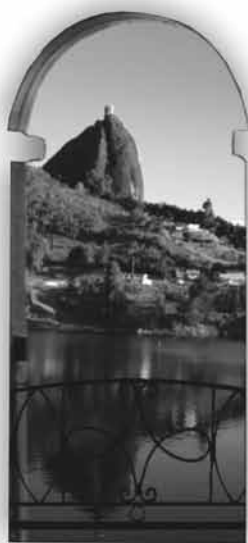




HACIA UNA PROPUESTA DE
INTERVENCIÓN INTEGRAL EN
salud mental
PARA LAS POBLACIONES DE ANTIOQUIA



DR. LUIS ALFREDO RAMOS BOTERO

Gobernador de Antioquia

DR. CARLOS MARIO RIVERA ESCOBAR

Director Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

DR. HÉCTOR MANUEL QUIRÓS ARANGO

Director de Atención a las Personas

DORA MARÍA GÓMEZ GÓMEZ

Profesional Universitaria Líder Proyectos Salud Mental

**DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN
SOCIAL DE ANTIOQUIA**



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Antioquia para todos.
¡manos a la obra!



DIRECCION SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACION DE ANTIOQUIA

Elaborado por:

Comité Técnico Salud Mental

Marina Hincapié Rivera
Cristóbal Ovidido Muñoz
Claudia Rodríguez Torres
Clara Olga Espinosa Correa
Paula Andrea González Vega
Gloria Cecilia Cardona Ríos
Ángela Patricia Rodríguez Betancur
María Claudia Gutiérrez Paris
Isabel Cristina Camacho Lotero
Aura Ruiz Granada
Lionor Marina Restrepo Cadavid

Diseño y Diagramación:

Albeiro Ospina Patiño
Isabel González Vega

Primera edición: Octubre 2010
Impreso y hecho en Medellín, Colombia
Para efectos educativos se autoriza la reproducción
parcial o total del material previa consulta y
autorización escrita de los editores.

Esta publicación se realizó en los marcos
de los Contratos Interadministrativos
2010SS160293 DSSA - ESE CARISMA
2010SS160292 DSSA-ESE HOMO

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	6
A PROPÓSITO DE UN CONTEXTO	9
LOS SENTIDOS DE ESTA PROPUESTA	14
A QUIENES SE DIRIGE ESTA PROPUESTA	16
1. PLATAFORMA NORMATIVA	18
2. PLATAFORMA CONCEPTUAL	42
2.1 Salud mental, la construcción de un concepto	43
2.2 Reflexiones en el contexto nacional en torno al concepto de salud mental	48
2.3 La Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y la construcción de un enfoque particular para comprender y abordar la salud mental	52
2.3.1 Primera categoría: Prácticas relacionales	52
2.3.2 Segunda categoría: Desarrollo humano	54
2.3.3 Tercera categoría: Trato digno	59
2.4 Práctica relacional, desarrollo humano, trato digno y la salud mental como proceso en construcción	61
3. PLATAFORMA METODOLÓGICA	66
3.1 FASE 1: LA COMPRESIÓN	69
3.1.1. LOS ENFOQUES	69
3.1.2 LAS ESTRATEGIAS	76
3.1.3. LOS PRINCIPIOS PEDAGÓGICOS	79
3.1.4. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	83
3.2 FASE 2: LA INTERVENCIÓN	87
3.2.1. MOMENTOS O NIVELES DE ACERCAMIENTO A LOS TERRITORIOS	87
3.2.2. LOS DISPOSITIVOS	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98



presentación

“Que no sean los conceptos los que convoquen a la realidad, sino la realidad la que busque a los conceptos; que no sean las teorías las que definan los problemas de nuestra situación, sino que sean esos problemas los que reclamen y, por así decirlo, elijan su propia teorización.” (Martín Baró.1998)

La reflexividad continua sobre los procesos de intervención se constituye en una tarea impostergable para quienes trabajan sobre el desarrollo humano y social. La Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (DSSA) consciente de esta responsabilidad presenta el Módulo introductorio “Hacia una propuesta de Intervención Integral en Salud Mental para las poblaciones de Antioquia”.

Producto del esfuerzo académico que durante varios años ha primado en la DSSA, este módulo constituye un momento de síntesis con el que se pretende dar a conocer las reflexiones y posturas políticas que han llevado a configurar el campo de intervención sobre la salud mental, asumiendo la responsabilidad de abrir espacios para la interlocución con otros actores y escenarios ocupados del tema.

En su estructura pedagógica el módulo está compuesto por tres plataformas; normativa, conceptual y metodológica, que se articulan a modo de tres aristas que poseen el mismo lugar de importancia y cuya interacción permite complejizar los modos en que es abordada la salud mental en el Departamento. Por lo que vale la pena aclarar que el término de plataforma se usa aquí en la acepción que hace referencia al conjunto de exigencias que presenta un grupo profesional para realizar y dar sentido a sus acciones.

Con la plataforma normativa se presentan las directrices jurídicas que emanan de los escenarios nacional y departamental para la comprensión y promoción de la salud mental. A modo de lógica inductiva se van presentando las exigencias que estos conllevan para configurar las lógicas de funcionamiento desde las cuales se justifican, diseñan y ejecutan los proyectos formulados para las intervenciones en Salud Mental en la DSSA.

La plataforma conceptual demuestra las continuas reflexiones que se han construido sobre la salud mental alertando sobre las complejidades que conlleva abordar el tema, trascendiendo explicaciones unicasales e individualistas y llevando la reflexión al plano de lo psicosocial, presentando desde éste las articulaciones teóricas que han logrado dar sentido a un enfoque propio y particular para comprender e intervenir la salud mental.

Por último, la plataforma metodológica aparece como la cristalización del quehacer, su estructura va más allá de la simple descripción de dispositivos al develar cada una de las condiciones necesarias para que puedan ser implementados. La pregunta por el cómo no se responde con el diligenciamiento de instrumentos; porque aunque necesarios, primero deben ser adecuados y contextualizados con el fin de que puedan responder a lo que se espera de ellos. Esta actitud se convierte en una premisa que denota la responsabilidad que implica todo proceso de

intervención humana y social.

Es importante recalcar que las tres plataformas si bien aparecen como separadas, operan como una estructura en continua interacción que a modo de nicho permite la emergencia de las comprensiones con las que se construye el campo de la salud mental; desconocer esta interacción no solo obtura los alcances de las intervenciones sino que va en detrimento de la particularidad con la que se ha querido abordar el tema desde el Departamento.

Con el fin de fortalecer estas comprensiones ésta propuesta será acompañada paulatinamente de una caja de herramientas producto de construcciones propias y revisiones documentales que amplían y profundizan las plataformas normativa, conceptual y metodológica.

Por lo tanto, la invitación es a desarrollar una lectura detallada que permita que el módulo que aquí se presenta cumpla su principal objetivo: aproximarse al enfoque de salud mental que desde la DSSA se viene construyendo, con el fin de que se conozca y entienda la complejidad que este conlleva, pues solo así podrá dar sentido a las acciones que se han venido realizando y se realizarán.

Finalmente es imperativo recordar que lo presentado es producto en construcción; es claro que todas aquellas personas e instituciones que trabajan por la salud mental tienen algo que decir; este escrito es un pretexto para dinamizar esas voces y reiterar el compromiso de la DSSA para escucharlas y construir espacios de interlocución.

a propósito de un contexto

en el texto Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. Informe Sobre la Salud en el Mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001), se estima que unos 450 millones de personas sufren trastornos mentales, neurológicos o problemas psicosociales como los relacionados con el abuso de alcohol y drogas. También señala que una persona de cada cuatro se verá afectada por un trastorno mental en algún momento de su vida. De acuerdo con estos datos, el informe señala que la depresión grave se sitúa ya en el cuarto lugar entre las 10 causas principales de la carga mundial de morbilidad y, si las previsiones son correctas, en los próximos 20 años llegará a ocupar el segundo lugar. Setenta millones de personas sufren dependencia del alcohol; entre 10 y 20 millones de personas intentan suicidarse cada año, y un millón de ellas, con frecuencia muy jóvenes, lo consiguen.

El informe es contundente al concluir que aunque la salud mental ha sido ignorada durante mucho tiempo como aspecto importante de la salud y el desarrollo, hoy debe ser considerada universalmente desde una nueva perspectiva dada su importancia para el bienestar general de los

individuos, sociedades y países (OMS, 2001).

En otro texto de la OMS (2008), titulado Informe sobre la Salud Mental en el Mundo 2008. La Atención Primaria de Salud: Más Necesaria que Nunca, se plantea que:

La globalización está afectando la cohesión social de muchos países, y no cabe duda de que los sistemas de salud, elementos fundamentales de la estructura de las sociedades contemporáneas, no están funcionando tan bien como podrían y deberían. La gente está cada vez más descontenta frente a la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga la demanda y las nuevas necesidades y también ante el hecho de que los servicios prestados no son acordes con sus expectativas. Es difícilmente rebatible que los sistemas de salud tienen que responder mejor y con mayor rapidez a los desafíos de un mundo en transformación. Y la estrategia de atención primaria de salud, puede afrontar esos desafíos.

De este modo la OMS hace énfasis en cómo el funcionamiento de los sistemas de salud y su capacidad de respuesta pueden empeorar la situación de salud mental de los individuos y las poblaciones puesto que en muchos casos, las personas con una enfermedad mental la viven en silencio, en soledad y con poco o ningún tratamiento de apoyo, debido a las barreras de acceso de los sistemas de salud y en muchos casos a los prejuicios que generan exclusión.

En Colombia la situación es similar. El Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM) de 2003, muestra que el 40% de la población colombiana presenta en algún momento de su vida un trastorno mental y de ésta sólo el 8% busca tratamiento en el primer año de aparición de los síntomas; los trastornos mentales en Colombia, inician a edades tempranas, refiriendo una mayor exposición a factores psicosociales desencadenantes y sugiriendo que muchas personas los padecen la mayor parte de su vida. Los datos arrojan la conclusión de que en Colombia: “se evidencia la necesidad de incrementar los esfuerzos orientados a hacer más disponibles los recursos y acercar a la población a ellos” (Ministerio de la Protección Social [MPS], 2005).

El estudio encontró que dentro de la población entre los 18–65 años de edad, 2 de cada 5 colombianos presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en su vida, 3 de cada 20 los presentaron en los últimos doce meses y 1 de cada 14 en los últimos 30 días, siendo el momento más frecuente de aparición de los mismos durante la etapa de los 14 a los 27 años de edad. De estas personas que padecieron un trastorno mental sólo 1 de cada 10 recibió atención psiquiátrica; los diagnósticos más frecuentes fueron el grupo de los trastornos de ansiedad con un 19,3%, el grupo de los trastornos del estado del ánimo con un 15% y los de abuso de sustancias con un 10,6% (MPS, 2005). Es necesario tener en cuenta que la encuesta solo se realizó en áreas urbanas y no incluyó la muestra de instituciones.

El ENSM no incluyó población de niños, niñas y adolescentes, sin embargo, en una investigación realizada sobre salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe, se encontró que entre el 11 y el 33% de jóvenes de la Región refiere tener algún problema de salud mental, especificando que los síntomas depresivos y las conductas suicidas eran los más frecuentes (Maddaleno M., Morello P. & Infante-Espínola F., 2003).

En Antioquia, según los datos extractados de los Registros Individuales

de Prestación de Servicios, RIPS, en 2007 se presentaron en todo el Departamento 128.969 consultas referentes a Trastorno Mental y/o del Comportamiento. Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Antioquia -SIVIGILA en 2008 se notificaron 330 suicidios y 2.409 casos de Violencia Intrafamiliar. Igualmente, el Estudio de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Jóvenes Escolarizados del Departamento de Antioquia, Investigación comparativa 2003-2007, demostró que la edad de inicio de consumo de cigarrillo está en un promedio de 12,6 años de edad, la prevalencia del consumo de alcohol está en un 60% y la prevalencia de consumo de marihuana está en un 6.1% (Gobernación de Antioquia; DSSA; Comité Departamental de Prevención en Drogas de Antioquia; ESE Carisma, 2008).

En el “Estudio Nacional de Hogares” (MPS & DNE, 2009) que se realizó a finales del año 2008, se evidenció que Antioquia ocupa el primer lugar en consumo de drogas en el país.

Otro de los aspectos a considerar en relación con la situación de salud mental tiene que ver con una realidad cargada de violencias, como el conflicto armado, el desplazamiento, las víctimas de minas antipersonal, los secuestros y las extorsiones, los altos índices de pobreza y desempleo.

En el tema de minas antipersonal, el Sistema de Información Integral para la Atención contra Minas Antipersonal (IMSMA) a julio de 2010 reporta que Antioquia tiene el mayor reporte de víctimas (20%) en relación con los demás departamentos, de igual manera presenta los índices más altos en cuanto a eventos, incidentes y accidentes de minas en el tiempo comprendido entre el año 1990 y 2010.

Además de estas estadísticas que permiten tener una visión general

de la situación de salud mental, se encuentra que las relaciones familiares y las interacciones que se dan en los escenarios escolar y social, consolidan prácticas relacionales y estilos de vida que desde diversas miradas se han considerado como un factor de riesgo, estos producen perplejidad, incertidumbre y desorientación entre las personas y grupos implicados, dando lugar a relaciones de poder que estimulan la dominación y no la construcción de libertades desde el reconocimiento de los derechos y el trato digno.

