



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LINEAMIENTOS NACIONALES PARA LA IMPLEMENTACION DE RBC EN SALUD MENTAL

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles
Grupo Funcional: Gestión Integrada para la Salud Mental

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

CARMEN EUGENIA DAVILA GUERRERO

Viceministra de Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de
Servicios

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA

Director de Promoción y Prevención

FERNANDO RAMIREZ CAMPOS

Subdirector de Enfermedades Crónicas No
Transmisibles

LINEAMIENTOS NACIONALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE RBC EN SALUD MENTAL.

© Ministerio de Salud y Protección Social

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles**Grupo Funcional: Gestión Integrada para la Salud Mental****Coordinación editorial y cuidado de texto**

Nubia Esperanza Bautista Bautista

Diana María Rodríguez Araújo

Diseño y diagramación

Diana María Rodríguez Araújo

Imprenta Nacional de Colombia

Primera Edición.

© Ministerio de Salud y Protección Social

Carrera 13 No. 32 76

PBX: (57-1) 330 50 00

FAX: (57-1) 330 50 50

Línea de atención nacional gratuita:

018000 91 00 97 Lunes a viernes de

8:00 a.m. a 5:30 p.m.

Bogotá D.C., Colombia, julio de 2015

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS como fuente y propietaria del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción se sugiere contactar al MSPS a través de su portal web www.minsalud.gov.co

Coordinación técnica

Nubia Esperanza Bautista Bautista
Coordinadora Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

Elaboración

Diana María Rodríguez Araújo
Consultora Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

Colaboradores

Luz Zaret Mena Ortíz
Oficina de Promoción Social, MSPS

Diana Alcira Lozano
Trabajadora Social

Agradecimientos

A los miembros de la Mesa de Servicios en Salud Mental que hicieron aportes y comentarios a estos lineamientos durante su proceso de validación desde el nivel nacional:

- *Nodo Comunitario de Salud Mental y Convivencia, organización que agrupa diferentes asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familias*
- *Agencia Colombiana para la Reintegración, ACR*
- *Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ASCOFAEN*
- *Asociación Colombiana de Psiquiatría*
- *Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC*
- *Colegio Colombiano de Psicólogos*
- *Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, CCTO*
- *Proyecto de Rehabilitación Saludarte*
- *Red de Conciliadores en Equidad de Bogotá, REDCEB*

CONTENIDO

	Pg.
INTRODUCCION	6
CAPITULO I: SALUD MENTAL, ESTIGMA, DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL Y BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS; LA RBC COMO PARTE DE LA RESPUESTA.	10
CAPITULO II: LA RBC EN LOS SISTEMAS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	21
CAPITULO III: CÓMO OPERAR LA RBC EN LOS NIVELES NACIONAL, TERRITORIAL Y LOCAL	39
CAPÍTULO IV: PROCESO DE IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE RBC EN SALUD MENTAL	49
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	60
ANEXO 1: HERRAMIENTAS DE LOS PROCESOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL QUE SE PUEDEN DESARROLLAR DESDE LA ESTRATEGIA DE RBC	63
ANEXO 2: EL AGENTE COMUNITARIO DE RBC, INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	79
ANEXO 3: OTRAS HERRAMIENTAS	107

INTRODUCCION

En el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 y del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles y su grupo funcional de Gestión Integrada para la Salud Mental, está promoviendo la implementación de la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), como parte de las respuestas para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, en el marco del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) basado en la atención primaria (APS), la salud familiar y comunitaria y la gestión del riesgo en salud.

La implementación de RBC en Salud Mental implica un trabajo conjunto entre las comunidades y las instituciones involucradas en la prevención, atención y rehabilitación de los problemas y trastornos mentales, con el fin de generar procesos comunitarios de salud mental que descongestionen y complementen los servicios existentes, generando un proceso integral de salud mental capaz de responder a necesidades territoriales y locales concretas. Esto supone la movilización social mediante el fortalecimiento de redes institucionales y comunitarias a través de las cuales se dinamice la participación corresponsable de todos los actores involucrados.

De tal manera, las acciones de RBC en salud mental requieren la integración de los diferentes sectores (salud, educación, justicia, cultura, recreación, deportes, trabajo, incluyendo el sector empresarial y comercial público y privado), las organizaciones sociales y comunitarias y las personas; generando equidad, igualdad de oportunidades e inclusión social para las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores.

¿Cuál es el propósito de este documento?

El Ministerio de Salud y Protección Social ha emitido Lineamientos Nacionales de RBC en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad; el propósito del presente documento consiste en contextualizar esta estrategia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la Atención Primaria (APS) en Salud Mental, así como brindar los elementos operativos para promover su implementación a nivel nacional, territorial y local. También propone la incorporación de algunas herramientas para la identificación temprana, la atención inicial y el enlace a rutas (Tamizaje, primeros auxilios en salud mental, intervenciones breves, canalización y gestión de caso). Así mismo este documento propone la integración de acciones para la gestión de riesgos asociados a problemas y trastornos mentales, tales como: suicidio, discapacidad por enfermedad mental, conducta desadaptativa y morbilidad/mortalidad asociada al consumo de alcohol.

¿A quiénes va dirigido este documento?

Por tratarse de lineamientos para la implementación de RBC en salud mental los contenidos que se desarrollan en los siguientes capítulos serán de utilidad principalmente para los funcionarios que lideran y ejecutan los programas de salud mental en las entidades territoriales; también pueden ser consultados por los líderes comunitarios y otros actores sociales comprometidos en el desarrollo de estos procesos a nivel local, especialmente las personas con problemas o trastornos mentales, sus familiares y cuidadores.

¿Cómo está estructurado este documento?

Con el propósito de ubicar a los lectores en el campo de la salud mental, el Capítulo I presenta algunas consideraciones en relación con el concepto de salud mental y su situación actual en Colombia y el mundo. Así mismo explica la forma en que se configuran el estigma, la discapacidad psicosocial y sus consecuencias. Se aclara por qué la implementación de la RBC contribuye en la reducción de la brecha entre las necesidades de los usuarios y la prestación de servicios de salud mental. De igual manera se resalta la necesidad de articular las acciones de los diferentes sectores para lograr la rehabilitación integral y la inclusión social a través de la Estrategia RBC en Salud Mental.

En el Capítulo II se contextualiza la RBC en Salud Mental en los sistemas de salud y protección social, destacando la forma en que se articulan para la implementación de la estrategia en los niveles nacional y territorial, así como las fuentes de financiación para implementarla. Se profundiza en la normatividad que contiene de manera específica disposiciones para la implementación y sostenimiento de la RBC en Salud Mental, y se explica el rol de la estrategia como parte de los procesos comunitarios de salud mental desde la Atención Primaria en Salud.

El Capítulo III presenta las recomendaciones sobre el proceso a desarrollar para implementar la Estrategia RBC en Salud Mental desde los diferentes niveles de intervención en los ámbitos nacional, departamental, distrital, municipal y local. Incluye los sectores que deben participar y el rol que deben desempeñar.

En el Capítulo IV se describen las fases o líneas de acción que se pueden desarrollar para iniciar la implementación de la RBC en Salud Mental en el nivel local.

Para complementar todo lo anterior se incluyeron dos anexos:

El anexo 1 incluye algunas herramientas recomendadas por el Ministerio de Salud y Protección Social como parte de los procesos comunitarios de salud mental y que pueden ser útiles en el desarrollo de las actividades de RBC.

El anexo 2 describe el perfil del agente comunitario de RBC en salud mental y las acciones a realizar, previo proceso de formación, en coordinación y con el acompañamiento del equipo de salud del municipio o localidad. Se definen responsabilidades y se dan recomendaciones para el desarrollo de las diferentes acciones de RBC en Salud Mental.

El anexo 3 integra herramientas metodológicas para facilitar los procesos de diagnóstico y planeación participativos, propios de Estrategia de RBC en Salud Mental.

CAPITULO I

SALUD MENTAL, ESTIGMA, DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL Y BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS; LA RBC COMO PARTE DE LA RESPUESTA.

¿Qué es la salud mental?

En Colombia la Ley 1616 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”.

En relación con esta definición es importante tener en cuenta que:

1. La forma como nos comportamos y nos relacionamos con las personas y el entorno en nuestra vida diaria es el resultado de la manera en que transcurren las percepciones, los pensamientos, las emociones, las creencias y demás contenidos en nuestra mente, los cuales se encuentran íntimamente afectados por factores genéticos, congénitos, biológicos y de la historia particular de cada persona y su familia, así como por aspectos culturales y sociales.

2. La salud mental es una construcción social que puede variar de un contexto a otro, dependiendo de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad establecidos en cada grupo social (que puede ser tan extenso como una nación o tan reducido como una familia), lo cual influirá directamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a un determinado grupo. (Minsalud, 2014)

¿Qué son los trastornos mentales?

Mundialmente se aceptan dos clasificaciones de trastornos y problemas mentales (CIE-10 y DSM-V) que orientan a los especialistas en la identificación de cuadros clínicos y definición de diagnósticos.

El diagnóstico de trastorno mental, su tratamiento y pronóstico dependen de la forma como se agrupan determinadas formas de pensamiento, percepciones, sentimientos, comportamientos y relaciones considerados como signos y síntomas, atendiendo a diferentes aspectos tales como:

1. Su duración.
2. Coexistencia (mezcla).
3. Intensidad.
4. Afectación en la funcionalidad de quien los presenta (afecta su desempeño en el trabajo, estudios u otras actividades de la vida diaria y/o su forma de relaciones con otras personas).

¿Cuáles son los trastornos mentales más comunes en el mundo?

Los trastornos mentales más comunes en el mundo son los siguientes: depresión unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, Alzheimer y otras demencias, trastornos por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario (WHO, 2001).

¿Qué son los problemas mentales?

Un problema de salud mental también afecta la forma cómo una persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, pero sus manifestaciones no son suficientes para encuadrarlos dentro de un trastorno específico según los criterios de las clasificaciones internacionales anteriormente mencionadas (CIE-10 y DSM-V); son más comunes, menos severas y menos persistentes en el tiempo. Se trata de síntomas como ansiedad, tristeza, insomnio, cambios en el apetito u otros sentimientos y conductas que pueden

generar malestar y algunos inconvenientes, pero que no provocan un deterioro significativo en la vida social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad cotidiana. Sin embargo con frecuencia son objeto de atención clínica ya que pueden derivar en trastornos mentales. (Minsalud, 2014)

¿Qué son los eventos en salud mental?

Hacen referencia a sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud mental de una comunidad. Incluyen los problemas, trastornos mentales y del comportamiento, así como los desenlaces que pueden derivarse de estos o de hechos vitales como desastres naturales, desplazamiento (Suicidio, discapacidad, comportamiento desadaptativo, violencias) (Minsalud, 2014).

¿Qué tipo de personas pueden presentar un trastorno o problema de salud mental?

Cualquier persona puede presentar un trastorno, problema o evento de salud mental en algún momento de su vida; esto dependerá de la forma como interactúen sus particularidades genéticas, congénitas, biológicas, psicológicas, familiares, sociales y los acontecimientos de su historia de vida.

¿Cuántas personas presentan trastornos mentales en el mundo?

De acuerdo con la OMS cerca de 450 millones de personas sufren trastornos mentales con una prevalencia similar en hombres y mujeres, con excepción de la depresión, que es más común en mujeres, y el abuso de sustancias, que es más común en hombres (WHO, 2001).

¿Cuál es la situación en Colombia?

Según el Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia, en nuestro país 40,1 por ciento (2 de cada 5 personas) de la población colombiana presenta

alguna vez en su vida algún trastorno mental. Según este estudio, alrededor de 8 de cada 20 colombianos encuestados presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida. Los más frecuentemente identificados fueron los trastornos de ansiedad (19,3 por ciento), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (15 por ciento) y los trastornos de uso de sustancias psicoactivas (10,6 por ciento). (MinProtección, 2003)

De acuerdo con los datos del informe de carga de enfermedad en Colombia 2005, los problemas neurosiquiátricos como la depresión mayor unipolar, los trastornos bipolares, la esquizofrenia y la epilepsia son responsables del 21% de la carga global de años saludables perdidos por cada mil personas en Colombia. En el estudio de carga de enfermedad realizado en 2010 por la Universidad Javeriana se destaca la depresión mayor unipolar como responsable del 25% de AVISAS en mujeres y del 11,6% en los hombres.

Las personas con trastornos mentales que no reciben una atención adecuada, presentan recaídas y deterioros que llevan a urgencias y rehospitalizaciones con altos costos para el sistema sanitario en camas hospitalarias, medicamentos y servicios de salud en general. Así mismo se generan costos sociales representados en la pérdida de oportunidades para estudiar, formar familia y aportar al desarrollo económico del País.

¿Los problemas y trastornos mentales se curan?

Los problemas mentales pueden curarse y los trastornos mentales pueden rehabilitarse o controlarse con un tratamiento adecuado; los medicamentos e intervenciones son cada vez más específicos y selectivos. Suelen definirse de manera específica para cada caso, combinando el tratamiento farmacológico con medidas de rehabilitación socio-laboral, psicoterapias y apoyo familiar.

Con la detección temprana y la atención oportuna, se estima que hasta el 80% de las situaciones de salud mental serán resueltas desde los procesos comunitarios y el primer nivel de atención, donde los médicos generales y otros profesionales deben estar entrenados para tal efecto; el 15% requerirá atención por psicología en el segundo nivel, y el 5% requerirá atención especializada por psiquiatría, en la mayoría de los casos de corta duración (MinProtección, 2009).

¿Por qué no todas las personas con trastornos y problemas mentales buscan atención en salud?

Existen diferentes razones relacionadas con el desconocimiento sobre temas de salud mental y los servicios relacionados con su prevención, atención y rehabilitación; sin embargo, investigaciones han demostrado que un gran número de personas con trastornos y problemas mentales, así como sus familias, no acceden a los servicios de salud debido al estigma público y al auto-estigma.

A través de la historia se han construido estereotipos fuertemente arraigados en relación con la peligrosidad, incompetencia y falta de voluntad de

las personas con trastornos mentales. Principalmente por el desconocimiento sobre la forma de identificar los problemas y trastornos mentales de manera oportuna, su tratamiento y pronóstico, así como su manejo en la familia y la comunidad, un gran número de personas generan prejuicios muy comúnmente asociados al temor y/o la rabia, los cuales llevan a la discriminación de las personas con trastorno o problemas mentales y sus familias.

El prejuicio puede llevar a denegar ayuda o a sustituir la atención sanitaria por el sistema de justicia penal. El miedo lleva a un comportamiento de evitación. Por ejemplo: los empleadores no quieren personas con trastornos mentales a su alrededor, así que no las contratan.

Desde la otra cara de la moneda, el autoprejuicio conlleva reacciones emocionales negativas, especialmente autoestima y autoeficacia bajas, que a su vez generan comportamientos tendientes a fracasar en buscar un trabajo o en aprovechar oportunidades para vivir independientemente.

¿Cómo se crea el estigma?

El siguiente cuadro resume los tres componentes clásicos del estigma, según la psicología social.

	ESTIGMA PÚBLICO	AUTO-ESTIGMA
ESTEREOTIPO	Creencias negativas sobre un grupo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).	Creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).
PREJUICIO	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (miedo, rabia).	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza).
DISCRIMINACIÓN	Comportamiento en respuesta al prejuicio (rechazo, negativa a emplear, negativa a ayudar).	Comportamiento en respuesta al prejuicio (falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo, rechazo a buscar ayuda).
Tomado del artículo: <i>La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, vol. XXVIII</i>		

¿A quiénes afecta el estigma?

Las consecuencias negativas del estigma no solo afectan a las personas con problemas y trastornos mentales, sino a quienes los rodean, principalmente sus familias, por las tensiones e incertidumbre que experimentan, por su tendencia a alejarse de su red social y por la necesidad de dejar sus actividades laborales para convertirse en cuidadores, especialmente en periodos de crisis y recaídas.

La relación entre el estigma y la discapacidad mental o psicosocial

¿Qué es la discapacidad mental o psicosocial?

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹, desde un enfoque de Derechos Humanos y vida independiente, reconoce que “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Convención de la ONU, 2006).

Con base en lo anterior, **son necesarias tres condiciones para la presencia de la discapacidad:**

- 1. La deficiencia**
- 2. Las barreras del entorno (incluyen el acceso y la calidad de los servicios)**
- 3. Limitación en la actividad**

¹ Adoptada por la Asamblea General de la ONU el 13 de diciembre de 2006. Aprobada por el Estado Colombiano a través de la Ley 1346 de 2009.

De tal manera, las personas con problemas o trastornos mentales pueden presentar deficiencias en los siguientes ámbitos:

- En el ámbito personal (Cuidado de sí mismo, actividad significativa, lentitud).
- En el ámbito familiar (Dejan de participar y desempeñar sus roles).
- En el ámbito social (dificultades para interactuar con otras personas y mantener las relaciones).
- En el ámbito académico, laboral/ocupacional (bajo rendimiento y el ausentismo, deterioro en las competencias).
- En el ámbito emocional (apatía, inexpresividad, indiferencia, expresiones incoherentes con el contexto).

Sin embargo, con el tratamiento e intervenciones adecuadas (medicamento, psicoterapia, rehabilitación integral, atención psicosocial, gestión de riesgos asociados, psico-educación, acompañamiento y seguimiento, entre otros), estas deficiencias pueden mejorar permitiendo a las personas recuperar su capacidad para cuidar de sí mismo, desempeñar sus roles familiares, interactuar y mantener relaciones significativas, estudiar, trabajar y participar en las actividades de su comunidad.

En este orden de ideas y siguiendo a María Teresa Fernández (revista defensor, 2008), cualquier legislación o política pública que trate sobre las personas con discapacidad mental o psicosocial debe reconocer que el principal obstáculo para el ejercicio de derechos y su plena inclusión social se encuentra en las barreras del entorno y de las actitudes con las que interactúan diariamente. Estas barreras surgen de los límites que las diferentes culturas y sociedades imponen a la conducta y comportamiento humanos, así como por el estigma social y las actitudes discriminatorias. Esto incluye las barreras de acceso a los servicios y la deficiente calidad de los mismos, llevándolos al deterioro de su condición, pérdida de su identidad, aislamiento y abandono.

¿Qué es la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC)?

“Una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la equiparación de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidades” (Posición conjunta de la OIT, UNESCO y OMS, 2004)

“Una estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social que permite satisfacer necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades, apoyar y trabajar con las Organizaciones de Personas con Discapacidad y Grupos de Apoyo, involucrar la participación intersectorial, promover el liderazgo y la participación de los gobiernos locales y aprovechar los sistemas legislativos, jurídicos y sociales del país” (Red de Redes de RBC en Colombia, 2014)

Estas definiciones reflejan el enfoque de desarrollo local inclusivo, desde el cual se entiende la inclusión como participación sin barreras, en igualdad de condiciones. Por lo tanto una comunidad inclusiva es aquella en la que todos sus habitantes pueden disfrutar de su vida social, familiar, recreativa, cultural, deportiva, política, económica, religiosa, entre otras, y acceder a los diferentes programas y servicios de cada sector presente en la comunidad, incluyendo fuentes de empleo y generación de ingresos (CNREE, Costa Rica 2011).

Se trata de transformar las condiciones que puedan estar impidiendo la inclusión de las personas con discapacidad en la vida comunitaria y en las actividades, programas y servicios de los diferentes sectores. Estas transformaciones hacia entornos más inclusivos favorecen el desarrollo humano y la calidad de vida de toda la comunidad.

¿Por qué la RBC contribuye a reducir la brecha entre las necesidades de las personas con problemas o trastornos mentales y la prestación de servicios de salud mental?

Para superar lo expresado en párrafos anteriores, es necesaria la retroalimentación permanente entre los procesos comunitarios y los servicios de salud (característica de la RBC), para realizar análisis de oferta y demanda más confiables que conlleven a la habilitación y/o reestructuración de los servicios que respondan de manera oportuna y eficiente a las necesidades de la comunidad. Lo anterior reduce las barreras de acceso y aumenta la frecuencia de uso reduciendo la brecha entre la prevalencia de trastornos mentales y el número de usuarios que recibe atención y rehabilitación a través de servicios más inclusivos.

