 1994 cited 2015 jun 10 [Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf

encuentra en esta condición y el peor las personas del grupo etéreo mayor que se encuentran en condición de pobreza .

Se encontraron porcentajes mayores en la capacidad de inhibición motora 63,2% (IC 95%: 60,9-65,6) , instrucciones conflictivas 81,6% (IC 95%: 79,1-83,9) inhibición verbal 52,8% (IC 95%: 41,6-63,7) , comparado con las personas mayores que tienen una menor escolaridad.

En relación a la capacidad de abstracción se encuentra según la escolaridad, se observa que a mayor escolaridad se tienen un mejor puntaje en personas de 18 a 44 años: 64.5% . Y si se hace la discriminación por pobreza esta capacidad disminuye al 40.2% en personas entre 18 y 44 años y a 30.7% en personas mayores de 45 años.

Con relación a la memoria de trabajo o habilidad para mantener el orden mental , se aprecia que a mayor escolaridad mejores puntajes, al igual que en personas que han completado estudios universitarios así: 66,0% en ambos casos.

En relación con la empatía, donde se avaluó presentando cinco situaciones: dos acciones intencionales, dos accidentales y una neutra en relación a hacerle daño a otros: el 75,1% (IC 95%: 73-77.1) de la población colombiana de 18 años en adelante reconocen una acción intencional de dañar a otro, el 64,4% reconoce una accidental y el 73% a una acción neutra. Al considerar que tan mala es la persona que comete la acción el 70% lo considera muy o moderadamente mala. En relación con el castigo que debiera recibir, más de la mitad consideran que debiera recibir mucho castigo frente a la acción intencionada y poco castigo a la acción accidental.

Los resultados vinculados al reconocimiento emocional muestran que el 91% puede identificar la emoción de alegría, 65% rostros neutros, 55% sorpresa, pero en relación a las emociones negativas solo el 19,7% reconoce los rostros de miedo, el 21,8% de asco y el 27,4% de tristeza.

Apoyo familiar y capital social

De forma global las respuestas que suponen encontrar algún grado de apoyo en caso de dificultad o problema , se observa un descenso porcentual sostenido acorde con la edad: de 12 a 17 años :siempre 36%, casi siempre 18.1%, algunas veces 37% . De 18 a 44 años siempre 26.7% casi siempre 14,9%, algunas veces 44.7%. De 45 a 59 años: siempre 26.3%, casi siempre 14,7 % algunas veces 42.9% y de 60 años y más siempre 26.4%, casi siempre 12,7%, algunas veces 38.8%.

La categoría más frecuente es: *algunas veces*. El ítem siempre en personas entre los 18 y 44 años es de 33.7% frente a un 25.5% en mayores de 45 años.

Con relación a la afirmación *nunca* contaría con apoyo en caso de dificultad o problema , este se incrementa con la edad : 8.9% (12 a 17 años), 13,6 % (18 a 44 años), 16.6% (45a 59 años) y 22% (60 años y más).

Además se reflejó que a los miembros a quienes mayoritariamente se les solicitaría ayuda es a la familia 94.4% , luego a los amigos.

En cuanto a la funcionalidad familiar, se encontró algún grado de disfunción en un tercio de la población, , siendo del 31.1% (12- 17 años), 33,8% (18-44 años), 34.1% (45 años en adelante). El 19.3% de la población entre 18 y 44 años, presentan disfunción leve, el 9,4% moderada y el 5.1% severa . Las personas mayores de 45 años, la presentan así: 18,8%, 9,3% y 7.0% respectivamente. Con relación a la escolaridad , se encuentra que se presenta menor grado de disfunción a mayor escolaridad. Respecto a la disfunción familiar según el estado de pobreza, se encuentra que el 40,6% (IC 95%: 33.5-48) de los adolescentes que están en esta situación, refiere algún grado de disfunción familiar en comparación a los que no tienen esta situación que fue de 28.2%.

En cuanto al capital social, definido desde la persona como los nexos de parentesco, vecindad y con la organización comunitaria y social que puedan brindarle ayuda básica, así como los colectivos como las relaciones entre personas y de estas con las instituciones sociales, el contemplar la solidaridad , así como los comportamientos pro sociales y cívicos que reflejan cohesión social⁵³, se encontró que más de la mitad de los colombianos no participa en grupos de ningún tipo, no lo hace el 53,7% de las personas de 12 a 17 años; el 65.3% de las de 18 a 44 años; el 60,5% de las de 45 a 59 años y el 60% de las de 60 y más años. Las mujeres participan menos que los hombres en los dos primeros grupos. El porcentaje de participación es mayor en personas en condición de pobreza.

En todos los grupos se observa un incremento de la participación concomitante con la escolaridad.

En relación a la confianza en sus vecinos es afirmativa en la mayoría para el 52,4% del grupo 12 a 17 años; 49.9% para los de 18 a 44 años; 54.9% para los de 45 a 59 años y de 66.8% para los de 60 años y más. En esta categoría las personas que están en condición de pobreza, superan porcentualmente a las que no lo están.

A la pregunta si piensan que les devolverían la billetera en caso de que se les perdiera fuera de su casa respondieron sí : 26.7% entre 12 y 17 años; 30.4% entre 18 y 44 años; 29.4% de 45 a 59 años; 28.3% en los de 60 años y más. Frente a esta afirmación las personas en condición de pobreza arrojan porcentajes mayores en relación a los que no lo son.

A su vez los encuestados respondieron *no les gustaría tener como vecinos* en primer lugar a personas con adicción a drogas o alcohol, luego a los desmovilizados por conflicto armado, luego a personas con enfermedades infectocontagiosas y luego a personas con problemas mentales. Las diferencias relacionadas con religión, idioma, orientación sexual, condición de víctimas entre otras generaron poca exclusión.

Salud mental y sufrimiento emocional

Ante hechos traumáticos graves, son más personas que lo superan de manera espontánea y con su propios recursos e incluso relatan aprendizajes positivos y fortalecimiento personal ⁵⁴, lo

⁵³ Hurtado D, García D, Copete A. Las vicisitudes del capital social en Colombia, los cambios de K social (capital social), Confie (Confianza institucional y control indirecto del Estado) y Fenoval (Fe en fuentes de información no válida) 1997-2005-2011. Fundación Antonio Restrepo Barco; 2013

⁵⁴ Pérez-Sales. El concepto de trauma y de respuesta al trauma en psicoterapia. Norte salud Ment. 2004;5(20).

que da muestras de lo que se ha denominado *resiliencia*, es decir la capacidad de adaptarse y sobrellevar los eventos negativos de la vida. Las bases psicológicas de éstas son: apego seguro, experiencia de emociones positivas, propósitos de vida y gratificaciones.⁵⁵

Lo anterior no supone olvidar que la guerra, la violencia, el despojo y la persecución trastocan las formas de convivencia, los recursos de pensamiento y la simbolización y el cuidado de sí mismo, de los demás y del entorno. Las pérdidas de las relaciones significativas, de los vínculos sociales y culturales, de las redes de apoyo y del reconocimiento, puede conducir a *mecanismo de sobrevivencia*, contrarios a los valores y principios culturales y éticos presentes en las condiciones de estabilidad y armonía.

Eventos críticos y curso de vida

Durante el curso de vida, los seres humanos están expuestos a demandas y diversos sucesos que causan inquietud, malestar, dolor, incomodidad o sufrimiento, ante los cuales es necesario hacer ajustes para paliarlos o superarlos.

En lo que respecta a los niños sólo el 51.5% (IC 95%: 49.3-53.7) entre los 7 y 11 años viven con sus padres biológicos, de esos el 52.2% habitan en hogares en situación de pobreza, el 51.4% no. Para los que no viven con ambos padres, el 59.8% el ausente es el padre biológico, en el 27.4% es la madre biológica, y en el 12% ambos padres. El 31% de los niños ha vivido con otro adulto que ha actuado como padre o madre. El 68.5% mantienen comunicación con el padre biológico y el 92.8% con la madre biológica; el 58.1% de los padres biológicos contribuye con los gastos del niño, y el 79.7% de las madres lo hace. En la Región Atlántica está el menor porcentaje de padres y madres biológicas que colabora con los gastos del hijo.

En los restantes grupos de edad, los eventos críticos se distribuyen así: De los 12 a los 17 años: un cambio importante en la vida 29.8%, la enfermedad o muerte de un familiar o alguien muy cercano 25.2%, un problema grave de la familia 12.8%, y un problema grave de salud o accidente 6.4%.

De los 18 a 44 años: un cambio importante en la vida 32.2%, problemas económicos graves 24.7%, enfermedad o muerte de un familiar 24%, y un problema grave de la familia 13.5%.

De 45 años y más: enfermedad o muerte de un familiar 26%, problemas económicos graves 24.5%, un cambio importante en la vida 16.3%, problema serio de salud o accidente 14.5%.

En relación a eventos críticos acaecidos antes de los 12 años de edad de los encuestados, relacionados con limitaciones por parte de los adultos en la expresión afectiva, en el cuidado, en la posibilidad de jugar o de maltrato, delegación de responsabilidades no concordantes con su edad, ya que son mucho más frecuentes en el grupo de 45 años y más que en el de 18 a 44 años, y más infrecuentes aun en los 12 a 17 años.

⁵⁵ Ruten BPF, Hammels C, Geschwind N, Menne-Lothmann C, Pishva E, Schruers K, et al. Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. Acta Psychiatr Scand. 2013 Jul; 128 (1): 3-20

La ausencia del padre es más frecuente y las carencias afectivas y económicas muy seguramente tendrán un impacto en el curso de vida, que debe tenerse en cuenta. En el pasado era más frecuente que las personas vivieran en la niñez con ambos padres (67% de quienes tienen 45 años y más)

Las personas de 12 años y más han sufrido con mayor frecuencia por problemas de enfermedad, accidente o muerte de alguien cercano, por un cambio significativo en sus vidas y por problemas económicos. Los eventos traumáticos relacionados con la violencia intrafamiliar afectan más a la población entre los 18 y 44 años, con un 10,7 % (IC95%: 9,8- 11,6). Se encontró que se siguen presentando situaciones de vulneración de los derechos humanos de niños y niñas, pero también se observó un cambio favorable en las pautas de crianza “en el sentido de mayor cuidado de los niños, de favorecer su desarrollo psicológico y social, y de evitar condiciones adversas”

Otros aspectos indagados fueron: Nunca tenían que comer : 2.1% de los adolescentes entre 12 a 17 años, 1.9% de las personas entre 18 y 44 años y 2.3% entre los de 45 años y más. Vivir temporalmente en la calle o pedir limosna es reportado por un 2.5% de personas entre los 18 y 44 años y por 3.1% entre personas de 45 y más años. Han sufrido accidentes o enfermedades graves : el 16.7% (12-17 años), 15.9% (18-44 años), 14.2% (45 años y más). Murió alguno de sus padres o persona muy cercana, el 37% lo afirmó en todos los grupos de edad.

Violencias

Entendida como “ el uso intencional de la fuerza física o el poder, real o por amenaza, contra la persona misma, contra otra persona, o contra un grupo o comunidad que puede resultar en o tiene alta probabilidad de resultar en muerte, lesión, daño psicológico, problemas del desarrollo o deprivaciones” ⁵⁶

La OMS (1996) tipifica la violencia en: *autoinflingida* (conducta suicida y maltrato autoinflingido) , *interpersonal* (violencia intrafamiliar y violencia ejercida contra una persona de la comunidad) y *colectiva* (violencia social :crimen organizado, pandillas, racismo; violencia política: asociada con guerras o conflicto armado; y violencia económica: imposibilidad de acceso a servicios esenciales y alteración de la actividad económica).⁵⁷

En relación a las experiencias de violencia que experimentan frecuentemente los adultos están: el desplazamiento forzado, luego violencia intrafamiliar y luego violencia organizada. El 21% reporta haber experimentado violencia en el ámbito escolar, siendo mayor en hombres. En el grupo etáreo de mayor edad refirieron haber experimentado agresión física por parte de sus profesores durante su infancia. Los eventos traumáticos relacionados con la violencia intrafamiliar afectan más a la población entre los 18 y 44 años, con un 10,7 % (IC95%: 9,8- 11,6). Se encontró que se siguen presentando situaciones de vulneración de los derechos humanos de niños y niñas, pero también se observó un cambio favorable en las pautas de crianza “en el sentido de mayor cuidado de los niños, de favorecer su desarrollo psicológico y social, y de evitar condiciones adversas”

⁵⁶ World Health Organization. World Report on Violence and Health, 2002 [cited 17Feb]; available from:

[Http://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=264644](http://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=264644)

⁵⁷ Foege WH, Resenberg ML, Mercy JA, Public health and violence prevention. Curr Issues Public Health. 1995;1:2-9

Epilepsia

La OMS⁵⁸ la ha definido como una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todo el mundo y se caracteriza por convulsiones recurrentes. Estas convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres. Pero una sola convulsión no significa epilepsia (hasta un 10% de la población mundial sufre una convulsión a lo largo de su vida). Esta se define por dos o más convulsiones no provocadas y en su mayoría produce una afectación en la salud mental de quien la padece y su familia, de ahí la necesidad de promoverla y detectarla tempranamente.

El tipo más frecuente de epilepsia, que afecta a 6 de cada 10 personas, es la epilepsia idiopática, es decir, la que no tiene una causa identificable. La epilepsia con causas conocidas se denomina epilepsia secundaria o sintomática. Dichas causas pueden consistir en: daño cerebral por lesiones prenatales o perinatales (por ejemplo, asfixia o traumatismos durante el parto, bajo peso al nacer); malformaciones congénitas o alteraciones genéticas con malformaciones cerebrales asociadas; un traumatismo craneoencefálico grave; un accidente cerebro vascular que limita la llegada del oxígeno al cerebro; infecciones cerebrales como las meningitis y encefalitis o la neurocisticercosis; algunos síndromes genéticos; y por los tumores cerebrales.

En la actualidad, unos 50 millones de personas de todo el mundo padecen epilepsia⁵⁹. La proporción estimada de la población general con epilepsia activa (es decir, ataques continuos o necesidad de tratamiento) en algún momento dado oscila entre 4 y 10 por 1000 personas. Sin embargo, algunos estudios realizados en países de ingresos bajos y medianos sugieren una proporción mucho mayor, entre 7 y 14 por 1000 personas. Según estimaciones, se diagnostican anualmente unos 2,4 millones de casos de epilepsia. En los países de altos ingresos, los nuevos casos registrados cada año entre la población general oscilan entre 30 y 50 por 100 000 personas. En los países de ingresos bajos y medianos esa cifra puede ser hasta dos veces más alta. Esto se debe probablemente al mayor riesgo de enfermedades endémicas tales como el paludismo o la neurocisticercosis; la mayor incidencia de traumatismos relacionados con accidentes de tránsito; traumatismos derivados del parto; y variaciones en la infraestructura médica, la disponibilidad de programas de salud preventiva y la atención accesible. Casi el 80% de las personas epilépticas viven en países de ingresos bajos y medianos.

7. Intervenciones de Promoción y Detección Temprana:

Las intervenciones, puestas desde las consideraciones del marco estratégico de APS, buscan generar bienestar y abordar el riesgo de salud desde las condiciones de la comunidad

⁵⁸ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/> Nota descriptiva N°999 Febrero de 2016. Revisado 12 de Julio de 2016

⁵⁹ OMS

y de cada uno de sus integrantes. Superpone los objetivos de las personas y la comunidad sobre los de los agentes y reorienta su intervención. Son de tipo prestacional (dirigidas al individuo) como colectivas (dirigidas a la comunidad), con enfoque familiar y comunitario.

Desde el enfoque familiar y comunitario, ubica las acciones del modelo de salud de acuerdo a la situación, *curso de vida y entornos* donde vive y se recrea la población. Orienta la articulación de acciones individuales, colectivas y poblacionales para aportar a la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de toda la población. Para su implementación se requiere la gestión del: a) Desarrollo del talento humano en salud; b) articulación de servicios de salud; y c) planeación y gestión territorial.

Además reconoce a la familia y la comunidad como sujetos de atención en salud, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado de las familias, se preocupa de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, les entrega herramientas para el autocuidado, la gestión y la promoción. Hace énfasis en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa porque las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

7.1. ***Por Curso de Vida:***

Este enfoque aborda a las personas en los diferentes momentos del continuo de la vida reconociendo las características y los cambios que, desde la particularidad de cada uno, potencian el desarrollo y la salud de las personas, se tendrá en cuenta que la edad debe ser considerada como un valor social más que cronológico, ya que se constituye en una construcción social e histórica al interactuar con los roles sociales, marcando trayectorias y cursos de vida diferentes para los sujetos, de acuerdo con la cultura, la historia y el contexto social, político y económico de cada persona.