Así mismo, se cuenta con dificultades en el sistema educativo en cuanto a calidad, cobertura y deserción escolar; en el sistema de salud se presenta desnutrición en población infantil y adulta mayor y desigualdades en cuanto a la cobertura del Régimen de Seguridad Social, con los problemas de calidad que este sector enfrenta; además la poca capacidad de respuesta local e institucional para coordinar y articular acciones que contribuyan a trabajar los riesgos con poblaciones vulnerables y vulneradas. Todas estas son situaciones que arriesgan la sostenibilidad de proyectos jurídicos y políticas sociales a favor de la salud mental.

los sentidos de esta propuesta

La propuesta de Intervención Integral en Salud mental para las poblaciones de Antioquia surge como una respuesta para abordar integralmente la salud mental en el Departamento, en consonancia con las directrices de la Ley 715 de 2001, de la Ley 1122 de 2007, del Decreto 3039 del mismo año y de la Resolución 425 de 2008 del Ministerio de la Protección Social. Se pretende que este módulo llegue a las entidades y al personal que labora en los diferentes sectores, para que las comunidades de los 125 municipios del Departamento, trabajen para cumplir una misma meta: mejorar las condiciones de salud mental de las personas y disminuir las consecuencias sociales e individuales asociadas a las problemáticas de la salud mental

Desde la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y su Dirección de Atención a las Personas, se considera que para la intervención integral en salud mental es necesaria la implementación de procesos, en los que la expresión de los sentires y la construcción de los sentidos, posibiliten acciones para encontrar mecanismos

que promuevan el trato digno en los espacios familiares, educativos, institucionales y comunitarios, donde cada ser humano sea reconocido como sujeto único, particular y de derechos, capaz de vivir en comunidad, soportar las diferencias, compartir las semejanzas, ejercer sus derechos y cumplir sus deberes en salud mental.

a quienes se dirige esta propuesta

La propuesta está dirigida a diferentes actores políticos e institucionales, que tienen incidencia en el mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de la salud mental, para que se prioricen la inversión y los recursos y se instalen los dispositivos para el cuidado de la misma, respondiendo a las necesidades de la comunidad.

También se quiere que los grupos de trabajo del orden departamental y municipal que desarrollan acciones en el componente de Salud Mental, cuenten con una carta de navegación que desde la perspectiva psicosocial oriente las acciones para promover la salud mental y prevenir e intervenir sus afectaciones.

La propuesta tiene prevista la elaboración progresiva de los recursos técnicos para desarrollar los dispositivos sugeridos, los cuales irán nutriendo una caja de herramientas que permita llevar a la comunidad, a los grupos organizados, a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, padres, madres, personas cuidadoras, parejas y adultos mayores, alternativas básicas para promover la salud mental, detectar, prevenir y encontrar ayuda frente a las dificultades que las prácticas relacionales les plantean y a resolver o mitigar las diferentes problemáticas en salud mental.



1. plataforma normativa



La Intervención integral en salud mental para el Departamento de Antioquia se fundamenta en la adopción y adaptación de las directrices del MPS dispuestas en un amplio abanico de referentes normativos que orientan y permiten realizar acciones que redundan en beneficio de la salud mental de las poblaciones del Departamento, meta con la cual Antioquia está comprometida.

En el país, desde la Constitución Política de 1991 se reconoce un importante número de disposiciones relacionadas con los derechos en Salud, entre ellas el artículo 49 el cual garantiza a las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Precizando que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. En el campo de la salud mental el MPS viene impulsando la consolidación de una Política que busca transformar la concepción tradicional sobre la Salud mental basada en la Atención Primaria en Salud.

En el año 1993 con la Ley 100 se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, Sistema que define “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de los que disponen las personas y las comunidades para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollan para proporcionar la cobertura integral de las contingencias (...), con el fin de lograr el bienestar

individual y la integración de la comunidad”.

Para el año 2007 la Ley 1122 por la cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), establece en su capítulo VI que “la salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país”.

Esta Ley establece en su artículo 33 que es responsabilidad del Gobierno Nacional definir el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), cuyo objetivo es la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludable; específicamente la ley señala que el PNSP debe incluir acciones de promoción de la salud mental y de prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción, el suicidio y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia.

En respuesta a los lineamientos de esta Ley y mediante el Decreto 3039 de 2007 se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, el cual tiene como propósito mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el territorio Colombiano, promoviendo estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud y recuperando o minimizando el daño. (MPS 2007). Este decreto definió diez prioridades nacionales en salud, entre las cuales se encuentra la salud mental y las lesiones violentas evitables como la prioridad número cuatro.

Los gráficos que se presentan a continuación, resumen las estrategias propuestas para salud mental en las líneas del Plan Nacional de Salud Pública 1, 2 y 4:



Gráfico1. Estrategias Operativas en salud mental para la línea 1 propuestas por el Decreto 3039

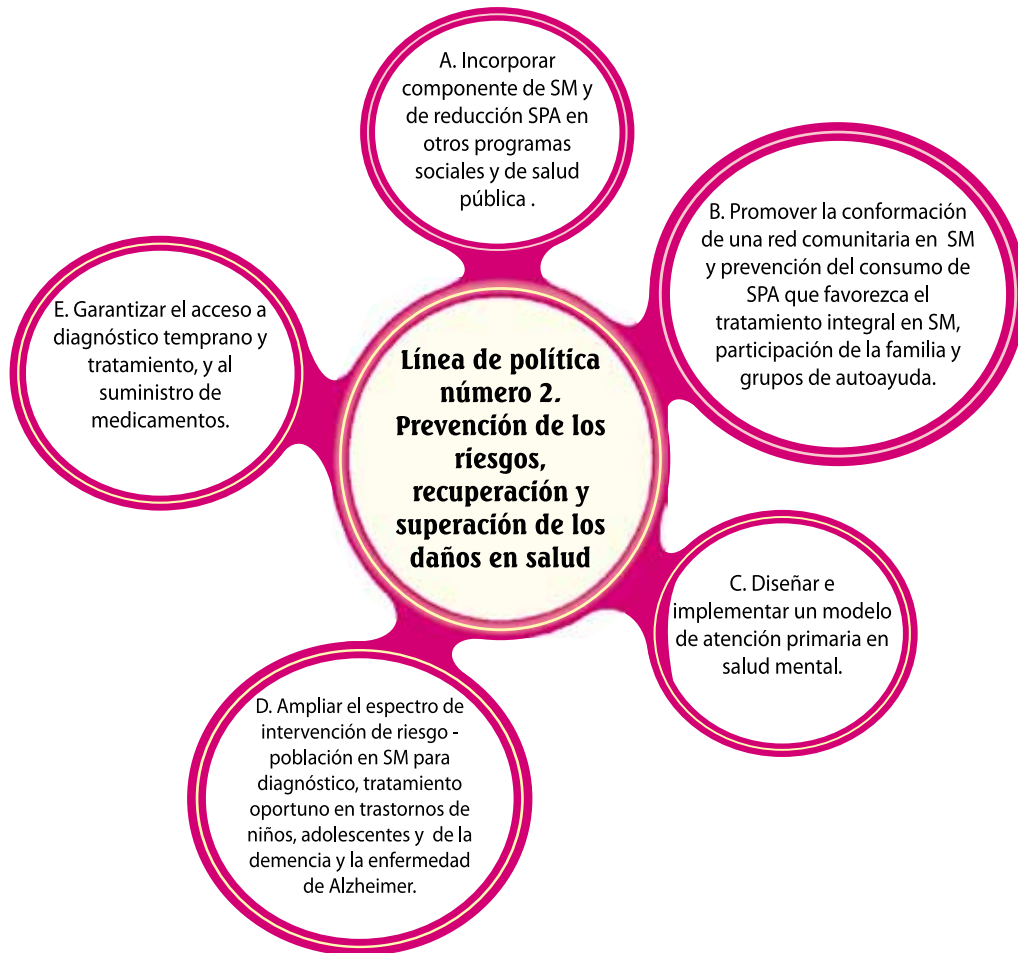


Gráfico 2. Estrategias Operativas en salud mental para la Línea 2 propuesta por el Decreto 3039



Gráfico3. Estrategias Operativas en salud mental para la Línea 4 propuesta por el Decreto 3039

El Decreto 3039 le exigió a los territorios formular un Plan de Salud Territorial que comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) del régimen contributivo y subsidiado. En relación con estos planes territoriales de salud, la Resolución 425 de 2008 definió la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control. El Plan de Salud Territorial tiene como propósito fundamental el mejoramiento del estado de salud de la población de los departamentos, distritos y municipios, para lograr en el mediano y largo plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, como también disminuir las inequidades territoriales en salud (MPS, 2008).

El Plan de Salud Territorial se rige por los enfoques y principios previstos en el Plan Nacional de Salud Pública y está conformado por ejes programáticos en los cuales se integran asuntos de salud mental: 1. Aseguramiento, 2. Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud, 3. Salud Pública, 4. Promoción Social, 5. Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales y 6. Emergencias y Desastres. Tanto la Ley 1122, como el Decreto 3039 de 2007 y la Resolución 425 de 2008 brindan las directrices para la inclusión de la salud mental como una de las prioridades a intervenir en salud pública, directrices asumidas por el Departamento desde la DSSA en la formulación de los proyectos de salud mental.

A continuación se presenta un cuadro resumen al respecto:

Ley 1122/ 2007

Establece que es responsabilidad del Gobierno Nacional definir el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) cada cuatro años. El objetivo que este plan debe perseguir es la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables; específicamente la ley señala que el PNSP debe incluir acciones de promoción de la salud mental y de prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción, el suicidio y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia.

Decreto 3039/2007

Plan Nacional de Salud Pública-2007-2010 Objetivo 4. Mejorar la salud mental. Meta: Adaptar y adoptar los Planes Territoriales a las Políticas Nacionales de Salud mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto en un 100% en las entidades territoriales.

Resolución 425/ 2008

Define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas a cargo de las entidades Territoriales. Concibe acciones de promoción y prevención de salud mental.

Gráfico 4. Normativas Nacionales para ejecución de acciones de salud mental desde la salud pública.

Cómo se operativiza en el departamento de Antioquia la Política Pública

El Plan de Desarrollo “Antioquia para todos ¡Manos a la Obra! 2008 - 2011”, en la Línea 2. Desarrollo Social, cuyo objetivo es “Contribuir a mejorar las condiciones de salud y de desarrollo humano integral de la población antioqueña”, incluye entre sus prioridades las intervenciones para salud mental en los 125 municipios del Departamento con el propósito de “Mejorar la salud mental de la población Antioqueña” y define los siguientes objetivos específicos:

1. **Disponer de una mejor oferta de servicios en salud mental –SM–**
2. **Promover la demanda de servicios de SM**
3. **Aumentar el acceso a los servicios de SM**
4. **Fomentar ambientes protectores de la SM**
5. **Prevenir los factores de riesgo para las problemáticas de SM**
6. **Abogar por la participación comunitaria y el trabajo en Red por la SM**
7. **Disponer de información periódica, estandarizada y de calidad en Trastorno Mental y del Comportamiento, Suicidio e Intento de Suicidio, Consumo de Sustancias Psicoactivas, Violencia Intrafamiliar y Lesiones Violentas Evitables, Intervención Psicosocial a la Población Víctima del Desplazamiento, Accidentes por MAP, MUSE, AEI.**
8. **Articulación con las diferentes estrategias propuestas en el Departamento para salud pública en especial con “Atención Primaria de Salud”.**

Para lograr el cumplimiento de los objetivos para salud pública el Plan de Desarrollo se propuso priorizar las intervenciones sobre los entornos psicosociales que promuevan la búsqueda de estilos y comportamientos de vida saludables, el mejoramiento de las condiciones sanitarias y ocupacionales que afectan la salud de la población, el acceso y la calidad de los servicios de salud y el fortalecimiento de la capacidad de los actores del SGSSS para asumir las competencias. Además de que la DSSA como ente regulador desde la Gobernación tiene la misión de liderar las acciones de promoción, prevención y vigilancia en salud, atendiendo a la necesidad de unir esfuerzos para lograr impacto desde diferentes frentes y escenarios con el fin de realizar una articulación estratégica con diversas secretarías, gerencias, sectores y redes.

La DSSA, específicamente desde la Dirección de Atención a las Personas, acogándose a las normativas nacionales del Ministerio de la Protección Social en el Plan Nacional de Salud Pública y asumiendo sus competencias (Ley 715 de 2001), impulsa en los municipios la adopción, adaptación e implementación de las dos Políticas -la de Salud mental y la de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto- en los Planes Territoriales de Salud Pública y viene construyendo una propuesta de Intervención Integral en Salud Mental que llegue a las entidades de los diferentes sectores, para que las comunidades de los 125 municipios del Departamento, trabajen hacia una misma meta: mejorar las condiciones de salud mental y disminuir las consecuencias sociales e individuales asociadas a sus diferentes problemáticas.

La Intervención en salud mental en el Departamento de Antioquia, asume como eje transversal el trato digno; toma como categoría central de análisis las Prácticas Relacionales, asumiendo una perspectiva psicosocial para su abordaje. El trato digno direcciona las intervenciones hacia el reconocimiento del ser humano en su dignidad, fin esencial del desarrollo humano, posicionando la valoración de sí mismo y de sus semejantes como sujetos de derechos que promueven el ejercicio civil de estos; de otro lado, la perspectiva psicosocial direcciona la comprensión de la realidad que se asume como compleja, no lineal, en la que el sujeto es productor y producto de lo social, y donde las intervenciones que se lleven a cabo tienen la intención de promover la salud mental y encontrar vías para restablecerla en aras de contribuir al bienestar y al desarrollo humano.

Desde Salud Pública, el Departamento ha propuesto diversos programas, entre ellos se cuenta con: PROGRAMA CUIDARNOS Y PROGRAMA INTEGRAMOS LA FAMILIA CON-TRATO DIGNO. El propósito de estos es el mejoramiento de los entornos psicosociales y la búsqueda de comportamientos y estilos de vida saludables, para aportar al mejoramiento de las condiciones de salud de los antioqueños y las antioqueñas. De dichos Programas se desprenden tres Proyectos: 1) "Promoción Salud mental y Calidad de Vida", 2) "Familia Con-Trato Digno: Intervención Integral en Salud mental-Antioquia 2008-2011" y 3) Intervención Psicosocial a la Población en Situación de Desplazamiento; proyectos de gestión social coadyuvantes para el logro de los objetivos y metas del Plan de Salud Pública en el marco del Plan de Desarrollo "Antioquia para todos ¡Manos a la Obra!" y de las directrices de la Ley 1122, del Decreto 3039, de la Resolución 425 y normas afines.