De igual manera la RBC en Salud Mental favorece el rol de la familia y la comunidad en los procesos de prevención, atención, rehabilitación y gestión de los riesgos en salud mental, también permite optimizar la detección temprana y la atención oportuna de los casos reduciendo costos para las familias, las comunidades y el sistema de salud.

Es necesaria la coordinación con los diferentes sectores

La rehabilitación integral y la inclusión social de las personas con problemas o trastornos mentales y sus familias no depende solo de la oportunidad y la calidad de la atención en salud; es indispensable que los diferentes sectores (educación, cultura, deporte, recreación, justicia, trabajo, comunicaciones y la comunidad en general) transformen sus estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias en relación con la salud mental, haciendo los ajustes razonables que permitan el acceso de todas las personas a sus programas y servicios.

Para el logro de lo anterior, la Estrategia RBC en Salud Mental promueve

la coordinación intersectorial, mediante la integración de saberes y experiencias de los diferentes actores involucrados corresponsablemente en la planeación, realización y evaluación de acciones integrales que favorezcan el mejoramiento de las condiciones de vida, la inclusión social y el ejercicio de la ciudadanía de las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores, en busca de un efecto sinérgico en el desarrollo social.

BORRADOR

CAPITULO II

LA RBC EN SALUD MENTAL EN LOS SISTEMAS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

A. LA ESTRATEGIA RBC EN SALUD MENTAL EN EL MARCO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

Un Sistema de Salud Basado en APS

La Ley 1438 de 2011 ordenó fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante la adopción de una estrategia de atención primaria en salud (APS) constituida por tres componentes integrados e interdependientes: Los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana.

Específicamente en Salud Mental la misma ley ordena que “las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del Plan de Beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental”.

En este orden de ideas **la Ley 1616 de enero 21 de 2013 (“Ley de Salud Mental”)** tiene por objeto “garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el

artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de Vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud”. Esta Ley retoma lo consignado en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, la Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud, e incluye de manera específica para el país los derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental.

La RBC en el Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021)

“El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU O. d., 2000); así mismo, plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud” (PDSP 2012 – 2014)

Con el propósito de reducir la inequidad en salud este Plan asume un abordaje de enfoques múltiples: salud como derecho, determinantes sociales de la salud, enfoque diferencial y enfoque poblacional. Así mismo contempla tres líneas operativas: Promoción de la Salud, Gestión del Riesgo en Salud y Gestión de la Salud Pública. Además se organiza en dimensiones prioritarias y transversales entendidas como elementos técnicos y políticos ordenadores del abordaje y de la actuación, con visión positiva de la salud, en las cuales se vinculan la acción sectorial, comunitaria y transectorial.²

² Dimensiones Prioritarias: Salud ambiental, Vida saludable y condiciones no transmisibles, Convivencia social y Salud mental, Seguridad alimentaria y nutricional, Derechos y sexualidad, Vida saludable libre de enfermedades transmisibles, Salud pública en emergencias y desastres.

En el Plan Decenal de Salud Pública se contempla la implementación y desarrollo de la RBC desde la Dimensión Prioritaria “Convivencia Social y Salud Mental” y desde la Dimensión Transversal “Atención Integral en Salud para las Personas con Discapacidad bajo el Enfoque Diferencial.

En este marco el PDSP define la RBC como un “proceso de desarrollo local inclusivo de carácter intersectorial que aporta en la atención integral en salud para las personas con discapacidad bajo el enfoque diferencial y para la prevención, atención y mitigación de los problemas, trastornos y eventos vinculados a la salud mental”

Implementación y sostenibilidad de la RBC en el marco del SGSSS

Además del PDSP el Estado colombiano ha demostrado su interés en garantizar la implementación y sostenibilidad de la RBC en el marco del SGSSS, inicialmente con la Ley 1616 de 2013 en virtud de la cual se pretende incluir esta estrategia dentro de las modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental, junto con modalidades tales como: atención ambulatoria, domiciliaria o prehospitalaria, y/o con servicios como: urgencias en psiquiatría, unidades de salud mental, entre otros. Vale la pena mencionar que la **Ley Estatutaria 1618 de 2013**, ordena de manera explícita la implementación de la Estrategia RBC para la inclusión de las personas con discapacidad.

Dimensiones Transversales: “Atención Integral en Salud para las Personas con Discapacidad bajo el Enfoque Diferencial, Gestión Diferencial de poblaciones Vulnerables, otras.

Posteriormente la **Resolución 518 de 2015** incluye la **RBC** como una de las intervenciones a ejecutar a través del **Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC)**, y complementa la definición que le había dado el Plan Decenal de Salud Pública al considerarla de la siguiente manera:

“Una estrategia intersectorial de inclusión social y desarrollo comunitario que permite la generación de oportunidades para la población que presenta una condición de discapacidad, problemas o trastornos mentales y/o afectaciones psicosociales, sus familias y cuidadores”.

Incluye los siguientes procesos:

- 1. Desarrollo de capacidades** en actores institucionales y comunitarios para la implementación y desarrollo de los componentes y actividades de la RBC en salud mental.
- 2. Búsqueda activa:** Identificación de personas con discapacidad, problemas o trastornos mentales; así como afectaciones psicosociales, por parte de los equipos extramurales. Incluye el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad.
- 3. Información en salud:** con enfoque diferencial.
- 4. Canalización:** Incluye las acciones para gestionar el acceso efectivo de las personas con discapacidad, población con problemas o trastornos mentales o con afectaciones psicosociales a los servicios

sociales y de salud; así como la gestión del caso para la garantía y restablecimiento del derecho a la prestación de servicios de salud; y el seguimiento a personas canalizadas hacia los servicios socio sanitarios.

5. Visita domiciliaria dirigida a:

- Geo-referenciar la población con discapacidad, poblaciones en contexto de vulnerabilidad, problemas o trastornos mentales o con afectaciones psicosociales.
- Orientar a los cuidadores sobre los planes de intervención familiar y comunitaria.
- Adelantar el seguimiento a las respectivas canalizaciones.
- Acompañar a las familias y comunidades de referencia.
- **Intervenciones breves:** Técnica de intervención que pretende modificar conductas en relación con los riesgos y las afectaciones psicosociales y en salud mental.

La Resolución 518 de 2015 también incluye dentro del PIC otras intervenciones que se desarrollan en el marco de la RBC en Salud Mental, tales como:

1. Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias:

Promoción y apoyo a la organización de redes, grupos de apoyo mutuo y asociaciones de personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores, así como procesos de movilización para la reducción del estigma, entre otros.

2. Educación y comunicación para la salud:

Construcción de conocimiento mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de las personas, las familias, las

comunidades, las organizaciones y las redes para transformar positivamente los diferentes entornos, haciéndolos más accesibles.

Además la resolución 518 de 2015 incluye acciones como la aplicación de **tamizajes en salud mental** que pueden ser utilizados por los equipos de salud y agentes de RBC, previo proceso de formación, para complementar las actividades de búsqueda activa e identificación temprana con las familias, cuidadores y comunidad de referencia de las personas con problemas o trastornos mentales.

De otra parte, la Resolución 518 de 2015 dentro de los **Procesos de Gestión de la Salud Pública**, como responsabilidad directa de la entidad territorial, incluye varios que son indispensables para la implementación y desarrollo de la RBC en Salud Mental; a continuación se explica de qué manera:

1. **Planeación integral en salud:** La estrategia RBC en Salud Mental integra un proceso de diagnóstico y planeación participativa que debe articularse con el ASIS a profundidad y reflejarse en la definición de las estrategias priorizadas en los Planes Territoriales de Salud.
2. **Gestión administrativa y financiera:** Para ejecutar de manera óptima los recursos y las acciones necesarias para el direccionamiento, coordinación, ejecución, monitoreo y evaluación de la RBC en Salud Mental.
3. **Desarrollo de capacidades:** Procesos de formación y asistencia técnica a los equipos de salud (De las Entidades Territoriales y Empresas Sociales del Estado municipales) para implementar las acciones de la estrategia a través de los planes de beneficios (POS y PSPIC). Supone la

formación en mhGAP³, en las herramientas propias de RBC en Salud Mental, la orientación para habilitar servicios en el primer nivel de atención y la forma de facturación de los mismos.

4. **Gestión del talento humano:** Para garantizar la disponibilidad, suficiencia y pertinencia del talento humano que ha desarrollado las capacidades necesarias para la implementación de la RBC en Salud Mental.
5. **Coordinación Intra e inter sectorial:** La RBC en Salud Mental implica la corresponsabilidad entre los actores del SGSSS, incluyendo las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores. Pero la rehabilitación integral y la inclusión sólo se logran articulando con los demás sectores.
6. **Participación social y comunitaria en salud:** Piedra angular de la estrategia para garantizar que todas las intervenciones en salud mental estén orientadas a la inclusión social de las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores. En un título más adelante se amplía este tema.
7. **Gestión del aseguramiento:** Supone garantizar que todas las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores estén afiliados al SGSSS para que puedan acceder a todos los servicios de salud.

³ Para fortalecer el primer nivel de atención de la manera descrita el Ministerio de Salud y Protección Social está implementando la Estrategia mhGAP, promovida por OMS/OPS para reducir las brechas de atención desde los niveles de baja complejidad, a través de la formación en salud mental de los profesionales de la salud no especializados

8. **Gestión de la prestación de los servicios individuales:** Para garantizar la atención integral e integrada en salud mental a través de todos los niveles de atención. Es decir la gestión de cada uno de los casos de salud mental. Incluye las actividades de vigilancia, seguimiento y control a las EPS y las relacionadas con la inscripción y estándares de habilitación de servicios de salud mental por parte de las IPS en cada territorio.
9. **Gestión de las Intervenciones colectivas:** En este caso hace referencia a todas las actividades que debe realizar la entidad territorial para garantizar la implementación y desarrollo de las intervenciones colectivas propias de la Estrategia RBC en salud mental. Incluye el seguimiento y la supervisión a la contratación de las acciones con la ESE municipal o la IPS seleccionada para su ejecución.
10. **Gestión del conocimiento:** Incluye desde el registro y sistematización del proceso de implementación de la Estrategia de RBC en salud mental, la vinculación de la información generada con el observatorio nacional de salud y otros del nivel territorial.

Algunas actividades de Gestión de la Salud Pública tales como: Coordinación intra e intersectorial, desarrollo de capacidades, gestión del conocimiento, podrán contratarse con el mismo prestador de servicios con el que se contraten las intervenciones colectivas.

La participación social y comunitaria como el eje articulador de la RBC en salud mental

A través de la RBC en Salud Mental promueve la participación efectiva y vinculante de las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores, así como las organizaciones que las representan, junto con sus comunidades de referencia y otros sectores sociales involucrados en la identificación de necesidades (individuales y comunes), en la toma de decisiones y en la puesta en marcha de acciones orientadas a la inclusión social. Esto incluye su participación en la formulación, implementación evaluación y ajuste de políticas, planes, modelos, guías, protocolos y demás en el ámbito de la salud mental.

En estos procesos es necesario partir de las representaciones sociales de las comunidades (y de las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores, como parte de ellas) para entender lo que saben, lo que creen y la forma en que actúan frente a sus propios procesos de salud y enfermedad mental. De igual manera, a través de sus imaginarios sociales será posible acompañar los cursos de acción que decidan tomar, reconociendo su capacidad de gestar sus propios procesos y considerándolos como principales actores de las transformaciones de sus vidas y sus entornos para el mejoramiento de su salud y calidad de vida.

En este orden de ideas, los profesionales responsables de la implementación de la Estrategia RBC en Salud Mental deben actuar como facilitadores de los procesos que la comunidad decida desarrollar y acompañarlos, respetando sus tiempos, dinámicas y formas de organización propias.



Consejo Nacional y Departamentales de Salud Mental

En ejecución de la Ley 1616 de 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social creará y presidirá el **Consejo Nacional de Salud Mental** como instancia consultiva responsable de hacer el seguimiento y evaluación a la ejecución de las políticas, normas y planes nacionales en los temas relacionados con la prevención y atención integral en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.

El Consejo Nacional de Salud Mental debe integrar representantes de las siguientes instancias y colectivos:

- Defensoría del Pueblo
- Dirección de Salud Pública (Secretaría Técnica)
- Colegios, consejos o asociaciones profesionales
- Prestadores de servicios de salud
- Asociaciones de pacientes, familias y cuidadores
- Asociaciones de facultades de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales
- Organizaciones sociales y comunitarias.

En cada uno de los departamentos del país se conformará el **Consejo Departamental de Salud Mental**, liderado por la Secretaría Departamental de Salud quien será la encargada de conformar y convocar dicho Consejo, el cual estará integrado por los respectivos secretarios de salud o quien haga sus veces en los municipios que integran el departamento y por los representantes de las asociaciones competentes que existan en el Departamento.

Estos consejos deberán coordinar con las instancias pares del Sistema Nacional de Discapacidad y con la Red de Redes de RBC, en los lugares donde estén operando, para armonizar acciones y fortalecer la implementación de la estrategia en el ámbito de la salud mental.

La RBC en el Modelo de Salud Mental desde la APS

El modelo de atención primaria para el componente de salud mental, propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social desde 2011, integra la prestación de los servicios de salud mental con procesos de desarrollo comunitario, participación e inclusión social, como la RBC, en el marco del SGSSS.

El modelo integra procesos institucionales y comunitarios que interactúan y se retroalimentan de manera permanente y complementaria a través de los planes de beneficios en salud.

Los procesos institucionales integran todos los procedimientos y servicios en salud mental del Plan Obligatorio de Salud (POS).

Los procesos comunitarios se desarrollan a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) e incluyen los siguientes:

- Detección temprana (principalmente a través de tamizajes)
- Canalización de casos y acompañamiento.
- Intervenciones iniciales (primeros auxilios emocionales e intervenciones breves).
- Información, educación y comunicación en salud mental (Incluye la formación de pares/agentes comunitarios, y aporta al fortalecimiento de familias y comunidad).
- Conformación y acompañamiento a grupos de apoyo mutuo
- Identificación, dinamización y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales (Incluye movilización social y agenciamiento de la salud mental en temas como: derechos, inclusión social, capacidad jurídica, reconocimiento de la diversidad, reducción del estigma y desarrollo de capacidades, entre otros).
- **Estrategia RBC:** Recoge las intervenciones anteriores e incluye actividades de acompañamiento y fortalecimiento a las familias, cuidadores y comunidades de referencia que aportan a la gestión de riesgos asociados a problemas y trastornos mentales⁴ y promueven los procesos de inclusión social (Estas intervenciones y actividades se amplían más adelante y en el anexo 2).

⁴ Riesgo de desenlaces no deseados tales como: Suicidio, discapacidad (relacionada con AVISAS y Psicosocial), conducta desadaptativa, violencias, morbimortalidad asociada al consumo problemático de alcohol.

¿Cuál es la ruta de atención desde este modelo?

Las acciones de detección temprana y demanda inducida que se desarrollan en los diferentes entornos (Familiar, educativo, comunitario, laboral, entre otros.) constituyen la puerta de entrada al sistema; es así como los resultados del tamizaje, la identificación de una crisis o de una “urgencia psiquiátrica” determinarán la ruta de canalización hacia intervenciones comunitarias iniciales (como primeros auxilios emocionales) o hacia los servicios institucionales. **Desde las actividades de los grupos de ayuda mutua y otras propias de la RBC⁵ también se generan canalizaciones hacia los servicios de salud, y viceversa.** Es por esto que se debe destacar la importancia de que haya un enlace efectivo a rutas de atención y oportuna canalización, así como fortalecer la oferta de servicios de salud mental desde los primeros niveles de atención⁶.

Una vez el usuario es atendido a través de los diferentes niveles, según su necesidad, regresa a su familia y comunidad, estable y con un plan de tratamiento, cuya adherencia y seguimiento serán promovidos y acompañados a través de procesos de RBC en salud mental, disminuyendo los riesgos asociados a la presentación de nuevos episodios y la frecuencia de los mismos.

Es importante hacer seguimiento a los procesos de hospitalización y egreso para conocer la fecha y condiciones del alta y preparar a la familia o red de apoyo para recibir a la persona de vuelta en casa. Si la persona que fue

⁵ Como las mencionadas en la Resolución No. 518 de 2015, incluyendo diferentes tipos de redes y organización social.

⁶ Para fortalecer el primer nivel de atención de la manera descrita el Ministerio de Salud y Protección Social está implementando la Estrategia mhGAP, promovida por OMS/OPS para reducir las brechas de atención desde los niveles de baja complejidad, a través de la formación en salud mental de los profesionales de la salud no especializados.

hospitalizada se encontraba viviendo sola, es necesario hacer las gestiones pertinentes para que cuando vuelva cuente con la red de apoyo que garantice su cuidado y apoye su recuperación; esto implica la búsqueda, sensibilización y formación de familiares, reorganización de la red de agentes de RBC en Salud Mental, familias y cuidadores del sector, incluyendo la consecución de un cupo en un hogar de protección transitorio.

Retroalimentación permanente con los servicios de salud

Este aporte de la RBC se potencializa gracias a la permanente retroalimentación con los servicios de salud desde el primer nivel, de la siguiente manera:

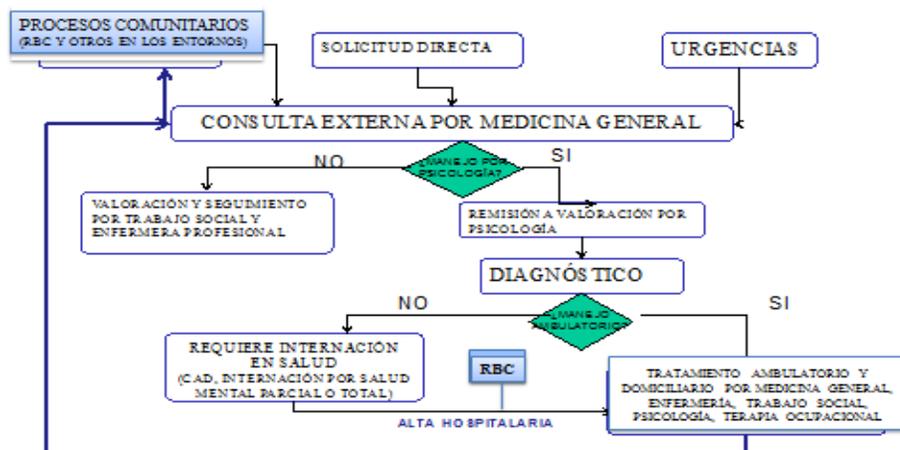
- **En primera instancia:** Con los equipos de salud extramurales (principalmente a través de los gestores de salud⁷ y agentes comunitarios).
- **En segunda instancia:** Con los médicos generales y otros profesionales del primer nivel de atención (actividades intramurales).
- **Con acompañamiento en los procesos de referencia y contra-referencia** por todos los niveles y servicios, para los casos que así lo requieran. Incluyendo las actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental.

⁷ En el modelo de atención en salud para poblaciones dispersas

Articulación con los demás sectores

Como se ha mencionado anteriormente, la estrategia busca movilizar recursos (económicos, tecnológicos, talento humano y otros) de diferentes sectores para promover el desarrollo inclusivo de las comunidades. Para ello es necesario tener un mapeo o levantamiento de la oferta institucional con rutas claras de atención e información fluida con los espacios comunitarios e institucionales a fin de que las necesidades de las personas con problemas y trastornos mentales puedan atenderse de manera efectiva e integral a través de los diferentes servicios.

Así la RBC aporta para potenciar los recursos e integrar los servicios desde lo local, realizando la gestión de las diferentes situaciones y los casos de salud mental, dinamizando las redes socio-institucionales e interactuando de manera directa con las redes de prestación de servicios. El siguiente diagrama ilustra la ruta de atención primaria en el componente de salud mental (MinProtección, 2011).



B. EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La Asistencia Social es un mecanismo del Sistema de Protección Social, por medio del cual el Estado busca, por un lado, proteger a los más vulnerables (niños, adultos mayores, personas con discapacidad, grupos étnicos, entre otros) y ofrecerles las condiciones necesarias para un adecuado nivel de consumo de bienes y servicios; y, por otro lado, enfrentar la pobreza, mediante un crecimiento sostenible y equitativo de la sociedad en su conjunto.