Este enfoque, se interesa por los cambios de la persona a lo largo de la vida, y estos vinculados a un entorno bio-social en transformación, al que el sujeto tiene que adaptarse permanentemente (Villar, 2005); y por la interrelación e interdependencia entre las diferentes etapas que "hacen parte del proceso general de envejecimiento que avanza fisiológica, psicológica y socialmente desde el momento de la concepción" (Zapata y cols., 2002; p.118).

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) destaca del concepto los roles como: "trayectorias que tiene un individuo y su familia de acuerdo a los roles que desarrolla a lo largo de la vida (hijo, padre, trabajador, esposo, jubilado, entre otros), las cuales están marcadas por transiciones y momentos significativos", influenciados sí, por las condiciones biológicas, psicológicas, sociales de los entornos, en que se desenvuelve el individuo a lo largo de la vida, y por acontecimientos individuales únicos.

Los momentos vitales se caracterizan por:

Primera infancia: intervenciones dirigidas a mejorar la salud mental y bienestar de los niños y adolescentes tienen un gran impacto en sus trayectorias de desarrollo, lo que resulta en una sustancial reducción de la deficiencia y la discapacidad atribuible a enfermedades físicas y trastornos mentales en la edad adulta, una disminución de las tasas de suicidio, y una disminución de la utilización de intervenciones en salud mental⁶⁰. Los beneficios adicionales que se derivan de la mejora salud mental de niños y adolescentes incluyen mejora de los resultados educativos, estilo de vida saludable, por ejemplo, una participación reducida en los comportamientos de riesgo no saludables, como tabaco y alcohol o de drogas, una disminución de la conducta antisocial y la delincuencia, y la mejora de la productividad en el trabajo, así como mejores relaciones sociales. Son obligatorias hasta la adolescencia.

La crianza es fundamental para ayudar los niños a ser bien adaptados, dado que los primeros meses y años son especialmente importantes. Los programas para los padres y cuidadores pueden ayudar a mejorar la adaptación emocional y conductual de los bebés y niños pequeños. Los tres primeros años de vida de un niño son particularmente importantes en el establecimiento de patrones posteriores de funcionamiento emocional, cognitivo y social, y la crianza durante este periodo ha sido identificada como una de las influencias más importantes (Schoore, 1994). Un número de estudios recientes han encontrado asociaciones significativas entre factores tales como la sensibilidad materna (Kemppinen 2007), la ruptura del comportamiento maternal (Madigan 2006), los déficits en la prestación de cuidados tempranos (Shaw 2001), y los comportamientos problemáticos en preescolares.

Los programas de apoyo para padres en la primera infancia e infancia con intervenciones cuyo propósito son mejorar la sensibilidad y sintonía materna, fomentar la seguridad, apego y futuros vínculos, para disminuir los problemas de crianza y riesgos en la salud mental.

Infancia: Se caracteriza por: a) Potencialidad para realizar aprendizajes sistemáticos; b) Ampliar la percepción progresiva de sus propias competencias; c) Marcada interacción social fuera de la familia; d) Disfrute de juegos de reglas y competencia y Resolución de problemas cotidianos de manera independiente, e) Aprendizaje fundamentado básicamente en la imitación de modelos de su entorno.

Alrededor de los tres o cuatro años de edad, el niño ya puede adoptar el punto de vista de otra persona,⁶¹ es importante en esta etapa continuar con el fortalecimiento de seguridad y protección, de los ajustes emocionales y de valores, habilidades y destrezas que van a perpetuar en los siguientes etapas del ciclo vital. El juego, el arte y la literatura en esta época son importantes, ya que generan beneficios físicos, cognitivos e incrementan el grado de comunicación y sociabilidad.

⁶⁰ Campion J, Bhui K, Bhugra D. European Psychiatric Association. European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders. Eur Psychiatry 2012; 27: 68-80

⁶¹ Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 Pág. 75.

Se considera *al juego* infantil como una actividad de gran potencialidad para el desarrollo y el aprendizaje, por estar ligado a la adquisición de las competencias cognitivas, afectivas, emocionales, motrices, comunicacionales y sociales. El desarrollo *del arte* en la infancia temprana representa el desarrollo de una capacidad creadora que se convierte en la representación gráfica de su pensamiento y refleja cómo a medida que los niños van creciendo, van percibiendo el mundo de formas muy diferentes y su realidad va cambiando. Además se busca que el niño logre utilizar el arte como una forma de comunicación, así el niño logra expresarse libremente y sin inhibiciones. El arte, al igual que el juego, no pretende “un” producto final sino “el” proceso creador. *La literatura* proporciona nutrientes afectivos para la subjetividad, al mejorar la comunicación verbal y no verbal de la familia, dotando a todos sus miembros, tanto niños como adultos de un lenguaje más interpretativo, expresivo y simbólico que fortalece la capacidad creadora.

La infancia es de interés superior, sobre el de las personas mayores de 18 años, obligando al Estado, la familia y la comunidad a satisfacer integral y simultáneamente todos sus Derechos Humanos; el sector salud pasar a ser el garante de estos derechos, sobre la base de la participación y la intersectorialidad en los diferentes entornos donde transcurre la vida las niñas y niños.

Adolescencia: Los adolescentes sufren cambios importantes, es así que a nivel cognitivo al avanzar a la adolescencia temprana, el niño empieza a comprender las relaciones causales y lógicas, y su enfoque a la solución de problemas es más sofisticado. Sufren cambios a nivel biológico, y a veces pueden no estar preparados para ello.

Los compañeros son importantes, la familia y los parientes continúan siendo una influencia significativa en la adolescencia. La confianza interpersonal, definida como la expectativa general de que otras personas sean fiables y dignas de confianza, es una dimensión importante de la competencia social. En la investigación se ha determinado que las personas que confían en los demás son capaces de infundir confianza, son agradables a sus compañeros, hacen amigos fácilmente y son más autónomas al hacer y ejecutar planes de vida (Tyler, 1991). El establecimiento de la confianza se basa en experiencias pasadas y en el contexto de las relaciones.

Es importante la incorporación de estrategias de promoción de la salud en los programas y servicios de salud de adolescentes. Este es un reto para el sector salud en general, y la promoción de la salud es particularmente importante en el campo de la salud del adolescente, dado que muchos hábitos se forman en esta etapa de la vida (Burt, 1998).

Juventud: etapa de construcción de sujetos sociales fundantes en las dinámicas políticas y de construcción de otras lógicas de poder, dadas a través del reconocimiento de su participación (Muñoz & Alvarado, 2011), su autonomía, su capacidad de agencia; sus enormes recursos de poder, sus perspectivas de desarrollo y de renovación social, en el marco de una cronología subjetiva (Martínez, 2010). Los jóvenes son sujetos sociales que dan desarrollo a sus vidas a través de las oportunidades y posibilidades dadas según el

contexto y experiencias vividas, que les permiten llegar a ser y a hacer (Vélez, 2009). . La juventud es una construcción social, histórica, cultural y relacional, que cambia de significado de acuerdo a las épocas y sociedades.

Los jóvenes con buena salud mental podrán tener sentido de identidad y autoestima, prosperas relaciones familiares y de pareja, capacidad de ser productivos y de aprender, así como la aptitud para afrontar desafíos y de utilizar recursos culturales para maximizar su crecimiento. Además la salud mental de los jóvenes es crucial para una participación social y económica activa.⁶²

El impacto del mundo digital sobre los jóvenes, con teléfonos móviles e inteligentes, computadores y tabletas, redes sociales e información cibernética, han tenido profunda influencia. Tienen otros problemas como el desempleo y la inseguridad ciudadana lo que les causa desesperanza y desmotivación, al punto de que la depresión y el suicidio encabezan las cifras alarmantes de salud pública de todo el mundo. También la exclusión social, la pobreza y las subculturas marginales y violentas son el reflejo del pesimismo .Las enfermedades y problemas de salud prevenibles afectan a la juventud, incluyendo los embarazos tempranos y las infecciones de transmisión sexual y VIH.

Adultez: Hace referencia a hombres y mujeres entre 29 y 59 años de edad. Alude a sujetos de derechos, que se desarrollan con sus capacidades de agencia y potencialidades (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011), con su propia capacidad de establecer metas de desarrollo y poner en marcha los recursos necesarios para alcanzarlos, configurando sus trayectorias evolutivas personales (Villar, 1998) y con las oportunidades de desarrollo disponibles en sus contextos, que marcan su libertad de elegir la vida que valoran y quieren vivir.

Según Whitbourne sobre el proceso de identidad , las personas confirman o modifican de manera continua sus percepciones acerca de si misma con base en la experiencia y la retroalimentación que reciben de otros. Los procesos de identidad característicos de un individuo pueden predecir la adaptación al envejecimiento. La generatividad es un aspecto del desarrollo de la identidad, que es a su vez un proceso continuo de construcción de una historia de vida.

Dado que algunas teorías sostienen que en el adulto, la personalidad ya está formada , existe un consenso creciente acerca de que el desarrollo en esa etapa muestra cambios , a la vez que se estabiliza. Los problemas psicosociales más importantes durante la adultez, atañen a la existencia de una crisis de la mitad de la vida, desarrollo de la identidad y el bienestar psicológico. --Descensos en la satisfacción marital durante los años de la crianza de los hijos. El divorcio en la mitad de la vida puede ser estresante y cambiar la vida. Las pérdidas económicas y muerte de los hijos, los problemas y trastornos mentales , experiencias de stress postraumático.

⁶² Malvarez S., González R, Levav I., Salud Mental en la Comunidad: Salud mental en la Infancia y la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Segunda Edición. 2009 Pág. 231-233

Vejez: Hace referencia a hombres y mujeres de sesenta (60) y más años de edad, sujetos de derechos, plenos y activos; poseedores de experiencias, capacidades y habilidades que les permiten participar y tomar decisiones respecto de situaciones que afecten su presente y su futuro, y contribuir en espacios familiares, sociales e intergeneracionales en los sistemas sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales de los que hacen parte. Pero existen factores de riesgo necesarios de identificar como : maltrato, que se encuentra asociado a pobreza, el desempleo, la falta de recursos sociales, la transmisión intergeneracional de malos tratos, las diferencias intergeneracionales, el deterioro progresivo de valores, el hacinamiento, las privaciones económicas sistemáticas, el desconocimiento y los prejuicios de esta etapa de la vida, el estado de indefensión física y psicológica, el desconocimiento de los propios Derechos. Trastornos de la visión , la hipertensión arterial y la presencia de síntomas depresivos .El 84,1% de los adultos mayores se encuentra en condición de multimorbilidad, que ocasiona alteraciones en su salud mental.

7.2. **Por Entornos:**

De manera amplia el PDSP en su dimensión de convivencia y salud mental, destaca la necesidad de incluir estrategia de promoción de la salud mental, sus factores protectores y generación de entornos familiares, educativos, comunitarios y laborales favorables para la convivencia social. La Política de Atención Integral en Salud - PAIS define los siguientes: hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional. A continuación se presentan las definiciones del MSPS para cada uno de ellos⁶³:

Entorno hogar: es el escenario de refugio, acogida y afecto, constituye un espacio de residencia permanente y es fundamental para el desarrollo y establecimiento de vínculos y relaciones sociales de base para la vida social, cultural y política de las personas y las familias. Por tanto pueden ser hogares familiares o no familiares.

Entorno educativo: son escenarios de vida cotidiana donde la comunidad educativa desarrolla capacidades a través de procesos de enseñanza/aprendizaje contextualizados, que permiten la construcción social y reproducción de la cultura, el pensamiento, la afectividad, los hábitos y estilos de vida, que le brindarán mejores formas de vivir y relacionarse consigo mismo, con los demás y con el ambiente.

Entorno laboral: son escenarios donde las personas e individuos se organizan para producir bienes y servicios en condiciones que promueven y protegen la salud brindando bienestar a los trabajadores, sus familias y comunidades, con la participación activa en la eliminación y mitigación de los factores adversos a su salud. Comprende los escenarios laborales formales e informales.

Entorno comunitario: son los espacios donde se da la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias; así como los espacios de relación, encuentro y desplazamiento como son las infraestructuras, bienes y servicios dispuestos en el espacio público. Se compone de espacios abiertos caracterizados por el libre acceso (plazas, parques, vías entre otros) y de espacio ubicados en infraestructura

⁶³ Ministerio de Salud y Protección Social, Resignificación Entornos Saludables. 2015.

de acceso permitido a los cuales la comunidad atribuye valor político, histórico, cultural o sagrado (bibliotecas, ludotecas, casa de cultura, museos, teatros, templos, malocas, estadios, escenarios de participación entre otros).

Entorno institucional: son los espacios intramurales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (públicas y privadas) donde interactúan los integrantes del Sistema de Salud para garantizar la atención integral en salud a los usuarios mediante intervenciones individuales y colectivas, teniendo en cuenta la disponibilidad de servicios habilitados, en el territorio y los atributos de calidad de la atención en salud.

Los determinantes sociales de la salud presentes en los entornos, cotidianamente influyen en la salud mental de las personas, familias y comunidades, consolidando tanto factores protectores de las condiciones de salud como las causas primarias de la enfermedad. De acuerdo con la Ley Estatutaria de la Salud, el legislador deberá definir procesos para su intervención, y su abordaje intersectorial, financiado con recursos diferentes a los destinados a proveer servicios. Toda política nacional o territorial de salud debe partir del análisis de los determinantes y se deben considerar como factores condicionantes de las intervenciones planteadas desde la PAIS. La política además supone la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios.

Con la directriz del Ministerio de Salud y la Protección Social de Promoción y Detección Temprana en Salud Mental y Epilepsia, los entes territoriales, a través de los Planes territoriales de salud deben gestionar la participación e integración de todos los actores del sistema para que estas acciones sean posibles⁶⁴. La situación actual de la salud mental enmarcada en los componentes estratégicos del PDSP, amerita una atención prioritaria, en promoción, en gestión del riesgo, que incluya detección oportuna de grupos de riesgo en la comunidad, aplicación a esos grupos de riesgo de pruebas para Tamizaje (Encuesta Nacional de Salud Mental), que permiten detectar casos probables, y la realización de intervenciones educativas específicas en cada etapa del curso de vida, para evitar desenlaces indeseados.

Dado que, cada etapa del curso de vida está sometida a múltiples situaciones y experiencias, y tiene implicaciones psicosociales singulares, lo cual determina el futuro de la salud mental de las personas y colectivos; el GGISM, de la Subdirección de Enfermedades no Transmisibles del Ministerio de Salud y la Protección Social inserto en la normatividad vigente, propone el siguiente marco operativo, a desarrollar por el prestador primario.

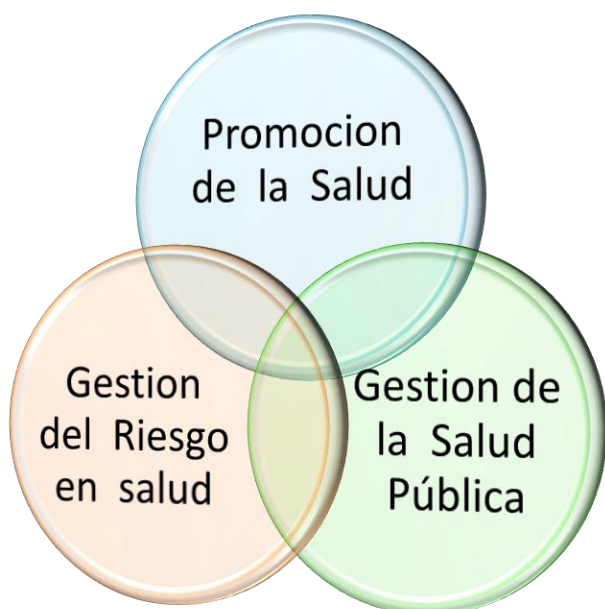
⁶⁴ Ministerio de Salud y Protección Social, Fundación FES- Social. Lineamientos de política de Salud mental para Colombia. Bogotá

8. Marco Operativo

De acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, "las acciones de promoción y detección temprana, son las que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios, necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto, logren intervenir y modificar los determinantes sociales de la salud en ese territorio y así las condiciones de calidad de la vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de su vida, con respeto por las diferencias culturales de los territorios".