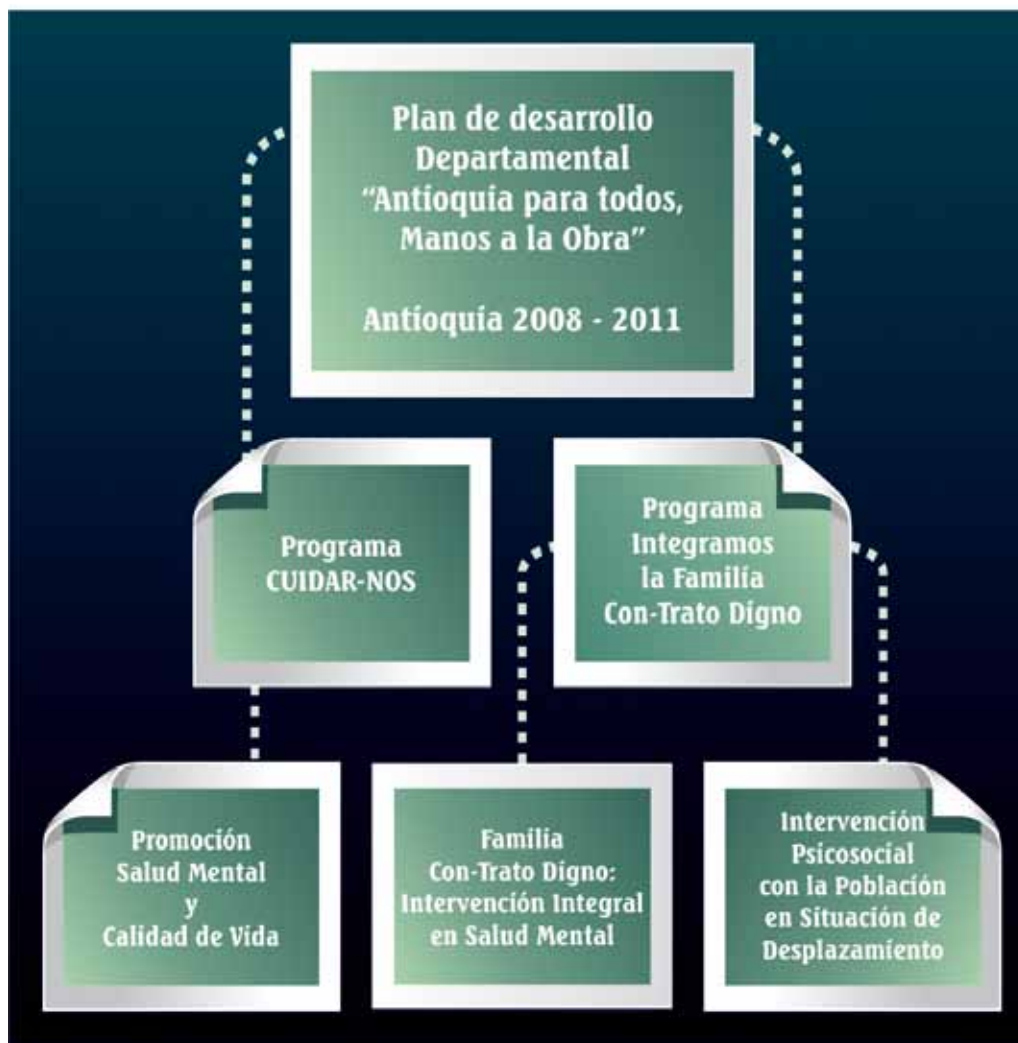


Gráfico 5. Programas y Proyectos de salud mental del Departamento de Antioquia

Para el desarrollo de estos tres proyectos se implementa la estrategia “FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA LOCAL PARA EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN SALUD MENTAL”, consistente en el mantenimiento de la Asesoría y Asistencia Técnica a los actores locales y la contratación de servicios para las intervenciones priorizadas en los proyectos, buscando en el territorio departamental y en los municipios la formulación e implementación de Planes Territoriales de Salud Mental integrados a los planes de salud pública que adopten y adapten las Políticas Nacionales de Salud Mental y de Reducción del Consumo de Psicoactivos y las directrices departamentales para que las acciones redunden en beneficio directo a la comunidad.

A continuación se presentan las líneas de intervención priorizadas en los proyectos de salud mental.



Línea para la Implementación de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas -SPA y su Impacto

La línea de Implementación de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas - SPA y su Impacto, pretende ofrecer una respuesta integrada, participativa, co-responsable, efectiva y eficaz frente al consumo de SPA, a partir de un marco común de referencia ética, filosófica, conceptual, operativa y de gestión propuesto por los lineamientos normativos nacionales y sus políticas públicas.

Esta línea tiene como propósito adelantar acciones que posibiliten la adaptación de los Planes Territoriales de Salud a la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas - SPA y su Impacto en el Departamento de Antioquia y que se concrete en acciones directas para la comunidad en los respectivos ejes que propone la Política: Prevención, Mitigación, Superación y Capacidad

de Respuesta al tema del consumo en los municipios. Se ofrece Asesoría y Asistencia Técnica para el desarrollo de las estrategias y de acuerdo con los recursos disponibles se apoyan estas intervenciones con profesionales psicosociales. Para la implementación de la Política es indispensable la articulación, coordinación y la gestión interinstitucional e intersectorial. De acuerdo con el desarrollo de la Política en el Departamento las acciones empiezan muy focalizadas hacia la prevención y la mitigación, abogando por la instalación del proceso de vigilancia epidemiológica y gestión de recursos hacia la superación y la capacidad de respuesta a la problemática.



Línea para la Prevención y Atención de Trastornos Mentales y del Comportamiento y de Conductas de Intento Suicida y Suicidio

La línea tiene como objetivo que los municipios integren el componente de Salud Mental en el primero y segundo nivel de atención, en el marco de la estrategia: Atención Primaria de Salud -APS de acuerdo con los lineamientos y disposiciones normativas de salud, salud mental y salud pública, vigentes en Colombia y Antioquia. Lo anterior con el fin de mejorar la accesibilidad, calidad de la atención y eficiencia en la prestación de Servicios de Salud a personas con problemas de Salud Mental.

“La APS es una metodología mediante la cual, la atención de salud se pone al alcance de todos los individuos y las familias de una comunidad, con su plena participación, con autorresponsabilidad y autodeterminación, utilizando elementos aceptados por ellos mismos y a un costo que puedan soportar. Es así como la APS ubica a las personas en el centro de la atención de salud, ya que son éstas, quienes determinan sus modos de vida deseables a nivel individual y lo que esperan para sus sociedades (lo que valoran).” Revista Cubana

Salud Pública.

Se considera la Atención Primaria como principal estrategia, pues tal como la plantea la OMS: está disponible, es más accesible, posibilita un prolongado y estrecho contacto con la comunidad y facilita un mejor conocimiento de la misma, lo cual permite recoger apoyo para el paciente, la familia, la comunidad y las organizaciones; está en posición de ofrecer continuidad en la atención y es a menudo la puerta de entrada a los servicios de salud. De esta manera la APS es un vehículo fundamental, que posibilita acciones que en conjunto incidan sobre la salud mental de la Población.

La APS debe tener unas características y estar fundamentada en unos pilares para constituirse como una estrategia en el desarrollo del componente de salud mental.

Las características son:

1. Debe ser asequible: por ello para implementar esta estrategia se deben definir las barreras de acceso a los servicios de salud mental e identificar los nodos críticos, así como proponer un plan de superación;
2. Debe ser integral: que cubra las necesidades de los pacientes desde la consulta hasta la rehabilitación y la reincorporación psicosocial del paciente, este componente debe ser continuo y permanente;
3. Debe estar integrada dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
4. Debe ser intersectorial;
5. Debe contar con un equipo interdisciplinario que participe en el diseño y desarrollo de la estrategia.

Los pilares son:

1. La transferencia de conocimientos para dejar capacidad instalada a nivel regional;
2. La participación de la comunidad en todo el proceso: planeación, seguimiento, evaluación e implementación;
3. La incorporación de las tecnologías populares.

En la APS, las pautas de prevención, promoción y protección deben desarrollarse teniendo en cuenta:

1. Procedimientos de baja complejidad y alta efectividad de manera tal que las personas, grupos y comunidades puedan evitar el desencadenamiento de la enfermedad mental y la desestabilización psíquica; 2. La asistencia a personas que enfermen; 3. La rehabilitación y reinserción familiar, laboral, cultural y social de los pacientes graves luego de superada la crisis o si la enfermedad ha evolucionado a un estado crónico.

El componente de salud mental en APS se fundamenta en un conjunto de decisiones políticas y técnicas que reconocen la alta participación en los índices de morbilidad de entidades patológicas sobre las cuales se ha demostrado la eficacia de las acciones de promoción de la salud y de prevención específica. También se rescata el valor clínico de acciones de bajo costo y complejidad, al alcance de las comunidades y ajustados a su cultura.

Para lograr los objetivos por medio de la Asesoría y Asistencia Técnica se busca movilizar sentimientos y emociones alrededor de la importancia de la salud mental y el papel fundamental que tiene el individuo y la familia en el proceso salud-enfermedad. Además se persigue aumentar la comprensión y capacidad de manejo de los problemas de salud mental de la comunidad.

Las acciones son diferenciadas de acuerdo con la población: Profesionales clínicos (medicina, enfermería, psicología, etc.), profesionales o técnicos del área psicosocial disponibles en el municipio (psicología, trabajo social, docentes, etc.), instituciones educativas, población en condición de desplazamiento y grupos de pacientes y familias afectadas con trastornos mentales y del comportamiento y comunidad en general.

La APS incluye acciones diferenciadas en el primero y segundo nivel de atención, de acuerdo con la perspectiva del ciclo vital:

1. Promoción y prevención: Tamizaje, detección temprana, canalización y rehabilitación comunitaria y la adecuación de servicios amigables en salud;
2. Atención urgente y continuada de manera integral a las personas con daño en la salud mental;
3. Referencia y Contrarreferencia de los pacientes remitidos a otros niveles de atención;
4. Vigilancia en Salud Pública de los eventos priorizados en salud mental: VIF/S, Suicidio, Monitoreo del Intento de Suicidio, Trastornos mentales más prevalentes, Accidentes por MAP y MUSE, en el tema de Psicoactivos y otros priorizados a nivel departamental o nacional;
5. Construcción de guías de atención integral, específicas, contextualizadas y articuladas con las diferentes acciones de salud y salud mental del país y el Departamento, desde la DSSA y el municipio.



Línea para la Promoción del Trato Digno para la Intervención Integral de las Violencias Intrafamiliar, Sexual, Abuso Sexual y Otras Lesiones Violentas Evitables

Desde esta línea de trabajo se promueven alternativas de intervención psicosocial a las diversas formas de las violencias evitables: violencia intrafamiliar-VIF, violencias sexuales - VSx, abuso sexual-AS y otras. Incluye procesos de promoción del trato digno, detección, prevención, atención con calidad y vigilancia en salud pública a estos eventos.

La Asesoría y Asistencia Técnica que realiza la DSSA, en salud mental, fomenta la sensibilización y orientación a las comunidades; la creación y consolidación de grupos psicoeducativos y de apoyo; y la actualización al personal responsable de la intervención integral de los sectores salud, protección, educación, y justicia; haciendo

especial énfasis en el conocimiento de la normatividad y los derechos de quienes han vivido algún tipo de violencias. El conocimiento y manejo de las competencias de los diferentes sectores, las rutas de intervención y notificación, y las guías de atención del Ministerio de la Protección Social, son parte de la gestión que se realiza en la vía del fortalecimiento de redes interinstitucionales y sociales de apoyo. Simultáneamente se viene desarrollando una estrategia educativo-formativa para la promoción de Prácticas Relacionales basadas en el trato digno y la intervención de aquellas prácticas que se fundan en un trato no digno.



Línea para la Intervención Psicosocial con la Población Víctima del Desplazamiento

La línea de Intervención Psicosocial a las Víctimas del Desplazamiento Forzado por la Violencia, ofrece acompañamiento y orientación integral para el logro del Goce Efectivo de sus Derechos -GED, con énfasis en salud; gestionando y promoviendo la autonomía y la reparación de esta población en el marco del Sistema de Atención Integral a la Población Desplazada -SNAIPD.

Propone además brindar Asesoría y Asistencia Técnica a las personas responsables que tienen a cargo en los municipios la interacción e intervención psicosocial con las Víctimas del Desplazamiento, en el marco de las acciones en el Plan Integral Único -PIU local y realizar acciones transversales del Plan de Intervenciones Colectivas de Salud Pública desde el componente de salud mental (con el enfoque diferencial, subdiferencial e interinstitucional-territorial), que reconozca y genere las intervenciones en salud mental, de acuerdo con las condiciones particulares de las víctimas del desplazamiento.

Se plantea además, dar acompañamiento psicosocial a las víctimas del desplazamiento forzado durante la reclamación de sus derechos a la verdad histórica y judicial; a la Justicia y a la lucha contra la impunidad; a la reparación, en términos de restitución, indemnización y rehabilitación; y a la garantías de no repetición y medidas de satisfacción.



Línea para la Educación en el Riesgo de Minas Antipersonal y Atención Biopsicosocial a Víctimas.

La educación en el riesgo consiste en procesos pedagógicos y de enlace comunitario dirigidos a la población civil buscando reducir el riesgo de los daños provocados por las minas antipersonal y otros artefactos explosivos activados por la víctima, mediante la sensibilización, la promoción de comportamientos seguros y el fomento de una cultura de gestión del riesgo; donde las comunidades vulnerables son el eje principal de las acciones que reducen la vulnerabilidad y aumentan la capacidad social como medios de fortalecimiento del tejido social.

La atención y asistencia a las víctimas directas e indirectas de minas antipersonal, munición sin explotar y artefactos explosivos improvisados; tiene como objetivo generar e impulsar alternativas para garantizar la atención física y psicológica, el acceso a indemnizaciones y ayudas humanitarias y apoyo en la inclusión social-comunitaria y socioeconómica de los sobrevivientes de accidentes con estos artefactos.



Línea para la Intervención Psicosocial para Adolescentes y Jóvenes

La línea de juventud, asume el grupo de jóvenes y adolescentes, como seres en permanente desarrollo y transformación. Sujetos de derechos, capaces de asumir su vida desde la autonomía con anhelos de construir una vida lo más justa, tranquila y libre que sea posible.