Desde este marco se definió la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social y se estructuró el Sistema Nacional de Discapacidad. El rector de este sistema es el Ministerio de Salud y Protección Social, y cuenta con el Consejo Nacional de Discapacidad a través del cual se integran todos los Ministerios y la sociedad civil organizada. A través de los Comités Departamentales, Distritales, Municipales y Locales de Discapacidad, se favorece la coordinación intersectorial y los procesos de gestión para desarrollar planes de acción según las competencias de cada nivel.

La relación entre los dos sistemas para la implementación de la RBC en Salud Mental

Desde el nivel nacional

Siendo el Ministerio de Salud y Protección Social, el ente rector de ambos sistemas, la Dirección de Promoción y Prevención junto con la Oficina de Promoción Social, armonizan los aspectos comunes que atañen a la estrategia de RBC desde las políticas, lineamientos, planes y programas existentes en relación con los temas de salud mental y discapacidad. El Ministerio debe convocar a los actores del Sistema Nacional de Discapacidad y del SGSSS para

garantizar la colaboración multisectorial necesaria para la implementación eficaz de la estrategia de RBC en Salud Mental desde la nación. Definir el alcance y las responsabilidades de cada sistema, sus mecanismos de interacción y la destinación de sus recursos para tal fin, emitiendo lineamientos claros que orienten y regulen la interacción de ambos sistemas a nivel territorial, municipal y local. En este proceso se debe vincular a la Red de Redes de RBC.

Desde el nivel territorial

Las entidades territoriales son responsables de implementar la RBC, como parte integral de sus programas de salud mental y discapacidad (desde los planes de salud territoriales) motivo por el cual, sus referentes deben trabajar coordinadamente y con los nodos territoriales de la Red de Redes de RBC, dónde se encuentren operando, potencializando las actividades de coordinación intersectorial y los recursos que desde cada programa se destinen a la implementación de la estrategia.

Fuentes de financiación para la RBC en Salud Mental

Como se mencionó anteriormente, gracias a la Resolución 518 de 2015, actualmente se cuenta con los recursos del PIC para la implementación de la RBC; también se cuenta con recursos del presupuesto de gastos de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social con destinación específica para apoyar los planes territoriales de atención a la población con discapacidad, dónde se menciona explícitamente la implementación de la Estrategia RBC. Los recursos de regalías y otros propios de los territorios pueden utilizarse para complementar lo anterior.

De tal manera se implementará la estrategia desde los programas de salud mental a cargo de las direcciones territoriales de salud y se podrá coordinar con los comités departamentales, municipales y locales de discapacidad, trabajando de manera articulada con los representantes de las personas con discapacidad mental y cognitiva.

BORRADOR

CAPITULO III

CÓMO OPERAR LA RBC EN SALUD MENTAL EN LOS NIVELES NACIONAL, TERRITORIAL Y LOCAL

Partiendo de la importancia de la implementación de la estrategia RBC en Salud Mental desde los diversos niveles de intervención en los ámbitos nacional, departamental, municipal y local se presentan unas ideas para la agenda de implementación, que pueden variar de acuerdo a los contextos en los cuales se desarrolle la estrategia. Es necesario recordar que la RBC como proceso social y comunitario en salud mental se debe acompañar de acciones que involucren procesos como la movilización y el agenciamiento de la salud mental, a través del fortalecimiento de las redes socio-institucionales y comunitarias.

Acciones desde el Nivel Nacional

Se debe partir de la armonización entre los aspectos comunes que atañen a la estrategia de RBC desde las políticas, lineamientos, planes y programas existentes en relación con los temas de salud mental y discapacidad.

El Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector, debe fomentar la colaboración multisectorial necesaria para la implementación eficaz de la estrategia de RBC en salud mental, lo cual es de gran importancia para llevarla al nivel territorial de manera integrada y apoyar las iniciativas comunitarias, política, científica, técnica y financieramente en el marco del SGSSS y del sistema de protección social (desde la promoción social).

Como punto de partida para la concertación multisectorial a nivel nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, cuenta con los actores del SGSSS (aseguradores, prestadores, usuarios) y con los actores del Sistema Nacional de Discapacidad (integra a la sociedad civil organizada y a todos los sectores del Estado, los cuales convocan a sus instituciones adscritas y asociadas). En una segunda instancia, es importante vincular a las diferentes asociaciones relacionadas con el tema (profesional, científico, académico, de usuarios y familiar) así como a la empresa privada desde el sector productivo. Un espacio que va a apoyar estas iniciativas es el Consejo Nacional de Salud Mental, en proceso de reglamentación, que debe integrar a los actores del sistema con los demás sectores involucrados a través de sus mesas de trabajo y planes de acción conjuntos.

Dentro de las acciones de coordinación nacional se incluyen las siguientes:

1. Definición y armonización de las políticas nacionales.
2. Definición de una estructura de gestión sectorial e interinstitucional y financiera.
3. Provisión de lineamientos técnicos y herramientas para el abordaje comunitario.
4. Promoción o apoyo a encuentros nacionales sobre RBC y salud mental.
5. Asistencia técnica a las regiones para el desarrollo de RBC.
6. Articular y complementar las acciones desde las competencias propias de los planes de beneficios: Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y Plan Obligatorio de Salud (POS).

Acciones desde el Nivel Departamental y Distrital

Las entidades territoriales del orden departamental, distrital son las responsables de la administración de la estrategia, en este caso, como parte integral de sus programas de salud mental y promoción social, respondiendo por la formación de su talento humano, el acceso a los servicios, la articulación intersectorial en lo territorial y la asignación y movilización de los recursos. Los departamentos y distritos deben definir la estrategia de implementación de acuerdo a las características y realidades territoriales.

Es pertinente definir un responsable institucional y un profesional gestor/coordinador de la estrategia (se sugiere trabajar en equipo con los referentes de salud mental y de promoción social), que coordine con los representantes de las personas con discapacidad mental o psicosocial y/o cognitiva del Comité Departamental de Discapacidad (las direcciones de salud hacen parte de estos comités) y con los nodos territoriales de la Red de Redes de RBC.

Funciones generales del profesional gestor/coordinador de la estrategia:

- Gestionar y monitorear la Implementación de la estrategia RBC en salud mental en el departamento o distrito
- Apoyar la formación de los actores institucionales y de los agentes comunitarios
- Apoyar los procesos de gestión de la salud pública para favorecer la implementación de la estrategia en los municipios.
- Gestionar la vinculación de diversos comités y redes regionales y

nacionales que puedan aportar a la estrategia.

- Servir de enlace entre las comunidades, otros sectores y recursos del nivel distrital, departamental y nacional.

Las actividades de RBC deben orientarse al logro de lo siguiente:

- Identificar la situación de salud mental (incluyendo la discapacidad psicosocial), así como los recursos territoriales y locales. A través del ASIS en Salud Mental, si existe en el territorio, o realizando un análisis participativo para tal fin.
- Disminuir el impacto emocional y económico que la discapacidad psicosocial produce en el individuo, la familia y la comunidad.
- Desarrollar los servicios de atención y rehabilitación apropiados
- Propiciar que las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores logren un desarrollo humano integral
- Asegurar que las personas con problemas o trastornos mentales tengan el acceso regular a los servicios y a la integración escolar, laboral y ocupacional (equiparación de oportunidades)
- Motivar la participación y la organización de la comunidad, incluyendo a todos los actores involucrados
- Incrementar el nivel de conocimiento sobre la salud mental, sus problemas y trastornos, el estigma, la discapacidad psicosocial y la rehabilitación con un enfoque más integral. (Salinas Duran, Fabio y otros 2008).

- Mantenimiento y optimización de la calidad de vida de las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores.

Acciones desde el Nivel Municipal y Local

El nivel municipal es el responsable de concretar las acciones de RBC; es aquí donde deja de ser un discurso y toma forma en la vida de las personas. El profesional designado como gestor/coordinador de la estrategia, con el apoyo de su par departamental, debe gestionar la implementación y desarrollo de la RBC en salud mental con su líder de política social (comité de política social – COMPOS) u otra instancia intersectorial que tenga operatividad y competencia en el tema (como las redes municipales de salud mental, los comités municipales y locales de discapacidad), para que desde allí se definan las acciones a seguir, se identifiquen los actores a involucrar y se asignen recursos permitiendo que esta estrategia sea adaptada a las particularidades locales.

Siendo la RBC una estrategia que promueve el desarrollo inclusivo y la equiparación de oportunidades para todas las personas, incluyendo a quienes presentan discapacidad psicosocial, es necesario que se involucre directamente a los siguientes actores:

- Las personas con diversos trastornos, problemas mentales y otras condiciones en salud mental
- La familia: madres, padres, hermanos, tíos y todo tipo de redes y grupos de apoyo.
- Los líderes de la comunidad y la comunidad en general
- Las organizaciones comunitarias, religiosas, etc.
- Alcaldía Municipal con sus Secretarías.

- La empresa privada.
- Los Comités Municipales y Locales de Discapacidad integran a todas estas instancias.

Teniendo en cuenta que se trata de abordar la salud mental a través de la RBC como una estrategia desde la Atención Primaria en Salud donde la actuación sea desde la transectorialidad y con el establecimiento de alianzas estratégicas que permitan a los diversos sectores establecer una agenda conjunta para el logro de propósitos comunes, sin perder la autonomía ni diluir iniciativas propias. A continuación se incluyen algunas acciones para facilitar este proceso:

- Incluir la RBC en el Plan de Desarrollo Municipal a fin de que sea un mandato para todos los sectores y guíe las acciones de éstos como un hilo conductor de la política municipal.
- Gestionar la estrategia desde una instancia intersectorial de alto nivel en la toma de decisiones, o en cabeza del mismo alcalde municipal, para que todos los actores involucrados sean convocados y asuman su corresponsabilidad.
- En términos simbólicos es recomendable hacer un lanzamiento de la estrategia para dar relevancia al tema con un mensaje claro de su inclusión en la agenda política del territorio.

Rol de los diversos sectores (Adaptado de las guías para la implementación de RBC en español – OMS 2012)

Sector Social: Incluye entidades de deportes, cultura, recreación y bienestar social integral (sector de la protección). Estos sectores pueden desarrollar programas en el marco de sus competencias que incluyan a personas con discapacidad psicosocial desde un enfoque de derechos y con programaciones y contenidos que comprendan ajustes razonables para la población (tener en cuenta las necesidades particulares de los grupos y adecuar sus programas a ellos).

Sector Salud: es responsabilidad del sistema de salud prestar asistencia médica y servicios de rehabilitación incluidas las ayudas técnicas que en materia de discapacidad psicosocial son más complejas de diferenciar (psicoterapia, grupos de apoyo, psicoeducación, medicamentos). Para el logro de la rehabilitación integral debe facilitar el acceso a las actividades de promoción y prevención en salud mental vinculando las acciones que se realizan desde las instituciones de salud con las que se desarrollan desde los diferentes entornos donde las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores se desenvuelven cotidianamente (Entornos: familiar, comunitario, laboral, educativo, otros) en el marco de la APS.

El desarrollo de capacidades para la RBC a nivel local, incluyendo la movilización de recursos, sirve para garantizar que los servicios, intervenciones, procedimientos y acciones implementadas sean de carácter permanente y no obedezcan a una estrategia temporal. Por esto deben responder a la realidad local y definirse a través de procesos participativos. Es importante dentro de las acciones de promoción de la salud mental y prevención, dar énfasis a la atención en curso de vida en particular las intervenciones en la primera infancia.

Sector Educativo: El sector educativo puede contribuir considerablemente a la RBC si promueve que las entidades del sector sean más integradoras y de carácter inclusivo. Esto supone, por ejemplo, adaptar el contenido del programa docente y los métodos de enseñanza para que cubran las necesidades de todos los niños y niñas, en lugar de esperar que sean ellos los que se adapten a un programa rígido.

Igualmente comprende permitir procesos de apoyo a personas que acuden a aulas regulares con acompañantes dentro del aula, el entrenamiento de maestros en métodos de aulas inclusivas, así como para participar en las acciones de detección temprana y gestión del riesgo en salud mental con los estudiantes y sus familias.

Lo anterior aplica para los programas de educación para el trabajo y el desarrollo humano y los de educación continua.

Sector Productivo: Un trabajo productivo y bien remunerado es esencial para la integración social y económica de las mujeres y los hombres con discapacidad psicosocial y/o con trastornos y otras condiciones en salud mental. Una actividad remunerada proporciona al individuo ingresos, autoestima, sentimiento de pertenencia y la oportunidad de contribuir ampliamente con la comunidad.

Dentro de estas iniciativas se puede apoyar la formación para el trabajo (incluyendo la adquisición de conocimientos relevantes, habilidades, aptitudes y destrezas), la constitución de cooperativas y facilitar el acceso a microcréditos; así como el estímulo de acciones de responsabilidad social empresarial con exención de impuestos o tarifas diferenciales a quienes impulsen el empleo en estos sectores.

ONG's: Las ONG's locales, nacionales e internacionales pueden contribuir significativamente a la puesta en marcha de Programas RBC, desde la ampliación progresiva del programa y la formación a los distintos sectores así como promover la colaboración con organizaciones de personas con problemas o trastornos mentales, familias y cuidadores e integrarlas cada vez más a la abogacía, al trabajo de prestación de servicios y de desarrollo de capacidades.

Medios de Comunicación: La prensa, la radio, la televisión e Internet pueden informar a la población sobre cuestiones relacionadas con los temas de RBC y salud mental y presentar una imagen positiva de las personas con discapacidad en la escuela, el trabajo o en entornos sociales. Su accionar es clave en mensajes tendiente a reducir el estigma y la discriminación. Desde lo local, la prensa las emisoras y canales comunitarios son la mejor opción.

Es recomendable propiciar la interacción de las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores, con periodistas, estudiantes de comunicación, comunicadores comunitarios y editores de medios, mediante procesos de construcción conjunta en relación con la forma de dar un cubrimiento respetuoso y positivo a los temas de salud mental, promover un lenguaje incluyente y que transforme los imaginarios sobre los trastornos y problemas mentales, fomentando actitudes y comportamientos positivos al respecto.

Sector Justicia: Este sector aporta de manera importante en temas como capacidad jurídica, asesoría legal y defensa de los derechos humanos que cotidianamente son vulnerados en estos grupos de población.

La OMS propone organizar las acciones articuladas de los diferentes sectores en una matriz con 5 componentes a través de los cuales se pueden planear y medir sus resultados en diferentes aspectos de la siguiente manera:

Matriz Rehabilitación Basada en Comunidad OMS

SALUD	EDUCACIÓN	SUSTENTO	SOCIAL	EMPODERAMIENTO
Promoción	Infancia temprana	Desarrollo de destrezas	Relaciones: matrimonio, familia y comunidad	Comunicación
Prevención	Primaria	Empleo propio	Asistencia Personal	Movilización social
Atención médica	Secundaria y superior	Servicios financieros	Cultura y artes	Participación política
Rehabilitación	No formal	Empleo asalariado	Recreación y deportes	Grupos de autoayuda
Dispositivos asistencia	Aprendizaje toda la vida	Protección social	Acceso a justicia	Organizaciones de PCD

Salud y empoderamiento son competencia del sector salud, mediante procesos de concertación intersectorial se promueve el desarrollo de los demás.

CAPÍTULO IV

PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE RBC EN SALUD MENTAL



Para iniciar la implementación de la RBC en Salud Mental en el nivel local, se recomienda un proceso que puede variar en los territorios de acuerdo a las realidades y contextos culturales locales, así como a los recursos con los que se cuenta en cada región. Ello implica que en la implementación se deba tener un conocimiento claro de qué se tiene y cómo se puede dar inicio a las acciones en el marco de la estrategia.

Estas fases son unas líneas generales que se pueden desarrollar, que no implican una secuencia rígida, toda vez que puede avanzarse de manera paralela en diferentes procesos a la vez y volverlos a desarrollar de manera cíclica para evaluar, retroalimentar y ajustar lo que sea necesario.

1. Sensibilización y agenciamiento del tema con los diferentes sectores y la comunidad (Gestión de recursos y concertación)

Parte del éxito de estrategias como RBC, donde se deben comprometer esfuerzos e iniciativas de diversos sectores, es iniciar un proceso de sensibilización y agenciamiento del tema que permita posicionar la iniciativa en la agenda pública local. En este proceso se deben **realizar acciones de divulgación (foros, conferencias, conversatorios, etc.) con diferentes actores institucionales y comunitarios donde se destaque la importancia y beneficio mutuo de su participación, desde sus competencias**, en los procesos de prevención, atención, rehabilitación, gestión de riesgos e inclusión de las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores.

Un reto importante en esta fase es el compromiso de los decisores de la política pública local como corporaciones públicas y mandatarios locales, con el fin de incluir estas iniciativas en los planes de desarrollo y que éstas decisiones se vean reflejadas en la destinación de presupuestos municipales y departamentales.

Igualmente concluir esta fase con la conformación de un comité que impulse la estrategia o tener en cuenta que en la mayoría de las localidades ya existe un modelo organizacional establecido como los COPACOS, COMPOS, asociaciones de usuarios y otros comités, redes o asociaciones relacionadas con temas de salud mental y discapacidad (como los comités locales de discapacidad) en las que se cuenta con representación del gobierno local, que pueden servir para incorporar la estrategia de RBC en salud mental; se puede hacer ampliando sus funciones o designando compromisos concretos frente a su implementación. Esto puede concretarse con la **creación de un comité específico para RBC en salud mental** dentro de la instancia seleccionada. Durante este proceso se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Promover la participación activa de personas con problemas y trastornos mentales, sus familias y cuidadores. También es importante contar con otros miembros de la comunidad como docentes, grupos de voluntariado, pastoral social, cualquier otro tipo de líderes que estén interesados en el tema.
- Las acciones que asumen estas instancias intersectoriales de toma de decisiones (cualquiera que sea la elegida) son de responder a las necesidades señaladas por los miembros de la comunidad con problemas y trastornos mentales, sus familias y cuidadores, a través de procesos de construcción conjunta tendientes a conocer y gestionar los diferentes servicios institucionales y procesos comunitarios que se requieran para reducir el estigma en salud mental y facilitar su integración en colegios, centros de formación, lugares de trabajo, espacios culturales, recreativos, deportivos y actividades sociales.

3. Evaluación de la situación de salud mental y los recursos disponibles (Diagnóstico situacional)

Una actividad a destacar en las intervenciones comunitarias es saber con qué recursos se cuenta en la localidad tanto en aspectos técnicos, financieros y talento humano; como el escenario político y social que permita el agenciamiento del tema y la adopción de la estrategia a largo plazo por los actores locales. Para esto se puede iniciar con una **matriz de inventario de recursos** de instituciones, organizaciones sociales, grupos de ayuda mutua, asociaciones de usuarios, líderes; que luego se cruce en un **mapeo de actores** para identificar oferta de servicios, distintas fuerzas en pro y en contra, liderazgos positivos y negativos, entre otros aspectos. (Ver anexo 3).

Igualmente, identificar el número de personas con problemas o trastornos mentales y discapacidad psicosocial, tipos de dificultades prevalentes, situación socioeconómica y demás necesidades, con énfasis en acceso a servicios de salud y temas relacionados. Esto puede hacerse a través de la recopilación y sistematización de **información secundaria** contenida en bases de datos, sistemas de información y documentos tales como: Libro de avecindamiento para personas con trastorno mental -Ley 1306 de 2009- , Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, ASIS en Salud Mental, RIPS, Registros de morbilidad, Registros de egresos hospitalarios, Estimaciones de población, Registros específicos de enfermedad, Notificación Obligatoria y Sistemas de Vigilancia, Estudios de prevalencia, Definición de prioridades en salud pública y política de salud.

También debe hacerse el levantamiento de la información primaria, mediante la realización de encuestas y entrevistas a las asociaciones de usuarios, ejercicios puerta a puerta, grupos focales, mesas de trabajo, entre otros. (Ver metodología de grupos focales y mesas de trabajo en el anexo 3)

4. Identificación y capacitación de los actores locales.

Ya identificados los actores sociales (a través de cualquiera de las estrategias de mapeo e identificación de actores, comúnmente conocidas, o las que defina la entidad territorial atendiendo a las características de sus instituciones y comunidad), deben invitarse a una jornada de capacitación en el componente de salud mental desde la APS y presentación de la estrategia de RBC en salud mental. Las personas con problemas y trastornos mentales y sus familiares, junto con el testimonio de sus experiencias, serán los mejores aliados en los procesos de sensibilización y capacitación.