Como parte del diseño estratégico, además de la meta central: alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, y de los objetivos estratégicos, el PDSP se despliega mediante estrategias y acciones para cada una de las dimensiones prioritarias. Estas acciones, se ordenan para su ejecución en tres líneas operativas: Promoción de la Salud, Gestión del Riesgo en Salud y Gestión de la Salud Pública. El GGISM, en concordancia con este, ordena las intervenciones de acuerdo a estas líneas operativas. Grafico # 1

Grafico # 1: MARCO OPERATIVO PARA LA RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO EN SALUD MENTAL, ADAPTADO DE LAS LINEAS OPERATIVAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA



El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 ha definido tres líneas operativas que, para la Promoción y detección temprana en salud mental comprenden las siguientes estrategias y se entienden de la siguiente manera.....

Promoción de la salud mental es el marco de acción que contribuye a garantizar las ganancias en salud mental, gestionando los componentes de la salud mental, en cada etapa del curso de vida, y desarrollando capacidades comunitarias para reducir inequidades y para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud y el desarrollo integral de las personas, familias y comunidad.

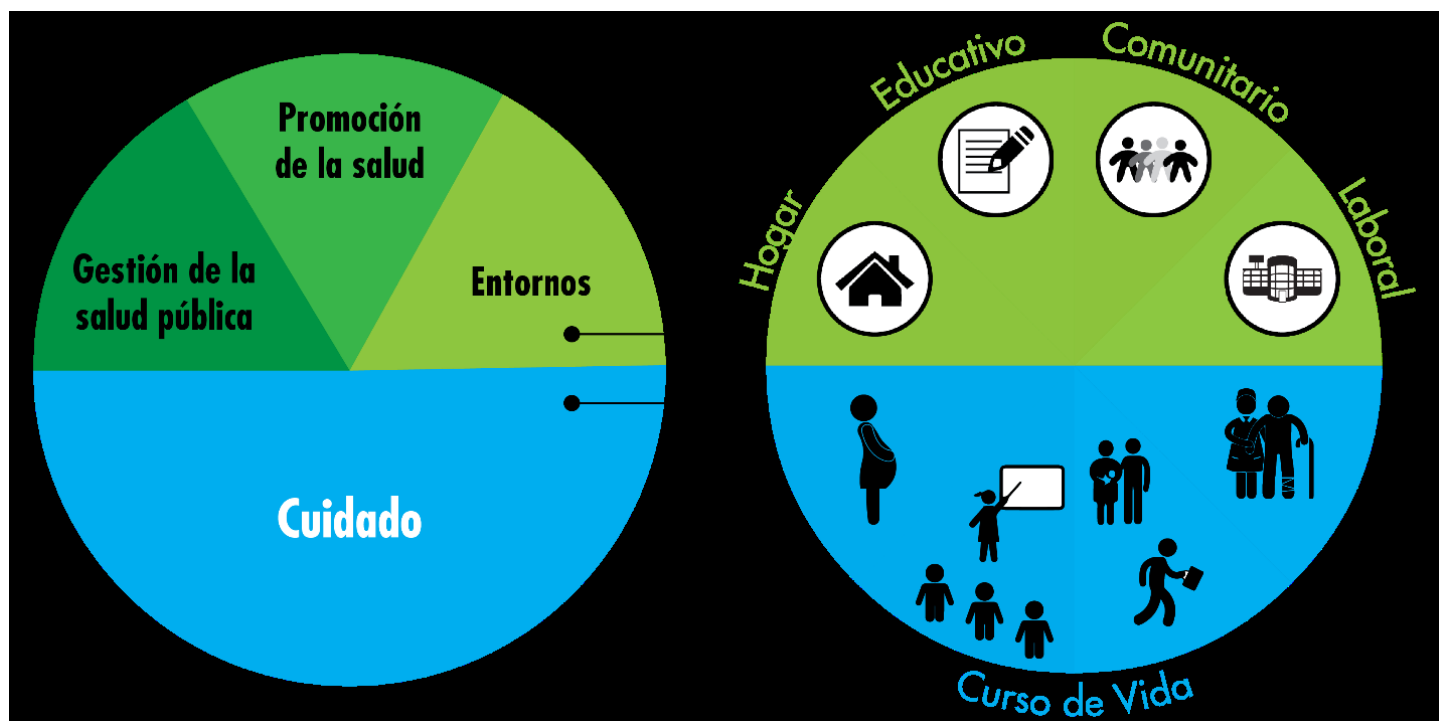
Gestión del riesgo en salud mental : es el conjunto de intervenciones que comprenden la valoración mental, la detección de riesgos individuales, familiares y colectivos a través de pruebas de Tamizaje y cuestionarios, la canalización a la Ruta de Problemas y Trastornos Mentales, y el desarrollo de capacidades para fortalecer el afrontamiento y la calidad de vida, a través de intervenciones sectoriales e intersectoriales, de modo que se supere la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud mental y el desarrollo. Estas las deben realizar las entidades públicas o privadas en el sector salud o fuera de él.

La gestión de la salud pública que abarca las acciones relacionadas con el ciclo de política coordinación intersectorial, desarrollo de capacidades, gestión administrativa y financiera, gestión del aseguramiento, gestión del conocimiento, gestión del talento humano, gestión de las intervenciones colectivas, gestión de la prestación de servicios individuales, participación social, planeación integral en salud, vigilancia en salud pública e inspección y control, para dar respuesta a las prioridades territoriales que están orientadas a gestionar la promoción y detección temprana en salud mental.

El MIAS , define las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) : *Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud*, que contiene acciones realizadas en los entornos donde transcurre la vida y se desarrollan las personas, *Ruta Integral de Atención para los Grupos de Riesgo*, cuyas acciones están dirigidas a la identificación oportuna de los factores de riesgo y su intervención y la *Ruta Integral de Atención específica* , que incluye acciones de recuperación, rehabilitación y paliación, las cuales incorporan en su desarrollo estos conceptos: Intervenciones de gestión de la salud pública, Intervenciones de promoción de la salud, Intervenciones individuales, Hitos, Indicadores de seguimiento y evaluación, Responsables sectoriales; e integran 4 componentes para brindar atención continua: Gestión de la salud pública, promoción de la salud , acciones en los entornos y acciones individuales.

La **Ruta de promoción y mantenimiento de la salud**, comprende las acciones y las interacciones que el Sistema debe ejecutar para el manejo de riesgos colectivos en salud y la protección de la salud de la población, promoviendo entornos saludables para lograr el bienestar y el desarrollo de los individuos y las poblaciones. Así mismo, incluye las acciones que desde el cuidado se debe proporcionar desde y hacia el individuo para el goce o recuperación de la salud comprendiendo también aquellas que se espera que el propio individuo realice para prevenir los riesgos o mejorar su recuperación de la enfermedad.

Grafica # 2 Ruta de Promoción y Mantenimiento



Fuente: MSPS, 2016.

Este es el instrumento regulatorio básico para la atención de las prioridades en salud, incluye acciones de salud mental, define acciones de promoción en salud mental, acciones de gestión integral del riesgo en salud mental, incluyendo las de detección temprana y las de educación, los mecanismos de entrega desde el Plan de Intervenciones Colectivas PIC y desde los Planes de beneficios por pago a capitación. (PBUPC) los hitos y los indicadores de los resultados en promoción y detección en salud mental. Los objetivos sociales últimos de esta Ruta son las ganancias en salud y la reducción de la carga de enfermedad.

La operativización de las intervenciones en salud mental, están definidas en la RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, donde se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) Resolución 518 DE 2015: Educación y comunicación para la salud, información en salud, canalización, Tamizaje y Rehabilitación Basada en la Comunidad entre otras; como las del Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC (PB) Resolución 412 de 2000- 2007 : las actividades de valoración del riesgo en salud mental, detección temprana, canalización, información en salud y educación grupal en salud mental, desarrolladas en las consultas de crecimiento y desarrollo, de Medicina General y de Psicología, de acuerdo a lo establecido en esta ruta.

En cuanto a las intervenciones de promoción en salud mental, como las de educación en salud, que se han seleccionado para cada etapa, son el resultado de la evidencia científica. Su eje transversal gira en torno al Modelo de HABILIDADES PARA LA VIDA, propuesto por la Organización Mundial de la Salud en 1993, buscando fortalecer la capacidad de cada persona, de grupos sociales y de la sociedad completa, para responder a los desafíos del siglo XXI. La Fundación EDEX adoptó este Modelo y lo incorporó desde el 2003 a programas educativos en materia de salud y convivencia. Se trata de 10 destrezas a promover en contextos educativos de diversa naturaleza, con las cuales niños, niñas, adolescentes y jóvenes pueden ser más competentes para afrontar de manera positiva los retos del mundo actual. Estas habilidades propuestas fueron: autoconocimiento, empatía, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, manejo de problemas y conflictos, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de emociones y sentimientos, y manejo de tensiones y stress.

Esta estrategia, desarrolla destrezas para permitir adquirir las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria. Se identifica las “Habilidades para la vida” como: 1) habilidades sociales e interpersonales (incluyendo comunicación, habilidades de rechazo, agresividad y empatía), 2) habilidades cognitivas (incluyendo toma de decisiones, pensamiento crítico y auto evaluación), y 3) habilidades para manejar emociones (incluyendo el estrés y aumento interno de un centro de control)

En los resultados de investigación sobre la capacitación del personal, especialmente para los programas de habilidades para la vida que tratan conductas específicas, se determinó que:

- ✓ Es importante un enfoque de múltiples fases para el desarrollo del personal e incluye capacitación permanente y sesiones de estimulación (Hansen, 1992; Botvin, 1986)
- ✓ Los enfoques de capacitación deben estar a la medida de las habilidades de los proveedores (Gingiss, 1992)

- ✓ Es importante la participación activa de los proveedores en la toma de decisiones acerca de la adopción de programas.

Dentro de las acciones de detección temprana, se seleccionaron pruebas de Tamizaje, cuestionarios, que parten igualmente de la evidencia científica, y que su constructo, se utilizó en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. De esta manera, se asegura su validez, y a futuro se podrá contar con una información de base, condensada en la ENSM. Estas Pruebas de Tamizaje específicas aparecen en el Anexo 1.

Finalmente estas intervenciones estarán dispuestas, por curso de vida y por entornos, diseñadas según el marco estratégico de la PAIS: APS familiar y comunitaria, de Cuidado, y Gestión Integral del Riesgo. Y enmarcadas en los lineamientos del prestador primario: Aseguramiento, prestación de servicios, responsabilidades del talento humano. A continuación las intervenciones de promoción de la salud mental definidas para los entornos, en el marco de la RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

INTERVENCIONES EN EL ENTONO HOGAR

PROMOCION DE LA SALUD MENTAL

1. Promoción de estilos de vida saludables.
2. Desarrollar habilidades para la vida en padres y cuidadores.
3. Educar en pautas de crianza positivas
4. Educar en habilidades socioemocionales para la construcción de identidad, autoestima, seguridad, confianza.
5. Apoyar la exploración de emociones básicas propias :alegría, tristeza, miedo, y rabia y el reconocimiento de ellas en los demás, para el desarrollo de la empatía y las destrezas sociales .
6. Fortalecer los vínculos padre-hijo a través del desarrollo de la sensibilidad, el cuidado y acompañamiento permanente. Específicamente el establecimiento de un control paterno moderado
7. Promover embarazos controlados y saludables mejorando la salud mental de los futuros bebés.
8. Establecer alianzas intersectoriales para el desarrollo de acciones de sensibilización, educación y apoyo a mejorar las condiciones de alimentación, vivienda, seguridad, recreación e inclusión educativa y laboral para las familias (teletrabajo.)
9. Evitar el consumo de aguas contaminadas o alimentos sucios por riesgo de cisticercos o contaminados por materia fecal de cerdos).

REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD

1. Realizar la Identificación, canalización y seguimiento a grupos vulnerables en salud mental.
2. Brindar apoyo y acompañamiento a familias y cuidadores a sus necesidades: afiliación al sistema, psi-coeducación, adherencia a recomendaciones, acceso a instituciones educativas, artísticas, o para sensibilizar a otros sectores .
3. Canalización a programas de cuidado a cuidadores y a los programas de promoción y prevención en salud mental
4. Conformación de grupos de ayuda mutua (familias con hijos con déficits cognitivos)

PROMOCION DE LA SALUD MENTAL

1. Adoptar políticas en las instituciones educativas en promoción de estilos de vida saludables.
2. Fomentar la salud mental de escolares a través del arte, la literatura, el juego, y en la regulación o ajustes emocionales por parte de los maestros en la cotidianidad de los procesos de enseñanza aprendizaje.
3. Promover la salud mental de maestros y cuidadores a través del fortalecimiento de habilidades para la vida.
4. Articular en los procesos educativos el desarrollo cognitivo, emocional y el comportamental, a través de resultados esperados, en competencias integrales.
5. Promover el autoconocimiento, la autoestima, el manejo de emociones, la comunicación asertiva, un pensamiento creativo y crítico en los estudiantes.
6. Fomentar valores, deberes y derechos, respeto hacia los adultos mayores y manejo del tiempo libre, como parte de los ejes transversales disciplinares, en los entornos académicos
7. Promover las interacciones tendientes a la solidaridad, el cuidado y respeto al otro.
8. Establecer estrategias de acercamiento entre el entorno escolar y el hogar que den cuenta de la coherencia y el apoyo en la formación y desarrollo de los estudiantes
9. Educar para la preparación y el afrontamiento ante sucesos vitales normativos como: vinculación a la educación superior y/o vida productiva, gestación, consolidación de pareja, entre otros.
10. Acompañar en la decisión profesional al estudiante de manera que ésta sea una aspiración personal, articulado a sus capacidades y habilidades y además que sea significativo para su proyecto de vida.
11. Establecer alianzas intersectoriales que en el marco de la participación social apoyen el desarrollo y sostenimiento educativo de calidad, a través de todo curso de vida de todas las personas.
12. Contar con una política de seguridad frente a los comportamientos violentos o riesgos de golpes que conduzcan a lesiones craneoencefálicas, con posibles complicaciones de crisis convulsivas.

INTERVENCIONES EN EL ENTONO EDUCATIVO

REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD

1. Realizar la Identificación, canalización y seguimiento grupos vulnerados y vulnerables en salud mental.
2. Promover alianzas y acuerdos entre los líderes estudiantiles para organizarse en pro de la defensa de sus derechos, promoviendo la movilización social y la incidencia política.
3. Promover la conformación de grupos de ayuda mutua en torno a la reducción de estigmas, prejuicios y estereotipos sociales que obstaculizan el derecho a la educación y debilitan el tejido social.
4. Brindar información suficiente sobre los mecanismos de participación en salud, educación, etc.
5. Promover en comunidades vulneradas y vulnerables los derechos a la educación (población privada de la libertad, habitante de la calle, grupos étnicos, poblaciones con discapacidad, adultos mayores, desmovilizados, víctimas de conflicto armado, etc.)
6. Velar por el desarrollo y fortalecimiento de zonas de orientación universitaria y de escucha, donde se puedan compartir experiencias de vida, conocimientos, dudas, necesidades, ansiedades relacionados con el cuidado y su bienestar físico y mental.

INTERVENCIONES EN EL ENTONO LABORAL

PROMOCION DE LA SALUD MENTAL

1. Adoptar políticas en las instituciones/organizaciones en promoción de estilos de vida saludables.
2. Fortalecer las capacidades para la resolución asertiva de conflictos, promoviendo actitudes para llegar a concertaciones en el marco de del respeto, la confianza, el respeto mutuo y la legalidad
3. Promoción de la modificación de conductas y actitudes en torno al consumo de alcohol, cigarrillo, SPA u otras (automedicaciones) durante el desempeño laboral
4. Promoción de modelos de contratación que garanticen mayor inclusión, estabilidad y equidad laboral en la población
5. Promoción de intervenciones educativas a los trabajadores para manejo del estrés, manejo de conflictos, etc.
6. Establecer en las organizaciones políticas claras sobre acoso laboral y seguridad del trabajador
7. Fomentar un clima organizacional dentro del marco del respeto, la confianza , la comunicación asertiva y el trabajo en equipo.
8. Evitar traumas craneoencefálicos, a través del uso de elementos de protección personal. En la fuerza armada promover estrategias que limiten o desestimen los disparos en la cabeza

REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD

1. Realizar la Identificación, canalización y seguimiento a grupos vulnerables en salud mental.
2. Conformación de grupos de ayuda mutua (construcción de propuestas laborales para la comunidad)
3. Velar por el desarrollo y fortalecimiento de zonas de orientación laboral y de escucha , donde se puedan compartir experiencias de vida, conocimientos, dudas, necesidades, ansiedades relacionados con el cuidado y su bienestar físico y mental.
4. Divulgación a través de los grupos de ayuda mutua de la Ley 1562 de 2012 la cual proporciona los Lineamientos para la Gestión de la Seguridad y la salud del trabajador haciendo énfasis en el riesgo psicosocial de acuerdo a la resolución 2646 de 2008.