Más del 30% de la población colombiana está representada por adolescentes y jóvenes entre 10 y 29 años de edad, que necesitan unas condiciones adecuadas para desarrollar su potencial físico, intelectual, espiritual, emocional, social y artístico; condiciones que se deben ofrecer desde la esfera biológica, psicológica, socioeconómica y cultural, dentro de una perspectiva de género y de equidad.

Para el logro de las metas de desarrollo del Milenio, el tema de juventud se relaciona directa e indirectamente con los 8 primeros objetivos. Desde los servicios de salud se puede influir y ayudar a adolescentes y jóvenes a protegerse y mejorar su salud actual, a comprender su sexualidad y sus necesidades de salud reproductiva, a responsabilizarse activamente y tomar decisiones informadas, basadas en orientaciones claras y oportunas. Este “poder influir” es una responsabilidad social de la institución de salud.

Esta línea de trabajo en los proyectos de salud mental se crea con el fin de vincular al grupo poblacional de adolescentes y jóvenes como sujetos activos en los procesos de intervención, tanto desde la promoción de la salud mental, como desde la identificación y prevención de los diferentes riesgos que la afectan. De igual forma pretende empoderar a este grupo poblacional para generar procesos de abogacía para la consolidación de unos servicios amigables que permitan una atención diferencial. Así mismo busca promover la formación y/o consolidación de redes sociales de apoyo que le aporten al desarrollo humano en estas etapas de la vida.

El objetivo general de esta línea es promover la vinculación y participación de adolescentes y jóvenes, en redes y servicios sociales y/o institucionales que favorezcan la prevención de problemáticas de salud mental en esta etapa evolutiva y la promoción de estilos de vida saludable.

Los objetivos específicos son:

- Sensibilizar a las instituciones del sector educativo, salud y protección, para brindar una atención diferencial en salud mental a la población adolescente y joven del departamento de Antioquia.
- Promover la movilización social para posicionar los temas relacionados con la salud mental de los adolescentes y jóvenes.
- Implementar acciones que permitan a jóvenes y adolescentes desarrollar y/o fortalecer factores protectores para enfrentar situaciones de riesgo para su salud mental, a través de estrategias psico-educativas, pedagógicas y metodológicas.
- Ofrecer Asesoría y Asistencia Técnica para que en los municipios se adelanten acciones que favorezcan la salud mental de adolescentes y jóvenes.
- Impulsar la articulación, coordinación y gestión interinstitucional e intersectorial para promover y apoyar estrategias en beneficio de la salud mental de jóvenes y adolescentes.



Línea para la Vigilancia Epidemiológica de los Eventos Relevantes en Salud Mental

La Vigilancia en Salud Pública es una función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud,

consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud (en este caso para los eventos de salud mental), para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública; según lo descrito en el decreto 3518 de 2006.

La DSSA se ha dado a la tarea de implementar en salud mental, la vigilancia epidemiológica de los siguientes eventos: abuso sexual, violencia sexual, violencia física, violencia psicológica, abandono, negligencia, suicidio, intento de suicidio, accidentes por MAP y MUSE y eventos por intoxicación por sustancias psicoactivas.



Línea para la Promoción de la Salud Mental con Comunidades Étnicas.

Atendiendo las directrices actuales del desarrollo del país y del Departamento, se hace prioritario para la DSSA y los entes gubernamentales ampliar de manera integral los planes de beneficios a las diferentes comunidades que los habitan e ir cerrando la brecha de la exclusión de algunas de orden minoritario (indígenas y afrodescendientes) y con características diferenciales por todo el entramado cultural y social en el que se desenvuelven. Por tanto al interior de los proyectos de salud mental, se está gestando una estrategia que permita el reconocimiento de las Prácticas Relacionales y su impacto en la salud mental de los diferentes grupos poblacionales: niños, niñas, mujeres, jóvenes, adolescentes y personas adultas mayores, sin descuidar al grupo de hombres en edad adulta, en la vía de encontrar las alternativas para fomentar prácticas basadas en un trato digno y para intervenir aquellas fundadas en un trato no digno.

Es reconocido que las comunidades indígenas son altamente sensibles a la afectación por los problemas sociales y medioambientales, la salud mental de sus poblaciones al igual que en otras comunidades étnicas no ha sido atendida desde las necesidades específicas y diferenciales requeridas; no en vano, se han creado mecanismos de protección de sus derechos, como en el caso del auto 004.

Es importante destacar que las poblaciones indígenas de Antioquia no son homogéneas en el sentido de gozar las mismas garantías y protección de derechos fundamentales, de hecho existen tres grandes familias (Tule, Senú y Embera) sin tener en cuenta las diferentes subdivisiones como el caso de los Embera katíos y los Embera chamí. En esta vía, se reconoce a los grupos étnicos como especialmente susceptibles pues están inmersos en un ambiente de privación y marginalidad, lo que los hace más vulnerables.



2. plataforma conceptual



2.1 SALUD MENTAL, LA CONSTRUCCIÓN DE UN CONCEPTO

el concepto de salud mental es difícil de definir por varias causas. En primer lugar se trata de un concepto cuyo contenido es en gran medida valorativo. Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos tanto afectivos como cognitivos y comportamentales que se utilizan para designar a una persona o grupo social como sano o enfermo, varían según las representaciones sociales y los paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período histórico (véase González de Pablo y otro, 1993; Rosen, 1974). El que una persona sea considerada como enferma, no sólo depende de las alteraciones de la personalidad sino de las actitudes de las sociedades con relación a ese tipo de alteraciones. Sociólogos como Goffman (1976) llegan a definir la enfermedad mental no como un conjunto de síntomas claramente delimitables sino como una incorrección situacional que reflejaría una ruptura en las reglas sociales que definen la interacción comunicativa.

En segundo lugar, los procesos psicológicos asociados con la salud o la enfermedad mental pueden ser descritos de formas diversas según los diferentes modelos psicológicos y médicos. Desde desequilibrios humorales en la antigua Grecia, alejamiento voluntario de la razón que debía ser corregido mediante el internamiento y severas medidas disciplinarias en los siglos XVII y XVIII, a la propuesta de diversas clasificaciones iniciadas por Emil Kraepelin en los finales del siglo XIX, fueron paradigmas dominantes para la comprensión de la normalidad y la patología en cierto momento histórico.

En tercer lugar y en estrecha relación con el punto anterior, existen criterios diferentes para la definición de salud o enfermedad mental. Los trastornos mentales pueden ser socialmente reconocidos a través del diagnóstico o a través de un enfoque epidemiológico en el que el objetivo es dar cuenta del tipo y severidad de los síntomas antes que clasificar a las personas como mentalmente sanas o mentalmente enfermas. No obstante es importante recalcar que dentro de los diferentes criterios utilizados para diagnosticar a aquellas personas que tienen problemas de salud mental se establece, en ocasiones, una realidad superpuesta a los problemas reales, cognitivos y/o emocionales de las personas (véase Mirowsky y Ross, 1989). A esto se le suma la notable confusión que existe entre los términos de salud y enfermedad mental. Ambos conceptos no son condiciones que permiten definir a la una como la ausencia de la otra, pues es claro que una persona puede tener problemas de salud mental y no estar mentalmente enferma (Jahoda, 1980).

Las reflexiones entabladas sobre estas condiciones han dado origen a tradiciones conceptuales o modelos explicativos y quizás el más reconocido y dominante ha sido el que concibe la salud mental como ausencia de síntomas. Centrando la atención sobre manuales diagnósticos utilizados en psiquiatría, la salud mental pasa a ser objeto de análisis cuando en el

individuo se da la presencia de síntomas que llevan a una alteración del funcionamiento considerado socialmente como normal y adaptado, lo que fue llevando el campo de la salud mental exclusivamente al escenario del trastorno mental.

No obstante, cuando la Organización Mundial de la Salud en 1948 definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, se abre la posibilidad a nuevas comprensiones sobre el tema, entre las que se cuentan:

- *La salud mental como bienestar físico y mental. Se refiere a un equilibrio positivo de afectos en el que los positivos predominan sobre los negativos. Mirowsky y Ross (1989) consideran que son los dos polos de un continuo dimensional; y, en general, las personas consideran que lo normal es un equilibrio afectivo con un predominio de niveles moderados de afectos positivos.*
- *La salud mental como presencia de atributos individuales positivos. Autores como Jahoda (1980) consideran la salud mental como determinada por el éxito, por ejemplo, en las relaciones interpersonales, el trabajo y la resolución de conflictos.*
- *La salud mental como calidad de vida. Esta acepción se refiere tanto a aspectos objetivos como subjetivos del nivel de vida, incluyéndose aspectos sociales, físicos y psicológicos. Desde esta perspectiva, la satisfacción vital y de las necesidades psicosociales son esenciales para el logro de la salud mental. Las escalas inscritas dentro de esta concepción no se preocupan de medir síntomas sino de considerar el bienestar y el funcionamiento integral de la persona.*

Concepciones que de una u otra forma lo que hacen es descentrar la atención del individuo al visibilizar variables ambientales y sociales en la configuración misma de la salud y la enfermedad, dando cabida real a las críticas antes planteadas. Hoy es posible reconocer en los discursos que los conceptos de salud y de enfermedad varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes. Además, es innegable que ambos conceptos tienen una carga valorativa que explica por qué las definiciones de lo que es normal y lo que es patológico varían de una sociedad a otra y de un grupo social a otro.

Así, la salud mental ya no podría ser leída solo como la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental, sino a la vez como realidades simbólicas construidas culturalmente e históricamente en la propia interacción social. De este modo las comprensiones sobre la salud mental no son ajenas a los desarrollos comprensivos que se han dado en occidente desde la década de los sesenta en los que cada vez con mayor fuerza se rompe con las explicaciones unicasales de la realidad y se abre la perspectiva a miradas complejizadoras que entienden al individuo y la sociedad en una relación de interdependencia, que permite la continua deconstrucción de significados y realidades.

En consonancia con estas reflexiones, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la salud mental como la “Capacidad del individuo, del grupo y del ambiente social para interactuar el uno con el otro, de tal manera que promueva el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de las habilidades mentales (cognoscitiva, afectiva y relacional) y el logro de las metas individuales y colectivas, congruentes con la justicia y con la preservación de las condiciones fundamentales de equidad y justicia”.







Esta definición tiene algunas implicaciones:

- *Trasciende la ausencia de enfermedad.*
- *Considera la vivencia intra e interpersonal, que supone la interacción efectiva con otros y con el medio.*
- *Permite el desarrollo de competencias para lograr bienestar subjetivo, autoestima, resiliencia, relacionarse armónicamente, obtener logros individuales y colectivos.*
- *Fundamenta el desarrollo humano.*
- *Genera congruencia con justicia y equidad.*

2.2 REFLEXIONES EN EL CONTEXTO NACIONAL EN TORNO AL CONCEPTO DE SALUD MENTAL

Colombia rige sus acciones en salud mental según la Política Nacional de Salud Mental dada bajo la Resolución 02358 de junio de 1998 y en ella se define la salud mental como la capacidad que tienen las personas y los grupos para interactuar entre sí y con el medio en el cual viven. Agregando que la salud es un bien y un servicio de interés público y general; en consecuencia se hace necesario adoptar las normas técnicas, administrativas y científicas que garanticen a los usuarios calidad en la atención y regulen las actividades de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales y las conductas adictivas.

Dentro de sus objetivos generales plantea mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases y promover el desarrollo de la salud mental en el país y afirma también que la configuración de estos objetivos se hará posible en tanto se logre:

-  **Fomentar la cultura de la salud mental.**
-  **Prevenir la aparición de trastornos.**
-  **Reorientar y mejorar la calidad de la prestación de servicios.**
-  **Impulsar la rehabilitación psicosocial.**
-  **Fomentar procesos de investigación básica y aplicada.**
-  **Fortalecer la red de instituciones y la oferta de servicios.**

Influenciada en sus postulados por el modelo tradicional, es evidente la tendencia a centrar la atención sobre los trastornos mentales, al punto que algunos proyectos de ley formulados para potenciar su eficacia dejan entrever esta situación.

La Salud mental es sin duda un asunto de interés público que ha cobrado cada vez más importancia en el contexto internacional. Desde hace ya más de dos décadas se viene constatando con mayor claridad el profundo impacto que tienen los trastornos mentales en el devenir de las sociedades alrededor del mundo. De ahí que con mayor vehemencia los organismos multilaterales insistan en la necesidad de dar forma a respuestas políticas de carácter integral, que permiten reducir la carga que representan estos trastornos y mejorar las capacidades del Estado y la sociedad para hacerles frente. (Proyecto de ley. Salud mental. Presentado al congreso de la república por el representante a la cámara Carlos Julio González Villa).

No obstante, se debe tener en cuenta que las transformaciones por lo general no se dan bajo el orden de la ruptura y la invisibilización, al contrario, parece que se consolidaran a partir de ir socavando la existencia de la tradición, por lo que en el campo de la salud mental la diversidad de modelos y autores que aun coexisten, no deben ser leídos como carencia de reflexión, ya que al contrario denotan la complejidad a la que se enfrentan todos aquellos que se aproximan a este campo, complejidad que en el plano de la intervención puede llevar a escisiones como modo de ejercer cierto tipo de control sobre las variables en las que se desarrolla su quehacer. El Ministerio de Protección Social (2005) identifica cuatro enfoques que coexisten a la hora de definir las formas de intervención en salud mental:



Anatomoclínico: caracterizado por el manejo individual y farmacológico, actúa sobre la persona enferma a través de servicios de asistencia en salud.



Estratégico basado en la salud pública y la participación social: integra tres grandes ejes: el biológico, el psicoevolutivo y el ambiental y centra la atención en los saberes y el desarrollo de actividades que tienden a lograr el bienestar de los individuos y la colectividad a través de la provisión de servicios y prácticas relacionadas con el cuidado ambiental.



Ecológico: relaciona al ser humano con el medio ambiente, asocia la salud mental a la violencia y al contexto, analizando los factores que influyen en el comportamiento o que potencian el riesgo de cometer acciones violentas, a partir de la comprensión de cuatro factores, el individual, el interpersonal, el grupal y comunitario y el cultural.