Los procesos de capacitación deben incluir información básica sobre los diferentes problemas y trastornos mentales, la necesidad de garantizar la adherencia a los tratamientos, así como el desarrollo de competencias para identificar, intervenir y controlar los riesgos asociados. Incluir temas como reducción del estigma, fortalecimiento de nuevos liderazgos, desarrollo inclusivo y otros contenidos que se identifiquen como prioritarios en el territorio.

También se deben realizar procesos de formación a cargo de expertos de los sectores educativo, laboral, financiero, y en cualquier otro tema que se identifique como necesario para garantizar las labores operativas y de los actores comprometidos en el desarrollo de la RBC en salud mental.

Los Agentes Comunitarios de RBC

Dentro del recurso humano central de la estrategia, se tienen los Agentes Comunitarios de RBC en salud mental. Se trata de personas de la comunidad, debidamente capacitadas y acompañadas (a través del comité local de discapacidad o el comité de RBC en salud mental, según sea el caso, el gestor/coordinador local de la estrategia, los equipos de salud extramurales, los funcionarios que ejecutan el PIC), que por lo general son personal voluntario que todas las semanas dedican cierto tiempo para realizar las diferentes actividades relacionadas con la detección temprana, atención inicial, identificación y canalización de casos, gestión de riesgos, educación en salud mental, acompañamiento y seguimiento a las personas con problemas o trastornos mentales sus familias y cuidadores, incluyendo las acciones pertinentes con las comunidades de referencia. En este sentido, se recomienda convocar a los miembros de Pastoral Social y otras organizaciones de voluntariado. De igual manera docentes, policía comunitaria, madres comunitarias, representantes de diferentes iglesias y organizaciones de base, entre otros líderes reconocidos por

la comunidad que pueden comprometerse y formarse como agentes de RBC en Salud Mental⁸.

Los agentes comunitarios de RBC actúan también como defensores de las personas con problemas y trastornos mentales, ya que se ponen en contacto directo con escuelas, centros de formación, lugares de trabajo y organizaciones para promover su accesibilidad y la inclusión. Además, informan sobre los servicios comunitarios e institucionales disponibles y actúan como enlace entre éstos y las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores.

Con base en lo anterior se considera pertinente que las personas con problemas y trastornos de la salud mental, sus familias y cuidadores que han tenido experiencias satisfactorias en sus procesos de rehabilitación sean agentes de RBC, toda vez que son ellos quienes están más interesados en impulsar estas propuestas pues les afecta directamente y en muchas ocasiones ya vienen adelantando esta labor sin intereses diferentes a lograr inclusión social y atención integral a las personas que afrontan estas situaciones. En este sentido, las asociaciones de personas con problemas o trastornos y sus familiares representan un rol protagónico.

Formar a los agentes de RBC en salud mental, mantener su motivación y administrar su rotación, son algunos de los principales desafíos que se les plantean a los comités y a los gestores/coordinadores de RBC en salud mental. A los voluntarios se les puede ofrecer algunos incentivos, como subsidios de transporte, formación periódica durante el servicio, dotación de uniformes, premios a su labor y certificados de reconocimiento, participación en diferentes proyectos productivos, así como la gestión de proyectos conjuntos

⁸ Ver el perfil del agente comunitario de RBC en Salud Mental en el Anexo 2 de este documento.

para promover la salud mental, eliminación de estigma y discriminación, promoción de la convivencia, entre otros.

5. Participación afirmativa e incidencia política (Articulación con las redes de apoyo)

Teniendo en cuenta que la estrategia de RBC debe incluir acciones de participación comunitaria, es necesario un trabajo coordinado con las organizaciones identificadas, los grupos RBC en salud mental que se constituyan y con los agentes RBC y profesionales que hacen parte de la estrategia. De igual manera coordinar acciones con el gestor/coordinador departamental de la estrategia, las redes departamentales vinculadas al tema y los nodos territoriales de RBC.

Dentro de las acciones de movilización e incidencia que se llevan a cabo en esta fase se pueden realizar procesos de sensibilización y concientización con la comunidad en general y con los tomadores de decisiones en los diferentes sectores, sobre salud mental, sus problemas y trastornos, exigibilidad de derechos en salud mental, reducción del estigma e inclusión social; así mismo propiciar procesos de concertación y alianzas estratégicas entre los actores involucrados relevantes para instaurar la RBC en salud mental como un proceso de construcción de largo plazo. Esto puede hacerse a través de foros, conversatorios, mesas de trabajo, marchas, campañas en medios de comunicación, entre otros.

Todo el proceso es posible en la medida en que la estrategia proponga acciones discutidas y planteadas desde y con los actores sociales convocados en la misma, no es un trabajo de unos profesionales partiendo de sus iniciativas, sino escuchando de manera activa las inquietudes y aprendizajes de las

personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores, dando importancia a su derecho de tomar decisiones sobre su propia vida.

6. Integración de acciones y agenda común entre personal de APS, otros sectores involucrados y la comunidad (Formulación de planes integrales de RBC en Salud Mental)

A partir de la información recolectada en las fases anteriores, se habrán identificado las prioridades de intervención e integración de acciones entre sectores a través de agendas comunes integradas en uno o varios proyectos que desarrollen la estrategia.

En esta fase se plantea la definición de un plan de acción conjunto, acorde con los recursos y necesidades identificados, para ello se pueden utilizar diversas metodologías ya probadas en salud como Planeación Estratégica, Planeación local participativa (PLP), IAP o marco lógico; lo importante es que los comités y los agentes de RBC estén involucrados en todo el proceso de planeación garantizando el proceso participativo y su posterior vinculación a las fases de ejecución y monitoreo.

Se deben definir claramente las responsabilidades y funciones de cada uno de los actores involucrados, logrando que cada uno cumpla con actividades que aporten a la implementación de la estrategia, según las funciones y competencias que desarrolla desde el sector que representa, de manera coordinada y eficiente y en el marco de un Plan Integral de RBC orientado a la prevención, la reducción de las barreras de acceso y el mejoramiento de la atención, la rehabilitación y la gestión de riesgos en salud mental, así como la inclusión y calidad de vida de las personas con problemas o trastornos mentales,

sus familias y cuidadores; a partir de sus propias necesidades e iniciativas de solución y beneficiando a toda la comunidad.

Se debe puntualizar la responsabilidad concreta de los actores del sistema de salud: las funciones de los equipos de atención intramural en el primer nivel, los equipos extramurales y equipos PIC, en cuanto al desarrollo de tamizajes y otras actividades de detección temprana, acciones en las visitas domiciliarias, intervenciones grupales financiadas a través del POS, entre otros.

Dentro de las actividades prioritarias de los planes de acción que se concreten, debe incluirse la **Actualización del Registro para la Localización y Caracterización de las personas con discapacidad mental o psicosocial.**

7. Monitoreo constante, seguimiento y evaluación del Plan de Acción

Deben fijarse anticipadamente los plazos y fechas para su ejecución, así como los respectivos indicadores para la evaluación de su cumplimiento y los resultados del mismo. De igual manera debe pactarse la periodicidad con la que se harán estas mediciones y los responsables de hacerlas y sistematizarlas. Los resultados de la evaluación deben ser socializados y discutidos con todos los actores involucrados para generar los ajustes que se requieran de manera consensuada y participativa.

8. Articulación con los Servicios Institucionales (referencia y contra referencia)

Donde se implemente la estrategia de RBC, se debe garantizar la prestación de los servicios de salud a través de Empresas Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPBS), Instituciones Prestadoras de Servicios

de Salud (IPS) comprometidas con el desarrollo del componente de salud mental desde la APS, esto favorece los procesos de articulación y la eliminación de barreras de acceso.

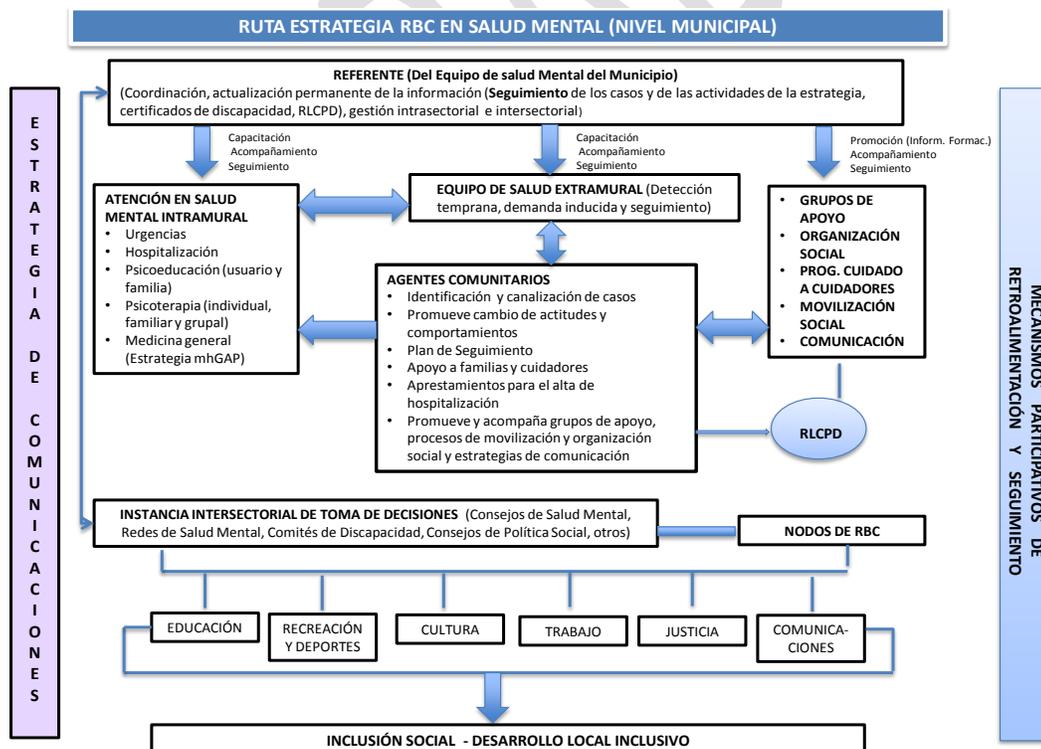
Es claro que los procesos comunitarios que no encuentran apoyo y retroalimentación en los servicios institucionales, tienden a desaparecer o asumen estilos reaccionarios que no enriquecen la construcción de procesos integrales de salud mental. Lo cual tiene su contraparte en los servicios de salud que se congestionan y ven sobrepasada su capacidad atendiendo urgencias y hospitalizaciones reiterativas que serían evitables a través de la participación organizada y bien informada de la comunidad.

Algunos aspectos que se deben tener en cuenta durante todo el proceso:

- Brindar información y herramientas prácticas de manejo de las personas con trastornos y condiciones en salud mental sus familias y cuidadores (aspectos básicos sobre los medicamentos, signos de alerta, manejo básico de crisis y recaídas, identificación, intervención y control de riesgos asociados a problemas y trastornos mentales, entre otros).
- Animar y promover el encuentro e interacción entre la comunidad y las personas con trastornos y condiciones en salud mental o discapacidad psicosocial en procesos inclusivos.
- Caracterización del ámbito en el que se van a desarrollar las intervenciones comunitarias.

- Fortalecer la organización social y de la comunidad.
- Propiciar la construcción social de soluciones a los problemas relacionados con la salud mental desde la comunidad (en lugar de charlas informativas).
- Definir concertadamente los dispositivos comunitarios a implementar (Redes, grupos de apoyo mutuo, etc.) y definir cómo estos se vinculan a las redes de servicios

A continuación se presenta la ruta estratégica de RBC en salud mental en el nivel municipal.



BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Egea C, Sarabia A. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad; 2001. Documento núm 50. Disponible en: http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ONU 2006

Componente Comunitario de la Estrategia de Gestión del Riesgo en Salud Mental, Ministerio de Salud y Protección Social 2014

Desarrollo Inclusivo Basado en Comunidad: una estrategia para la inclusión social de las personas con discapacidad y el desarrollo de las comunidades desde el enfoque de derechos humanos”, CNREE, Costa Rica 2011. Disponible en: http://salud.univalle.edu.co/escuelas/rehabilitacion/Logros/Publicaciones/592_de_sarrollo_inclusivo_basado_en_comunidad_una_estrategia_para.pdf

Discapacidad en Colombia: Reto para la Inclusión en Capital Humano, Saldarriaga y Concha. Disponible en: <http://www.saldarriagaconcha.org/Library/Resource/Documents/tomo%201601.pdf>

Discapacidad, lo que Todos Debemos Saber, OPS 2006. Disponible en: <https://books.google.com.co>

Documento Borrador “Rehabilitación de Base Comunitaria en Salud Mental”, Ministerio de Salud y Protección Social 2014

Documento de la 61ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL del 49.º CONSEJO DIRECTIVO, Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009.

El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud”, Universidad Nacional de Córdoba, OPS Argentina 2008. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/discapacidad.pdf>

El Trabajo en Red como Estrategia para la Implementación de los Procesos Comunitarios del Componente de Salud Metal en la Atención Primaria en Salud (APS), Ministerio de la Protección Social, 2009. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/rea%20de%20trabajo%20colaborativo/Ate...>

Estrategia de gestión del riesgo asociado a problemas, trastornos y eventos de salud mental. Propuesta Conceptual, Metodológica y Operativa, Ministerio de Salud y Protección Social 2014

Guía de Atención Integral para los Trastornos de Ansiedad y Depresión, Ministerio de Salud y Protección Social, 2012.

<http://redsaludmental.org/docs/PRINCIPIOS%20DE%20BRASILIA.pdf>

Informe Mundial sobre Desarrollo Humano 2000, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Disponible en:
[http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=i1-----
&s=a&m=a&e=C&c=02008#.VeZ4B_I_NBc](http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=i1-----&s=a&m=a&e=C&c=02008#.VeZ4B_I_NBc)

Informe Mundial sobre la Discapacidad, Banco Mundial/OMS, 2011. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/.../Informe-de-OMS-sobre-discapacidad.pdf>

Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. Manual para uso en la atención primaria, OPS/OMS, 2011

La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, vol. XXVIII. Artículo disponible en:
<https://books.google.com.co/books?id=QR8NAGAAQBAJ&pg=PA92&dq=La+luch+a+contra+el+estigma+y+la+discriminaci3n+en+salud+mental>

Lineamientos de Política en Discapacidad e Inclusión Social, Avanzando en la Política de Discapacidad hacia la Inclusión Social, Ministerio de la Protección Social, 2011

Lineamientos de Política de Habilitación/rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas en condición de discapacidad, Ministerio de la Protección Social 2004

Manual de Primeros Auxilios Emocionales, Ministerio de la Protección Social, 2009

Manual para la Detección e Intervención Temprana del Consumo de Sustancias Psicoactivas y Problemas de Salud Mental en los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud y Protección Social 2011

Promoviendo la inclusión social en los primeros años, José Amar y Diana Tirado, Universidad del Norte, Barranquilla 2007. Artículo disponible en:
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4030/5721>

RBC: Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas en condición de discapacidad, OPS 2004. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43126/1/9243592386_spa.pdf

Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC, OMS 2012. Disponible en: <https://books.google.com.co/books?isbn=9243548050>

Rehabilitación Comunitaria de Personas con Discapacidad Debida a Trastornos Mentales, Ministerio de la Protección Social, 2009

Rehabilitación en Salud 2ª Edición, Salinas Durán, Fabio y otros, Medellín 2008. Disponible en: <https://books.google.com.co>

Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. Hernández-Jaramillo Janeth y Hernández-Umaña Iván Rev. Salud pública. 7 (2). 2005. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42270202>

ANEXO 1

HERRAMIENTAS DE LOS PROCESOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL QUE SE PUEDEN DESARROLLAR DESDE LA ESTRATEGIA RBC.

A continuación se presentan diversas herramientas que permiten desarrollar intervenciones orientadas a la detección temprana, la atención inicial, la reducción de los riesgos asociados a problemas y trastornos mentales, así como la inclusión social. Algunas de estas herramientas ya han sido divulgadas y desarrolladas por el Ministerio de Salud porque permiten que, desde el concepto de atención primaria, cualquier persona previamente entrenada pueda llevarlas a cabo identificando posibles casos y canalizándolos de manera temprana; igualmente podrán desarrollar procesos de seguimiento y acompañamiento que incluyan atención inicial y reducción de riesgos como el suicidio, la conducta desadaptativa, la discapacidad, entre otros.

Otras herramientas como la psico-educación y las intervenciones breves son aplicadas principalmente por profesionales de la salud mental, aunque algunos de sus contenidos básicos pueden ser adaptados para su uso por parte de otros profesionales de salud, auxiliares de enfermería, auxiliares en salud pública y gestores o agentes comunitarios.

Herramientas desde lo comunitario para la detección temprana, atención inicial y reducción de riesgos en salud mental en el marco de APS:

- Tamizajes
- Primeros auxilios emocionales
- Intervenciones breves
- Gestión de caso
- Psico educación
- Gestión de riesgos en salud mental

Teniendo en cuenta las características de la estrategia de RBC en Salud Mental ya descritas, así como las funciones de los agentes de RBC, se propone la incorporación del tamizaje, los primeros auxilios en salud mental, las intervenciones breves, la canalización y actividades de gestión de riesgos como parte de las herramientas de RBC para que sean utilizadas por el personal de salud y los agentes comunitarios de RBC, en el contexto de sus actividades con las personas con problemas o trastornos mentales, sus familiares y cuidadores; así como en su trabajo con otros grupos y la comunidad en general para impulsar acciones de inclusión.

Reconociendo que las entidades territoriales conocen y aplican los instrumentos de tamizaje propuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social (SQR, RQC y APGAR Familiar), y que gran parte de estas cuentan con líderes comunitarios capacitados para la aplicación de primeros auxilios en salud mental, es importante retomar el propósito de estas herramientas que, si bien han venido implementándose de manera desarticulada, deben reorientarse como parte integral de una estrategia que contribuye de manera eficiente a la integralidad de los procesos comunitarios desde la APS, en este caso la RBC en salud mental.