INTERVENCIONES EN EL ENTONO COMUNITARIO

PROMOCION DE LA SALUD MENTAL

1. Asegurar la vacunación para evitar riesgos de enfermedades físicas y potenciales déficits y/o efectos de problemas mentales.
2. Promover en las familias el ejercicio de autoridad para el fortalecimiento de la autonomía, el respeto para cada integrante, en el marco de relaciones democráticas
3. Reconocer y modificar estilos de crianza mal tratantes, abusivos o negligentes y canalizar para atención
5. Apoyar la asunción de normas sociales, la convivencia y buen trato .
6. Asumir una cultura territorial de solidaridad ante cualquier signo de sufrimiento.
7. Fomentar los espacios y programas comunitarios para los preescolares, para la lectura en bibliotecas y programas de recreación organizada
8. Adherirse a estrategias que promuevan la salud mental como: IAMI, AIEPI, De cero a Siempre, Familias Fuertes.
9. Contar con programas o intervenciones con apoyo social y empoderamiento comunitario para los ancianos que apoyen los estilos de vida saludables y mejoren la interacción con su familia y otras personas.

REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD

1. Conformación de redes comunitarias (garantizar el derecho a la salud mental)
2. Construcción a través de la participación social de procesos de empoderamiento, sentido de pertenencia y responsabilidad , con todos miembros de la comunidad.
3. Identificar y contar con instituciones en la comunidad que apoyen la protección de personas vulnerables , la solidaridad , los derechos humanos , la normatividad
4. Establecer mecanismos de apoyo para afrontar situaciones de desastre , manteniendo la salud mental de las personas y previniendo trastornos mentales
5. Estimular a los grupos de ayuda para el reconocimiento de los recursos e instituciones en el territorio para la creación y mantenimiento de entornos protectores
6. Contar con agentes Comunitarios de RBC en salud mental, que es un líder de la comunidad, que vive en ella, reconocido y valorado por sus miembros, formado como Agente Comunitario de RBC en salud mental para promover la salud mental y participación de las personas con trastornos mentales, sus familias o cuidadores.

A continuación se presentan las intervenciones basadas en los riesgos que se presentan para la salud mental los diferentes entornos y las responsabilidades intersectoriales.

Tabla # 1 intervenciones intersectoriales de promoción en salud mental -entorno hogar -

ENTORNO	DETERMINANTES SOCIALES / GESTION DE RIESGOS	INTERVENCION INTERSECTORIAL	RESPONSABLE
HOGAR	Riesgo de violencia intrafamiliar , debido a tensiones personales por dificultades laborales .	Promoción de planes, programas o estrategias que permitan oportunidades, inserción y remuneración laboral adecuadas	Ministerio de Trabajo
	Soledad, abandono, poco tiempo para compartir en familia , debido a altas jornadas laborales.	Promoción de reglamentación de tiempos laborales equitativos	Ministerio de Trabajo
	Maltrato, negligencia u omisión de cuidados, debido a prejuicios, bajas condiciones educativas y falta de desarrollo de un pensamiento crítico	Promoción de un sistema educativo que provea alternativas , adecuadas a las personas según etapa de curso de vida	Ministerio de Educación
	Riesgo de malnutrición por déficit o incremento de carbohidratos, comidas rápidas y bebidas endulzantes	Políticas encaminadas al acceso y consumo de frutas y verduras. Alimentos proteicos enriquecidos	Ministerio de Agricultura. y desarrollo Rural
	Presencia de personas con discapacidad y riesgo de burnout en cuidadores	Programas de apoyo para la familia y discapacidad	Secretarías Departamentales y Distritales de salud. Secretaria de Promoción Social
	Falta de condiciones de vivienda adecuadas y sin riesgos	Promoción de soluciones de vivienda con espacios adecuados y sin riesgos	Ministerio de Vivienda, ciudad y territorio
	Riesgo de consumo de aguas contaminadas o alimentos sucios por riesgo de cisticercos o	Promoción de ambientes saludables, y seguros	Ministerio de ambiente y desarrollo sostenible Invima

	contaminados por materia fecal de cerdos).		
	Maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños	Políticas encaminadas a erradicar la explotación, violencia y tortura contra niños.	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
	No reconocimiento, ni remuneración del trabajo domestico	Servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y promoción de la responsabilidad compartida en el hogar y la familia,	Ministerio de Trabajo
	Desajustes familiares y desintegración familiar	Promover la integración y funcionalidad familiar. Formulación e implementación de Política Integral a la Familia.	Ministerio de Salud

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

Tabla # 2 intervenciones intersectoriales de promoción en salud mental -entorno educativo-

ENTORNO	DETERMINANTES SOCIALES / GESTION DE RIESGOS	INTERVENCION INTERSECTORIAL	RESPONSABLE
EDUCATIVO	Experiencias de violencia psicológica y física en el entorno educativo.	Promoción de salud mental en profesores y de capacitación , para asumir identificación de problemas mentales e intervenciones en los estudiantes a cargo	Ministerio de Educación
	Exposición a riesgos de suministro y consumo de licor y sustancias psicoactivas	Construcción de programas, planes y estrategias tendientes a mantener ambientes educativos seguros y protectores	Ministerio de Justicia, Código de policía
	Riesgo de discriminación, maltrato por Políticas educativas enfocadas en competencias, y no en el desarrollo de habilidades y capacidades sociales	Formulación de políticas educativas y de convivencias más integrativas y humanizadoras	Ministerio de educación

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

Tabla # 3 intervenciones intersectoriales de promoción en salud mental - entorno laboral-

ENTORNO	DETERMINANTES SOCIALES / GESTION DE RIESGOS	INTERVENCION INTERSECTORIAL	RESPONSABLE
LABORAL	Desplazamientos largos para llegar a sitios de trabajo	Políticas que promuevan alternativas de transporte.	Ministerio de Transporte
	Maltrato, abuso, violencia psicológica y física en el lugar de trabajo por directivos y compañeros	Establecer políticas contra el acoso laboral	Ministerio de Salud y la Protección Social Procuraduría. Ministerio de Trabajo
	Desigualdad en las condiciones de empleo por género, por etnia, y por discapacidad, por territorio, por edad, y condición social Menores trabajadores.	Promoción de políticas y estrategias laborales más equitativas, reglamentación sobre trabajo infantil y juvenil.	Ministerio de Trabajo.
	Políticas inequitativas de retiro y jubilación		
	Baja remuneración, tercerización laboral, restricción a la seguridad social y protección social	Políticas económicas que aseguren protección en el momento del retiro.	Ministerio de Salud y la Protección Social Ministerio de Trabajo

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

Tabla # 4 intervenciones intersectoriales de promoción en salud mental –entorno comunitario-

ENTORNO	DETERMINANTES SOCIALES / GESTION DE RIESGOS	INTERVENCION INTERSECTORIAL	RESPONSABLE
COMUNITARIO	Delincuencia y crimen organizado, desigualdades económicas que favorecen las actividades delictivas, víctimas de ácidos.	Fortalecer políticas, planes y programas para disminuir y erradicar la delincuencia y crimen organizado	Ministerio de Justicia Policía Nacional Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza
	Gestión comercial de SPA, legales e ilegales, Fácil acceso a las drogas		Ministerio de Justicia, Policía Nacional
	Conflicto armado, violencia,	Políticas encaminadas a construir la Paz	Ministerio del Interior, de

secuestro, desplazamientos, migraciones.			Justicia, UAERIV,
Corrupción y soborno en todas sus formas		Políticas tendientes a crear a todo nivel instituciones eficaces y transparentes que rindan cuentas	Ministerio del Interior, Cámara de Comercio. Ministerio de Justicia
Riesgo de stress por dificultad para el acceso a transporte y la movilidad. Incremento de accidentes de tránsito		Riesgos de discapacidad	Secretaría de Movilidad Ministerio de Transporte
Deforestación, ambientes contaminados por ruido, estímulos		Gestión forestal y ambiental sostenible	Ministerio de Ambiente
Sistema penal no resocializador		Programas encaminados a mejorar las conductas de riesgo en personas delincuentes.	Ministerio de Justicia
Situaciones de vulnerabilidad en grupos poblacionales: discapacidad, indígenas,		Asegurar el acceso igualitario a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional para las personas vulnerables, incluidas las personas con discapacidad, los pueblos indígenas y los niños en situaciones de vulnerabilidad	Ministerio de Educación
Falta de espacios de recreación y cultura		Programas y espacios recreativos, de cultura y turismo.	Ministerio de Cultura, Ministerio de Deporte
Zonas rurales dispersas (difícil acceso a salud mental)		Acceso a salud integral. Atención Integral en zonas dispersas	Ministerio de Salud y la Protección Social. Ministerio de Comunicaciones y de Transporte. Secretaría de Salud, EPS, EAPB
Intolerancia, indiferencia y baja regulación social		Promoción de valores como la solidaridad, e l trabajo en equipo	Ministerio de educación, de salud y de Convivencia

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

Tabla # 5 intervenciones intersectoriales de promoción en salud mental –entorno institucional-

ENTORNO	DETERMINANTES SOCIALES / GESTION DE RIESGOS	INTERVENCION INTERSECTORIAL	RESPONSABLE
INSTITUCIONAL	Dificultad de oportunidades de acceso a la atención	Adaptar y adoptar el nuevo Modelo de atención MIAS que implique oportunidad, continuidad y garantía de la atención	Ministerio de Salud y la Protección Social. Secretaría de Salud, EPS, EAPB
	Falta de financiación de intervenciones en salud publica	Establecimiento de políticas financieras que garanticen el mantenimiento de la salud y no la atención en enfermedad	Ministerio de Salud y la Protección Social Secretaría de Salud, EPS, EAPB
	Desconfianza institucional	Establecimiento de políticas humanizadas y de calidad	Ministerio de Salud y la Protección Social Secretaría de Salud, EPS, EAPB
	Atenciones fragmentadas y falta de redes primarias y complementarias	Adaptar y adoptar el Modelo de atención integral y continua MIAS	Ministerio de Salud y la Protección Social Secretaría de Salud, EPS, EAPB
	Falta de acompañamiento para supervisión y toma de medicamentos, gestión de citas de salud y otras	Programas encaminados al fortalecimiento de capacidades del recurso humano que provea acompañamientos y cuidados.	Ministerio de Educación Secretaría de Salud, EPS, EAPB Ministerio de Salud Academia
	Falta de recurso humano y resolutiveidad en los primeros niveles de atención	Promover sensibilización del recurso humano, para cuidar de manera suficiente y capaz en salud mental	Ministerio de Educación. Secretaría de Salud, EPS, EAPB Ministerio de Salud Academia

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

A continuación encontrara las intervenciones de promoción de la salud mental por ciclo vital en el marco de la RUTA D E PROMOCION Y MANTENIMEITNO DE LA SALUD según el aseguramiento

Tabla # 6: Intervenciones de promoción y detección en salud mental y epilepsia para primera infancia (PIC)

FINANCIAMIENTO	ESTRATEGIA	INTERVENCIONES
Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)	Promoción de la salud	Educación y conocimiento de la salud a los padres en pautas de crianza positivas, el juego, los límites y la lectura.
		Educación y conocimiento de la salud para los padres en habilidades para la vida: Toma de decisiones y empatía (vínculos)
		Información en salud a los padres sobre estrategias de apoyo: IAMI, AIEPI, Crecimiento y Desarrollo y De cero a Siempre.
	Detección de Alteraciones	Tamizaje : RQC para niños de cinco años y SRQ a madres con sospecha de depresión Canalización : a la Ruta de Problemas y Trastornos mentales a los niños y sus familias con pruebas y tamizajes positivos.
	Rehabilitación Basada en la Comunidad (Mantenimiento de la salud)	Desarrollo de capacidades : Para fortalecer o conformar redes o grupos de ayuda mutua (apoyo social) entre madres con emociones displacenteras (depresión, ansiedad, hostilidad), y promover la identificación y gestión conjunta de sus necesidades como madres en esta etapa. Visitas domiciliarias: Para valorar la situación de salud y calidad de vida de las familias (vivienda, entorno inmediato, dinámica familiar y social), identificar necesidades de los niños y sus cuidadores y canalizar a su EPS y prestador primario, así como a programas y servicios de otros sectores, haciendo un seguimiento periódico de los resultados de estas canalizaciones. Brindar herramientas para el cuidado de los niños y niñas (formación).

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

Tabla # 7: Intervenciones de promoción y detección en salud mental y epilepsia para primera infancia (PBS-UPC)

Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud Mental – Primera Infancia 0-6 años				
FINANCIAMIENTO	ACTIVIDADES	RECURSO HUMANO	INSTRUMENTO	MOMENTO
Plan de Beneficios con cargo de la UPC (POS)	Valoración del Riesgo en Salud Mental: detección situaciones como: migración, conductas suicidas en la familia, abuso sexual, abandono en el cuidado que puedan estar ocasionando alteraciones de las emociones o el comportamiento. Además antecedentes de poca tolerancia a la frustración, sobreprotección, manipulación, consumo de alcohol o de otras sustancias psicoactivas, maltrato/ violencia intrafamiliar en padres, víctimas de conflicto armado y depresión en la madre.	Medico General Enfermera	Entrevista exploratoria y valoración física Lista de chequeo	Consulta Crecimiento y desarrollo
	Detección Temprana: aplicación de Pruebas de Tamizaje : para detección problemas mentales	Medico General Enfermería	Apgar familiar SRQ a madres con sospecha de depresión Escala abreviada del desarrollo M-chat (si es positiva la anterior) RQC en > 5 años con sospecha de Problemas M.	Consulta Crecimiento y desarrollo
	Información sobre salud mental, estigma, necesidades en salud mental , factores de riesgo , rutas de atención y estrategias de apoyo como: IAMI, AIEPI, Crecimiento y Desarrollo y Estrategia presidencial “ De cero a Siempre”.	Enfermera	Folletos Entrega de Información en 5 minutos	Consulta de crecimiento y desarrollo
	99.0.1 Educación grupal en salud ✓Habilidades psicosociales para la vida: a padres en habilidades psicosociales para la vida :: Toma de decisiones y empatía (vínculos) ✓Fomentar pautas de crianza positivas a grupos de padres : con hijos que nazcan con problemas de salud: físicos o cognitivos, que sean adolescentes, con consumo de SPA, experiencias de violencia y/o conflicto armado. ✓Fortalecer a los padres , cuidadores con estrategias de afrontamiento activas, frente a riesgos de violencia (intrafamiliar, negligencia, abandonos, castigos físicos, conflicto armado)	Psicóloga	Sesiones de Talleres de 40 Minutos cada uno	Consulta de Psicología

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

Tabla # 8: Intervenciones de promoción y detección en salud mental y epilepsia para infancia (PIC)

FINANCIAMIENTO	ESTRATEGIA	INTERVENCIONES
Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)	Promoción de la salud	<p>Educación y conocimiento de la salud a los padres en promoción de estilos y condiciones de vida saludables, importancia del juego, las reglas, los valores, el arte y la literatura.</p> <p>Educación y conocimiento de la salud a padres en habilidades psicosociales para la vida: Manejo de emociones y sentimientos, pensamiento creativo (iniciativa- autoestima).</p>
	Detección de Alteraciones	<p>Tamizaje: RQC para niños mayores de cinco años</p> <p>Canalización: a la Ruta de Problemas y Trastornos mentales a los niños y sus familias con pruebas y tamizajes positivos, pérdidas significativas, bajo rendimiento o conductas desadaptativas en la escuela.</p>
	Rehabilitación Basada en la Comunidad (Mantenimiento de la salud)	<p>Desarrollo de Capacidades: Para fortalecer redes (diferentes grupos, comités, brigadistas, gobierno escolar, otros) promotoras de estilos de vida saludables y como agentes de salud mental en las instituciones educativas (IE). Fortalecer las asociaciones y escuelas de padres, de la misma manera, hacia la conformación de “redes de padres por la salud mental en la IE y el hogar”. Generar procesos de inclusión educativa. Visitas domiciliarias de seguimiento.</p>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

Tabla #9: Intervenciones de promoción y detección en salud mental y epilepsia para infancia (PBS-UPC)

Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud Mental –Infancia 7-11 años				
FINANCIAMIENTO	ACTIVIDADES	RECURSO HUMANO	INSTRUMENTO	MOMENTO
Plan de Beneficios con cargo de la UPC (POS)	Valoración del Riesgo en Salud Mental: detección situaciones como: conductas suicidas en la familia, abuso sexual, abandono en el cuidado, consumo de alcohol o de otras sustancias psicoactiva en padres, maltrato/ violencia intrafamiliar en padres, víctimas de conflicto armado y depresión en la madre. Castigo corporal, maltrato físico o psicológico, cuando los niños son testigos o víctimas de actos violentos, el enaltecimiento de conductas violentas en los medios de comunicación, formas erróneas de ejercer autoridad y poder, divorcio de los padres, problemas en las relaciones de los progenitores, muerte de seres queridos o figuras significativas, abandono, problemas escolares por dificultades de aprendizaje o disciplinarios.	Medico General Enfermera	Entrevista exploratoria y valoración física Lista de chequeo	Consulta de medicina general
	Detección Temprana : aplicación de Pruebas de Tamizaje : para detección de situaciones de riesgo intrafamiliar que afecten la salud mental del infante	Medico General	Apgar familiar SRQ a madres con sospecha de depresión Escala abreviada del desarrollo hasta los 10 años	Consulta de medicina general
	Información sobre salud mental, estigma, necesidades en salud mental, factores de riesgo, rutas de atención en salud mental.	Enfermera	Folletos Entrega de Información en 5 minutos	Consulta de medicina general
	99.0.1 Educación grupal en salud ✓Habilidades psicosociales para la vida: a padres en habilidades psicosociales para la vida: Manejo de emociones y sentimientos, pensamiento creativo. Y a los niños en su autoconocimiento y autoestima e iniciativa. ✓Fomentar pautas de crianza positivas a grupos de padres: con niños que en su desarrollo presenten problemas de salud: físicos o cognitivos, padres que sean adolescentes, o separados, con consumo de SPA, experiencias de violencia y/ o conflicto armado. (Significados evento y satisfacción del rol). ✓Fortalecer a los padres, cuidadores con estrategias de afrontamiento activas, frente a riesgos de violencia (intrafamiliar, negligencia, abandonos, castigos físicos, etc.) o eventos traumáticos	Psicóloga	Sesiones de Talleres de 40 Minutos cada uno	Consulta de Psicología

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

Tabla # 10: Intervenciones de promoción y detección en salud mental y epilepsia para adolescencia (PIC)

FINANCIAMIENTO	ESTRATEGIA	INTERVENCIONES
Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)	Promoción de la salud	Educación y conocimiento de la salud para adolescentes en promoción de estilos y condiciones de vida saludables, importancia las interacciones, las emociones, las decisiones (los juicios y valores) y el autocontrol.
		Educación y conocimiento de la salud para padres en habilidades psicosociales para la vida: Comunicación asertiva y Manejo de problemas y conflictos.
		Información en salud a los padres y adolescentes sobre estrategias de apoyo: Familias Fuertes (10-14 años), SAAJ Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes, ZOE zonas de orientación escolar y Zonas de Escucha.
	Detección de Alteraciones	<p>Tamizaje: RQC para adolescentes de 12 años y desde los 13 años SRQ,</p> <p>AUDIT para detección de consumo de alcohol y ASSIST para otras drogas</p> <p>Canalización: a la Ruta de Problemas y Trastornos mentales a los adolescentes y sus familias con pruebas y tamizajes positivos, epilepsia, bajo rendimiento o conductas violentas /des adaptativas en la escuela, o que son expuestas a violencia de género o conflicto armado.</p>
	Rehabilitación Basada en la Comunidad (Mantenimiento de la salud)	Desarrollo de Capacidades : para la implementación de estrategias como habilidades para la vida, que desarrollen competencias para el manejo de tensiones y conflictos, entre otros, en las IE. Fortalecer asociaciones y escuelas de padres como agentes comunitarios de salud mental en las IE y el hogar. Generar redes con instituciones de deportes, recreación, artes y cultura, entre otros, para el manejo del tiempo libre. Promover grupos y redes de jóvenes como agentes comunitarios de salud mental y promover su participación social. Conformación de grupos de apoyo y de ayuda mutua de adolescentes con problemas o trastornos mentales (Desde los SAAJ). Con la Fuerza Policía para la comprensión y manejo de los adolescentes con comportamientos des adaptativos. Generar procesos de inclusión educativa. Visitas domiciliarias de seguimiento.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

Tabla # 11: Intervenciones de promoción y detección en salud mental y epilepsia para adolescencia (PBS-UPC)

Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud Mental – Adolescencia 12-17 años				
FINANCIAMIENTO	ACTIVIDADES	RECURSO HUMANO	INSTRUMENTO	MOMENTO
Plan de Beneficios con cargo de la UPC (POS)	Valoración del Riesgo en Salud Mental: detección situaciones como: resistencia a la autoridad, involucrarse en sectas, consumo de drogas en la familia y en el adolescente, fracaso escolar, tener amigos que usen drogas, mostrar conductas antisociales, con falta de afecto y abandono de los padres, fumadores, con reducción o aumento de la ingesta de alimentos, con privación de sueño. Además que hayan experimentado violencia, conflicto armado, o situaciones particulares de poblaciones vulnerables, como discapacidad, Habitante de la Calle, mujeres víctimas de violencia sexual, pérdidas significativas, o con padres PPL.	Medico General Enfermera	Lista de Chequeo Aplicada en 5 minutos Entrevista y Valoración física	Consulta de Medicina General Consulta de Enfermería
	Detección Temprana: aplicación de Pruebas de Tamizaje: para detección de problemas mentales, de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, para determinar eventos estresantes, situaciones de violencia y alteraciones en la alimentación.	Psicóloga	Lista de Chequeo Entrevista	Consulta de Psicología
	Canalización: a ruta de problemas y Trastornos mentales: según criterios	Equipo Interdisc	SRQ, RQC, AUDIT, ASSIST, EAT BULIT, STRESORES PSICOSOCIALES, VIOLENCIA Aplicados en 10 minutos según necesidad Reportes + de Tamizajes	Consulta de Psicología Medico, Enf, Psico
	Información sobre salud mental, estigma, necesidades en salud mental, factores de riesgo, rutas de atención y estrategias de apoyo como: Programa Familias Fuertes, ZOU zonas de orientación universitaria, ZOL zonas de Orientación Laboral y Centros de Escucha	Enfermera	Folleto Entrega de Información en 5 minutos	Consulta de Enfermería
	99.0.1 Educación grupal en salud ✓Habilidades psicosociales para la vida: a padres en habilidades psicosociales para la vida: Comunicación asertiva y Manejo de problemas y conflictos. ✓Habilidades psicosociales para la vida: a adolescentes en habilidades psicosociales para la vida Auto concepto y Manejo de problemas y conflictos. ✓Fomentar estrategias de afrontamiento activas a grupos de padres: con adolescentes que en su desarrollo presenten problemas de alimentación, desescolarización, consumo de sustancias, suicidio, abuso sexual o comportamientos desadaptativos ✓Fortalecer a los padres, y cuidadores con estrategias de afrontamiento activas, frente a situaciones de riesgos de violencia o eventos traumáticos. ✓Promover proyectos familiares en hogares, que hayan experimentado pérdidas significativas, discapacidad física, conductas suicidas, o comportamientos sociales desadaptativos.	Psicóloga	Sesiones de Talleres de 40 Minutos cada uno	Consulta de Enfermería y/o Psicología

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

Tabla # 12: Intervenciones de promoción y detección en salud mental y epilepsia para juventud (PIC)

FINANCIAMIENTO	ESTRATEGIA	INTERVENCIONES
Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)	Promoción de la salud	Educación y conocimiento de la salud para adolescentes en promoción de estilos y condiciones de vida saludables, importancia las interacciones, las emociones, las decisiones (los juicios y valores) y el autocontrol.
		Educación y conocimiento de la salud para padres en habilidades psicosociales para la vida: Comunicación asertiva y Manejo de problemas y conflictos.
		Información en salud a los padres y adolescentes sobre estrategias de apoyo: Familias Fuertes (10-14 años), SAAJ Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes, ZOE zonas de orientación escolar y Zonas de Escucha.
	Detección de Alteraciones	Tamizaje : RQC para adolescentes de 12 años y desde los 13 años SRQ, AUDIT para detección de consumo de alcohol y ASSIST para otras drogas Canalización : a la Ruta de Problemas y Trastornos mentales a los adolescentes y sus familias con pruebas y tamizajes positivos, epilepsia, bajo rendimiento o conductas violentas /des adaptativas en la escuela, o que son expuestas a violencia de género o conflicto armado.
	Rehabilitación Basada en la Comunidad (Mantenimiento de la salud)	Desarrollo de Capacidades : para la implementación de estrategias como habilidades para la vida, que desarrollen competencias para el manejo de tensiones y conflictos, entre otros, en las IE. Fortalecer asociaciones y escuelas de padres como agentes comunitarios de salud mental en las IE y el hogar. Generar redes con instituciones de deportes, recreación, artes y cultura, entre otros, para el manejo del tiempo libre. Promover grupos y redes de jóvenes como agentes comunitarios de salud mental y promover su participación social. Conformación de grupos de apoyo y de ayuda mutua de adolescentes con problemas o trastornos mentales (Desde los SAAJ). Con la Fuerza Policía para la comprensión y manejo de los adolescentes con comportamientos des adaptativos. Generar procesos de inclusión educativa. Visitas domiciliarias de seguimiento.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

Tabla #13: Intervenciones de promoción y detección en salud mental y epilepsia para juventud (PBS-UPC)

Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud Mental – Juventud 18-28 años				
FINANCIAMIENTO	ACTIVIDADES	RECURSO HUMANO	INSTRUMENTO	MOMENTO
Plan de Beneficios con cargo de la UPC (POS)	Valoración del Riesgo en Salud Mental: detección situaciones como: resistencia a la autoridad, involucrarse en sectas, consumo de drogas en la familia y del joven, fracasos escolares,, mostrar conductas antisociales, reducción o aumento de la ingesta de alimentos ,con privación de sueño. Además que hayan experimentado violencia, conflicto armado, estresores como desempleo, inseguridad, embarazos tempranos e infecciones de transmisión sexual y VIH, si existe exclusión social, pobreza, marginalidad y situaciones particulares de jóvenes vulnerables, como discapacidad, Habitante de la Calle, mujeres víctimas de violencia sexual, pérdidas significativas, o con padres PPL.	Médico General Enfermera Psicóloga	Entrevista exploratoria y valoración física Lista de chequeo	Consulta de Medicina General Consulta de Enfermería Consulta de Psicología
	Detección Temprana : aplicación de Pruebas de Tamizaje : para detección de problemas mentales, de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, para determinar eventos estresantes, situaciones de violencia y alteraciones en la alimentación .	Psicología	SRQ, ASSIST,	Consulta de Psicología
	Canalización: a ruta de problemas y Trastornos mentales: según criterios	Equipo Interdisc	Reportes + de Tamizajes	Medico , Enf, Psico
	Información sobre salud mental, estigma, necesidades en salud mental , factores de riesgo , rutas de atención y estrategias de apoyo como: ZOU zonas de orientación universitaria , ZOL zonas de Orientación Laboral y Centros de Escucha	Enfermera	Folleto Entrega de Información en 5 minutos	Consulta de Enfermería
	99.0.1 Educación grupal en salud ✓Habilidades psicosociales para la vida: a jóvenes en habilidades psicosociales para la vida :Comunicación asertiva , manejo de tensiones y Stress y Pensamiento Crítico . ✓Fomentar el autoestima y estrategias de afrontamiento activas a grupos de padres y jóvenes que presenten consumo de SPA o alcohol, discapacidades , experiencias de conflicto armado, alteraciones en sus emociones (depresión) , embarazos tempranos , infecciones de trasmisión sexual , VIH. ✓Fortalecer a los padres y jóvenes con estrategias de afrontamiento activas, frente a situaciones de riesgos de violencia o eventos traumáticos. ✓Promover proyectos familiares en hogares con jovenes , que hayan experimentado pérdidas significativas , discapacidad física , conductas suicidas, o comportamientos sociales des adaptativos.	Psicóloga	Sesiones de Talleres de 40 Minutos cada uno	Consulta de Enfermería y/o Psicología

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

Tabla #14: Intervenciones de promoción y detección en salud mental y epilepsia para adultez (PIC)

FINANCIAMIENTO	ESTRATEGIA	INTERVENCIONES
Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)	Promoción de la salud	Educación y conocimiento de la salud para adultos en promoción de estilos y condiciones de vida saludables, importancia de las emociones, las decisiones, el autoestima y el manejo del tiempo
		Educación y conocimiento de la salud en habilidades psicosociales para la vida: Autoconocimiento, Manejo de tensiones y stress y relaciones interpersonales.
		Información en salud sobre estrategias de apoyo como: ZOU zonas de orientación universitaria, ZOL zonas de Orientación Laboral, y sobre la Ley 1562 de 2012 sobre Lineamientos para la Gestión de la Seguridad y la Salud del Trabajador.
	Detección de Alteraciones	Tamizaje: SRQ para detección de problemas mentales. AUDIT para detección de consumo de alcohol y ASSIST para otras drogas Canalización: a la Ruta de Problemas y Trastornos mentales a los adultos con pruebas y tamizajes positivos, expuestos a violencias (genero, conflicto armado) o con alto riesgo laboral psicosocial.
	Rehabilitación Basada en la Comunidad (Mantenimiento de la salud)	Desarrollo de Capacidades: Para la identificación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias de promoción de estilos de vida saludables, salud mental y convivencia en todos los entornos de vida, con énfasis en el entorno laboral (formal e informal). Conformar redes de agentes comunitarios de RBC en salud mental. Conformar grupos de apoyo y de ayuda mutua de adultos con problemas o trastornos mentales y de cuidadores. Generar procesos de inclusión social para quienes tengan trastornos mentales y sus cuidadores. Generar redes con instituciones de deportes, recreación, artes y cultura, entre otras, para promover estilos de vida saludables, facilitar la rehabilitación integral de la personas con trastornos mentales, generar procesos para su inclusión social (con énfasis en la generación de ingresos) y propiciar espacios para la convivencia. Visitas domiciliarias de seguimiento.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

Tabla #15: Intervenciones de promoción y detección en salud mental y epilepsia para adultez (PBS-UPC)

Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud Mental – Adultez 26-59				
FINANCIAMIENTO	ACTIVIDADES	RECURSO HUMANO	INSTRUMENTO	MOMENTO
Plan de Beneficios con cargo de la UPC (POS)	Valoración del Riesgo en Salud Mental Indagar sobre antecedentes familiares mentales, personales, psicosociales, ginecológicos o urológicos, sexuales, que puedan estar ocasionando alteraciones de las emociones o el comportamiento. Además antecedentes de consumo de alcohol o de otras sustancias psicoactivas, uso de medicamentos, insatisfacción con la identidad. Alteraciones del matrimonio, divorcio. Identificar otros estresores, saber cómo los maneja y si hay situaciones de gran tensión. Indagar situaciones como: desempleo, Víctimas de violencia, conflicto armado, situaciones particulares de poblaciones vulnerables, como discapacidad, PPL, Habitante de la Calle, mujeres víctimas de violencia sexual, pérdidas significativas.	Enfermera Psicóloga Medico General	Lista de Chequeo Aplicada en 5 minutos	Pre consulta de Medicina General
	Detección Temprana : aplicación de Pruebas de Tamizaje : para detección de problemas mentales, para detección de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, para determinar eventos estresantes, situaciones de violencia y alteraciones en la alimentación y el sueño	Medico General Enfermera Psicóloga	SRQ, AUDIT, ASSIST, EAT BULIT, STRESORES PSICOSOCIALES , VIOLENCIA Aplicados en 10 minutos según necesidad	Pre consulta de Medicina General
	Información sobre salud mental, estigma, necesidades en salud mental , factores de riesgo , rutas de atención y estrategias de apoyo como: ZOU zonas de orientación universitaria , ZOL zonas de Orientación Laboral, y sobre la Ley 1562 de 2012 sobre Lineamientos para la Gestión de la Seguridad y la Salud del Trabajador. Adaptación al trabajo cuando se presentan enfermedades profesionales.	Enfermera Psicóloga	Folletos Entrega de Información en 5 minutos	Pre consulta de Medicina General
	99.0.1 Educación grupal en salud ✓Habilidades psicosociales para la vida : Autoconocimiento, manejo de tensiones y stress y relaciones interpersonales. ✓Fomentar el autoestima y afrontamiento : a adultos que presenten consumo de SPA o alcohol, discapacidades , experiencias de conflicto armado, poblaciones en alta vulnerabilidad alteraciones en sus emociones (depresión) , separaciones, pérdidas, divorcios, desempleos , infecciones de transmisión sexual , VIH. ✓Fortalecer a los adultos y mujeres víctimas de violencia sexual con estrategias de afrontamiento activas, frente a situaciones de riesgos de violencia o eventos traumáticos ✓Promover proyectos familiares en hogares , que hayan experimentado pérdidas significativas , discapacidad física , conductas suicidas, o comportamientos sociales desadaptativos. ✓Promover proyectos individuales y/o familiares de preparación para el retiro laboral y síndrome nido vacío	Psicóloga	Sesiones de Talleres de 40 Minutos cada uno	Consulta de Enfermería y/o Psicología