Alternativos: dan cabida a procesos relacionados con factores culturales que influyen directamente sobre la comprensión de la salud mental, asumen las implicaciones de la diversidad de pueblos que cohabitan el territorio colombiano configurando sentidos que responden a cosmovisiones propias de las comunidades.

Por lo anterior y ante la necesidad de responder a los condicionantes que impone el campo de la salud mental, más desde la comprensión que desde la misma intervención, en el 2007 el Estado Colombiano presentó para la reflexión el diseño de una Política Nacional para el Campo de la Salud Mental (Documento propuesto para discusión y acuerdos nov. 2007), enfatizando que la salud mental constituye un bien colectivo e individual de naturaleza simbólica, emocional y relacional y por lo tanto un deseable social e individual que contribuye al desarrollo humano y de los grupos, que genera capital social, cultural, simbólico y económico (capital global) y que hace posible el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos.

Se completa de este modo una triada entre sujeto, contextos y Estado que va a aumentar los niveles comprensivos y abre las posibilidades de intervención más allá del individuo. El bienestar subjetivo si bien es considerado como el nivel de satisfacción personal basado en la percepción que hacen los sujetos de las satisfacciones e insatisfacciones que han logrado en el desarrollo de su historia biográfica, se mide en relación con estándares eminentemente de orden social, es decir, son construcciones históricas, culturales, económicas y ambientales en las que el Estado como ente garante velará para ofrecer las condiciones necesarias para consolidar la salud mental como un bien de orden individual y colectivo.

Actualmente, se está concertando el Plan Nacional de Salud Mental, liderado por el Ministerio de la Protección Social, con la participación de expertos y representantes de las regiones.

2.3 LA DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA Y LA CONSTRUCCIÓN DE UN ENFOQUE PARTICULAR PARA COMPRENDER Y ABORDAR LA SALUD MENTAL

dentro del continuo proceso reflexivo con el que se responde a las condiciones particulares del Departamento de Antioquia y con el ánimo de trascender los enfoques centrados sobre la intervención, el equipo de trabajo de salud mental de la Dirección de Atención a las Personas, adscrita a la DSSA, viene configurando unas categorías analíticas que al articularse configuran el nicho conceptual en el que se fundamentan las intervenciones que se desarrollan para dar viabilidad a los intereses nacionales en torno a la consolidación de la salud mental. Estas categorías son: Prácticas Relacionales, Desarrollo Humano y Trato Digno.

A continuación se define cada una de estas categorías, para posteriormente presentar la concepción de salud mental que orienta el qué hacer en el Departamento.

2.3.1. Primera categoría: Prácticas Relacionales

Las Prácticas Relacionales son una categoría que facilita el reconocimiento de las formas de interacción y las maneras particulares de vincularse en los diferentes contextos y escenarios donde se desarrolla la vida cotidiana; se trata de los procesos vinculantes y relacionales de los seres humanos entre sí que se expresan en términos de actitudes, expresiones, formas de comunicación y comportamientos.

Estas prácticas conllevan mensajes que se transmiten de forma bidireccional, donde cada participante asume roles y funciones móviles, según los diferentes contextos y sus expectativas, conservándose siempre algo del orden de lo particular que caracteriza las relaciones humanas y que las fundamenta. Lo particular, obedece a una lógica singular que rige la relación entre los seres humanos y va más allá de lo que las personas manifiestan de manera explícita. Se requiere para su análisis de una lectura psicosocial, porque implica no sólo los aspectos particulares de la interacción, sino los entornos en los que ésta se inscribe: afectivo-relacional, familiar, educacional, social, cultural, histórico, político, institucional (en los sectores salud, jurídico y educativo entre otros) y ambiental.

La lectura psicosocial que se propone se basa en el modelo planteado por Sapsford (1998), para explicar los hechos psicosociales al definir cuatro dominios: El intrapersonal, el interpersonal, el grupal y el societal; plantea que a pesar de que cada uno tiene su objeto propio, entre ellos se presenta una relación de complementariedad que complejizará la lectura del hecho psicosocial emergente.

Los dominios serían los espacios en los que se pueden identificar las prácticas relacionales, cada uno de ellos daría información, sin embargo, a mayor vinculación de dominios, mayores comprensiones podrían alcanzarse. Los dominios a los que se hace referencia son:

Dominio intrapersonal

Trata del estudio de la cognición social, la percepción interpersonal, las actitudes, la formación del yo, la interpretación de las conductas ajenas a través de procesos de atribución causal y, en general, trata de los procesos intrapsíquicos en su dimensión social y relacional.

Dominio interpersonal

Hace referencia al estudio de los procesos de interacción social, incluyendo tópicos como la comunicación, la conducta prosocial, la conducta agresiva, la cooperación, el conflicto interpersonal o la atracción interpersonal, pero focalizando sobre las personas, más como individuos que como miembros de grupos.

Dominio grupal

Se refiere al estudio de los procesos intragrupales en grupos interactivos (familia, escuela, barrio), organizaciones formales o redes relacionales (asociaciones, grupos de peres). Incluye el estudio de aquellos procesos que acontecen enmarcados por esas entidades y dotados de significado por la misma existencia de estas entidades.

Dominio societal

Incluye las relaciones sociales entendidas como relaciones entre categorías y grupos, así como los comportamientos colectivos y las relaciones que el individuo establece con la cultura, las instituciones, la estructura social y la organización política.

2.3.2. Segunda categoría: Desarrollo Humano

Considerar el ser humano en su desarrollo evolutivo y en su devenir como sujeto social y cultural, requiere unas condiciones que le permitan no sólo los elementos básicos para su supervivencia, sino también el acceso a bienes, servicios y oportunidades, que le posibiliten un desarrollo integral, es decir, la autorrealización y la satisfacción personal, en términos de contar con posibilidades para el desarrollo del ser, el tener, el hacer y el estar, en la interacción con los demás y con su entorno natural y social.

Lo anterior obliga a configurar una mirada integradora en las perspectivas que gozan de mayor aceptación en nuestro contexto sobre el desarrollo humano: la teoría de las potencialidades, la del desarrollo a escala humana, la de capacidades y la de derechos. Las cuales se presentan a continuación:

Teoría de las potencialidades

En esta perspectiva se concibe el desarrollo como el avance progresivo que se vive en el paso por cada etapa del ciclo vital, mediado por procesos de desarrollo madurativos y relacionales, que constituyen un entramado, al que se ha denominado las esferas del desarrollo, las cuales dan paso a la configuración de las potencialidades, que se manifiestan como actitudes y comportamientos de orden cognitivo, lingüístico y comunicativo, afectivo, moral, político, estético y ético.

Varios teóricos de la psicología han formulado propuestas que explican el proceso de desarrollo que viven las personas a lo largo de su proceso vital. Cada autor formula sus planteamientos del desarrollo basándose en algún aspecto que considera relevante y desde el cual pueden aproximarse los límites para cada una de las etapas. Así por ejemplo, Piaget propone una teoría del desarrollo cognitivo; Erik Erikson por su parte, propone una teoría sobre el desarrollo psicosocial que abarca desde los cambios en las interacciones y comprensión de los demás, hasta el conocimiento y comprensión de sí mismo como miembro de la sociedad. Por su parte la Teoría del Apego de Bowlby describe el desarrollo partiendo de la construcción de un vínculo afectivo entre el niño y sus padres o cuidadores, el cual se irá apoyando en facultades cognitivas, emocionales y relacionales que van apareciendo en el proceso del desarrollo.

Una teoría que se considera especialmente útil para los efectos de esta propuesta que tiene una perspectiva psicosocial, es la teoría de Bronfenbrenner acerca de la Ecología del Desarrollo Humano, la cual

plantea el desarrollo como un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él. Esta teoría plantea el desarrollo como la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo en desarrollo y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona. (Bronfenbrenner, 1987).

Desarrollo a escala humana

En el texto Desarrollo a Escala Humana, Una Opción Para el Futuro (Max-Neef, M.; Elizalde, A. & Hopenhayn, M. 1973), se plantea el desarrollo humano como una nueva línea de acción que tiene su soporte en la satisfacción de necesidades humanas fundamentales, en la generación de niveles crecientes de autodependencia y en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología. Se propone que para el logro de estos aspectos debe alcanzarse la transformación de la persona-objeto, en persona-sujeto del desarrollo.

Así se desprende un postulado básico del Desarrollo a Escala Humana: El desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos, y en cuanto éste se refiere a las personas, se asocia a las necesidades humanas. El planteamiento del autor con respecto a las necesidades propone que éstas pueden motivar, comprometer y movilizar a las personas, por tanto funcionan como un motor y pueden convertirse en potencialidades y recursos; por tal motivo, se plantea como un error equiparar necesidad con carencia.

Maya, L. (2001), retoma los planteamientos de Max-Neef y los resume de manera muy clara, diferenciando las necesidades humanas en existenciales y axiológicas. Las existenciales son las necesidades de ser, tener, hacer y estar y las axiológicas son las necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. Además plantea, que la satisfacción

de las necesidades humanas debe darse en tres contextos interrelacionados: con uno mismo, con el grupo social y con el medio ambiente. La pobreza o la riqueza, de acuerdo con ésta teoría, está dada, respectivamente, por la insatisfacción o satisfacción de dichas necesidades.

Teoría de las capacidades

Por último, al interior de las propuestas alternativas, Amartya Sen, señala algunos de los aspectos que impiden el desarrollo; menciona entre ellos la pobreza y la tiranía, la escasez de oportunidades económicas, las privaciones sociales, la dificultad de acceder a los servicios públicos, la intolerancia y la represión. Él encuentra que en el camino para la superación de estas dificultades y para el desarrollo humano, es necesario alcanzar la libertad y la posibilidad de decisión y de optar de manera informada para llevar una vida saludable.

Perspectiva de derechos

Como emergente en la modernidad, se introduce el concepto fundante de la dignidad humana, desde la cual se garantizan ciertas condiciones que son inalienables en cualquier individuo para su constitución como sujeto. Estas condiciones que alcanzan el rango de derechos, tocan diversos ordenes del mundo objetivo (en el plano de lo material) y subjetivo (en el plano de la interioridad humana) y aunque la dignidad, la libertad y la equidad, se han reflexionado de manera universal, estas adquieren formas particulares dependiendo de las realidades a las que se refieran o a los grupos poblacionales en los que se aplican.

En este primer sentido, existen derechos políticos (la participación por ejemplo), civiles (el acceso a la propiedad), sociales (educación, salud) y culturales (la diversidad), además de aquellos que emanan directamente del concepto de dignidad, como por ejemplo el derecho a la vida, la condición humana y el respeto a la diferencia. En este sentido, se han venido produciendo normativas específicas de trato diferencial, como es el caso de los niños, niñas, jóvenes y adolescentes, mujeres, población víctima del desplazamiento, adulto mayor, discapacitados, negritudes e indígenas.

Finalmente, la condición macro de las diferentes políticas para la población en general y para grupos específicos, es la garantía de derechos, orientados al acceso y posesión de condiciones y bienes básicos desde las cuales satisfagan sus necesidades, desarrollen sus potencialidades y expandan sus capacidades para ser y actuar dignamente en el mundo.

Aunque por su naturaleza los derechos tienen pretensión universal, y son la esencia de un sistema político democrático, está comprobado que a pesar de ser aplicables a todas las personas sin discriminación de ninguna índole, existe un alto porcentaje de la población que no se encuentra protegida en la plenitud de sus derechos; un ejemplo claro de esta situación en Colombia tiene que ver con la grave vulneración de los Derechos Humanos de niños, niñas, adolescentes, ancianos/as y mujeres. De esto se desprende que una de las tareas más importantes por hacer, es reconocer en cada persona un sujeto de derechos, lo cual implica comprender su dignidad inalienable.

En el artículo primero de la Constitución Nacional de 1991, se establece que Colombia es un Estado Social de Derecho fundamentado en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo, la solidaridad de las personas y en la prevalencia del interés general; reconociendo que los derechos son los mismos para todas las personas en cualquier lugar y ningún derecho tiene prioridad sobre otro y que la realización de un derecho está estrechamente vinculada con la realización de otro

u otros. El enfoque de derechos parte de reconocer las diferencias y desigualdades para proponer acciones correctivas a las prácticas discriminatorias.

2.3.3. Tercera categoría: Trato Digno

Se entiende como una práctica relacional que opera como un principio, un derecho y un medio para alcanzar la dignidad. Es un principio fundante del estado jurídico, un principio constitucional que exige unos comportamientos y rechaza otros. Se trata del derecho que tienen todas las personas a reclamar respeto de los demás por su misma condición humana y a reconocer ese mismo derecho en los y las demás, al mismo tiempo resguarda el principio de protección que las personas merecen. Al contrario de esto, el trato no digno radica en la falta de reconocimiento del/la otro/a y de sí mismo, en la falta de equidad y de dignidad humana.

Al asumir esta postura se reconoce la salud mental como fuerza impulsora de desarrollo del país y de la garantía de los derechos de sus ciudadanos y ciudadanas. Es por este motivo que para abordar el tema de la salud mental se hace fundamental retomar y promover la Dignidad Humana para el reconocimiento del ser humano integral, como sujeto de derechos, único e irrepetible con un lugar propio en el mundo.

El concepto de dignidad posibilita la construcción de un tejido social que reconozca a las personas desde su edad, etnia, género y orientación sexual, entre otras diferencias, respetando su particularidad, lo que permite identificarlas como parte de un colectivo, pero también reconociendo y respetando lo que las hace diferentes y únicas.

La construcción y el logro de la dignidad como fin del desarrollo humano, pretende ir más allá de las categorías de buen trato o

maltrato, pues en estas no se percibe claramente una posición dialéctica y dialógica de los sujetos participantes de la relación, porque desde la consideración de buen trato o mal trato se hace énfasis en formas apropiadas o inapropiadas de la interacción, lo cual no siempre implica que se conciba a las personas participantes del proceso relacional como sujetos de derechos, llevando a que alguno de los participantes sea tratado como “objeto de”, es decir, asumiendo una posición unilateral, en lo que a quienes participan se les desconoce como parte activa de ésta relación, considerada como bilateral y recíproca en el trato digno.