A continuación se presentan las herramientas ya anunciadas teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Descripción
- Propósito
- Metodología
- Ventajas
- Desventajas
- Recomendaciones para su aplicación

TAMIZAJES EN SALUD MENTAL

Definición de la herramienta	Son una serie de preguntas que al ser respondidas ayudan a evaluar la posible presencia de un trastorno o condición en salud mental Cuestionario de Síntomas –SRQ que detecta posibles casos de ansiedad, depresión psicosis y alcoholismo; el Cuestionario de Síntomas para niños RQC y el APGAR familiar que identifica disfuncionalidad en el campo familiar.			
Propósito	Ayuda a determinar si hay un posible riesgo de presentar un trastorno o condición en salud mental Dar la información pertinente cuando se canaliza o se remite el caso a la IPS			
Metodología	Paso 1 <u>Preparación</u>	Paso 2 <u>Entrenamiento</u>	Paso 3 <u>Aplicación</u>	Paso 4 <u>Canalización y seguimiento</u>
	Selección del grupo o personas a aplicar el tamizaje, consecución de autorizaciones en caso de ser menores de 14 años, explicación del proceso, definición de espacio físico a realizar el tamizaje, proceso de captura y análisis posterior de la información	Entrenamiento a personal RBC en el manejo de instrumentos de tamización, y primeros auxilios emocionales		
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> Permite hacer detección temprana de trastornos y condiciones en salud mental. Permite tener caracterizaciones poblacionales una vez analizada la información. Son de alta sensibilidad Fáciles de diligenciar Abordan un rango amplio de alteraciones de suma importancia en población en situación de desplazamiento y menores de edad, Identifican en conjunto las principales alteraciones mentales en adultos, niños, así como disfuncionalidad familiar. 			
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> Exige entrenamiento previo en primeros auxilios emocionales a todo personal que lo vaya a aplicar. Exige una respuesta institucional oportuna que evite revictimización de la persona 			

TAMIZAJES EN SALUD MENTAL

	tamizada.
Recomendación para su aplicación	<ul style="list-style-type: none"> • No son instrumentos diagnósticos y deben complementarse con evaluaciones más específicas por parte de profesionales de la salud mental. • La información obtenida es confidencial y se maneja con los criterios de la historia clínica. • No se deben aplicar los tamizajes a menores de 14 años sin que esté presente o autorización escrita de su padre o cuidador. • Es necesario hacer un ejercicio de rutas de atención previo al tamizaje y coordinación con las entidades del sector para dar respuesta a los hallazgos y casos que se remitan posterior a su aplicación. • Exige para su aplicación un espacio privado que favorezca la confidencialidad y entorno apropiado para la entrevista

PRIMEROS AUXILIOS EMOCIONALES

Definición de la herramienta	<p>Intervención inicial o de primera instancia, inmediata, provisional y de corta duración, dirigida a cualquier persona que presente una crisis emocional. Se realiza principalmente en el mismo lugar del suceso, por parte de cualquier persona suficientemente entrenada y formada, para proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte (homicidio, suicidio) y enlazar con fuentes de apoyo, incluyendo la canalización hacia los servicios de salud mental en caso de ser necesario.</p> <p><i>Según Ahearn y Cohen (1989), “Una crisis es un periodo crucial o decisivo en la vida de una persona, un punto de viraje que tiene consecuencias físicas y emocionales. De manera específica, es un periodo limitado de desequilibrio psicológico, precipitado por un cambio repentino y significativo en la situación vital de la persona. Este cambio origina necesidad de ajustes internos y el uso de mecanismos de adaptación externa que rebasan temporalmente la capacidad del individuo”. Pueden ser crisis vitales (Ligadas al curso de vida) o crisis circunstanciales (Acontecimientos inesperados.)</i></p>
-------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PRIMEROS AUXILIOS EMOCIONALES

Propósito	Ayudar a la persona a superar la etapa crítica, comprender lo sucedido, expresar sentimientos, facilitar la búsqueda de soluciones y apoyo familiar, social o institucional, recuperar el funcionamiento y estabilidad emocional que tenía antes del incidente y prevenir la aparición de trastornos mentales. Ayuda a encontrar nuevas formas de percibir, pensar y sentir lo sucedido, desarrollar habilidades de afrontamiento efectivo, autoestima, asertividad y solución de conflictos.				
Metodología	Paso 1 <u>Empatía</u> Lograr que la persona se sienta activamente escuchada, aceptada, comprendida y apoyada. Esto reduce la intensidad del aturdimiento emocional y reactiva la capacidad de resolución de problemas.	Paso 2 <u>Evaluación de la situación</u> Indagar sobre: 1. El presente: Qué sucedió, Qué siente la persona, Qué piensa y Qué puede hacer. 2. El pasado inmediato: Los acontecimientos desencadenantes de la crisis emocional (quién, qué dónde, cuándo, cómo). 3. El futuro inmediato: Identificar los posibles riesgos y definir soluciones inmediatas.	Paso 3 <u>Sondeo de Alternativas y curso de acción</u> Acompañar a la persona para encontrar alternativas a las necesidades inmediatas y a las que pueden dejarse para después. Se puede llegar a definir un curso/plan de acción a seguir con metas a corto plazo.	Paso 4 <u>Iniciar acciones concretas</u> Ayudar a la persona a ejecutar una acción concreta. Implica asumir una actitud facilitadora o directiva dependiendo de las circunstancias	Paso 5 <u>Seguimiento y retroalimentación</u> Mediante un encuentro posterior, teléfono, email, etc.
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> Ofrece la posibilidad de resolver la crisis emocional rápidamente sin necesidad de congestionar los servicios de salud mental. Contribuye en la identificación y prevención de otros problemas y trastornos mentales Permite iniciar el proceso de canalización hacia los servicios de salud mental de manera oportuna, en caso de ser necesario. Pueden ser aplicados por cualquier persona debidamente entrenada, de manera inmediata y en el lugar donde ocurre la emergencia; no requiere de espacios formales como consultorios, pero en la medida de lo posible debe buscarse un sitio cómodo, tranquilo y que permita la privacidad. 				

PRIMEROS AUXILIOS EMOCIONALES

	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede realizar con una sola persona con una familia o con un grupo de personas.
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Exigen entrenamiento previo. En caso de emergencias en comunidades donde no existan líderes y/o equipos básicos de salud previamente entrenados, deberán ser aplicados por psicólogos. • Exige una respuesta institucional oportuna que evite revictimización de la persona en caso de ser canalizada a cualquier servicio. • No siempre se logra llegar a la fase de seguimiento.
Recomendaciones para su aplicación	<ul style="list-style-type: none"> • En ninguna circunstancia reemplaza la atención por parte de profesionales de la salud mental; es una intervención inicial en crisis emocionales, no es una psicoterapia breve. • Durante el proceso se puede generar información personal que debe manejarse con respeto y confidencialidad. • Es recomendable conocer las rutas de atención y la oferta de servicios de la zona para orientar adecuadamente las alternativas de solución. • Si el auxiliador está afectado emocionalmente y esto reduce la seguridad que debe transmitir o su imparcialidad, debe reconocerlo y abstenerse de realizar la intervención. • Pueden aplicarse en personas con crisis de ansiedad, ataques de pánico, duelos no resueltos, depresión, estrés postraumático, entre otros, mientras se accede a la atención especializada.
Algunos tips sobre lo que se debe y no se debe hacer	
SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar de manera cuidadosa y refleja los sentimientos y la naturaleza de los hechos. • Comunicar aceptación. • Contacto físico culturalmente apropiado (Abrazo, acercamiento) • Plantear preguntas abiertas • Llevar a la persona a una mayor claridad • Evaluar riesgo de mortalidad (suicidio u homicidio) • Alentar la lluvia de ideas 	<ul style="list-style-type: none"> • Contar su "propia historia" • Ignorar sentimientos o hechos • Juzgar, regañar o tomar partido • Hacer preguntas de si/no • Pasar por alto ninguna posibilidad de riesgo para la persona • Ser condescendiente y mostrar lástima • Dejar obstáculos sin examinar • Intentar resolverlo todo en ese mismo momento

PRIMEROS AUXILIOS EMOCIONALES

- | | | |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definición de la herramienta | <ul style="list-style-type: none"> • Abordar la situación de manera ordenada siguiendo los pasos indicados. • Establecer prioridades para dar un paso cada vez • Establecer metas específicas de corto plazo • Confrontar cuando sea necesario • Ser directivo, sólo sí debe serlo. | <ul style="list-style-type: none"> • Tomar decisiones que comprometan por largo tiempo • Prometer cosas • Retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fuente: <https://psicoaymara.wordpress.com/2010/08/06/45/>

INTERVENCIONES BREVES

Definición de la herramienta

Breve conversación, retroalimentación o diálogo motivacional, de entre 5 y 15 minutos, a través de cual se propicia la generación de acciones concretas para mejorar el estado de salud mental de una persona, incluyendo la transformación de prácticas y conductas de riesgo, así como el uso las opciones que le brinda el sistema de salud y otros sectores para facilitarlos.

No pretende reemplazar la terapia ni sustituir el rol del psicólogo o psiquiatra.

Tienen como base la aplicación de los instrumentos de tamizaje para salud mental y consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) y otras condiciones de salud, utilizando los resultados arrojados para orientar la intervención.

Fuente: Intervención Breve, OPS/OMS, 2011 y Manual para la Detección e Intervención Temprana del Consumo de Sustancias Psicoactivas y Problemas de Salud Mental en los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, Minsalud 2011

INTERVENCIONES BREVES

Propósito	<p>Promover un espacio de reflexión que permita generar consciencia, junto con la persona, sobre su situación actual de salud y sobre los riesgos que implican los comportamientos o situaciones que viene presentando. Esto favorece su motivación para generar los cambios necesarios sobre situaciones relacionadas con el consumo de SPA y otras condiciones de salud mental; se brindan herramientas y orientación sobre comportamientos distintos que permitan superar en alguna medida los problemas, incluyendo su canalización a los diferentes niveles de atención en salud, en caso de ser necesario.</p>				
Metodología	<p>Paso 1. <u>Retroalimentar resultados</u> <u>Identificar riesgos</u></p> <p>Revisar junto con la persona los resultados del tamizaje. Identificar los riesgos de seguir en la misma situación</p>	<p>Paso 2. <u>Evaluación y análisis de alternativas para el cambio</u></p> <p>Conversar con la persona sobre la necesidad de cambiar la situación actual y revisar posibles alternativas y etapas</p>	<p>Paso 3. <u>Aconsejar y motivar en asumir la responsabilidad</u></p> <p>Establecer si la persona desea realizar un cambio. De ser así, definir una meta y aconsejar sobre cómo alcanzarla</p>	<p>Paso 4. <u>Animar y Ayudar a definir un curso de acción</u></p> <p>Mantener una constante actitud motivacional para el cambio en la persona y establecer pequeñas metas que puedan ser alcanzadas fácilmente.</p>	<p>Paso 5. <u>Brindar soporte</u></p> <p>Brindar materiales informativos que la persona pueda revisar posteriormente para reforzar la intervención. Brindar información sobre el proceso de canalización a los servicios. Conectar con grupos de ayuda. Agendar encuentros para el seguimiento.</p>
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Con un buen entrenamiento pueden ser desarrolladas por todos los profesionales de la salud, gestores, agentes de salud y profesionales de otros sectores. • Permiten realizar abordajes oportunos a los problemas detectados de manera rápida y eficiente. • Pueden utilizarse sus mismos principios en intervenciones más extensas o periódicas si el tiempo lo permite. 				
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Actualmente no se cuenta con manuales para su uso vinculado a tamizajes 				

INTERVENCIONES BREVES

	específicos en salud mental, diferentes a consumo de SPA.
Recomendación es para su aplicación	<ul style="list-style-type: none"> • Tener en cuenta que se trata de un proceso motivacional y de construcción conjunta donde es la persona quien decide sobre el cambio y los cursos de acción a seguir. Sólo es un proceso directivo en la indagación y la definición de los problemas. • La empatía favorece el clima de confianza y comunicación en el espacio de la intervención. No asumir una actitud crítica ni de juicio con la persona y su situación de salud, tampoco una actitud paternal. Es importante que la persona sienta confianza en quien hace la intervención breve, lo cual contribuirá a que sea posible hacer seguimiento. • Hacer énfasis en la responsabilidad que tiene la persona sobre su propia situación y sobre las posibilidades de cambio. • Orientar el proceso de toma de conciencia y de cambio, asegurando que la intervención sea un proceso organizado. • Conocer la oferta de servicios desde los diferentes sectores, grupos de apoyo, asociaciones y otras organizaciones, así como actividades comunitarias relacionadas con deporte, artes, cultura, entre otras, para proponer diferentes alternativas.

PSICOEDUCACIÓN EN SALUD MENTAL

Definición de la herramienta	<p>Proceso de información/educación que desarrollan los profesionales con formación o entrenamiento en salud mental con las personas que presentan problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores sobre el diagnóstico, tratamiento, pronóstico, mecanismos de afrontamiento y derechos, para permitirles de esta manera apropiarse de su enfermedad y hacerlos partícipes del proceso, de forma que logren comprender y manejar los síntomas, tomar los medicamentos tal y como fueron formulados y seguir todas las indicaciones médicas.</p> <p>Fuente: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia, Minsalud 2014.</p>
-----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PSICOEDUCACIÓN EN SALUD MENTAL

Propósito	Dotar a la persona con el problema o trastorno mental, familiares y cuidadores de herramientas para reducir los efectos de la enfermedad. Busca modificar actitudes o conductas que les permitan un mejor manejo de la enfermedad, mediante cambios en su estilo de vida, la ampliación de sus conocimientos acerca de la enfermedad, la adherencia al tratamiento, el reconocimiento y manejo de los desencadenantes y la detección precoz de recaídas.
Metodología	<p>Puede ser individual, grupal, familiar, y tener una duración de días hasta años.</p> <p>Se realiza en los servicios de salud, en el hogar o a través de talleres y conversatorios, entre otras estrategias participativas y de construcción conjunta, organizados a manera de cursos o programas de formación.</p>
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementa el cumplimiento del tratamiento. • Reduce las recaídas. • Tiene un impacto positivo en la vida cotidiana de las personas y las familias. • Reduce las cargas asistenciales, familiares y sociales. • Reconoce la necesidad de los familiares de disponer de una información actualizada, realista que les capacite para atender lo más adecuadamente a su pariente enfermo. • Genera una alianza productiva entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios. • Favorece la atención integral cubriendo la mayor cantidad de variables que conllevan a la cronicidad de los casos.
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Debe ser desarrollada principalmente por parte de profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, médicos, que tengan formación y experiencia en salud mental desde la atención clínica). También pueden desarrollarla otros profesionales formados en salud mental como los trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, desde su campo de intervención. • El conocimiento detallado de la enfermedad puede estresar al paciente y/o a la familia. Se requiere del conocimiento de cada caso para adaptar los contenidos y metodología dependiendo de sus particularidades.
	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda ir más allá de la simple información hacia el apoyo mutuo y la resolución de problemas.

PSICOEDUCACIÓN EN SALUD MENTAL

Recomendación es para su aplicación

- Tener cuidado de no abrumar a la persona o familia con demasiada información, ya que el principio no es transformarlos en expertos ni generarles más estrés.
- Considerar cuánto conocimiento pueden asumir y procesar en su condición actual.
- Se debe considerar la habilidad para concentrarse, así como el máximo nivel de estrés emocional que pueden sobrellevar.
- Dentro del contexto de un programa psicoeducativo se pueden considerar y discutir una selección de aspectos y/o de posibilidades terapéuticas con la persona que presenta un problema o trastorno mental y la familia.
- Utilizar metodologías participativas que partan de las percepciones e imaginarios de los participantes y que permitan su identificación con los contenidos brindados a través del diálogo y el compartir de experiencias.
- Tener en cuenta el enfoque diferencial para asegurar el máximo aprovechamiento del proceso.

GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL

Definición de la herramienta

El conjunto integrado e integral de procesos y procedimientos encaminados a controlar o reducir el riesgo de ocurrencia de un desenlace negativo en salud mental (Problemas y trastornos mentales, afectaciones psicosociales, y riesgos asociados a estas condiciones tales como: Suicidio, discapacidad, conducta desadaptativa, morbilidad/mortalidad asociada a consumo problemático de alcohol) (MinSalud, 2014)

RIESGO = VULNERABILIDAD X AMENAZA

VULNERABILIDAD = Características internas del sujeto (Individuo, Familia o Comunidad) que contribuyen a incrementar la probabilidad de que un desenlace negativo ocurra.

V = Susceptibilidad x Capacidad de respuesta

AMENAZA = Características externas al sujeto (Individuo, Familia o Comunidad) que contribuyen a incrementar la probabilidad de que un desenlace negativo ocurra.

A = Exposición x Factores del contexto y entornos

GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL

	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">VULNERABILIDAD</td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">X</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">AMENAZA</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>SUSCEPTIBILIDAD Predisposición genética, biológica o psicológica del sujeto o su historia que determinan su predisposición para que frente a una amenaza específica se incremente la probabilidad de un desenlace negativo</p> </td> <td></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>EXPOSICIÓN Interacción de un sujeto vulnerable con un factor externo potencialmente capaz de causar un desenlace negativo.</p> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>CAPACIDAD DE RESPUESTA Atributos del sujeto para anticipar, afrontar y manejar las amenazas específicas, a las que está expuesto o los desenlaces negativos en salud mental</p> </td> <td></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>FACTORES DEL CONTEXTO Y ENTORNOS Condiciones externas que incrementan la probabilidad de que un desenlace negativo en salud mental ocurra (potencian las amenazas o reducen la capacidad de respuesta)</p> </td> </tr> </table>	VULNERABILIDAD	X	AMENAZA	<p>SUSCEPTIBILIDAD Predisposición genética, biológica o psicológica del sujeto o su historia que determinan su predisposición para que frente a una amenaza específica se incremente la probabilidad de un desenlace negativo</p>		<p>EXPOSICIÓN Interacción de un sujeto vulnerable con un factor externo potencialmente capaz de causar un desenlace negativo.</p>	<p>CAPACIDAD DE RESPUESTA Atributos del sujeto para anticipar, afrontar y manejar las amenazas específicas, a las que está expuesto o los desenlaces negativos en salud mental</p>		<p>FACTORES DEL CONTEXTO Y ENTORNOS Condiciones externas que incrementan la probabilidad de que un desenlace negativo en salud mental ocurra (potencian las amenazas o reducen la capacidad de respuesta)</p>
VULNERABILIDAD	X	AMENAZA								
<p>SUSCEPTIBILIDAD Predisposición genética, biológica o psicológica del sujeto o su historia que determinan su predisposición para que frente a una amenaza específica se incremente la probabilidad de un desenlace negativo</p>		<p>EXPOSICIÓN Interacción de un sujeto vulnerable con un factor externo potencialmente capaz de causar un desenlace negativo.</p>								
<p>CAPACIDAD DE RESPUESTA Atributos del sujeto para anticipar, afrontar y manejar las amenazas específicas, a las que está expuesto o los desenlaces negativos en salud mental</p>		<p>FACTORES DEL CONTEXTO Y ENTORNOS Condiciones externas que incrementan la probabilidad de que un desenlace negativo en salud mental ocurra (potencian las amenazas o reducen la capacidad de respuesta)</p>								
<p>Propósito</p>	<p>Identificar y caracterizar anticipadamente los riesgos de desenlaces negativos en salud mental de un individuo, familia, grupo o comunidad para definir las intervenciones que permitan aumentar la capacidad de respuesta ante el riesgo de un desenlace negativo (Ej: brindar herramientas para identificación temprana de problemas y trastornos, estrategias para garantizar la adherencia a los tratamientos y el manejo ante posibles recaídas) y reducir la exposición a las amenazas que los potencialicen (Ej: Restablecer lo más rápidamente posible los vínculos significativos y las redes personales, familiares y comunitarias después de cualquier tipo de emergencia, intervenir oportunamente la exposición a cualquier tipo de violencia).</p>									
<p>Metodología</p>	<p>Se puede realizar desde lo colectivo hacia lo individual y viceversa.</p> <p>El procedimiento desde lo colectivo (una comunidad o grupo específicamente identificado o seleccionado) se desarrolla de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definir anticipadamente un grupo de desenlaces negativos sobre los que se va a intervenir. Esto dependerá de los principales problemas, trastornos y/o eventos de salud mental que presenta la población con la que se esté trabajando (una comunidad, un grupo de afiliados a una EAPB). Fuentes: ASIS en Salud Mental, 									

GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL

Registros de morbilidad, Registros de egresos hospitalarios, RIPS, Notificación Obligatoria y Sistemas de Vigilancia, Definición de prioridades en salud pública y política de salud, entre otros.

2. Evaluar los riesgos identificando para cada desenlace determinando lo siguiente:

- Las amenazas y el grado de exposición del grupo o comunidad
- Los factores de susceptibilidad (Predisposición) del grupo o comunidad frente a esas amenazas
- La capacidad de respuesta del grupo o comunidad frente a esas amenazas. Esto incluye la percepción, reconocimiento, apropiación y actitud del grupo o comunidad frente al riesgo específico.
- Los factores del contexto (Determinantes) y del entorno que potencian las amenazas identificadas o reducen la capacidad de respuesta frente al desenlace específico

Se puede utilizar una tabla como la siguiente:

Desenlaces no deseados en salud mental	Componentes del Riesgo			
	Susceptibilidad	Capacidad de Respuesta	Amenaza y grado de Exposición	Factores del contexto y entornos
Problemas o trastornos mentales identificados				
Suicidio				
Discapacidad				
Conducta desadaptativa				
Morbilidad/mortalidad asociada a consumo de alcohol				

3. **Analizar las relaciones** entre los diferentes factores de vulnerabilidad y amenaza para definir en cuáles se debe intervenir.

GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL

4. **Establecer el Perfil de Riesgo del grupo o comunidad:** con base en el anterior análisis ponderar en términos de bajo, medio y alto cada uno de los componentes de riesgo para cada desenlace seleccionado. Se puede utilizar una tabla como la siguiente para cada desenlace seleccionado.