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

Tabla #16: Intervenciones de promoción y detección en salud mental y epilepsia para vejez (PIC)

FINANCIAMIENTO	ESTRATEGIA	INTERVENCIONES
Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)	Promoción de la salud	Educación y conocimiento de la salud para adultos en promoción de estilos y condiciones de vida saludables, importancia de las emociones, las relaciones, el manejo del tiempo libre y fortalecimiento de capacidades cognitivas.
		Educación y conocimiento de la salud en habilidades psicosociales para la vida: Relaciones interpersonales.
		Información en salud sobre estrategias de apoyo como: la Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024
	Detección de Alteraciones	Tamizaje: SRQ para detección de problemas mentales hasta los 65 años. AUDIT para detección de consumo de alcohol y ASSIST para otras drogas Canalización: a la Ruta de Problemas y Trastornos mentales a los adultos mayores con pruebas y tamizajes positivos, expuestos a violencias (genero, conflicto armado), riesgo para epilepsia o enfermedades crónicas discapacitantes.
	Rehabilitación Basada en la Comunidad	Desarrollo de Capacidades: Conformación de grupos de apoyo y de ayuda mutua de adultos mayores y sus cuidadores. Conformar redes institucionales y comunitarias para el cuidado de la salud, el envejecimiento activo y generar procesos de inclusión social de los adultos mayores y sus cuidadores. Conformación de redes de agentes comunitarios de RBC en salud mental. Visitas domiciliarias para identificación de necesidades, apoyo a la familia y seguimiento.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

Tabla #17: Intervenciones de promoción y detección en salud mental y epilepsia para vejez (PBS-UPC)

Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud Mental – Vejez 60 años y más				
FINANCIAMIENTO	ACTIVIDADES	RECURSO HUMANO	INSTRUMENTO	MOMENTO
Plan de Beneficios con cargo de la UPC (POS)	<p>Valoración del Riesgo en Salud Mental: detección situaciones como mostrar conductas antisociales, reducción o aumento de la ingesta de alimentos, con privación de sueño, ideas, intentos suicidas. Además que hayan experimentado violencia, conflicto armado, estresores como consumo de alcohol o de otras sustancias psicoactivas, nivel de actividad física, uso de medicamentos, enfermedad crónica, muerte de un ser querido, descenso del nivel socioeconómico, dificultades frente a la jubilación, discapacidad, violencia físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material, abandono, pérdidas de dignidad y respeto, viudez, separaciones y situaciones particulares como: discapacidad, Habitante de la Calle, mujeres víctimas de violencia sexual, pérdidas significativas, o con personas significativas PPL.</p>	<p>Medico General Enfermera</p> <p>Psicóloga</p>	<p>Entrevista exploratoria y valoración física</p> <p>Lista de chequeo</p>	<p>Consulta de Medicina General</p> <p>Consulta de Enfermería</p> <p>Consulta de Psicología</p>
	<p>Detección Temprana: aplicación de Pruebas de Tamizaje: para detección de problemas mentales, de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, para determinar eventos estresantes, situaciones de violencia y de sobrecarga como cuidador.</p>	<p>Psicología</p>	<p>SRQ, ASSIST, ZARIT, MINIMENTAL</p>	<p>Consulta de Psicología</p>
	<p>Canalización: a ruta de problemas y Trastornos mentales: según criterios</p>	<p>Equipo Interdisc</p>	<p>Reportes + de Tamizajes</p>	<p>Medico, Enf, Psico</p>
	<p>Información sobre salud mental, estigma, necesidades en salud mental, factores de riesgo, rutas de atención y estrategias de apoyo como: Derechos del adulto mayor, la Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024</p>	<p>Enfermera</p>	<p>Folleto</p>	<p>Consulta de Enfermería</p>
	<p>99.0.1 Educación grupal en salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Habilidades psicosociales para la vida en: Manejo de tensiones y stress y relaciones interpersonales. ✓ Fomentar y estrategias de afrontamiento activas a grupos de adultos que presenten consumo de SPA o alcohol, discapacidades, experiencias de conflicto armado, alteraciones en sus emociones (depresión-ansiedad), infecciones de transmisión sexual, VIH, enfermedades crónicas. ✓ Fortalecer a los adultos con estrategias de afrontamiento activas, frente a situaciones de violencia o eventos traumáticos. ✓ Promover proyectos grupales a adultos, que hayan experimentado pérdidas significativas, discapacidad física, conductas suicidas, o violencias. ✓ Promover proyectos grupales para el desarrollo de actividades cognitivas (memoria), ocupacionales y lúdicas 	<p>Psicóloga</p>	<p>Sesiones de Talleres de 40 Minutos cada uno</p>	<p>Consulta de Enfermería y/o Psicología</p>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

9. Monitoreo y Seguimiento

El monitoreo y la evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC deberá desarrollarse en el marco del proceso de evaluación del Plan Territorial de Salud, para lo cual se deberá tener en cuenta las directrices que para el efecto expida este Ministerio, lo definido en el Anexo Técnico de la Resolución 1841 de 2013, las competencias previstas en la Ley 715 de 2001, Y las demás normas que las modifiquen o sustituyan. Este Ministerio realizará la evaluación de las intervenciones, procedimientos y actividades utilizadas en los Planes de Salud Pública de Intervenciones Colectivas por las entidades territoriales. Los resultados del seguimiento y evaluación del PIC se tendrán en cuenta para la definición de proyectos de desarrollo de capacidades y planes de mejoramiento, a ser desarrollados por este Ministerio, los departamentos y distritos. Al igual que para el PIC, desde las responsabilidades del Plan de Beneficios con cargo a la UPC, se ha definido recoger información de los siguientes indicadores, que dé cuenta de la valoración integral en salud mental y de las acciones de protección específica para cada individuo.

El Grupo de Gestión Integrada para la salud mental, articulando las intervenciones propuestas de promoción de la salud mental, los hitos y desenlaces que se desean, ha propuesto los siguientes indicadores

Tabla # 18 :Propuesta de Indicadores proxy en promoción de la salud mental por etapas del curso de vida.

PRIMERA INFANCIA	HITO	DESENLACE	INDICADOR
Valorar la salud mental	Valorar integralmente la salud de los niños y niñas	Niños y niñas con adecuada salud mental	Porcentaje de niños y niñas con tamizaje en salud mental (RQC, APGAR familiar, Escala abreviada del Desarrollo)
Educación y Comunicación para la salud: Pautas de Crianza Positivas	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	Niños, niñas y sus familias con habilidades psicosociales para la vida fortalecidas	Porcentaje de niños, niñas y sus familias que asisten a actividades grupales para el desarrollo de pautas de crianza positivas

INFANCIA	HITO	DESENLACE	INDICADOR
Valorar la salud mental	Valorar integralmente la salud de los niños y niñas	Niños y niñas con adecuada salud mental	Porcentaje de niño y niñas con tamizaje en salud mental (RQC, APGAR familiar, Cuestionario adaptado de la ENS y otros, Cuestionario PCL ajustado)
Educación y comunicación en Habilidades para la vida	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	Niños, niñas y sus familias con habilidades psicosociales para la vida fortalecidas	Porcentaje de niños, niñas y sus familias que asisten a actividades grupales para el desarrollo de habilidades psicosociales para la vida
ADOLESCENCIA	HITO	DESENLACE	INDICADOR
Valorar la salud mental	Valorar integralmente la salud de los adolescentes	Adolescentes con adecuada salud mental	Porcentaje de adolescentes con tamizaje en salud mental (SRQ, APGAR familiar, Cuestionario adaptado de la ENS y otros, Cuestionario adaptado de la ENS para violencia, Cuestionario adaptado para estresores, PCL ajustado y parte del eat-bulit)

Educación y comunicación en Habilidades para la vida	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	Adolescentes y sus familias con habilidades psicosociales para la vida fortalecidas	Porcentaje de adolescentes y sus familias que asisten a actividades grupales para el desarrollo de habilidades psicosociales para la vida
------------------------------------------------------	-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

JUVENTUD	HITO	DESENLACE	INDICADOR
Valorar la salud mental	Valorar integralmente la salud de los jóvenes	Jóvenes con adecuada salud mental	Porcentaje de jóvenes con tamizaje en salud mental SRQ, APGAR familiar, Cuestionario adaptado de la ENS y otros, Cuestionario adaptado de la ENS para violencia, Cuestionario adaptado para estresores , PCL ajustado y parte del eat-bulit)
Educación y comunicación en Habilidades para la vida	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	Jóvenes y sus familias con habilidades psicosociales para la vida fortalecidas	Porcentaje de jóvenes y sus familias que asisten a actividades grupales para el desarrollo de habilidades psicosociales para la vida
ADULTEZ	HITO	DESENLACE	INDICADOR
Valorar la salud mental	Valorar integralmente la salud de los adultos	Adultos con adecuada salud mental	Porcentaje de adultos con tamizaje en salud mental SRQ, APGAR familiar, Cuestionario adaptado de la ENS y otros, Cuestionario adaptado de la ENS para violencia, Cuestionario adaptado para estresores , PCL ajustado y parte del eat-bulit)

Educación y comunicación en Habilidades para la vida	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	Adultos con habilidades psicosociales(afrontamiento para la vida fortalecidas)	Porcentaje de adultos que asisten a actividades grupales para el desarrollo de habilidades psicosociales (afrontamiento)para la vida
------------------------------------------------------	-----------------------	--------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VEJEZ	HITO	DESENLACE	INDICADOR
Valorar la salud mental	Valorar integralmente la salud de los adultos mayores	Reducción de la incidencia de alteraciones en salud mental	Porcentaje de adultos mayores con tamizaje en salud mental SRQ, Cuestionario adaptado para eventos vitales , PCL ajustado , Mini mental y Cuestionario elaborado por la ENS para autopercepción y calidad de relaciones)
Educación y comunicación para el mantenimiento de estilos de vida saludables y de habilidades para la vida	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	Adultos mayores y sus familias con habilidades psicosociales para la vida fortalecidas	Porcentaje de adultos mayores y sus familias que asisten a actividades grupales para el mantenimiento de habilidades psicosociales para la vida

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

10. Competencia de los actores del sector

NORMA	ACTOR RESPONSABLE	COMPETENCIA	COMO LO LOGRA
429 de 17 de Febrero de 2016. PAIS	Ministerio de Salud y la Protección Social	Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, y prevención, mediante acciones colectivas e individuales.	A través del establecimiento de lineamientos, para los otros actores del sistema en promoción y detección temprana en salud mental, Asistencia Técnica y a acompañamiento territorial
	Ministerio de Salud y la Protección Social	Garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud,	A través de los lineamientos en salud mental: Promoción y

		así como de programas de salud y personal médico y profesional competente para brindar atención en salud mental.	Detección. A través del entrenamiento de 1200 médicos generales en MhGAP y de auxiliares de enfermería en salud mental.
429 de 17 de Febrero de 2016. PAIS	Ministerio de Salud y la Protección Social Secretaría de Salud, EPS, EAPB Ministerio de Salud	Adquirir, distribuir y garantizar el suministro oportuno de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los insumos críticos para el control de vectores y los medicamentos para el manejo de los esquemas básicos de las enfermedades transmisibles de interés en salud pública; así como preservativos y otros insumos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Realizar el monitoreo, evaluación y control de la gestión de los planes de salud pública de intervenciones colectivas a cargo de entidades territoriales así como de los recursos invertidos para tal fin	Implementación de los esquemas de vacunación completos para todos los niños y niñas del territorio colombiano, evitando problemas físicos y discapacidad, con efectos en la salud mental de personas, familias y comunidades.
		Realizar el informe sobre la evolución de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud deberá ser presentado a todos los agentes del sistema.	A través de los procesos de Rendición de cuentas de la garantía a la salud mental de la institución.
		Responsabilidades en el desarrollo, adopción, adaptación e implementación de las Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Y prestar asesoría y asistencia técnica para desarrollar y/o fortalecer capacidades para la adopción, adaptación, implementación, seguimiento y evaluación de las Ruta, a los integrantes del SGSSS y demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud.	A través de la construcción e implementación de las intervenciones de salud mental en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud .
Ley 1616 de 2013 Ley 1414 de 2010	Ministerio de Salud y la Protección Social	Reglamentar políticas de Promoción, detección temprana, prevención en salud mental y epilepsia	A través del establecimiento Políticas de Promoción y Detección Temprana en salud mental y Epilepsia
		Armonizar el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 -2021, con el Plan Nacional de Desarrollo 2015 - 2018 y con las demás políticas públicas	A través de la verificación de estrategias de promoción y detección temprana en salud mental

Resolución 1841 de 2013- PDSP		nacionales, territoriales y con los compromisos internacionales en el marco de los determinantes sociales.	en los Planes Territoriales operativos
		Dirigir la incorporación de la estrategia de atención primaria del PDSP en sus políticas	Con los Lineamientos de Promoción en salud mental
		Definir, promover, coordinar y articular espacios de participación de la academia en el desarrollo del proceso de reglamentación de instrumentos de promoción y detección en salud mental	A través de las mesas de trabajo gremiales citadas mensualmente para socialización de los documentos de Promoción, detección y participación en salud mental.
		Dar asistencia técnica a los territorios e instituciones encargados de la elaboración del Análisis de Situación de Salud y de la planeación, seguimiento y evaluación del PDSP, sobre la gestión administrativa del plan plurianual, indicativo y plan operativo anual que orienta el manejo de los recursos destinados al PDSP.	A través del despliegue de gestores territoriales que apoyan la gestión departamental en salud mental A través del apoyo virtual y presencial de los referentes nacionales en promoción en salud mental a los territorios
		Realizar el seguimiento de los resultados, a través del Observatorio del PDSP	Reorganización del Observatorio Nacional en Salud Mental con manejo de datos de indicadores en salud mental.
		Concertar con los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control del nivel nacional, un mecanismo unificado para adelantar las auditorías correspondientes a las entidades territoriales.	Establecimiento de procesos de Vigilancia y control en salud mental, así como el manejo oportuno de datos y cumplimiento de reportes actualizados
PIC Ley 518 de	Ministerio de Salud y la Protección Social	Definir las directrices y orientaciones para formular, implementar y evaluar el plan de salud pública de intervenciones colectivas, de manera articulada con los diferentes actores involucrados; las mismas, se actualizarán de manera periódica.	Se definieron las intervenciones y mecanismos de entrega de Promoción y Prevención en salud mental.
Resolución 1841 de 2013- PDSP	Ministerios de Trabajo, Recreación, Vivienda, Transporte, Alimentación, Educación. Secretarías de Promoción Social, Policía Nacional, ICBF	Definir, promover y propiciar los espacios de participación y articulación intersectorial y transectorial para negociar las intervenciones de mayor impacto en salud mental. Definir y diseñar agendas comunes, normas conjuntas, estrategias y acciones desde sus competencias para promover la salud mental en	Definiendo intervenciones intersectoriales, que en base a brechas en los determinantes de la salud se proponen a seguir. Convocando mesas de Trabajo conjuntas con los