2.4 PRÁCTICA RELACIONAL, DESARROLLO HUMANO, TRATO DIGNO Y LA SALUD MENTAL COMO PROCESO EN CONSTRUCCIÓN

Para comprender la salud mental como proceso en construcción, se retomamos el concepto del Interaccionismo Simbólico, el cual destaca la naturaleza simbólica de la vida social. La finalidad principal de las investigaciones realizadas desde esta perspectiva fue el estudio de la interpretación por parte de los actores de los símbolos nacidos de sus actividades interactivas.

Los interaccionistas simbólicos conciben el lenguaje como un vasto sistema de símbolos. Las palabras son símbolos porque se utilizan para significar cosas, y hacen posible todos los demás signos. Los actos, los objetos y las palabras existen y tienen significado sólo porque han sido o pueden ser descritas mediante el uso de las palabras.

En este sentido, Blumer (1968) establece las tres premisas básicas de este enfoque:

1. *Los humanos actúan respecto de las cosas sobre la base de las significaciones que estas cosas tienen para ellos, o lo que es lo mismo, la gente actúa sobre la base del significado que atribuye a los objetos y situaciones que le rodean.*
2. *La significación de estas cosas deriva, o emana, de la interacción social que un individuo tiene con los demás actores.*
3. *Estas significaciones se utilizan como un proceso de interpretación efectuado por la persona en su relación con las cosas que encuentra, y se modifican a través de dicho proceso.*

De estas premisas se extrae que el análisis de la interacción entre el actor y el mundo parte de una concepción de ambos elementos como procesos dinámicos y no como estructuras estáticas. Así, se asigna una importancia enorme a la capacidad del actor para interpretar el mundo social.

Berger y Luckmann (1966) impulsores del Construccionismo social, sostienen que todo el conocimiento, incluyendo el sentido común, el conocimiento más básico tenido por firme de la realidad diaria, se deriva y es mantenido por las interacciones sociales. Cuando la gente interactúa, comprendiendo que sus opiniones de la realidad están relacionadas, y cómo ella actúa sobre esta comprensión de su sentido común, la percepción de realidad se refuerza. Puesto que este conocimiento del sentido común es negociado por la gente, las caracterizaciones humanas, el significado y las instituciones sociales se presentan como parte de una realidad objetiva; es en este sentido que puede decirse que la realidad es construida socialmente.

Así, esta teoría considera el discurso sobre el mundo no como una reflexión o mapa de este, sino como un dispositivo de intercambio social. La explicación de cómo las personas llegan a describir, explicar o dar cuenta

del mundo donde viven, tiene en cuenta cuatro consideraciones:

1. *Lo que consideramos conocimiento del mundo está determinado por la cultura, la historia o el contexto social.*
2. *Los términos con los cuales comprendemos el mundo son artefactos sociales, productos de intercambios entre la gente, históricamente situados. El proceso de entender no es dirigido automáticamente por la naturaleza sino que resulta de una empresa activa y cooperativa de personas en relación.*
3. *El grado hasta el cual una forma dada de comprensión prevalece sobre otra depende fundamentalmente de las vicisitudes de los procesos sociales (comunicación, negociación, conflicto, etc.).*
4. *Las formas de comprensión negociadas están conectadas con otras muchas actividades sociales, y al formar así parte de varios modelos sociales sirven para sostener y apoyar algunos excluyendo otros. Alterar descripciones y explicaciones significa amenazar ciertas acciones e invitar a otras.*

La DSSA, define la salud mental como la capacidad manifiesta en la vida cotidiana de las personas y los grupos sociales, para interactuar entre sí, con el medio ambiente y la cultura, promoviendo un estado de bienestar subjetivo, así como el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, sean afectivas, cognitivas o relacionales, que permitan el logro de metas equitativas individuales y colectivas de una comunidad.

En coherencia con los principios del interaccionismo simbólico y el construccionismo social, el énfasis de esta visión está en fortalecer Prácticas Relacionales que logren promover el trato digno como medio de transformación, constituyéndose a lo largo de la interacción en el nicho

del que emergen nuevas Prácticas Relacionales, formando un proceso dialéctico en el cual la dignidad humana se convierte en sentido mismo de la praxis.

En este sentido, mediante la promoción del trato digno se pretende impulsar la promoción de la salud mental, su cuidado e intervención, fundamentada en un conjunto de acciones informativas, comunicacionales, educativo-reflexivas y formativas, psicoeducativas y de apoyo, que fortalezcan las dimensiones psicológicas y sociales de las personas, las comunidades e instituciones en torno a cuestiones y asuntos críticos propios de la vida cotidiana de estos, y que si no se intervienen pueden afectar la salud mental, por ende la calidad de vida y el bienestar.

Además, con la promoción del trato digno igualmente se pretende posicionar el reconocimiento de los derechos y responsabilidades de las personas que presentan padecimientos en los diferentes aspectos de su salud mental y abordar la construcción de redes institucionales y sociales de apoyo.





3. plataforma metodológica



“Intervenir entraña, pues un compromiso con los problemas sociales, con los problemas reales de la gente de carne y hueso; intervenir es mediar e interceder en una determinada realidad; intervenir es cambiar procesos internos, cambiar el medio o cambiar las maneras como las personas se relacionan con su medio; intervenir es ayudar a que la gente participe en el cambio; intervenir es hacer que la gente retome el control sobre su propia vida” (Amalio Blanco: 2007: 42)

La intervención no debe ser comprendida como la implementación de una serie de procedimientos que se van imponiendo sobre las personas y contextos, muy al contrario en esencia encierra las miradas, modos de discurso e intenciones que posee el interventor, marcando los ideales sociales y humanos que se espera alcanzar.

De este modo, la plataforma metodológica encierra un complejo proceso compuesto por varios componentes: Enfoques, estrategias, principios, características, momentos y dispositivos que se influyen mutuamente.

Si bien el técnico es reconocido en su hacer a la hora de implementar los diversos dispositivos con los que pone en marcha la propuesta, su conocimiento y convicción sobre cada uno de estos componentes, permite dar sentido a la acción en un proceso que podría ser graficado de la siguiente forma:




Gráfico 6. Componentes de la Plataforma Metodológica.

De esta manera se podría decir que el componente metodológico posee dos fases: la primera referida a las condiciones necesarias para que quien ejecuta la acción comprenda su quehacer, y una segunda, que implica la puesta en escena de su quehacer como tal.

3.1 FASE I: LA COMPRESIÓN

3.1.1 LOS ENFOQUES

 Considerados como las maneras de observar la realidad, plasman las intencionalidades de los profesionales a la hora de abordar el campo de la salud mental; ellos son:

A. La Resiliencia

La vivencia de situaciones adversas ha hecho que algunos individuos y comunidades y ciertos territorios, generen mecanismos de protección que se han instituido en las prácticas relacionales, característica que se ha denominado resiliencia, según la cual, ante las dificultades se puede salir fortalecido generando condiciones de salud mental a pesar de las crisis.

En el Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia en Niños y Adolescentes (Munist, M. et al., 1998), se describe la evolución de éste concepto a partir de los interrogantes de algunos estudiosos del área psicosocial acerca de las diferencias observadas entre los ajustes, el desarrollo y la salud mental de personas que han vivido similares situaciones difíciles en su vida y sin embargo logran alcanzar un desarrollo “normal” pese a que estuvieron rodeadas de factores poco favorables, que en otros individuos fueron desencadenantes de patologías. Se plantea que uno de los primeros avances fue realizado por Werner, una investigadora que mediante el estudio y seguimiento a un grupo de individuos hasta los 40 años de edad, observó que algunas personas expuestas a factores de riesgo lograban desarrollarse exitosamente en su vida; ella llamó a este tipo de personas “niños invulnerables”, es decir, niños que se desarrollaban sanamente en medio de situaciones ambientales

insanas. Posteriormente, y dado que el concepto de “invulnerabilidad” podía parecer extremo y podría atribuirse a lo genético, comienza a nombrarse como “capacidad de afrontar”. Basados en lo expuesto, no debe comprenderse la resiliencia como invulnerabilidad, puesto que ésta implica la no modificación, mientras que la primera se asocia a cambios y transformaciones. La resiliencia implica un movimiento e interacción entre dos aspectos: tanto la resistencia a la destrucción, como la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o factores adversos (Munist, M. et al., 1998).

Grotberg, E. (2003), plantea que la resiliencia es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad. Si bien la resiliencia requiere una respuesta individual, no es una característica individual ya que está condicionada tanto por factores individuales como ambientales, emergiendo de una gran heterogeneidad de influencias ecológicas que confluyen para producir una reacción excepcional frente a una amenaza importante.

Villalba, C. (2004) realiza una revisión del concepto de resiliencia y sus aplicaciones a la intervención social y plantea que algunos autores comprenden la conducta resiliente como el resultado positivo frente a las situaciones o los procesos de riesgo psicosocial. Expone que otros autores como Dyer y McGuinnes entienden la resiliencia como un concepto global, multifacético, asociado con numerosas características individuales y multisistémicas. Estas aproximaciones al concepto de resiliencia permiten ver como esta capacidad va más allá de una respuesta individual ya que está relacionada con otros aspectos.

B. Manejo Social del Riesgo

Es una de las vías para alcanzar la dignidad y hacer un ejercicio de los derechos; surge debido a la necesidad de plantear propuestas para

el manejo social del riesgo que propendan por la formulación de políticas públicas y la realización de inversiones en la infraestructura institucional y comunitaria orientadas a la consolidación de condiciones que viabilicen la salud mental en los territorios.

Se trata de la construcción de un proceso dinámico y creativo para la construcción de soluciones a partir de un abordaje multicausal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de éstos con participación activa de la comunidad, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar y son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad.

C. Enfoque Poblacional

Se entienda por enfoque poblacional las intervenciones en salud, simples o combinadas, dirigidas a la población en general que buscan modificar determinantes o riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, y que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad.

Según este enfoque, para una mayor comprensión de los riesgos se deben realizar los diagnósticos y análisis de la situación de salud (ASIS) de la población; éstos deben constituirse en un instrumento imprescindible para los sistemas y servicios de salud en todos sus niveles y especialmente en el desarrollo del componente de salud mental en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), porque permite de una manera ágil y tangible saber de qué se enferman y mueren las personas, además, cuándo, cómo y cuáles son las razones por las que la población utiliza los servicios y qué barreras de acceso tienen a éstos.

Igualmente, permite establecer tendencias, con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y sus determinantes y facilita evaluar los efectos de las estrategias elaboradas para la solución de los problemas de salud. Es de anotar que los estudios que se realizan a nivel nacional y regional no alcanzan a expresar la realidad que existe en la comunidad y en las familias, o conocer los perfiles diferenciales de salud en sectores o grupos particulares, salvo que se complementen con investigaciones específicas.

El componente de salud mental en APS, especialmente en el ámbito de la promoción, deberá estar fundamentado en un enfoque poblacional, dirigido a comunidades y grupos específicos, orientado a situaciones causales de predominio socio-políticas, socio-ambientales y socio-culturales. Igualmente, deberá estar a cargo de líderes comunitarios, funcionarios de todo tipo, grupos de apoyo social y medios de comunicación, para estimular la participación social, el empoderamiento, la movilización, la educación y la formulación de políticas públicas saludables.

Un diagnóstico de la situación inicial permite tomar decisiones por evidencias, lo que asegura mejorar continuamente la calidad y eficiencia de la atención de salud y enfocar acciones para mejorar las condiciones de vida. Se debe iniciar con un diagnóstico rápido participativo que incluya la identificación y priorización de problemas y necesidades de salud mental percibidas por la gente; esta información se contrasta con la obtenida en otros diagnósticos locales existentes, ya sea de fuentes institucionales y de organizaciones no gubernamentales como de cooperación internacional que hayan intervenido en la región por lo menos en los últimos dos años.

Del mismo modo se debe realizar el análisis para determinar los factores causales y de riesgo, y las formas de prevención o control de esos factores para dar solución a los problemas. La detección de los factores de riesgo y la estimación del riesgo global del individuo son

las estrategias fundamentales para priorizar acciones en APS, una herramienta importante en la evaluación del riesgo.

A partir de lo anterior se elabora el plan de acción que debe incluir participación comunitaria desde la gestión hasta la evaluación, es frecuente encontrar procesos iniciados y sería preferible tratar de darles continuidad realizando los ajustes pertinentes.

D. Enfoque Diferencial

Desde este enfoque se tienen en cuenta las características específicas según las etapas de desarrollo (ciclo vital), el género y las condiciones propias de las poblaciones especiales (por ejemplo, indígenas, desplazados o mujeres en embarazo).

Este enfoque habla de las acciones que buscan fortalecer el reconocimiento, la visibilidad, la representación y la inclusión de la población, de acuerdo con sus características diferenciadoras de género, etnia, discapacidad y ciclo vital. Se parte de un concepto claro del derecho a la igualdad, el cual supone que personas en situaciones similares deben ser tratadas de forma igual, y que aquellas que están en situaciones diversas deben tratarse de manera distinta, en forma proporcional a dicha diferencia. Con base en este principio es adecuado partir de una diferenciación positiva, que permita encontrar grupos de personas que tienen necesidades de protección diferenciales a raíz de sus situaciones específicas, y en algunos casos, de su vulneración o vulnerabilidad.

Principalmente se busca incluir intervenciones diferenciadas, orientadas a los grupos poblaciones de mayor debilidad, así como organizar y fortalecer el compromiso de la institucionalidad y la sociedad civil en el desarrollo, la implementación y el seguimiento de los compromisos de la población según sus diferencias. Esto permite evidenciar las condiciones o situaciones de desigualdad que

sustentan las intervenciones para disminuir las circunstancias de discriminación y modificar las de vulneración.

Teniendo en cuenta que algunas personas tienen vulnerabilidades especiales en razón de su pertenencia a ciertos grupos, estas acciones deben verse reflejadas en los mecanismos legales y de política pública construidos para su beneficio.