Criterios de puntuación	Componentes del Riesgo (para un desenlace específico)			
	Susceptibilidad	Capacidad de Respuesta	Exposición a la amenaza	Factores del contexto y entornos
Bajo				
Medio				
Alto				

Cruzar los resultados en una tabla de semaforización como la siguiente para cada desenlace seleccionado, con el fin de priorizar los riesgos a gestionar y organizar las posibles intervenciones, atendiendo a la descripción de sus componentes y a la forma como interactúan entre sí (Análisis realizado desde el paso No. 3)

VULNERABILIDADES	AMENAZAS					
	E Baja y FC Bajos	E Baja y FC Medios E Media y FC Bajos	E Alta y FC Bajos E Baja y FC Altos	E Media y FC Medios	E Alta y FC Medios E Media y FC Altos	E Alta y FC Altos
S Alta y CR Baja						
S Alta y CR Media S Media y CR Baja						
S Media y CR Media						
S Alta y CR Alta S Baja y CR Baja						
S Media y CR Baja S Baja y CR Media						
S Baja y CR Alta						

S= Susceptibilidad, CR= Capacidad de Respuesta, E= Exposición a la Amenaza, FC= Factores del contexto

5. Este análisis debe hacerse con enfoque diferencial y de curso de vida para **identificar grupos de riesgo** dentro de una misma comunidad.

GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL

	<p>6. Definir un plan de acción para intervenir en los grupos de riesgo identificados o según la priorización definida (Plan de gestión de riesgos) que debe incluir como mínimo los siguientes procesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a los factores de susceptibilidad identificados, para cada grupo de riesgo. • Incremento de la capacidad de respuesta frente a las amenazas identificadas, para cada grupo de riesgo. • Control o mitigación de las amenazas identificadas o de la exposición a estas, para cada grupo de riesgo. • Incrementos del reconocimiento y apropiación del riesgo a nivel individual y familiar. • Promoción de actitudes y comportamientos individuales, familiares y comunitarios alternativos frente al riesgo identificado. • Control o mitigación de las enfermedades de base • Control del potencial desenlace, en caso de presentarse, para cada grupo de riesgo. <p>7. Monitoreo del riesgo.</p>
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer anticipadamente los posibles desenlaces negativos en salud mental de una persona, familia o grupo poblacional reduce los costos para el sistema de salud, las familias y la comunidad porque permite implementar planes de intervención más costo-efectivos. • Es una herramienta ordenada para planear de manera integral e integrada las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud. • Se organiza de lo específico (atención individual) a lo general (atención poblacional) y viceversa. • Es una estrategia que se desarrolla en lo local, es participativa, y permite enfocarse en las prioridades de los territorios, favoreciendo la participación corresponsable de los actores involucrados.
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere de un proceso previo de identificación y caracterización de actores. • Así mismo un proceso de sensibilización, capacitación y concertación con los diferentes actores involucrados. • Requiere de profesionales debidamente capacitados para orientar su desarrollo metodológico.

GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD MENTAL

Recomendaciones para su aplicación

- Vincular activamente a las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias, cuidadores y las organizaciones que las representan durante todo el proceso.
- Convocar a los actores que tienen conocimiento de las necesidades y problemáticas de la población con la que se va a trabajar y que tengan capacidad de decisión sobre los compromisos y acciones a seguir.
- Demostrar la eficiencia de la estrategia en términos de reducción de costos de todo tipo en términos de los intereses de cada actor involucrado (EAPB, IPS, Personas, familias, comunidad de referencia y otros sectores como educación, protección, cultura, recreación, deportes, etc.)
- Realizar todo el proceso de manera participativa en procesos de formación y de construcción conjunta que permitan la discusión y concertación entre los actores involucrados.
- Tener en cuenta siempre el enfoque diferencial y el de curso de vida.

Actividades a desarrollar de manera coordinada con los equipos de salud extramurales y los agentes comunitarios

- Identificación de personas con problemas o trastornos mentales, análisis de riesgos con las familias y comunidad de referencia, plan de “intervención”, acompañamiento y seguimiento. Incluye los aprestamientos para recibir a las personas con trastorno mental después de una hospitalización.
- Detección temprana de los riesgos en salud mental en los diferentes entornos (Tamizajes, identificación de signos y síntomas), canalización (a servicios de salud mental y de otros sectores), acompañamiento y seguimiento.
- Apoyo a la organización de redes y grupos de autoayuda de las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores.
- Identificación de necesidades y gestión institucional (salud, educación, recreación, etc.).
- Procesos de comunicación y movilización social para incrementar la percepción de los riesgos y disminuir el estigma.

ANEXO 2

EL AGENTE COMUNITARIO DE RBC

Perfil

El Agente Comunitario de RBC es un líder de la comunidad, que vive en ella, reconocido y valorado por sus miembros (Pueden ser: personas con problemas y trastornos mentales, sus familias o cuidadores, docentes, miembros de la pastoral social, entre otros), formado como Agente Comunitario de RBC en Salud Mental para promover la participación y la de las personas con problemas y trastornos mentales, sus familias o cuidadores. Debe tener competencias para ejercer liderazgo democrático, manejar información, impulsar la gestión, la concertación y la movilización social, desde la comunidad, promoviendo su desarrollo inclusivo. (Guía Accionar del Agente de Cambio de RBC, SDS. Guías para la RBC, OMS 2012).

La competencia de liderazgo positivo que se mencionó como necesaria para ser agente comunitario de RBC en salud mental incluye los siguiente: ser propositivo, tener iniciativa y ser práctico en la búsqueda de soluciones, comprometido en sus actividades, tener madurez emocional y autoestima, saber escuchar, ser amable, inspirar confianza, tener actitud de servicio, comunicación asertiva, capacidad de negociación, concertación y trabajo en equipo, manejar información, llevar registros y diligenciar formatos.

A continuación se presentan las acciones que realizan los agentes comunitarios de RBC en salud mental, en coordinación y con el apoyo, acompañamiento y supervisión del equipo de salud del municipio.

1. Identificación de personas con problemas y trastornos mentales, plan de acompañamiento y seguimiento.

A través de un plan de visitas domiciliarias, utilizando instrumentos de tamizaje⁹ e identificación de síntomas, el agente comunitario debe identificar y registrar a las personas con trastornos y problemas mentales de la comunidad, evaluar su discapacidad psicosocial (Ver instrumento al final de este anexo) y acordar con la persona y su familia los procesos de canalización hacia los servicios de salud y de los demás sectores a que haya lugar, así como un plan de acompañamiento y seguimiento (Ver recomendaciones en el último título de este anexo).

Qué hacer cuando se identifica una persona que tiene un trastorno mental (Extractado de: Manual de Rehabilitación Mental Basada en Comunidad, MinProtección 2009)

Antes que nada, es indispensable entender las emociones propias ante la situación (el que ayuda debe entender que la persona no es responsable de lo que le sucede, no experimentar rechazo y superar cualquier temor al acercarse), evaluar la clase de trastorno mental que está presentando la persona, evaluar que tan inmediatamente necesaria es la atención médica y disponer de esta (como cuando hay riesgo de suicidio o de agresión a otros), generar confianza en la persona, hablando calmadamente y dando confianza, acompañar a la persona a recibir ayuda religiosa si ésta o su familia insisten. Se debe convencer

⁹ Ver instrumentos, características y recomendaciones en el anexo 1 de este documento

a la persona y a la familia de buscar ayuda médica y persuadir amablemente la toma de los medicamentos.

Dedicar tiempo a la familia y gánese su confianza es indispensable. Es importante evitar ponerse bravo o reírse de la persona, discutir, prometer una cura total con los medicamentos u oponerse a la ayuda religiosa o alternativa.

Actividades a desarrollar directamente con las personas en condición de discapacidad asociada a trastornos mentales y sus familias.

Cuando se ayuda en la rehabilitación de personas con discapacidad asociada a trastornos mentales, se debe tener en cuenta que la mejoría será lenta y no esperar resultados rápidos o dramáticos. Por eso se deben establecer metas realistas, con objetivos alcanzables de manera gradual. Para esto es indispensable realizar una evaluación de la discapacidad asociada a trastorno mental (Ver este título e instrumento más adelante) y tener en cuenta las instrucciones del médico tratante (Psiquiatra, médico formado en mhGAP) para seguir un plan de manejo en casa con el apoyo de los equipos de salud extramurales que idealmente deberán tener formación en RBC en salud mental.

Al principio, todas las actividades deben ser supervisadas, permitiendo paulatinamente que la persona haga las tareas sin ayuda y/o supervisión. Incrementar poco a poco las metas hasta que la persona logre la independencia esperada para su caso en particular¹⁰. Cada vez que la persona haga algo bien, debe dársele reconocimiento y felicitarla. Esto le dará los ánimos necesarios para continuar.

¹⁰ Esto dependerá del tipo de trastorno mental, su tiempo de evolución y otras condiciones que serán determinadas por el médico tratante

Siempre se debe buscar que los familiares hagan parte del proceso de rehabilitación. Inicialmente se modelan las actividades y la forma de relacionarse con la persona que presenta la discapacidad asociada a trastorno mental, se entrena a la familia y se acompañan las actividades en el proceso de aprendizaje, hasta que las desarrollen de manera adecuada e independiente.

Cuando se está ayudando a personas con trastorno mental, se deben hacer las siguientes actividades independientemente del área o la severidad de la discapacidad asociada:

Mantenerse en contacto frecuente: Realizar visitas regularmente (una vez a la semana, cada quince días o una vez al mes, dependiendo de las necesidades identificadas para cada caso). Cumplir la visita cada vez que se ofrezca y escucharlos atentamente. Si la persona habla, conversar de cosas que puedan serle interesantes. También puede utilizar el teléfono u otros medios que estén al alcance para permanecer en contacto con la persona y la familia.

Dedicar tiempo a la familia: Los miembros de la familia pueden estar escandalizados por todo lo que está sucediendo. Por lo tanto, es importante dedicarles tiempo hablando con ellos sobre las cualidades positivas de la persona y de otros temas de interés. La familia debe ver al agente de RBC como un amigo de confianza que cuida de su bienestar y que trata de ayudarlos mientras sea necesario.

Asegúrese de que la persona visita regularmente al médico: Generalmente el médico tratante prescribirá medicamentos por dos semanas a un mes. Se debe garantizar que la persona o un miembro de la familia consigan los medicamentos necesarios y a tiempo. Si ellos no pueden ir, el agente de

RBC se puede ofrecer para buscarlos si lo ve conveniente. La persona debe visitar a su médico tratante por lo menos cada tres meses.

Supervisar que los medicamentos son tomados de acuerdo con las instrucciones: Recibir información del médico tratante sobre el tipo y dosis de medicamento que ha sido formulado (esto puede ser verificado con los equipos extramurales que deben hacer el seguimiento después de un alta hospitalaria, cuando este sea el caso). Explicar esto de manera clara y comprensible a la persona y a otros miembros de la familia. Revisar en cada visita que tantas dosis quedan. De esta manera se sabrá si lo está tomando o no.

Si se presentan efectos secundarios con el medicamento, tranquilizar tanto a la persona como a la familia explicando que estos pueden ser dramáticos, pero que generalmente no son graves o peligrosos. Averiguar con el médico tratante como controlar los efectos secundarios antes de que estos sucedan.

Relacionar el uso del medicamento con la mejoría de los síntomas. Reforzar permanentemente sobre la necesidad de tomar el medicamento de manera regular ya que de lo contrario puede presentar una recaída. Ayudar a la familia a estar alerta para detectar signos tempranos de recaída. Se debe ser firme y respetuoso con la persona al asegurarse que no interrumpe el medicamento. Si lo interrumpe, se debe insistir en la consulta médica para evaluar esta decisión y plantear la posibilidad de cambiar el medicamento oral con dosis diarias a una inyección mensual.

Asegurarse de que nadie está haciendo bromas o molestando: Educar a los miembros de las familias y de la comunidad en general en relación con los trastornos mentales. Si los niños o niñas molestan a la persona, hablar con ellos y pedirles ayuda puede cambiar su actitud; hablar también con las

autoridades de la escuela o colegio y con los padres de los muchachos. Buscar su entendimiento y ayuda. Evitar que la persona se vista con ropas que llamen la atención. Tratar de prevenir conductas que generen chistes y bromas.

Evaluar la discapacidad asociada a trastorno mental: La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) configura un sistema estructurado y complejo de tipificación que requiere para su uso un entrenamiento especial. Sin embargo, es posible mediante la observación y preguntas sencillas, identificar algunas áreas de manifestación de la discapacidad y llevar a cabo una evaluación general de la misma, particularmente desde la perspectiva del individuo su la familia.

Es importante entender cómo se evalúa la discapacidad asociada a trastorno mental, se deben examinar los ámbitos afectados y la gravedad de la discapacidad. De esta manera se tendrá una idea clara de cómo ayudar en el proceso de rehabilitación (MinProtección, 2009). Para facilitar esta tarea al final de este anexo se incluyen recomendaciones y preguntas que se pueden hacer a la persona, su familia, cuidadores y comunidad de referencia.

También se presenta un instrumento cuyo propósito es facilitar la evaluación de la discapacidad psicosocial asociada a problemas o trastornos mentales, relacionando las alteraciones en la funcionalidad y las condiciones del contexto (actitudes, comportamientos o respuestas) desde los diferentes entornos (hogar/familiar, educativo, laboral y comunitario/social), permitiendo identificar y priorizar las acciones a desarrollar y el plan de acompañamiento y seguimiento para cada caso (concertado con la persona, su familia, cuidadores y la comunidad de referencia).

Las acciones derivadas de esta evaluación pueden ir desde la afiliación al SGSSS, formación en salud mental, canalización o derivación a programas o servicios de diferentes sectores, hasta la atención de una urgencia psiquiátrica.

La responsabilidad del agente comunitario de RBC en Salud Mental consiste en lo siguiente:

- Identificar personas con problemas o trastornos mentales.
- Identificar las necesidades de la persona con problemas o trastornos mentales, su familia y la comunidad de referencia.
- Hacer los registros correspondientes a la visita y los instrumentos aplicados (*Ver instrumento Registro de identificación y seguimiento de personas con problemas o trastornos mentales sus familias y comunidad de referencia*, al final de este anexo).
- Aplicar los instrumentos de su competencia con base en la formación previamente recibida (Estos se encuentran al final de este anexo y son los siguientes: *Evaluación de la discapacidad psicosocial*, *Análisis de riesgos asociados a problemas y trastornos mentales*, y los tamizaje que sean pertinentes).
- Realizar las intervenciones iniciales para las cuales esté formado (primeros auxilios emocionales, intervenciones breves).
- Brindar la información en salud mental a la persona, la familia y comunidad de referencia, según sea el caso, y explicar lo identificado durante la visita para concertar con ellos el procedimiento a seguir, así como el plan de seguimiento y acompañamiento (ver instrumento al final de este anexo).
- Activar la red o el comité local de RBC en Salud Mental con el apoyo o a través del **coordinador local de la estrategia** para la canalización y

gestión de los servicios de los **diferentes sectores**, según lo que se requiera en cada caso.

- **Para el acceso a los servicios de salud** el proceso puede agilizarse a través de la relación directa del agente comunitario con los **equipos de salud extramurales y con técnicos del PIC como los auxiliares de salud pública.**

2. Apoyo y acompañamiento a las familias y cuidadores

Durante este proceso el agente comunitario de RBC en salud mental debe identificar sus propias fortalezas y el alcance de su intervención (criterios que se aprenden en el proceso de formación para estos agentes), así como la necesidad de gestionar el apoyo por parte de otros profesionales responsables de la estrategia desde el PIC (Psicólogo, trabajador social, otros), los equipos de salud extramurales y la necesidad de canalización a servicios de salud mental.

La fuente de apoyo más valiosa para todos es la familia, entendida como cualquier persona que es o era emocionalmente cercana a la persona con discapacidad, incluye miembros de la familia nuclear y extensa así como otras relaciones cercanas (es decir: las redes de apoyo). Este es también el caso de la persona con discapacidad por un trastorno mental. Pero es importante tener en cuenta que para los miembros de la familia es difícil afrontar la situación de su familiar; es necesaria la ayuda del agente de RBC, del personal de salud y del resto de la comunidad.

A continuación se presentan algunas orientaciones para el trabajo con las familias (Extractado de: Manual de Rehabilitación Mental Basada en Comunidad, MinProtección 2009):

Escucharlos y ganarse su confianza: Los miembros de la familia tienen necesidad de ser entendidos y quieren que alguien escuche sus problemas. Si están expresando rabia, hostilidad o tristeza, hay que dedicar tiempo para escucharlos sin juzgar sus pensamientos negativos hacia las personas con trastorno mental. Se trata de una familia desesperada y que tienen que vivir cada día con estos y otros problemas.

Identificar los sentimientos de miembros claves de la familia: Describir en qué etapa de desesperanza (si es que la hay) están los diferentes miembros de la familia. Esto es particularmente importante con la cabeza del hogar (si no es la cabeza de familia la persona con discapacidad, observar quien está tomando este rol) y para la persona que está asumiendo el mayor peso de los cuidados. Observar separadamente en cada adulto del hogar cuando hay negación, rabia, hostilidad, desesperanza, culpa, humillación, aceptación o sobreprotección. Identificar cada uno de estos sentimientos acerca de la persona con discapacidad separadamente, dado que varios pueden ocurrir juntos, o una persona puede a veces tener un sentimiento y a veces otro. Así es más fácil tranquilizar a los miembros de la familia haciéndoles entender que todos estos sentimientos hacen parte de las reacciones de pérdida de un miembro “normal” de la familia. Hablando de estas etapas de la reacción de duelo se ayuda a la familia para que pueda pasar a la fase de aceptación.

Identificar los principales problemas que la familia tiene en el cuidado de la persona con discapacidad asociada a trastorno mental: Puede ser muy estresante para una familia si un miembro previamente sano resulta con discapacidad por un trastorno mental. Pero la familia también puede enfrentar otros problemas. Pueden ser muy pobres y haber perdido el sustento que traía la persona con discapacidad. Aunque se cuente con afiliación al SGSSS, puede ser difícil para la familia cubrir otros gastos asociados al

tratamiento (como transporte y alojamientos para asistir a los controles o para conseguir los medicamentos), especialmente si es evidente que este será por un buen tiempo y que no curará a la persona completamente.

Por otra parte, los padres pueden estar preocupados por lo que sucederá con un niño o niña con trastorno mental cuando ellos mueran. También pueden sentir que sus relaciones sociales están afectadas por la presencia de esta persona (por vergüenza y humillación ante su conducta o porque exige mucho tiempo y dedicación). Es posible que vivan con miedo a sus reacciones agresivas. En todo caso, es importante entender la carga que los miembros de la familia sienten en el cuidado de la persona.

Identificar fortalezas y recursos en la familia: La fortaleza más importante en una familia es la confianza que se tenga en el manejo de la situación. Solo si la familia ha aceptado la discapacidad y siente confianza de que pueden afrontarla, será capaz de participar en el proceso de rehabilitación. Se deben generar sentimientos de orgullo y satisfacción en los miembros de la familia por sus logros en este sentido. El acompañamiento a la familia y el apoyo de los vecinos y amigos serán muy útiles en el proceso de rehabilitación. Hablar con los vecinos acerca de la naturaleza de la discapacidad y de las necesidades de la familia puede ayudar en la búsqueda de este apoyo.

3. Promover la participación en Grupos de Ayuda Mutua

Como lo contemplan las Guías de RBC de la OMS, 2012, los grupos de ayuda mutua son grupos informales donde las personas se reúnen para brindarse apoyo desde el compartir de experiencias hasta resolver problemas comunes y compartir diferentes recursos. La participación en grupos de ayuda

mutua puede ayudar a reducir el “auto-estigma” y mejorar la confianza y la autoestima

Es muy útil compartir problemas y experiencias, a través de grupos de ayuda mutua de familias y personas con trastorno mental. Esto los ayudará a clarificar sus sentimientos, a aceptar la discapacidad y a ganar confianza en que pueden manejar la situación. Es importante también ayudarlos a comprender que pueden aportar vigilando que tomen las medicinas regularmente, y que deben estar involucrados en algunas actividades acordes con sus capacidades y buscando que las personas no sean criticadas, abusadas, ridiculizadas o maltratadas de ninguna manera.

Especialmente en la fase inicial de la enfermedad y después de salir de una recaída, es necesario mucho apoyo que puede ser dado en los grupos de ayuda mutua de familias y personas con trastorno mental. Tales grupos son una fuente de apoyo emocional, y pueden gestionar recursos materiales y financieros para situaciones de crisis y para el cuidado de sus familiares en caso de ser necesario.