		<p>todas las políticas intersectoriales, transectoriales y comunitarias.</p> <p>Proponer y participar de manera coordinada en el seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud.</p>	diferentes sectores.
Resolución 1841 de 2013- PDSP	Entidades Departamentales y Distritales	Hacer el análisis de la situación de salud territorial incluyendo el análisis de las inequidades y con enfoque de determinantes sociales.	Presentando anualmente su ASIS en salud Mental en lo que respecta a su disminución. Por intervenciones de Detección e información y educación en salud.
		Construir el Plan Operativo Anual 2016 y para las siguientes vigencias, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2012 - 2014 y del PDSP. Diseñar, gestionar y articular en el Plan Territorial de Salud, según los procesos de concertación con los actores sectoriales, intersectoriales, transectoriales y comunitarios, los compromisos intersectoriales, que permitan actuar sobre las inequidades en salud y determinantes sociales.	Presentando acorde con sus necesidades en salud mental, el Plan Territorial de Salud Operativo, sus estrategias y metas propuestas en Promoción y Detección Temprana.
		Formular, desarrollar, monitorear y evaluar el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas departamental o distrital mediante procesos de participación social de conformidad con lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública, los planes de desarrollo nacional, departamental o distrital, así como, en los planes de vida de los pueblos indígenas, los planes de pueblos afrocolombianos y de los ROM, las políticas nacionales	Diseñando su PIC, en donde se incluyan actividades de Promoción y Detección en salud Mental y Epilepsia acorde con sus necesidades y recursos.
		Gestionar y articular en el Plan Territorial, los compromisos con las Entidades Administradoras de Planes de beneficios EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales – ARL, en el marco de sus competencias	Contratando el PIC con las EAPB y con ARL. En lo que respecta a promoción de salud mental y epilepsia.
		Generar la información requerida por el sistema de información de salud.	A través de las exigencias a IPS de los datos de vigilancia epidemiológica en salud mental
		Incluir y realizar acciones diferenciales	Definiendo la población

		transversales por ciclo de vida, género, grupos étnicos y personas en condiciones o situación de discapacidad y víctimas, para combatir la inequidad en salud mental	vulnerada y vulnerable e implementar las acciones necesarias en promoción y detección en salud mental y epilepsia.
Resolución 1841 de 2013- PDSP	Entidades Departamentales y Distritales	Garantizar los recursos humanos, de insumos y reactivos y de infraestructura en el Laboratorio de Salud Pública de su jurisdicción, de forma constante y oportuna con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en el plan decenal, en las estrategias que requieren vigilancia	A través del análisis de los recursos , en coordinación con el sector educativo con las EAPB
		.Diseñar, desarrollar, promover y articular las formas de participación de los individuos, la familia, la sociedad, las organizaciones comunitarias, las entidades no gubernamentales, las instituciones asociativas, solidarias, mutuales en la formulación, difusión, seguimiento y evaluación del PDSP	A través de las mesas territoriales de salud, promoción social, etc. , donde se discutan aspectos de promoción y detección en salud mental,.
		Desarrollar el proceso de asistencia técnica a las entidades sectoriales e intersectoriales de acuerdo a sus competencias, sobre recursos financieros, tecnológicos y humanos, gestión de procesos y resultados esperados.	A través de las mesas territoriales de salud, promoción social, etc. , donde se discutan aspectos de promoción y detección en salud mental,.
429 de 17 de Febrero de 2016. PAIS	Entidades Departamentales y Distritales	Prestar asesoría y asistencia técnica para desarrollar y/o fortalecer capacidades para la adopción, adaptación e implementación de las RIAS, a los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en su jurisdicción.	A través del apoyo técnico virtual y presencial a las entidades d departamentales en salud mental.
		Vigilar y supervisar la adopción, adaptación, implementación y evaluación de las RIAS, en los términos de la normatividad, y en caso de que no sean implementadas, informar a la Superintendencia Nacional de Salud, para que adelante las respectivas acciones, en el marco de su competencia.	A través del cumplimiento de los mecanismos de e valuación y monitoreo establecidos en salud mental.
		Hacer y actualizar el análisis de la	Identificando la situación

Resolución 1841 de 2013- PDSP	Entidades Promotoras de Salud	situación de salud de la población afiliada incluyendo el análisis de las inequidades y con enfoque de determinantes sociales.	de salud mental de su población afiliada, por etapa de curso de vida (con a)salud mental-b)problemas-c)trastornos mentales), además de determinar si existen otros riesgos para la salud mental por inequidad en sus determinantes. Individualmente.
		Hacer la medición cuantitativa de riesgos, identificando los diferenciales poblacionales para la planeación de la atención y su modificación.	Contratando con sus IPS la Aplicación pruebas de Tamizaje en salud mental ,por etapa del curso de vida, e indagar por otros riesgos de acuerdo a los determinantes de salud y la conformación de grupos de riesgo de salud mental así: 1. Los tamizados + ,NNA desescolarizados, con problemas o trastornos mentales 2. En situaciones de violencia, 3. con epilepsia
		Planear la atención en salud de la población y ajustar con base en los riesgos y necesidades diferenciales de atención la organización y funcionamiento de la oferta de servicios	Contratando con sus IPS Intervenciones de promoción en salud mental por etapa del curso de vida. 2. Intervenciones de la ruta de problemas y Trastornos mentales según criterios de entrada.
		Desarrollar o fortalecer los procesos, herramientas e instrumentos para asegurar el seguimiento de las cohortes de usuarios	Estableciendo las herramientas de control necesarias para identificar los afiliados que se encuentren en la Ruta de Promoción y los que se deriven a la Ruta de Problemas y Trastornos Mentales
		Incorporar los indicadores para medir logros en salud	Adoptando y presentando los indicadores en salud mental, los cuales serán solicitados a sus IPS.
		Generar la información requerida por el sistema de información de salud.	A través del informe de datos solicitados para promoción y detección en salud mental y epilepsia.
		Vigilar los indicadores de control de riesgo, la calidad de la atención y la	Estableciendo un cronograma de

		gestión clínica y administrativa de los recursos.	seguimiento de estos indicadores con sus IPS
		Consolidar los procesos institucionales tendientes a la gestión del riesgo en salud mental de la población a cargo	Adoptando los procesos de gestión de riesgo en salud mental en todas las IPS contratadas.
		Desarrollar un plan de asesoría, asistencia técnica y auditoría para las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS que hacen parte de su red que garantice el cumplimiento de las metas de las acciones individuales de salud pública incluidas en el Plan Territorial de Salud	Estableciendo un cronograma de capacitación para el fortalecimiento de capacidades de su recurso en salud mental, de acuerdo a las necesidades de sus IPS.
429 de 17 de Febrero de 2016. PAIS	Empresas Promotoras de salud	Promover los conocimientos de la población a su cargo en derechos y deberes, en el uso adecuado de servicios de salud y en la conformación y organización de alianzas de usuarios y su articulación con la defensoría de los usuarios.	Divulgando y cultivando una cultura de derechos y deberes en salud mental en sus IPS y consolidar organizaciones de usuarios para la defensa de la atención en Salud Mental
		Promover la conformación de redes sociales para la promoción de la salud y la calidad de vida	En las IPS a través de la conformación de grupos de ayuda mutua por etapas de curso de vida
Resolución 1841 de 2013- PDSP		Coordinar con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, las metas y las acciones a cumplir en el marco del PDSP.	Conociendo las metas e indicadores en salud mental, establecer las estrategias y procesos para su cumplimiento e informar sobre resultados periódicamente.
		Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS	Adoptando, y estableciendo planes de seguimiento a su cumplimiento.
		Incorporar los indicadores para medir logros en salud	Adoptando los indicadores, realizar seguimiento e informar los resultados a sus EPS.
		Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de promoción de la salud y prevención de los riesgos.	Estableciendo los mecanismos de seguimiento y e valuación de las acciones de promoción y de gestión de riesgos de salud mental e informar resultados a la EPS
		Participar en la operación de la vigilancia en salud en sus	Informando sobre los resultados de vigilancia en salud mental y por

		componentes de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.	entorno laboral de acuerdo con el sistema de IVC del SGSSS e informar a la EPS y ARL.
		Ejecutar intervenciones colectivas que contribuyan a la implementación de políticas, planes, programas y estrategias del orden nacional definidas en el Plan Decenal de Salud Pública para la promoción de la salud y la gestión del riesgo colectivo en salud mental.	Informando sobre la intervenciones realizadas y los indicadores establecidos para promoción y detección en salud mental y epilepsia a la EPS
		Realizar el alistamiento y adecuar los procesos y tecnologías necesarias para garantizar la operación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud, en el marco de sus competencias y funciones	Operando la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud , en lo que concierne a salud mental por etapas del curso de vida.
Resolución 1841 de 2013- PDSP	Instituciones Prestadoras de Salud	Garantizar a los usuarios el acceso efectivo a los servicios y tecnologías en salud dispuestas en las Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud	Adoptando e implementar las tecnologías dispuestas en la ruta (tamizajes, intervenciones)
		Establecer con las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades responsables de la atención en salud los mecanismos a través de los cuales se hará seguimiento y evaluación a la operación de las Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.	Definiendo con las EPS los criterios e indicadores para hacer seguimiento y evaluación a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud en lo relacionado con salud mental.
		Hacer y actualizar el análisis de la situación de salud de la población incluyendo el análisis de las inequidades y con enfoque de determinantes sociales.	Identificando la situación de salud mental de su población inscrita , por etapa de curso de vida y según: a)salud mental-b)problemas-c)trastornos mentales), además de determinar si existen otros riesgos para la salud mental por inequidad en sus determinantes de salud Individualmente.
		Articularse con las direcciones territoriales para la formulación, seguimiento y evaluación de las metas	Adoptando las metas relacionadas con los riesgos en salud mental que determinen las

Resolución 1841 de 2013- PDSP	ARL	relacionadas con los riesgos laborales en el Plan Territorial de Salud.	entidades territoriales.
		Definir y desarrollar el plan anual de acción de prevención de riesgos laborales frente a sus empresas afiliadas, con base en riesgos prioritarios a los cuales están expuestos sus afiliados en función de la actividad económica, el tamaño de empresa y la accidentalidad.	Estableciendo un cronograma anual y desarrollarlo para definir las acciones de prevención de riesgos a incorporar de las personas inscritas en función de actividad económica , tamaño de la empresa y a accidentalidad en ella.
		Participar en la operación de la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública y de vigilancia en salud en el entorno laboral.	Conociendo y adaptando los criterios de los componentes de Vigilancia en salud pública y vigilancia del entorno laboral.
		Proteger a los trabajadores con discapacidad a través de procesos de rehabilitación funcional y profesional.	Caracterizando a la población afiliada de acuerdo al grado de discapacidad y establecer y desarrollar las intervenciones de rehabilitación necesarias e informar los resultados logrados a la IPS y EPS.
		Garantizar la atención y rehabilitación de los daños ocasionados por las enfermedades ocupacionales y accidentes laborales.	Implementando e informando sobre la evolución los procesos de rehabilitación en a filiados por enfermedades y accidentes laborales.
429 de 17 de Febrero de 2016. PAIS	Superintendencia Nacional de Salud	En el marco de sus competencias, vigilará y controlará el cumplimiento de las disposiciones previstas. Las entidades departamentales, distritales y municipales de salud deberán generar y comunicar alertas en caso de incumplimientos a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que ésta proceda a realizar las acciones pertinentes	Estableciendo y vigilando el cumplimiento de las sanciones establecidas y derivadas de los incumplimientos en lo relacionado con la atención en salud mental en el marco del SGSS.
Ley 1616 de 2013	Observatorio Nacional En Salud Mental	Mantendrá monitoreado los eventos ,así como la detección Temprana y Promoción en Salud Mental.	Presentando periódicamente los resultados del análisis de la tendencia y distribución de los indicadores de Promoción y Gestión de Riesgo de Salud Mental y de sus efectos sobre la salud, la educación y el desarrollo general del país.

BIBLIOGRAFÍA

- Almedom, A.M., Glandon,D.(2007). Resilience is not the absence of PYTSD anymore tan health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*. 12.127-143
- Ardon-Centeno,N, Cubillos,A. (2012) La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012 *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá (Colombia), 11 (23): 12-38
- Arrivillaga Quintero M, Collazos Aldana J. *Salud Mental y Salud pública*. (2009) Reflexiones para introducir un debate olvidado. Cuadernos del Doctorado No 9. Universidad Nacional de Colombia. Pág. 11-13
- BeusembergM, Orley JH., Health WHO D of M, A. User's guide to the self reporting cuestionaire (SRQ) [Internet].1994 cited 2015 jun 10[Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf
- Campion J, Bhui K, Bhugra D. European Psychiatric Association. (2012) European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders. *Eur Psychiatry*; 27: 68-80
- Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013: Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. *Ley 1616 de 2013*. Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Diario Oficial.
- Congreso de la República de Colombia. (2010). Ley 1414 de 2010.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C.: Congreso de la República.
- Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley 1753 de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país"*. Bogotá D.C.: Congreso de la República.
- Declaración de Alma-Ata. (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Recuperado el 2012, de http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell. J., 2009. *Well-being for public policy*. Oeford: Oxford University Press.
- Eslava JC. (2002)Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*.Volumen 4 (1): 1-12.
- Eslava JC. (2006)Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud *Revista de salud pública* • Volumen 8 (Sup. 2), noviembre
- European Pact for Mental Health and Well-being. (2008) Brussels: European Commission. (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
- Foege WH, Resemberg ML,Mercy JA, Public health and violence prevention. *Curr Issues Public Health*.1995;1:2-9

- Fornés Vives, J. (2003). *Enfermería en Salud Mental. Como cuidar al cuidador y a nosotros mismos*.
- Gabriel, G. (s.f.). Hans Selye: *El descubrimiento del estrés*. Recuperado el 20 de Diciembre de 2012, de http://hypatia.morelos.gob.mx/no4/el_estres.htm
- González Noguera, T. C. (2009). *El cuidado de enfermería en la salud mental del ciclo evolutivo humano*. Santa Marta: Editorial de la Universidad del Magdalena.
- Hosman, C., Jane-Llopis E. y Saxena s (eds). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de Política*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- Hurtado D, García D, Copete A.(2013)*Las vicisitudes del capital social en Colombia, los cambios de K social (capital social)*, Confie (Confianza institucional y control indirecto del Estado) y Fenoval (Fe en fuentes de información no válida) 1997-2005-2011. Fundación Antonio Restrepo Barco;
- Kuerten, P., Lenise do Prado, M., & De Gasperi, P. (2009). *El cuidado y la enfermería*. 102-109.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- Lehtinen V, Riikonen E, Lahtinen E (1997) *Promotion of mental health on the European agenda*. Helsinki, (STAKES), National Research and Development Centre for Welfare and Healt.
- Leavel , H.R. and Clark, E.G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community*. 3a ed. Ed. McGraw-Hill. New York
- Lalonde, M.A. (1994). *New Perspectives son the Health of Canadians*. Ottawa
- McMahom, D.M. 2006. *Una historia de la felicidad*. Madrid. Taurus.
- Malvarez, S (2002) *Promoción de la salud mental-Bases teóricas y estratégicas*. III Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. www.interpsiquis.com
- Malvarez S., González R, Levav I,.(2009) *Salud Mental en la Comunidad: Salud mental en la Infancia y la adolescencia*. Organización Panamericana de la Salud. Segunda Edición. Pág. 231-233
- Ministerio de Salud y Protección Social, (2015) *Resignificación Entornos Saludables*.
- Ministerio de Salud de Colombia.(1992) *Municipios Saludables*. Declaración de Santafé de Bogotá para la promoción de la salud. Bogotá: Min-Salud/ OPS.
- Ministerio de Salud de Colombia (1992). *Promoción de la Salud*. Bogotá: Min-Salud/ OPS.
- Ministerio de Salud de Colombia. (1992) *Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. Memorias. Bogotá: Min-Salud-OPS-OMS
- Ministerio de la Protección Social. *Política Nacional del Campo de la Salud Mental*. Documento Propuesta para la Discusión y Acuerdos. Bogotá, Diciembre de 2007.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan decenal de salud pública PDSP 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Lineamientos generales para el desarrollo del modelo integral de atención en salud para el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS. Colombia 2014.* . Bogotá DC: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Guía para la elaboración de documentos. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles.* Bogotá DC: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Matriz de intervenciones para la GIRS y Rutas integrales de atención específicas por grupos de riesgo y eventos priorizados. Metodología para su elaboración.* Bogota DC: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de la Protección Social. (2009) *Modelo de gestión operativa para el componente de salud mental en Atención Primaria en Salud.* Bogotá
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2015). *RBC en Salud Mental- documento borrador .*
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2015). *Rehabilitación Basada en Comunidad(RBC) una estrategia para la prevención, atención, rehabilitación y gestión de riesgos en salud mental .*
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2016). *Lineamientos para la Gestión Integrada en Salud Mental.*
- Ministerio de Salud Y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental.*
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud.* Bogota D.C.
- Naciones Unidas. (2011). *Objetivos de Desarrollo del Milenio.* New York: Naciones Unidas
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006). *Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas*, Documento de posición de la OPS/ OMS. Washington, D.C;
- OMS/Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud pública. (1996)*Carta de Ottawa.* En: Promoción de la salud: una antología. Publicación científica No 557. OPS. Washington, DC, pág. 367-377.
- OPS/OMS Cooperación Caribeña en Salud. (1996)*Carta del Caribe para la Promoción de la salud.* En Promoción de la Salud: una antología. Publicación científica No 557. OPS. Washington, DC, pp 378-382
- Organización Mundial de la Salud. (1990). *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Programa Mundial de Acción en salud mental mhGAP.* Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental.* Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Política, planes y programas de salud mental.* Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.(2005) *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*
- Organización Mundial de la Salud. (n.d.). Retrieved from http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

- Organización Mundial de la Salud. (2009, Abril). Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013, Diciembre). Retrieved from http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2009) *Atención Primaria de Salud*. Washington
- Organización Mundial de la Salud. (2004) *Promoción de la Salud Mental*. Informe compendiado. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.
- Organización Mundial de la Salud.(2001) *Informe sobre la salud en el mundo*. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
- Organización Mundial de la Salud.(2008) *MhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental*: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2007). *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pérez-Sales. *El concepto de trauma y de respuesta al trauma en psicoterapia*. Norte salud Ment. 2004;5(20).
- Possas, C. (1989) *Epidemiologia e sociedade: Heterogeneidade estrutural no Brasil*. Edit Hucitec, Sao Paulo
- Putman R., 1995. *Bowling alone: America's declining social capital*. Journal of Democracy, 6(1):65-78
- Restrepo O, Vega R. (2009) *Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud-APS*. Bogotá: para la muestra un botón. Rev Gerenc Polit Salud. Pág 153-64.
- Rúa L. *Acciones de promoción y prevención en salud mental*. Una experiencia desde el plan de atención básica en Bogotá, 2002-2003. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2003; 32 (Supl. 1).
- Ruten BPF, Hammels C, Geschwind N, Menne-Lothmann C, Pishva E, Schruers K, et al. *Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives*. Acta Psychiatr Scand. 2013 Jul; 128 (1); 3-20
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Salud Pública, *Componente de Gestión Local para la Salud. Fortalecimiento de espacios locales* (mesas, consejos y comités) para la construcción e implementación de políticas públicas para la salud. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2011.
- Sigerist, H.E. *Medicine Human Welfare*. New Haven: Yale University Press, 1941,P 93

Taylor, S.E. , Kemeny, M.E. Reed, G.M., Bower, J.E., & Gruenewald, T.L., 2000. *Psychological resources, positive illusions, and health*. American Psychologist, 55 (1), 99-109

Terris, M. (1996) *Concepto de la promoción de la salud: dualidades de la Teoría de la Salud Pública*. En: Promoción de la salud, una antología. Publicación científica No 557. OPS. Washington, DC.