E. Determinantes Sociales

El Enfoque de determinantes sociales invita a reconocer estos como un conjunto de factores que inciden de forma directa en el estado de salud de los individuos y de las poblaciones; plantea que los resultados en salud de los individuos, grupos y colectividades, dependen de la interacción de cuatro grupos de factores: ambientales, del comportamiento humano, de la herencia y de las respuestas de los servicios de salud; este abordaje pretende intervenir aquellos factores de riesgo que sean modificables y para ello acoge la gestión social del riesgo, según las estrategias del Plan Nacional de Salud Pública.

El modelo de Lalonde (Ministro de Salud Pública de Canadá, 1974), denominado Campo de la Salud, ha sido muy utilizado con sus cuatro determinantes: estilos de vida, servicios de salud, medio ambiente y biología humana. Posteriormente fue complementado por Carol Buck, quien señaló que dicho modelo no se ocupaba en forma debida de las dimensiones del determinante medio ambiente, y por eso propuso incluir, además de los factores naturales, las dimensiones relacionadas con la violencia, las necesidades básicas, los trabajos estresantes, el aislamiento y la pobreza.

En el informe de la comisión sobre determinantes sociales de la salud (OMS, 2008) se enfatizó que es común en los países del mundo que las personas pobres y/o socialmente desfavorecidas tienen menor acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. A pesar de los avances tecnológicos y científicos en el sector salud, las inequidades persisten y se profundizan en algunas regiones, “La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socioeconómicas de las personas”; en contraste con esto en las políticas públicas continúan enfocándose los esfuerzos en soluciones asistenciales, centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar de manera suficiente, intervenciones sobre las causas o sobre los entornos sociales que ponen a las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad.

Por tanto, muchos de los problemas sanitarios se mantienen, las inequidades en salud persisten y los resultados hasta el momento no vislumbran la posibilidad de alcanzar los objetivos del milenio. En contraste con esta situación existen evidencias, en especial provenientes de países desarrollados, de políticas públicas que involucran diferentes sectores y actores sociales y que realmente inciden en los determinantes sociales y hacen posible mejorar la calidad de vida y la salud de la población.

Los determinantes sociales trascienden lo relacionado con la situación socioeconómica (siendo éste un factor clave de predicción) y se extienden también al modo como la gente se comporta cotidianamente, a las prácticas de riesgo o frente al riesgo, a la utilización de la oferta de servicios disponibles en promoción de la salud mental, a la prevención de los trastornos mentales y la atención y rehabilitación. Este conjunto de factores son los que finalmente determinan el modo en que vive la gente, la probabilidad de enfermar, el riesgo de morir y la posibilidad de desarrollar y usar sus potencialidades.

3.1.2 LAS ESTRATEGIAS

Entendemos como estrategias el conjunto de acciones que desde los proyectos de salud mental se implementan para el logro de los objetivos y metas propuestas. Una de las estrategias centrales es: “Fortalecimiento de la Capacidad de Respuesta Local para el Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Mental 2008-2011” que tiene dos componentes centrales:

- *La concurrencia con los municipios, mediante contratación de servicios de salud mental para el Plan de Intervenciones Colectivas de Salud Pública en todo el Departamento para complementar el Plan Local de Salud Mental y apoyar el cumplimiento de los lineamientos nacionales y departamentales.*
- *El mantenimiento de Asesoría y Asistencia Técnica a los actores locales encargados de las acciones de salud mental en todos los municipios del Departamento.*

Por Asesoría se entiende el conjunto de actividades mediante las cuales se orienta a los entes territoriales, personas u organizaciones para la implementación y desarrollo de políticas, planes, programas y proyectos; y la Asistencia Técnica se refiere al acompañamiento a través de la transferencia de conocimientos, tecnología, métodos o procedimientos, generando compromisos mutuos que le permitan a los entes territoriales, personas u organizaciones el desarrollo de habilidades y competencias para la gestión en salud mental. Estas dos actividades son competencias centrales de la DSSA para fortalecer la capacidad de respuesta de los entes municipales, según la Ley 715 de 2001.



Se brinda Asistencia técnica en las diferentes líneas de intervención para:

- Promocionar y/o fortalecer los grupos funcionales de salud mental.
- Formular y/o consolidar Planes Locales de Salud que demuestren la adopción y/o adaptación de las Políticas Nacionales del Campo de Salud Mental y de Reducción del Impacto del Consumo de Psicoactivos -SPA y otras con temáticas afines.
- Informar, Educar y Comunicar para promover la salud mental, para la Prevención de los Trastornos Mentales y del comportamiento, en la Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, Violencia Intrafamiliar y Lesiones violentas evitables, mediante medios masivos y actividades puntuales en diferentes temas de salud mental.
- Institucionalizar procesos educativo-formativos de promoción del trato digno en la población de niños, niñas, padres, madres, personal docente y administrativo de instituciones educativas, formadores y formadoras, desarrollo y/o fortalecimiento de habilidades para la vida con población joven.
- Institucionalizar la psicoeducación y apoyo como dispositivo para el trabajo con grupos en riesgo para prevención primaria y secundaria en aspectos relacionados con salud mental y que tiendan a la rehabilitación comunitaria.
- Implementar las estrategias de instituciones educativas, lugares de trabajo y espacios físicos libres de humo y pactos por la vida –saber beber, saber vivir, Impulso a la formulación e implementación de proyectos de vida sin drogas en los municipios en coordinación con el Comité Departamental de Prevención del Consumo de Drogas.

- Promocionar los servicios amigables para jóvenes, centros de escucha, zonas de orientación escolar y de rehabilitación comunitaria.
- Intervenir psicosocialmente a la población en situación de desplazamiento.
- Diseñar e implementar acciones por la salud mental de las comunidades étnicas.
- Apoyar el proceso de Educación en el Riesgo de Minas Antipersonal, ERM – MAP- y Munición Sin Explotar -MUSE – y Artefactos Explosivos Improvisados –AEI- (ERM) con personal de salud y docentes, así mismo como a la atención biopsicosocial a víctimas.
- Apoyar psicosocialmente a las emergencias de orden natural o social.
- Fortalecer el proceso de vigilancia epidemiológica de los eventos priorizados a nivel departamental y nacional: violencia intrafamiliar –VIF, violencia sexual –VSx, suicidio, intento de suicidio, trastornos mentales más prevalentes, accidentes por MAP y MUSE, psicoactivos y otros.

La Asistencia Técnica también aporta a los equipos locales de salud mental espacios para reconocer y reflexionar sobre el impacto por las situaciones atendidas.



Así mismo son estrategias centrales:

- La articulación interna con los diferentes componentes de Salud Pública de la DSSA, con especial énfasis en Atención Primaria de Salud, Estrategia Escuela Saludable y Salud Sexual y Reproductiva.

- La participación en el proceso de articulación y coordinación interinstitucional e intersectorial, en los contextos municipal, departamental y nacional.

3.1.3 LOS PRINCIPIOS PEDAGÓGICOS

Los procesos de acompañamiento están sustentados en el acto educativo, el cual ha de ser asumido por quienes participan en los diferentes escenarios: la familia, la escuela, la comunidad, las instituciones locales de salud, otras instituciones y los medios de comunicación.

El concepto de educación que actualmente guía el quehacer en salud se enmarca en un proceso que trasciende el modelo educativo al interior de la escuela y que reconoce en la familia, las instituciones y la comunidad escenarios válidos para potenciar el desarrollo humano; escenarios desde los que se promueve la formación entendida como oportunidad para revisar los proyectos de vida y generar alternativas y caminos creativos que promuevan las capacidades y potencialidades de las personas y las comunidades para la resolución de sus necesidades esenciales para el desarrollo humano.

El énfasis está en la construcción de los saberes de forma participativa, en donde el diálogo es el camino para la circulación de estos, basados en la escucha de las demás personas para comprender sus experiencias y argumentos, exponer los propios argumentos, re-conocer las evidencias y proseguir las conversaciones hasta ir identificando y asimilando los elementos que permitan la consolidación del trato digno como el camino protector y preventivo en salud mental; la propuesta se fundamenta en unos principios pedagógicos y en unas características metodológicas, que se concretan en el diseño y

la realización de las acciones y la implementación de las diferentes estrategias y dispositivos.

Los principios pedagógicos orientan las interacciones de los actores que hacen parte de los procesos; son el fundamento ideológico (epistemológico, antropológico, sociológico, pedagógico y psicológico) de la propuesta; son el puente entre lo conceptual, lo metodológico y lo operativo:



Construcción participativa:

Es el eje que posibilita a las personas participantes cooperar desde su propia experiencia, ser receptivas frente a la experiencia de las otras personas, es la oportunidad para familiarizarse, incorporar y transmitir las nuevas rutas construidas en el proceso formativo. El punto de partida es que cada quien tiene algo para aportar y que el aprendizaje es mutuo y bidireccional.



Contextualización:

Hace referencia al reconocimiento y la apertura de situaciones históricas y socio culturales particulares, saber hacer lectura de procesos a partir de la reconstrucción de realidades que rescaten la particularidad de los sujetos en sus distintas dimensiones humanas: sexo, edad, ciclo vital, preferencia sexual y otras; y en sus especificidades locales. Se trata de darle un lugar prioritario a las condiciones subjetivas y específicas de cada grupo participante.



Respeto por la otra persona:

Se refiere a saber escuchar independientemente de la condición de quien está participando, reconocer que cada persona tiene algo por decir. Este principio se basa en reconocer a cada sujeto como único, con capacidad de nombrar su experiencia, pensar sus posibilidades

de desarrollo y transformación, en este principio, se hace visible la oportunidad de que la heterogeneidad se convierta en una fortaleza más que en una amenaza.



Flexibilidad, apertura:

Implica admitir la existencia de miradas distintas del mundo, otras lógicas, diferentes dinámicas, múltiples modos de actuar. Y cuando esta diversidad emerge es necesario nombrarla, reconocerla, hacerla visible, argumentar desde la capacidad de razonar para comprender y posibilitar su reflexión, lo cual facilita los procesos en los grupos, admitiendo que la realidad es una construcción, lo cual se convierte en motor de la transformación.



Educabilidad – enseñabilidad:

La educabilidad es el motor del proceso de formación, tiene como referente un conjunto de disposiciones que posibilitan adaptarse a los ambientes y asimilar nuevas experiencias y otros saberes, lo cual moviliza la socialización y por ende el desarrollo humano. La enseñabilidad hace referencia a que toda experiencia es factible de ser compartida. Se trata de construir didácticas donde se generen los métodos, medios y procesos de enseñanza.



Aprendizajes significativos:

El proceso se realiza a partir de la construcción de sentires y sentidos que se correspondan con las experiencias de quienes participan en el proceso, con sus deseos y con sus realidades. Por lo que es importante recurrir a lenguajes y representaciones propias y de su interés. Es necesario contar en los procesos formativos con los ritmos particulares, el aprendizaje avanza de la información y el conocimiento, a una movilización del deseo de saber y la posibilidad de transformar comportamientos, actitudes y estilos de vida.



Reciprocidad:

Se basa en una retroalimentación continua en el proceso, propia de la construcción participativa. En cada aspecto del proceso que emerge, las personas participantes se retroalimentan solidariamente, este intercambio brinda la posibilidad de asimilar la propuesta educativa en su conjunto.



Multidireccionalidad:

Hace referencia a que el saber puede recibirse desde múltiples direcciones y puede proyectarse en diversos espacios. Lo que abre la posibilidad de transmitir de manera transversal, los saberes formalizados a otros ámbitos de la realidad.



Creatividad:

Proceso que permite recrear la propia realidad, apunta a la construcción y apertura de espacios intersubjetivos que propicien la expresión libre y fluida en torno a unas necesidades planteadas por el grupo, donde cada participante encuentra formas de expresión propias; este principio exige metodologías lúdicas y artísticas que ayuden a las personas participantes a explorar-se, asumiendo la incertidumbre, el temor a exponerse, pero sin coacción, con el derecho a equivocarse y garantizando el máximo respeto por las diversas expresiones.



Reflexión:

Se relaciona con la posibilidad subjetiva de analizar lo vivido y las formas de asumir las vivencias, de volver sobre el propio decir y actuar o el de las otras personas, para comprender y reconstruir la realidad. Se trata de explorar el tejido discursivo en sus manifestaciones corporales, verbales, espaciales, comportamentales y actitudinales. Es la propia experiencia individual y grupal la que se asume como material de trabajo, que nutre los procesos.



Equidad de género:

Apunta al posicionamiento del trato equitativo e incluyente en la interacción de las personas participantes. Al logro de relaciones que visibilicen y respeten las diferencias entre los hombres y las mujeres. Donde la diferencia se reconozca y no se asuma como deficiencia, en la vía de garantizar los derechos en función de la dignidad.

3.1.4 CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS

Las características metodológicas indican la manera de operativizar los principios pedagógicos, apoyándose en diversos dispositivos y técnicas que hacen posible la realización de la propuesta; son criterios que orientan la puesta en escena de los principios y el diseño de las actividades y la realización de las mismas con los diferentes grupos poblacionales.

Ver cuadro en la pagina siguiente



Gráfico 7. Características Metodológicas.

Lo metodológico hace referencia a todos aquellos aspectos que tocan directamente con la práctica propiamente dicha, donde la creatividad tiene un lugar central en la medida en que ésta es una vía para rescatar la dimensión humana del juego expresivo, de la lúdica vital, espacios que permiten dejar volar la imaginación, donde los sentires y los sentidos pueden expresarse a través del cuerpo y sus diversas construcciones simbólicas, para contarnos de vuelta quiénes somos y hacia dónde queremos ir.



Negociación de los saberes:

Implica el intercambio permanente de las necesidades, experiencias y deseos en torno al proceso, herramientas como el conversatorio, la lúdica y las diversas expresiones artísticas permiten poner en juego las experiencias particulares.



Construcción participativa:

Propicia tener presente la heterogeneidad, asumida como fortaleza si se permite expresar con libertad, permite los disensos y consensos; los vínculos que se establecen están enmarcados dentro de la libertad de cada persona apuntando al ejercicio práctico de lo que significa la construcción de ciudadanía.