4. Promover organizaciones de redes y asociaciones de personas con problemas y trastornos mentales, familias y cuidadores
(Adaptado de las Guías de RBC, Módulo de Fortalecimiento, OMS 2012)

Siendo la RBC una estrategia que favorece la participación y desarrollo inclusivo, es indispensable que las personas con problemas y trastornos mentales, sus familias y cuidadores tomen sus propias decisiones y asuman la responsabilidad de cambiar sus vidas y mejorar sus comunidades, organizándose como grupo para proteger sus intereses, defender sus derechos, gestionar políticas y programas inclusivos. Para promover la conformación de estas organizaciones el agente comunitario de RBC en salud mental puede

participar, **junto con los equipos PIC responsables de la estrategia**, en el desarrollo de actividades como las siguientes:

- Identificar y promover liderazgos entre las personas con problemas y trastornos mentales y sus familias
- Promover alianzas y acuerdos entre los líderes para organizarse en pro de la defensa de sus derechos
- Brindar información suficiente sobre sus derechos y responsabilidades y la normatividad internacional y nacional relacionada
- Brindar información suficiente sobre los mecanismos de participación en salud, educación, etc.
- Brindarle a las personas información acerca de los servicios que existen en sus comunidades y las rutas de acceso.
- Organizar procesos de formación con expertos sobre participación y organización social

5. Apoyar la identificación de necesidades y su gestión institucional

El agente comunitario a través de su contacto directo con las personas sus familias, cuidadores y las organizaciones que las representan, orienta y acompaña la identificación de sus necesidades en todos los ámbitos (social, económico, educativo, recreativo, cultural, vivienda, etc.) De igual manera conoce las competencias de cada sector y los recursos, redes y programas con los que cuentan en la comunidad. Con base en esto orienta y acompaña a las personas con problemas y trastornos mentales, sus familias y organizaciones que las representan en la solución de sus necesidades a través del acceso a servicios, programas y recursos disponibles en la comunidad, o en la gestión de otros que se requiera implementar.

Como se mencionó anteriormente, el agente comunitario de RBC en salud mental (con el apoyo o a través del coordinador local de la estrategia y otros profesionales y técnicos responsables de su implementación) activa la red o el comité de RBC en Salud Mental para la gestión de los servicios de los diferentes sectores y acompaña a las personas con problemas o trastornos mentales en el seguimiento de la ruta para el acceso efectivo a los mismos (Rutas previamente acordadas durante el procesos de diagnóstico y planeación descrito en los lineamientos de RBC en Salud Mental)

¿Cómo organizar el trabajo de los agentes comunitarios de RBC en salud mental?

Dependiendo de la extensión del territorio a cubrir, se debe buscar que los agentes comunitarios se distribuyan **por sectores y que trabajen en red** para garantizar su retroalimentación y apoyo permanente. Entre ellos mismos deberán elegir sus propios líderes/manejadores de sus redes, los cuales deberán mantener la dinámica y cohesión de las mismas, con el apoyo del referente/coordinador de la estrategia.

Es necesario que los agentes comunitarios de un mismo sector se reúnan una vez por semana o cada quince días para compartir sus experiencias, reportar nuevos casos, verificar el cumplimiento de sus programaciones y tomar decisiones en torno a las necesidades que se vayan presentando.

Deben **mantener actualizado el registro y la información** sobre las personas con problemas y trastornos mentales de su sector.

En conjunto con ellos, el referente/coordinador de la estrategia deben diseñar un **cronograma de reuniones mensuales para el seguimiento** de sus programaciones, registros, actividades, logros y dificultades, pero también deberá estar disponible, junto con el equipo de salud local para apoyarlos y acompañarlos en las acciones que lo requieran durante cada día.

Es de suma importancia que el municipio contemple un **plan de reconocimientos e incentivos** para los agentes comunitarios; se sugieren cartas o certificados de la Alcaldía Municipal, e incluso de la Gobernación, donde se resalte su importante labor para la salud del municipio y sus logros como líder de su comunidad. También es recomendable que tengan algún tipo de identificación que los acredite como agentes comunitarios de RBC en salud mental.

En cuanto a los incentivos, se puede contemplar la posibilidad de que participen en diferentes procesos de formación y en otros proyectos relacionados con generación de ingresos; también se puede gestionar su participación en eventos departamentales y nacionales para presentar su experiencia cuando esta sea exitosa.

En los territorios donde se implemente el modelo de atención en salud para zonas dispersas, los agentes de RBC en salud mental harán parte de los equipos de salud bajo la figura de Gestores en Salud.

A continuación se presentan recomendaciones para tener en cuenta durante el proceso de identificación de personas, con problemas y trastornos mentales, análisis de riesgos asociados, evaluación de la discapacidad, plan de acompañamiento y seguimiento

Cada agente comunitario de RBC en salud mental deberá **contar con un mapa o croquis del sector en el cual desarrollará sus actividades**; estos mapas suelen estar disponibles en las juntas de acción comunal, la policía y el personal de salud que realiza actividades extramurales también puede tenerlos (si no están disponibles deberán ser elaborados de una manera sencilla). En este mapa se debe ubicar cada vivienda donde se encuentran personas con problemas o trastornos mentales, identificando todas las calles, parques, colegios, hospitales y demás recursos disponibles en su sector.

El mapa debe estar acompañado de **un listado de las familias**, identificadas con un número y el nombre de la o las personas que tienen el problema o trastorno mental, para hacer más fácil su ubicación en el mapa y en los registros que deberán irse llenando con la información correspondiente al análisis de riesgos, las acciones desarrolladas y el seguimiento.

Una vez definidas rutas y caminos, **programar un cronograma de visitas domiciliarias o reuniones en la comunidad para conocer a cada familia y hacer con ellas un análisis de sus riesgos particulares y de la forma en que serán abordados.**

Una vez hecho el análisis conjuntamente con la persona que presenta el problema o trastorno de salud mental, su familia, e incluso su comunidad de referencia, concertar roles y tareas concretas que gradualmente vayan incrementando sus capacidades de respuesta ante los riesgos identificados, así como un plan de visitas de acompañamiento y seguimiento.

El logro de lo anterior puede tardar un tiempo y requerir de varias aproximaciones sucesivas con la familia y con la persona que tiene el trastorno. Es necesario ganarse su confianza, dedicarle tiempo y respetar sus condiciones para permitir la entrada a su hogar y la interacción con cada persona. Las

familias deben ser avisadas de la visita con anterioridad; es recomendable averiguar quién es la “cabeza del hogar” y ponerse de acuerdo con esta persona.

Hablar con los vecinos de las personas con trastornos mentales para identificar sus imaginarios y percepciones sobre ellos, si hay discriminación o maltrato. Informar a estas personas sobre los trastornos mentales y sus posibilidades de recuperación ayuda a reducir el estigma y a generar solidaridades que puede llevar a conductas de apoyo cuando sea necesario.

También se debe hacer seguimiento a los procesos de hospitalización y egreso para conocer la fecha y condiciones del alta y preparar a la familia o red de apoyo para recibir a la persona de vuelta en casa. Si la persona que fue hospitalizada se encontraba viviendo sola, es necesario hacer las gestiones pertinentes para que cuando vuelva cuente con la red de apoyo que garantice su cuidado y apoye su recuperación; esto implica la búsqueda, sensibilización y formación de familiares, organización de la red de agentes de RBC, familias y cuidadores del sector, y la consecución de un cupo en un hogar de protección transitorio.

EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL¹¹

Recomendaciones para la evaluación de la discapacidad asociada a trastorno mental (Cuando ya se cuenta con diagnóstico de trastorno mental)

Responder ordenadamente, con calma y claridad, las preguntas que aparecen más adelante para cada ámbito o área de discapacidad asociada a trastorno mental.

Asegurarse de que se recibe respuesta a estas preguntas por parte de la persona o personas que viven actualmente con la persona que presenta el problema o trastorno y buscar la forma de corroborarlo personalmente.

Dar la respuesta a cada pregunta, incluyendo si la persona tiene discapacidad o no. Para hacerlo, se debe comparar con el comportamiento que tenía antes de que apareciera el trastorno y no con lo que se piensa que debe ser el comportamiento en ese momento.

Si la persona ha tenido el trastorno mental por mucho tiempo, el familiar puede no ser capaz de recordar su comportamiento antes de la enfermedad. En tal caso, tener como referencia el comportamiento de otros miembros de la familia para comparar.

Para evaluar la severidad de la discapacidad, se debe preguntar a un familiar que tan grandes y permanentes son los cambios en el comportamiento (discapacidad leve, moderada o severa).

¹¹ Adaptado del Manual de Rehabilitación en Salud Mental Basada en Comunidad, MinProtección 2009

No es necesario evaluar la gravedad de la discapacidad para cada pregunta. Solo hacer una evaluación general, es decir, si esta es leve, moderada o severa para cada una de los cinco ámbitos.

Discapacidad a nivel personal

- ¿Se baña regularmente, se peina y usa ropa limpia como antes del trastorno o como lo hacen otros en la familia?
- ¿Se mantiene física y mentalmente ocupado como antes o como otros en la familia o pasa buena parte de su tiempo haciendo alguna cosa útil?
- ¿Hace las cosas a la misma velocidad de siempre o como otros en la familia o realiza las actividades con mayor lentitud?

Discapacidad en el rol familiar

- ¿Toma parte en las actividades familiares como antes del trastorno o como lo hacen otros miembros de la familia?
- ¿La persona es igual de afectuosa y cercana al esposo o esposa como lo era antes del trastorno?
- ¿La persona tiene el mismo comportamiento con sus niño(a)s como antes del trastorno?

Discapacidad social

- ¿La persona se reúne activamente y habla con los amigos, familiares y vecinos como antes del trastorno o como otros en la familia o evita reunirse como amigos, familiares o vecinos?

- ¿Es de manera evidente poco amigable, comienza a alegar y llega a pelear con los amigos, familiares o vecinos más que antes o más que otros en la familia?
- ¿La persona está interesada en lo que está sucediendo en la comunidad y el resto del mundo como le sucedía antes, o como le sucede a otros en la familia?

Discapacidad laboral/ocupacional

- ¿La persona muestra interés en regresar al trabajo (si era empleado), encontrar trabajo (si está desempleado), hacer cosas en la casa o volver a estudiar (si era un estudiante)?
- ¿El desempeño en el trabajo/actividades de la casa / estudios es tan bueno como era antes del trastorno, o tan bueno como el de otros miembros de la familia?

Discapacidad emocional

- ¿La persona manifiesta emociones como antes o como cualquier otro miembro en la familia?
- ¿Las emociones muestran relación obvia con lo que está sucediendo en el ambiente de la persona?

Esta evaluación es particularmente importante, porque la discapacidad emocional puede imponer una carga especialmente severa a las personas que lo cuidan. La percepción de los miembros de la familia es clave en este tipo de discapacidad. Se deben tomar en cuenta las percepciones de ellos para determinar si la discapacidad es severa, moderada o leve.

Una vez se reúne toda la información, se evalúa la discapacidad y se diseña (de manera concertada con la persona y la familia) un plan que ayude a rehabilitar a la persona y a la familia.

BORRADOR

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL (Cuando ya se cuenta con diagnóstico de trastorno mental)

Según la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con Discapacidad, ONU 2006, "La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás". Las barreras del entorno surgen de los límites que las diferentes culturas y sociedades imponen a la conducta y comportamiento humanos, así como por el estigma social y las actitudes discriminatorias. Esto incluye las barreras de acceso a los servicios y la deficiente calidad de los mismos.

La CIF y la CIE – 10 configuran sistemas estructurados y complejos que requieren para su uso un entrenamiento especial. Por tal motivo no nos referiremos a ellas en este documento, el cual está destinado a procesos que puedan ser desarrollados de manera sencilla por agentes comunitarios de gestión del riesgo en salud mental, con el apoyo y acompañamiento del equipo de salud del municipio o localidad.

De acuerdo con lo anterior, es posible mediante la observación y preguntas sencillas, identificar algunas áreas de manifestación de la discapacidad y llevar a cabo una evaluación general de la misma. Particularmente teniendo en cuenta que se trata de un proceso comunitario y de la necesidad de evaluar, no sólo las áreas en las que se presenta alteraciones de la funcionalidad, sino también las barreras para la inclusión social de la persona identificada con trastorno mental.

Este instrumento, no pretende reemplazar ni complementar ninguna clasificación internacional relacionada con enfermedades o discapacidad; tan sólo busca facilitar la labor del agente comunitario en la identificación conjunta,

con la persona y la familia, sobre el tipo de situaciones que están impidiendo su funcionalidad e inclusión social; así como el tipo de intervenciones que se pueden realizar para mejorarlas.

Este instrumento consta de una serie de preguntas que debe responder el agente comunitario de manera ordenada y clara, en su proceso de interacción con la persona identificada con trastorno mental, su familia y cuidadores. Entiéndase familia como cualquier persona emocionalmente significativa/importante/relevante para la persona que presenta el trastorno mental. Incluye miembros de la familia nuclear y extensa así como otras relaciones cercanas.

Para responder a cada pregunta se debe comparar con el comportamiento que la persona tenía antes de que apareciera el trastorno y no con lo que el agente comunitario piensa que debe ser el comportamiento en ese momento. Si la persona ha tenido el trastorno por mucho tiempo y la familia no recuerda o no conoce cómo era su comportamiento antes de la enfermedad, se puede utilizar como referencia el comportamiento de otros miembros de la familia.

En ese caso, la severidad de la discapacidad psicosocial se medirá en una escala de 1 a 9, de la siguiente manera: De 1 a 3: leve, De 4 a 6: moderada, De 7 a 9: severa. Para esto se deben calificar las preguntas correspondientes a cada dimensión a medir: la funcionalidad y las barreras del entorno (donde se incluyen principalmente las barreras de acceso a los programas y servicios de los diferentes sectores).

En relación con la funcionalidad, calificar (marcando con una X) qué tan grande o permanente es el cambio del comportamiento por el que indaga cada pregunta; donde 1 es lo más leve y 9 es lo más grave o severo.

En relación con las barreras del entorno calificar (marcando con una X) qué tan evidentes y reiterativas se han vuelto después de presentarse el

trastorno mental; es decir: no se trata de identificar problemas estructurales asociados de manera directa con la pobreza y la falta de oportunidades del municipio, sino de identificar las situaciones directamente relacionadas con el estigma y la discriminación a causa del trastorno mental. Tener en cuenta que 1 es lo más leve y 9 es lo más grave o severo.

La identificación de la discapacidad será la base para definir el plan de intervención a desarrollar con la persona, la familia, cuidadores, e incluso con la comunidad de referencia.

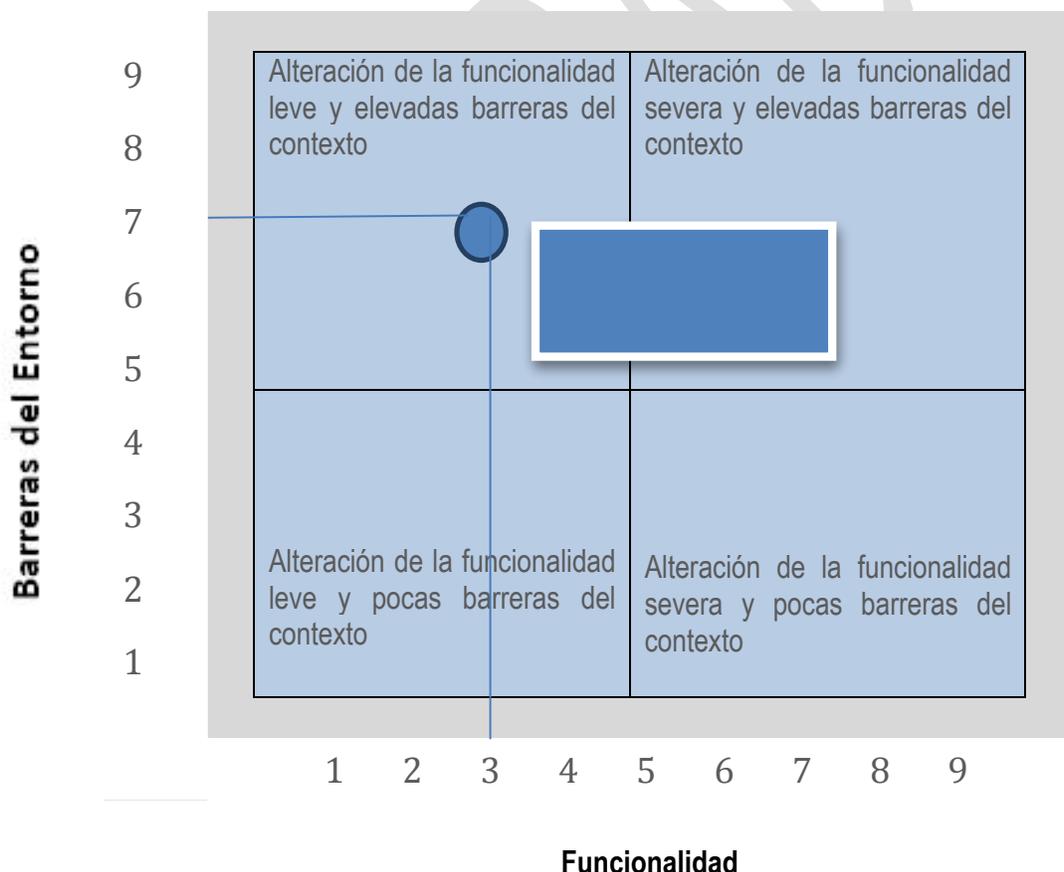
EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Fecha:	
No. del formulario	Municipio
Dirección de residencia	
	Teléfono de contacto
Mail de contacto	Familia en seguimiento / Apellidos
Nombre de la persona con problemas o trastornos mentales	Problema o trastorno mental (Si tiene diagnóstico conocido)
EPS donde está afiliado(a)	IPS donde recibe atención

FUNCIONALIDAD										BARRERAS DEL ENTORNO										
EN EL CAMPO PERSONAL																				
¿Se baña o asea regularmente, se peina y usa ropa limpia?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	¿Se encuentra sólo(a) o no cuenta con ayuda para el autocuidado y actividades cotidianas?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
			X												X					
¿Se mantiene física y mentalmente ocupado o pasa buena parte de su tiempo haciendo algo útil?				X						¿Se le han limitado la movilidad y/o las comodidades básicas?										X
¿Realiza las actividades con mayor lentitud?		X								¿Se le ha limitado el acceso a actividades diarias de su interés?									X	
Calificación	3+4+2=9/3=3									6+9+8=21/3=7										
EN EL CAMPO FAMILIAR																				
¿Se interesa por formar parte de las actividades familiares?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	¿La familia lo(a) tiene en cuenta dentro de sus actividades diarias? Comer en la mesa, paseos, mercado)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
¿Ha cambiado su comportamiento con la pareja/conyuge? (cercanía/interacción)										Su pareja/conyuge ha cambiado su cercanía e interacción? (indiferencia, temor, rechazo, violencia)										
¿Ha cambiado su comportamiento con los hijos(as) u otros niños(as)?										¿Los hijos(as) han cambiado su cercanía e interacción? (indiferencia, temor, rechazo, violencia)										
Calificación																				

EN EL CAMPO SOCIAL																			
¿Evita reunirse con amigos, familiares o vecinos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	¿Los amigos, familia, vecinos evitan o rechazan la interacción con él o ella?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿Es de manera evidente poco amigable, comienza a alegar y llega a pelear con los amigos, familiares o vecinos?										¿Es rechazado(a) o maltratado(a) de alguna por gente del barrio o la comunidad?									
¿Está interesada en lo que está sucediendo en la comunidad y el resto del mundo?										¿Se le restringe o no se le facilita el acceso a la información? (Radio, TV, periódico...)									
Calificación																			
EN EL CAMPO OCUPACIONAL																			
¿Muestra interés en volver a trabajar o estudiar, ocuparse de las labores del hogar? (dependiendo del caso)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	¿Le han rechazado en trabajos o proyectos por razón de su trastorno?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿Ha cambiado su desempeño o rendimiento en el trabajo/actividades de la casa/ estudios?										¿En su entorno laboral o educativo, o en su propio hogar se le ha despedido, suspendido o impedido continuar (con ajustes y/o apoyos) sus tareas a causa de su trastorno?									
Calificación																			

EN EL CAMPO EMOCIONAL																			
¿Ha cambiado en la forma de manifestar sus emociones?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	¿Se le ha negado o entorpecido la atención en salud mental o el suministro de los medicamentos?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
¿Sus emociones muestran relación obvia con lo que sucede en su entorno?										¿No se le ha explicado lo que le pasa, no sabe cómo manejarlo?									
OBSERVACIONES: Registrar otros aspectos importantes que no estén incluidos en la encuesta, principalmente relacionados con la violación de los derechos, el acceso a servicios, entre otros.																			