Torralba F. (2003) *Cien valores para una vida plena*. Lleida: Editorial Milenio
WHO, 1986 Ottawa Charter for Health Promotion

Urrego Z. *Propuestas de ajuste de plan de acción de salud mental, del plan de acciones colectivas y para el mejoramiento de la respuesta asistencial en salud mental del Distrito Capital*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2010

World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Geneva: World Health Organization

World Health Organization. *World Report on Violence and Health*, 2002 [cited 17Feb]; available from: [Http://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=264644](http://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=264644)

Anexo 1. Pruebas de Tamizaje

1. APGAR FAMILIAR

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Tenga en cuenta que **Familia** se define como el o los individuos con quienes usted usualmente vive. Si usted vive solo, su “familia” consiste en la(s) persona(s) con quien(es) usted tiene ahora los lazos emocionales más fuertes.

Para cada pregunta marcar sólo una equis (X) la que parezca aplicar para usted durante los seis últimos meses.

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo	0	1	2	3	4

Me siento satisfecho con la forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho con la forma como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor	0	1	2	3	4
Me siento satisfecho con la manera como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa o el dinero	0	1	2	3	4

Interpretación: Puntuaciones de 15 o menos indican algún grado de disfunción familiar.

2. CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS (RQC) PARA NIÑOS DE 5 AÑOS A 12 AÑOS

DETECCION DE SINTOMAS MENTALES	1.SI	0.NO
1. ¿El lenguaje del niño(a) es anormal en alguna forma?		
2. ¿El niño(a) duerme mal?		
3. ¿Ha tenido el niño(a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		
4. ¿Sufre el niño(a) de dolores frecuentes de cabeza?		
5. ¿El niño(a) ha huido de la casa frecuentemente?		
6. ¿Ha robado cosas de la casa?		
7. ¿Se asusta o se pone nervioso(a) sin razón?		
8. ¿Parece como retardado(a) o lento(a) para aprender?		
9. ¿El (la) niño(a) casi nunca juega con otros niños(as)?		
10. ¿El niño(a) se orina o defeca en la ropa?		

Método de aplicación: el RQC es heteroadministrado, lo debe llenar la persona adulta responsable del menor, o que tenga relación cercana con el niño. No requiere ningún entrenamiento especial para diligenciarse, las preguntas son sencillas, fáciles de contestar y se refieren a las conductas observables en el menor o a las experiencias del niño.

El RQC Investiga síntomas actuales o previos relacionados con el lenguaje, el sueño las fugas del hogar, los robos, la conducta motora, la inhibición social, los hábitos de eliminación, la ansiedad y convulsiones. Es una medida de prevalencia.

Punto de corte: Consta de diez preguntas que responden sí o no. La presencia de una o más respuestas afirmativas, indica que el evaluado amerita una consulta en la Ruta de Problemas y Trastornos mentales.

3. AUDIT Tamizaje de Riesgo de abuso y dependencia de alcohol:

Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor.

Se define como un trago a un vaso de cerveza (330 ml), una copa de vino (150 ml), 1 copa (45 ml) de Licor destilado (aguardiente, ron, vodka, whisky) u otros licores.

Marque con una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4	TOTAL
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica (trago)?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más a la semana	
2. ¿Cuántos tragos (de bebidas alcohólicas) suele tomar en un día de consumo?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más tragos en un solo día de consumo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido, (laboral, familiar, social, etc.)?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho en el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido alcohol?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Si, en el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Si, el último año	
					TOTAL	

CALIFICACIÓN:

	HOMBRES	MUJERES
No hay problemas relacionados con el alcohol	0-7	0-5
Bebedor de riesgo	8-19	6-19
Problemas físico-químicos con la bebida. Probable dependencia	20-40	20-40

4. CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS SRQ - Self report questionnaire

Indica probables problemas o trastornos de salud mental.

Método de aplicación: el SRQ es heteroadministrado; Si bien en principio es autoadministrado, puede ser también heteroadministrado por el personal de salud en pacientes que no pueden leer, por ejemplo, conservando las propiedades de medición

Población a ser administrado: El SRQ está diseñado para población adulta.

Punto de corte: Interpretación: Puntuación: sumatoria de respuestas afirmativas. Se debe hacer evaluación si la suma de la pregunta 1 a la 20 es 11 o más; o si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente, si alguna de las preguntas 26 a 30 se contesta Sí, o si se observa comportamiento extraño, no importa cuál haya sido el puntaje de la prueba.

Pregunta	<u>1.Sí</u>	<u>0.No</u>
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		
2. ¿Tiene mal apetito?		
3. ¿Duerme mal?		
4. ¿Se asusta con facilidad?		
5. ¿Sufre de temblor de manos?		
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		

7. ¿Sufre de mala digestión?		
8. ¿No puede pensar con claridad?		
9. ¿Se siente triste?		
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		
20. ¿Se cansa con facilidad?		
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		

5. ASSIST Detección de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas

RECUADRO 3 | Lista de sustancias de la tarjeta de respuestas para usuarios	
a	Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)
b	Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)
c	Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)
d	Cocaína (coca, crack, etc.)
e	Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)
f	Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)
g	Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)
h	Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)
i	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)
j	Otras, especifique: _____

RECUADRO 4 | Respuestas de frecuencia de la tarjeta de respuestas para usuarios	
<p>Tarjeta de respuestas En los últimos tres meses (preguntas 2 a la 5 del cuestionario ASSIST)</p> <p>| Nunca: no se ha usado en los últimos tres meses.</p> <p>| Una o dos veces: de una a dos veces en los últimos tres meses.</p> <p>| Mensualmente: promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses.</p> <p>| Semanalmente: de una a cuatro veces a la semana.</p> <p>| Diariamente o casi diariamente: de cinco a siete veces a la semana.</p>	<p>Tarjeta de respuestas A lo largo de la vida (preguntas 6 a la 8 del cuestionario ASSIST)</p> <p>| No, nunca</p> <p>| Sí, pero no en los últimos tres meses</p> <p>| Sí, en los últimos tres meses</p>

PREGUNTA 1 | A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Sí
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Sí
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	No	Sí
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Sí
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Sí
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Sí
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Sí
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Sí
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Sí
j Otras, especifique: _____	No	Sí
<p>Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"</p> <p>Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.</p> <p>Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.</p>		

* El ASSIST V3.1 debe utilizarse como 'filtro' para fines clínicos. Para fines de investigación, utilice la versión anterior ASSIST V3.0.

PREGUNTA 2 | En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?

	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

PREGUNTA 3 | En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

PREGUNTA 4 | En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

PREGUNTA 5 | En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).					

PREGUNTA 6 | ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

PREGUNTA 7 | ¿Ha intentado <i>alguna vez</i> reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?			
	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

PREGUNTA 8 | ¿<i>Alguna vez</i> ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)			
	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

NOTA IMPORTANTE

A los usuarios que se han inyectado drogas en los últimos tres meses se les debe preguntar acerca de sus hábitos de inyección durante este período para determinar sus niveles de riesgo y el mejor curso de intervención.

Hábitos de inyectarse

Cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses o menos

Más de cuatro días por mes, en promedio, durante los últimos tres meses

Lineamientos de intervención

Intervención breve que incluye los riesgos de la tarjeta de inyección

Evaluación adicional y tratamiento más intensivo

El tipo de intervención se determina por la puntuación de consumo de sustancias específicas				
	Registrar la puntuación para cada sustancia	No requiere intervención	Recibir intervención breve	Tratamiento más intensivo
a Tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b Alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c Cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d Cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e Estimulantes de tipo anfetamina		0 – 3	4 – 26	27+
f Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g Sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+
Ahora use la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST para proporcionarle al usuario una intervención breve.				

6. Cuestionario para violencias

1. Identificar los conocimientos y prácticas, así como las clases de violencia
2. Identificar que la persona, lo percibió como evento impacto y cambio su vida, generando sentimientos displacenteros.

Vamos a hablar sobre agresiones físicas, es decir cuando una persona ataca a otra con violencia. Sabemos que esta información es muy importante para usted, sus respuestas son confidenciales y no se le contarán a nadie. Voy a leer algunas frases y usted me dice si está de acuerdo o no.

CLASE DE VIOLENCIA	PREGUNTA
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS RELACIONADAS CON LA VIOLENCIA	Si otros niños insultan o le pegan a su hijo, o a un niño de su familia, usted le diría que los insulte o les pegue también, que no se deje.
	El castigo físico es a veces necesario para educar a los niños
	La agresión física es necesaria para que lo respeten a uno
	La agresión física es a veces necesaria para poner fin a un problema.
	Alguien en su hogar a sido víctima de: Amenazas/Extorciones

EXPOSICION A VIOLENCIA POR CONFLICTO ARMADO	Atentados
	Asesinatos
	Desapariciones, Torturas, Secuestros
	Reclutamiento forzoso
	Masacres
	Confrontaciones entre grupos armados o violencia indiscriminada en el municipio
	Orden de desalojo masiva por parte de grupo armado
	Minas antipersonales
	Violencia sexual
	Otros
VIOLENCIA FISICA	Piense en agresiones que usted ha podido recibir de otras personas o pariente. Alguna persona con violencia lo ha: Empujado, golpeado, mordido, puñeteado, pateado o arrastrado
	Amenazado con cuchillo, arma de fuego u otra arma
	Atacado con cuchillo, arma de fuego u otra arma
	Tratado de estrangular, quemar o quemado.
AGRESION SEXUAL	Piense en agresiones sexuales que haya sufrido en el último año, por cualquier persona incluyendo su pareja, parientes o no parientes. Alguna persona con violencia lo ha: obligado a tener contactos sexuales solo con tocamientos?
	Alguna persona lo ha obligado a tener relaciones sexuales con penetración de órgano sexual masculino
	Lo ha obligado a tener relaciones sexuales con penetración de otros objetos?
VIOLENCIA PSICOLOGICA	Dígame de estas situaciones que le suceden a las personas, si se han presentado en su relación actual o último esposo o compañero: Se ha puesto celoso, o bravo si habla con otro hombre/mujer
	Le ha acusado de serle infiel
	Le ha impedido encontrarse con amigos
	Ha tratado de limitar sus contactos con su familia
	Ha insistido en saber en dónde está todo el tiempo
	Ha vigilado la forma como usted gasta el dinero
	Lo ha ignorado, no se dirige a usted
	Lo ha humillado
	Lo ha abandonado
	Le ha quitado los hijos
	Le ha quitado el apoyo económico.

Luego de indagar por el evento preguntar:

Usted percibe que su vida ha cambiado, luego de experimentar esa situación?

CALIFICACION: Si 1 y 2 son afirmativos, la prueba es positiva.

7. Eventos críticos

Identificarlo por grupo de edad.

Identificar que la persona, lo percibió como evento impacto y cambio su vida, generando sentimientos displacenteros.

GRUPO DE EDAD	EVENTO
INFANCIA	Le asignaban tareas difíciles o peligrosas
	Lo dejaban solo o sin supervisión
	Le privaban de elementos necesarios
	Le hacían pasar hambre o no le preparaban alimentos
	No le daban tratamiento médico a las enfermedades o lesiones
De los 12 a los 17 años	Su familia ha tenido un problema grave en el último año
	Ha tenido un problema grave o serio de salud o un accidente
	Se ha enfermado o muerto algún miembro de su familia o una persona muy cercana a usted
	Ha tenido un cambio importante en su vida.
De los 18 a los 44 años	Se ha divorciado o separado.
	Ha perdido el trabajo o se ha jubilado
	Ha tenido problemas económicos graves
	Su familia ha tenido un problema grave en el último año
	Ha tenido algún problema serio de salud o un accidente
	Se ha enfermado o muerto algún miembro de su familia o una persona muy cercana a usted
	Ha tenido un cambio importante en su vida
De los 45 años en adelante	Se ha divorciado o separado.
	Ha perdido el trabajo o se ha jubilado
	Ha tenido problemas económicos graves
	Su familia ha tenido un problema grave en el último año
	Ha tenido algún problema serio de salud o un accidente
	Se ha muerto su esposo o su compañero sentimental.
	Se ha enfermado o muerto algún miembro de su familia o una persona muy cercana a usted
	Ha tenido un cambio importante en su vida
	Los adultos a su alrededor no le expresaban afecto.
	Los adultos a su alrededor no le permitían jugar o divertirse

Eventos críticos producidos en la infancia y que se deben indagar desde la adolescencia hasta la vejez	Los adultos a su alrededor lo maltrataban
	Tenía que hacerse cargo de sus hermanos o parientes
	Tenía que trabajar para ayudar a su familia
	Paso muchos trabajos o dificultades

CALIFICACION: Si 1 y 2 son afirmativos, la prueba es positiva.

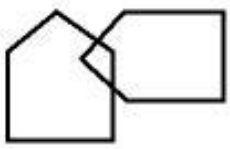
8. Tamizaje para detección de problemas alimentarios

Se indaga con las siguientes preguntas, que se realizaran si hay sospecha durante la anamnesis

PREGUNTA	FRECUENCIA			
	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE
1.Procuro no comer aunque tenga hambre				
2.Noto que las demás personas preferirían que yo comiera más				
3.Temo comer cualquier cosa por miedo a no poder parar				
4.A veces me he empachado o llenado de comida, sintiéndome incapaz de parar de comer				
5.Vomito después de haber comido				
6. Con que frecuencia vomita intencionalmente después de haber comido?				

CALIFICACION: Cuando hay una conducta de dieta (1,2,3,4) o de vomito (5.6), que se realiza dos a tres veces al mes, una vez a la semana , o 2 o más veces a la semana; la prueba es positiva.

9. Minimental

"MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO"		
Paciente	Edad	
Ocupación	Escolaridad	Examinado por Fecha
ORIENTACION		PUNTOS
"Dígame el día Fecha Mes Estación Año ....."		..... (5)
"Dígame el Hospital (o el lugar) Planta"		
Ciudad Prov. Nación ....."		..... (5)
FIJACION		
"Repita estas 3 palabras: Presenta-Caballo-Manzana" (Repetirlas hasta que las aprenda) ....."		..... (3)
CONCENTRACION Y CALCULO		
"Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? ....."		..... (5)
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda)		
"Ahora hacia atrás" ....."		..... (3)
MEMORIA		
"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? ....."		..... (3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCION		
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj ....."		..... (2)
"Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros" ....."		..... (1)
"Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?"		
"¿Qué son un perro y un gato?" ....."		..... (2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa" ....."		..... (3)
"Lea esto y haga lo que dice", CIERRE LOS OJOS ....."		..... (1)
"Escriba una frase" ....."		..... (1)
"Copie este dibujo":		
		..... (1)
PUNTUACION TOTAL		(35)
Nivel de conciencia		
Ciego	Sordo	Otros