Representando los resultados de la calificación dada a las anteriores preguntas en un plano cartesiano, será más fácil identificar los aspectos que se deben abordar en el plan de seguimiento y acompañamiento.



En este ejemplo, la discapacidad en el campo personal está dada principalmente por las elevadas barreras del entorno. Esta persona no cuenta con el apoyo de familiares o cuidadores que le ayuden a recuperar sus hábitos de autocuidado, mantenerse ocupado y realizar las actividades de la vida diaria. Por lo tanto la intervención en este campo debe estar principalmente centrada en la transformación de los comportamientos de la familia en relación con la inclusión de quien presenta el trastorno mental.

REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PERSONAS CON TRASTORNOS O PROBLEMAS MENTALES, FAMILIAS Y COMUNIDAD DE REFERENCIA

(En visita domiciliaria o en otros entornos: laboral, educativo, comunitario)

Formato de Seguimiento	Municipio – localidad – vereda -corregimiento	Departamento	Urbano	Rural	fecha							
No. del formulario												
Dirección de residencia		Teléfono	Mail de contacto									
Familia en seguimiento / Apellidos	Miembros totales de la familia	Nombre y parentesco o rol familiar de la persona que responde										
¿Existen más familias en el predio?	si	No	Breve descripción:									
Nombres de las personas con problemas o trastornos mentales	Edad	Sexo		Problema o trastorno mental (Si tiene diagnóstico conocido o registre los síntomas más relevantes)								
		M	F									
		M	F									
EPS donde están afiliados			IPS donde reciben atención									
ANÁLISIS DE RIESGOS ASOCIADOS A PROBLEMAS O TRASTORNOS MENTALES												
Riesgo Identificado	SUCEPTIBILIDAD			EXPOSICIONES			CAPACIDAD DE RESPUESTA			FACTORES DEL CONTEXTO		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
1. Riesgo de mortalidad asociada a problema o trastorno mental representada como riesgo de suicidio.												
2. Riesgo de discapacidad (AVISAS y Psicosocial) asociada a problema o trastorno mental.												
3. Riesgo de conducta desadaptativa asociada a problema o trastorno mental (Violencia, Delincuencia, Fracaso Laboral y Escolar entre otros).												
4. Riesgo de morbilidad/mortalidad asociada al consumo de alcohol.												
5. Riesgo de secuelas emocionales derivadas de eventos vitales												
6. Riesgos derivados del comportamiento y la interacción ciudadana												

RESULTADOS DE EVALUACIÓN DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL	
Campos priorizados	Breve descripción

INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE APLICADOS	
Instrumento	Resultados

CURSOS DE ACCIÓN DEFINIDO EN CONJUNTO CON LA PERSONA, LA FAMILIA Y COMUNIDAD DE REFERENCIA

Objetivos	Metas	Actividades

PLAN DE SEGUIMIENTO	Semanal	Mensual	Bimensual	Cumplió
Próxima fecha:				
Próxima fecha:				
Próxima fecha:				

EVOLUCIÓN O RESULTADOS DEL PROCESO

SEMANA O MES 1				SEMANA O MES 2				SEMANA O MES 3			
Riesgo	Aumenta	Mantiene	Reduce	Riesgo	Aumenta	Mantiene	Reduce	Riesgo	Aumenta	Mantiene	Reduce
1				1				1			
2				2				2			
3				3				3			
4				4				4			
5				5				5			
6				6				6			

OBSERVACIONES ADICIONALES

Nombre y firma de quien realiza el registro

Nombre y firma de la persona responsable en la familia

ANEXO 3

OTRAS HERRAMIENTAS

MAPEO Y CARACTERIZACIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES INVOLUCRADOS¹²

Una vez se cuenta con un listado de las posibles instancias a participar, es pertinente realizar un Mapeo de los actores sociales: existen muchas maneras de hacerlo, pero dentro de las más sencillas se sugiere el empleo de un diagrama de círculos, donde el centro represente “la implementación de la estrategia de RBC en salud mental”, y los anillos exteriores permitan ubicar a los actores que pueden contribuir en esta propuesta, dependiendo de su cercanía, atendiendo a factores como:

- e) Intereses comunes en relación con el tema, en este caso se refiere al interés manifiesto en el logro del objetivo: mejorar las condiciones de salud mental del municipio.
- f) Posición de apoyo u oposición en relación con la estrategia.
- g) Influencia o importancia, como la capacidad de incidir en la implementación de la estrategia en el municipio.

Para el registro de variables como las anteriores se requieren un previo conocimiento básico de los actores identificados, se pueden convocar a una reunión, visitarlos o generar otros espacios de diálogo que permitan identificar sus intereses, posición e influencia en relación con el tema. Se pueden incluir entrevistas semiestructuradas y/o sencillas encuestas auto-aplicables; lo

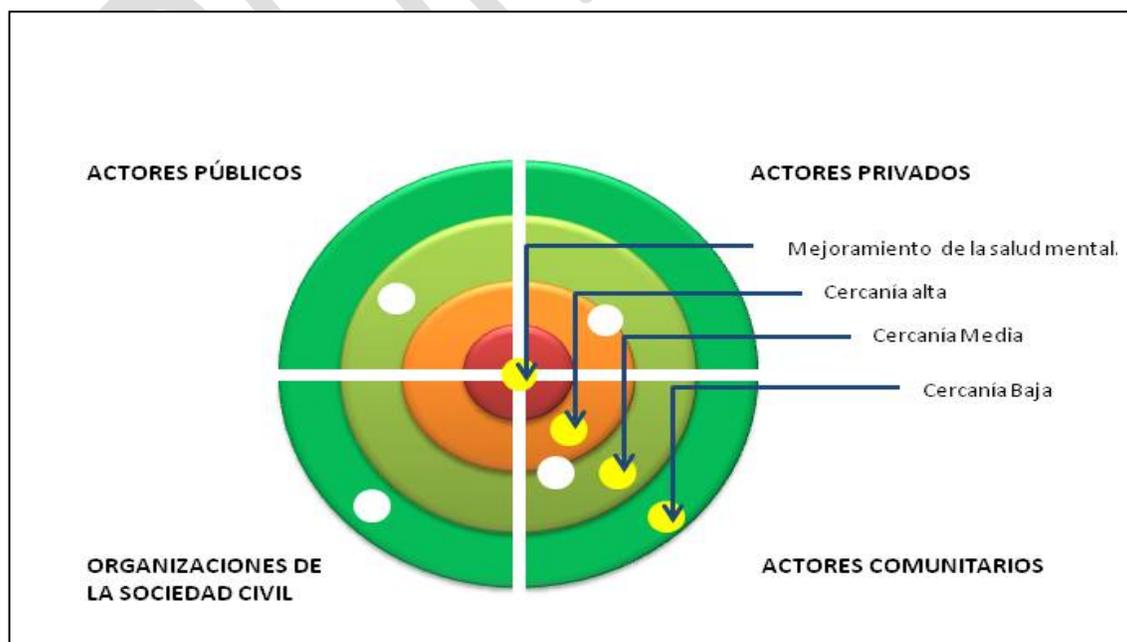
¹² El Trabajo en Red como Estrategia para la Implementación de los Procesos Comunitarios del Componente de Salud Metal en la Atención Primaria en Salud (APS), Ministerio de la Protección Social, 2009

importante es que se recoja la información necesaria para ubicar a los actores según las variables seleccionadas

El diagrama contará con tantos cuadrantes como número de categorías se definan. Se puede hacer una clasificación inicial como la siguiente:

ACTORES		INTERES (SI/No)	POSICION (SI/No)	INFLUENCIA (SI/No)	CERCANIA (Alta, media, baja)
Sectores	Instituciones, organizaciones, grupos, personas				
ACTORES PUBLICOS		Si	Si	Si	Alta
ACTORES PRIVADOS		Si	No	Si	Media
ORGANIZACIONES CIVILES		No	No	No	Baja
ACTORES COMUNITARIOS		Si	Si	No	Media

Ejemplo Diagrama de Círculos



Posteriormente se pueden crear sub-categorías, teniendo en cuenta el sector y/o sistema al que pertenecen. Aunque esto dependerá de las características propias, necesidades y dinámicas particulares de cada entidad territorial. Una vez convocados los actores, se pueden aprovechar los procesos sensibilización, formación y análisis participativo para ir enriqueciendo la matriz con todas sus características relevantes en relación con la estrategia.

Una posible clasificación más específica que la utilizada en el mapeo inicial podría ser la siguiente:

ACTORES		Competencias y funciones (Lo que hacen en relación con salud mental)	Recursos (tecnológicos, talento humano, económicos)	Actores con los que se relaciona, Información y procesos que comparten
Sectores	Instituciones, organizaciones, grupos, personas			
Salud				
Educación				
Justicia				
Productivo				
Cultura, Recreación y Deportes				
Comunicaciones				
Organizaciones de personas con trastornos mentales y/o PCD				
ONGs y otras organizaciones voluntariados				
Cooperación internacional/otros				

DESARROLLO DE JORNADAS CON LOS ACTORES INVOLUCRADOS PARA EL LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN PRIMARIA

Previo a estas jornadas se recomienda haber recopilado y analizado la información secundaria sobre salud mental con la que se cuente (Registros de morbilidad, de egresos hospitalarios, RIPS, Registros específicos de enfermedad, Notificación Obligatoria y Sistemas de Vigilancia, Estudios de prevalencia, registro de personas con discapacidad, otros). De tal manera se contará con un pre diagnóstico cuantitativo sobre la situación de salud mental y de las personas con trastornos mentales en el municipio o localidad.

Para contar con una explicación de las causas o factores que generan la situación de salud mental identificada, así como las posibles alternativas para su abordaje por parte de los diferentes actores involucrados, es indispensable conocer la forma en que estos elaboran grupalmente su realidad y experiencia al respecto, desde su contexto cultural y social, desde su propia vivencia y con sus propios recursos. Para facilitar esto se propone la siguiente metodología:

- **Fase 1: Sensibilización** (160 minutos)
- **Fase 2: Grupos Focales** (160 minutos)
- **Fase 3. Mesa de trabajo.** (160 minutos)
- **Se recomienda disponer de dos días para este trabajo.** Teniendo en cuenta que se trabaja tres horas en la mañana con un receso de 20 minutos en la mitad de la jornada, se calculan dos horas para el almuerzo y tres horas de trabajo en la tarde con un receso de 20 minutos en la mitad de la jornada.
- **Número de participantes:** Mínimo 36 y máximo 48 personas, incluyendo personas con trastornos mentales, familias, comunidad de referencia, instituciones locales y otras organizaciones vinculadas, dependiendo de los grupos de riesgo identificados.

FASE 1: SENSIBILIZACIÓN

Objetivo

Propiciar en cada participante la toma de conciencia (el darse cuenta) sobre la importancia de generar procesos de rehabilitación integral e inclusión social para las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores, así como la identificación de su rol como actor social frente al proceso.

Actividades

1. **Instalación:** Presentación y contexto de la sesión, por parte de la persona responsable de coordinar la estrategia de RBC en el Municipio o localidad. Participación de autoridades locales según protocolo. (10 min).
2. **Presentación de los participantes:** Comenzando por los facilitadores de la sesión, cada participante debe informar al grupo sobre su nombre, la institución, organización o grupo que representa, una información básica sobre su cargo y/o las funciones que desempeña en relación con la temática, así como sus expectativas en relación con la sesión. (15 min).
3. **Construcción conjunta del concepto de salud mental:** Propiciar una lluvia de ideas sobre el concepto haciendo una pregunta como: ¿Qué es para ustedes tener salud mental?, ¿Cómo reconocen a una persona que tiene una buena salud mental?. El facilitador escribirá y clasificará todas las ideas en un tablero o papelógrafo hasta lograr una construcción del concepto por parte del grupo. De igual manera buscar que esto derive en un posterior concepto general de trastorno mental. El facilitador puede

- cerrar esta actividad explicando la diferencia entre enfermedad, trastorno, problema y evento en salud mental. (30 min).
4. **Construcción conjunta del concepto de discapacidad psicosocial:** manteniendo el diálogo con los participantes, el facilitador define los componentes de la discapacidad y la forma como interactúan (deficiencia y barreras del entorno, rehabilitación integral e inclusión social). Es importante propiciar la participación activa de los presentes en esta definición a partir de diferentes ejemplos y puede incluirse una presentación que facilite esto (30 min).
 5. **Compartir Experiencias:** Utilizar un video o testimonios reales de personas con trastornos mentales, familiares o cuidadores del municipio o localidad. También se puede motivar a los participantes para que compartan sus propias experiencias como institución, organización o situaciones que conozcan. Dependiendo de la dinámica del grupo, se puede permitir que estas experiencias se compartan durante las actividades anteriores, pero teniendo en cuenta los tiempos (20 min).
 6. **Identificación de roles:** Presentar en una cartelera o pantalla la caracterización de los actores convocados. Entregar fotocopias de la misma para cada participante con el propósito de que la complementen a la luz de lo discutido durante la sesión. Socializar en plenaria los ajustes y complementos para que sean registrados a la vista de todos en la cartelera o pantalla. (30 min)
 7. **Conclusiones:** En una sola frase, cada participante hace una conclusión de la sesión y del alcance de su participación en la rehabilitación integral y la inclusión social de las personas con problemas, trastornos mentales sus familias y cuidadores. (20 min)

8. **Cierre:** El facilitador hace el cierre resaltando la necesidad de trabajar conjuntamente y hace una introducción a la forma de lograrlo a través de la Estrategia de RBC en salud mental. Para finalizar hace una explicación de lo que será la siguiente fase. (5 min)

FASE 2: GRUPOS FOCALES / ANÁLISIS DE LOS RIESGOS

Se proponen 3 grupos focales hasta con 12 participantes cada uno. Se espera que sean los mismos participantes de la sesión de sensibilización. Los factores que unifican los grupos son:

1. Personas con trastornos y problemas mentales, familias y cuidadores. (grupos de riesgo identificados).
2. Representantes de las Instituciones locales (involucrados según el perfil de riesgo del municipio).
3. Líderes representantes de otras organizaciones sociales y comunidad de referencia (según el perfil y los grupos de riesgo identificados)

OBJETIVO

Realizar el análisis de los riesgos en salud mental previamente identificados en el municipio, con los actores involucrados, partiendo de sus representaciones e imaginarios sociales para facilitar el reconocimiento y la apropiación de los mismos, así como la definición de los cursos de acción frente a los mismos.

DESARROLLO

A continuación se presenta una metodología que integra los tres grupos focales de manera simultánea, lo cual implica la presencia de tres facilitadores, sin embargo para reducir costos se pueden realizar los tres grupos focales en momentos o sesiones diferentes con el mismo facilitador y programar una siguiente sesión plenaria para integrar toda la información.

#	Etapas	Descripción	Duración	Rol Facilitador	Rol Participantes	Reacción esperada	Ayudas
1	Introducción	Breve resumen de la sesión de sensibilización (Riesgos en salud mental identificados y roles de los actores en la gestión de los mismos). Contextualizar a los invitados en relación con el análisis de riesgos que se espera obtener del taller.	10 minutos	Presentación personal. Retroalimentación sobre la sesión anterior y contextualización del trabajo a realizar.	Diligenciar Planilla de Asistencia.	Atención plena e interés de los participantes en el trabajo a realizar	Video Bin o Cartelera. Registro en Audio/video
2	Presentación de los participantes	Los asistentes se presentan con su nombre, institución, organización o grupo al que representan. Indicando su rol dentro del proceso de gestión de los riesgos identificados según los resultados de la sesión de sensibilización.	20 minutos	Identificación y dibujo de la ubicación o posiciones de los participantes.	Presentación personal	Identificación de los participantes, su rol e interés en el proceso a desarrollar	Registro en Audio/video
3	Introducción al análisis de riesgos en salud mental	Utilizando la construcción conjunta del concepto de riesgo en salud mental y sus componentes, el facilitador explica la forma en que se hará el análisis de los mismos durante la presente sesión. Se entrega a cada participante el "esquema de riesgo" para facilitar su comprensión	20 minutos	Mostrar conocimiento amplio del tema y de la forma como la comunidad lo percibe	Atención y preguntas	Retroalimentación y preguntas hasta alcanzar la plena comprensión del tema	Resultados de la sesión de sensibilización Registro Audio/video
4	Primer Bloque de preguntas. En este caso acompañado del "esquema de riesgo" para facilitar el análisis	1. Cuáles son las vulnerabilidades comunes a los miembros de los grupos de riesgo identificados (susceptibilidad y capacidad de respuesta)? 2. Cuáles son las exposiciones comunes en los integrantes de los grupos de riesgo identificados? 3. Cuáles factores del contexto son comunes en estos grupos de riesgo?	30 minutos	Realizar preguntas abiertas a los asistentes y motivarlos a responder Ayudar a Concluir.	Respuesta pública y aporte a respuesta de otros.	Interacción.	Preguntas en Video bin o cartelera. Registro Audio/video
5	División en grupos	Se dividen los tres grupos, cada uno en dos partes iguales.	5 minutos	Seleccionar las personas para cada grupo.	Identificarse en un grupo específico.	Identificación como pares.	Registro Audio/video
6	Preparación para el Debate cruzado	Los miembros de cada grupo identifican los acuerdos y desacuerdos frente a las vulnerabilidades, capacidades de respuesta y amenazas planteadas.	10 minutos	Apoyar la discusión en los grupos. Debe haber un facilitador por	Interactuar con el propio grupo.	Identificación de aspectos para el debate.	Registro Audio/video

				cada grupo focal.			
7	Preguntas debate	1. Qué intervenciones se deben realizar para reducir las amenazas? 2. Qué intervenciones se deben realizar para reducir la vulnerabilidad? 3. Qué intervenciones se deben realizar para aumentar la capacidad de respuesta?	30 minutos	Moderar el debate entre los dos grupos	Resolver la pregunta y exponer.	Generar debate	Registro Audio/video
8	Retroalimentación y acuerdos	El facilitador, que ha registrado, organizado y concretado lo discutido por los participantes. Hace una retroalimentación y propicia los acuerdos sobre los temas tratados.	20 minutos	Retroalimentación y propicia acuerdos. Se debe contar con un apoyo que vaya sistematizando esta información en tiempo real	Concretar ideas	Llegar a acuerdos sobre los temas tratados	Retroalimentación e ideas centrales en video bin o cartelera Registro Audio/video
9	Evaluación de la actividad	El facilitador, abre un espacio para que los participantes evalúen la sesión y agreguen comentarios.	10 minutos	Abrir el espacio de evaluación.	Expresar cualquier inquietud o comentario final.	Identificar temáticas inconclusas.	Registro Audio/video
10	Cierre	Agradecimientos e introducción de la siguiente fase	5 minutos	Agradecimiento por la participación	Agradecimiento	Generar confianza.	Incentivo. Refrigerio.
		Total	160 minutos.				

FASE 3: MESAS DE TRABAJO Y ACUERDOS: PLAN DE ACCIÓN CONJUNTO

OBJETIVO

Concretar un plan de acción conjunto, entre los actores involucrados, para la rehabilitación integral de las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores, así como generar con ellos procesos de inclusión social.

DESARROLLO

Se dividen los participantes en mesas de trabajo con igual número de personas asegurándose de que cada mesa cuente con representación proporcional de los tres grupos focales.

Con base en los resultados de las dos fases anteriores (sistematizados en tiempo real), los cuales serán entregados en fotocopias a cada participante, cada mesa de trabajo deberá diligenciar la siguiente matriz.

FRENTE A LAS NECESIDADES DE REHABILITACIÓN INTEGRAL E INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES SUS FAMILIAS Y CUIDADORES (Esto habrá sido definido en el análisis de necesidades en los grupos focales. Será como la definición del problema)					
¿Qué vamos a hacer?	¿Cómo lo vamos a hacer?	¿Con qué lo vamos a hacer?	¿Cuándo lo vamos a hacer?	¿Quiénes lo vamos a hacer?	Cómo vamos a evaluar los resultados de lo que hagamos?

En plenaria cada mesa de trabajo presenta los resultados de su matriz

El facilitador deberá sistematizar la información en tiempo real para presentar y discutir en plenaria con los participantes un posible plan de acción de RBC en Salud Mental.