Escucha:

Se relaciona con la disposición para atender lo que se dice y lo que acontece desde los distintos niveles del discurso y sus múltiples maneras de expresión, la intervención psicosocial recurre a la escucha para captar aspectos de los grupos y los sujetos, que muchas veces se escapan a la comprensión inmediata, la escucha activa favorece la comunicación y la interacción.



Preguntas significativas:

Cuando la escucha es óptima, la pregunta se instaure como una de las formas más claras de facilitar la producción grupal, por tal razón

el grupo se abre a la posibilidad de hacer uso de esta herramienta en la vía de rastrear, en todos los elementos discursivos, puntos nodales para ser reconocidos y abordados por todas las personas participantes.



Concertación de normas:

Invita a construir, interpelar, modificar y/o sostener las reglas del juego, en los distintos procesos y a resaltar particularmente los principios pedagógicos como los orientadores de los procesos.



Secuencialidad de la intervención:

Asegura una continuidad en el tiempo en las acciones propuestas, que permiten generar procesos, sistematizarlos y evaluar su impacto.



Relación experiencia, práctica, teoría:

La experiencia y la teoría tienen valor si son tomadas de las propias vivencias y es desde estas que se reflexionan y problematizan. Quien está en el lugar de acompañante de los procesos debe estar en continua formación y reflexión de su praxis, esto le permitirá dinamizar las reflexiones y los conocimientos al servicio de las construcciones de las realidades que se hacen permanentemente en los procesos.

El eje que conecta los principios pedagógicos y las características metodológicas es la participación de las diferentes personas en la reflexión de su experiencia y la posibilidad de otras construcciones sobre la realidad, resaltando que además de la información es imperativo detenerse en las propias experiencias, sin culpabilizar y aconsejar, invitando a que se conquisten en la interacción intra e intersubjetiva y en procesos y condiciones de vida más saludables amparadas por un trato digno. Estos principios pedagógicos y estas características metodológicas transversalizan todos los ejes operativos requeridos para que la propuesta se asuma en los diferentes contextos.

3.2 FASE II: LA INTERVENCIÓN

3.2.1 MOMENTOS O NIVELES DE ACERCAMIENTO A LOS TERRITORIOS

en el proceso de abordaje a los territorios se considera importante tener en cuenta los niveles o momentos. Estos niveles se retroalimentan y complementan permanentemente y tienen incidencia en los vínculos y los lazos de cooperación que se construyen en los territorios. Estos niveles se describen a continuación:



Gráfico 8. Momentos o niveles de acercamiento a los territorios.

Convocatoria

La convocatoria hace referencia al conjunto de actividades a través de las cuales se invita a conocer y vincularse a los espacios de participación que se ofrecen en la propuesta, la cual exige el reconocimiento de las iniciativas desarrolladas en las localidades que se han basado en la participación y compromiso de la comunidad en los procesos de promoción y prevención en el área de la salud mental. Los medios de difusión dependen del alcance que se le quiera dar al evento y de las posibilidades de cada contexto.

Sensibilización

La sensibilización en salud mental ha de constituirse en un conjunto de acciones continuas para reconocer y reforzar las motivaciones que llevan a las personas, a las comunidades y a las instituciones a interesarse por la reflexión de las prácticas relacionales que se dan en los diferentes escenarios de interacción humana y sus efectos en la salud mental, exige una atención constante en la difusión de la propuesta con las diferentes entidades y comunidades; busca establecer vínculos y canales de comunicación y construcción permanente con los actores sociales de los territorios con poder decisorio en las políticas e inversiones sociales, además en las entidades y/o personas que desarrollan las actividades. Como regla general, todos los procesos se inician con una sensibilización, dada la importancia que tiene en un proceso de intervención psicosocial, se contemplan actividades de sensibilización permanente dirigidas a las comunidades.

Articulación

La articulación es una de las estrategias transversales para el logro de los objetivos y metas de los proyectos, exige la relación intra e interinstitucional y sectorial para realizar un trabajo integral y coordinado entre quienes participan, un trabajo que se debe reflejar en resultados directos con las comunidades, tanto desde las inversiones como desde la calidad en los procesos de intervención. Cabe aclarar

que para trabajar por la salud mental es fundamental es importante el abordaje interdisciplinario, coordinado y concertado.

La articulación está pensada como un proceso continuo mediante el cual actores institucionales de una localidad comparten las lecturas que tienen acerca del desarrollo integral de las personas y buscan llegar a consensos respecto al nivel de desarrollo que quieren alcanzar, los aspectos del contexto local que posibilitan o impiden alcanzarlo y las estrategias a implementar conjuntamente para ir consiguiendo el cuidado integral de la salud mental de la población.

Encaminar parte de los esfuerzos de la intervención psicosocial hacia la búsqueda de acciones concertadas, es reconocer que la salud mental le compete a todos y todas y por lo tanto se requiere un abordaje integral y de complementariedad, mediante un trabajo coordinado entre las comunidades, con personas que acompañan los procesos desde diferentes áreas del conocimiento y las diversas instituciones que hacen parte del escenario local, departamental y nacional. Se reconocen dos tipos de articulación:

Proceso de articulación intrainstitucional

Hace referencia a las acciones conjuntas entre distintas áreas y profesionales de una misma institución. Al interior de la institución que apoya la ejecución de las actividades de salud mental, se busca que se incluya esta propuesta en los diferentes escenarios; en el caso de salud en el Plan de Salud Pública de la Dirección Territorial de Salud, en el caso de educación en los Planes Educativos Institucionales y si corresponde a protección en los programas específicos de las Comisarías de Familia. Además, que se establezca la forma como se pueden retroalimentar las diferentes líneas de trabajo que se tengan proyectadas hacia la población, creando canales de comunicación permanente que posibiliten hacer lecturas y lograr consensos con respecto a las intervenciones.

Proceso de articulación interinstitucional e intersectorial

Se refiere a las acciones conjuntas entre distintas instituciones y sectores de una localidad. Incluye la coordinación con distintos actores públicos y de la sociedad civil, tanto desde una estrategia de mesas intersectoriales como de redes de atención y de apoyo social y comunitario. Entre otros están las comisarías, fiscalías, juzgados, centros de emergencia, defensorías, policía comunitaria, centros educativos e instituciones religiosas y centros de formación profesional.

Tanto la articulación intra como la interinstitucional y sectorial requieren tener incorporado un proceso de articulación conceptual y metodológica, para que las lecturas de contexto den cuenta de las diversas realidades locales, lo cual determina un asunto de intereses colectivos que se traducen en una posición ética y política del quehacer psicosocial que conlleve al desarrollo de propuestas para impactar las problemáticas en salud mental.

Con la articulación se busca la unión de esfuerzos para desarrollar intervenciones integrales, que permitan sacar adelante políticas públicas y diseñar propuestas de inversión social para optimizar el recurso financiero y el talento humano y le den participación en el diseño y ejecución a todas y todos los actores y sectores del desarrollo involucrados en los asuntos de la salud mental.

3.2.2 LOS DISPOSITIVOS

Los proyectos de salud mental de la DSSA, desde su experiencia en el acompañamiento a los territorios, han desarrollado una serie de dispositivos pensados y contruidos en relación con los referentes teóricos y metodológicos de la propuesta. Estos dispositivos

promueven la participación de la comunidad, facilitan el desarrollo de acciones que favorecen la intervención integral en salud mental para mantener los comportamientos saludables y actuar sobre aquellos que pueden provocar los daños en la salud mental y ofrecen la posibilidad de ser implementados y recreados, de manera particular en cada contexto, por aquellas personas que realizan acciones en este campo. A continuación se presentan algunos de los dispositivos y la descripción de sus características particulares



Procesos educativo-formativos

Espacios de encuentro grupal acompañados por profesionales psicosociales en los que se realizan jornadas reflexivas con grupos poblacionales específicos, que se reúnen con cierta periodicidad y continuidad en un período de tiempo definido por el mismo grupo, a revisar participativamente las prácticas relacionales, los comportamientos y estilos de vida llevados en el ambiente familiar, escolar y social, para hacer conciencia de su efectos en la salud mental, buscando entre quienes participan del proceso los mecanismos para fortalecer aquellos aspectos basados en el trato digno que la favorecen y las alternativas para neutralizar o transformar aquellos que basados en el trato no digno la desfavorecen.

Para establecer procesos se requiere secuencialidad y periodicidad de la intervención, lo cual implica continuidad en el tiempo y organización de las actividades educativo-formativas de acuerdo con la dinámica y necesidades de cada grupo, basados en los principios pedagógicos y las características pedagógicas definidas para la propuesta de intervención lo que permite generar procesos, sistematizarlos, evaluar e informar sobre los resultados.



Procesos psico-educativos y de apoyo

Este dispositivo consiste en la conformación de grupos con personas que tienen algún tipo de enfermedad o riesgo psicosocial. Se proponen como espacios voluntarios para que las personas afectadas, compartan sus experiencias comunes y, a la vez, cada cual (de acuerdo con su propio ritmo) y con los aportes ofrecidos por el grupo y por el o la profesional psicosocial acompañante, pueda fortalecer sus capacidades y potencialidades y se le ayude a disminuir sus factores de vulnerabilidad y riesgo protegiendo su salud mental. Los grupos psicoeducativos y de apoyo están propuestos tanto para pacientes como para familiares de pacientes, de preferencia organizados separadamente pero con nexos experienciales comunes.

Los procesos psicoeducativos requieren, al igual que los procesos educativo-formativos, secuencialidad y periodicidad de la intervención, lo cual implica continuidad en el tiempo y organización de las actividades psicoeducativas y de apoyo, de acuerdo con la dinámica y necesidades de cada grupo, basados en los principios pedagógicos y las características metodológicas definidas para la propuesta de intervención que permiten generar procesos, sistematizarlos, evaluar e informar sobre los resultados.



Procesos de información y comunicación

Las actividades de difusión tienen como objetivo informar y comunicar asuntos relacionados con la salud mental. Para la implementación de este dispositivo se propone utilizar medios masivos como canales de televisión, radio, afiches y otro tipo de estrategias que permitan cumplir con el objetivo del proceso. Igualmente se requiere establecerlas a manera de proceso, con cierta periodicidad y frecuencia para que surtan los efectos de recordación y de implantación en los paradigmas de las comunidades.



La construcción autobiográfica

El enfoque autobiográfico permite acompañar a las personas y a los grupos con el fin de que revisen sus sentires y mediante ello, renueven o fortalezcan los sentidos construidos de la realidad. Este enfoque es una invitación a involucrarse, identificando las fortalezas personales y relacionales, pero también los puntos ciegos en la interacción con la realidad, con el fin de reconocer y favorecer los procesos en los que se interactúa.

La participación en los procesos formativos y psicoeducativos sugiere que quienes acompañan los procesos, hagan una revisión de su historia de vida, de sus experiencias actuales y de su contexto, de forma que logren reflexionar y aprehender desde su propia experiencia los temas a tratar con las personas participantes en los grupos.

El modelo autobiográfico planteado por Goodson propone tener en cuenta seis aspectos: 1) las experiencias de vida, 2) el estilo de su vida actual, 3) los períodos por los que considera ha pasado, 4) las etapas en las que ha recibido algún tipo de apoyo, 5) los sucesos críticos y 6) los acontecimientos sociales que más le afectaron. Pinar (cit. por Gil, F. 1997) plantea: “Solamente en la medida en que comprendo las relaciones entre el relato de mi vida, mi presente biográfico y mis labores intelectuales, puedo estar comprometido con el trabajo educativo”

Estos asuntos han sido nombrados por Rogers (1986) quien define el aprendizaje significativo como algo que va más allá de la simple acumulación de hechos o conocimientos, es una manera de aprender que señala una diferencia, que impacta en la vida de los sujetos, en sus actividades futuras, en sus actitudes y en su personalidad; dice que es un aprendizaje penetrante en el que los conocimientos se entretajan con cada aspecto de la existencia personal. Señala que para lograr esto es necesario promover una serie de características al proceso de aprendizaje y plantea necesaria la coherencia entre lo que enseña y

lo que vive desde su experiencia, teniendo claridad sobre las actitudes que adopta y aceptando sus propios sentimientos.

Las personas que acompañan la intervención podrán apoyar el proceso de otras personas hasta el punto de reflexión al que cada acompañante ha llegado en sus propios procesos personales; es por este motivo que se les invita a reflexionar sobre sí antes de ir al trabajo con los grupos.



Grupos funcionales

“El concepto de red alude a los vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que teniendo cada uno sus propias características y particularidades, reconocen la necesidad básica de crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes, compartiendo un espacio de igualdad, donde las relaciones son horizontales y se reconocen los distintos saberes y aportes.” (Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría: Chile 2000)

Gracias a la vinculación de estas organizaciones se forman relaciones de ayuda, creadas y sostenidas de forma voluntaria por personas de una comunidad, organizaciones e instituciones para afrontar situaciones difíciles como lo son los problemas de salud mental. Para la implementación de una red de servicios de salud mental se propone un dispositivo para la conformación de Grupos funcionales.

Los grupos funcionales son equipos que se conformarán o fortalecerán en cada municipio y que serán constituidos a través de una convocatoria pública y elegidos de acuerdo a la diversidad de la población, el compromiso, la voluntariedad de los postulantes y la aceptación de la comunidad.

Los Grupos Funcionales permitirán visibilizar la salud mental como un asunto público del orden municipal e interinstitucional y tienen

como función principal, pensar de forma planificada la salud mental, para proponer la opinión de la comunidad y las instituciones y las formas de intervención. De esta manera el Grupo Funcional ayuda a coordinar la planificación e implementación de las estrategias de salud mental, adaptándolas a los recursos y propuestas municipales para responder a las necesidades específicas en salud mental y dar cumplimiento a la normatividad



Encuentro taller

Este es uno de los dispositivos centrales para el trabajo de educación para la salud mental, desde la promoción y la prevención. En los proyectos de salud mental se aspira a trascender la educación para la salud concebida como la sola transmisión de conocimientos y a instalar unos procesos educativos y formativos grupales (entre seis y diez sesiones), basados en unas dinámicas de reflexión y análisis de las prácticas relacionales que se instalan en las interacciones cotidianas que establecen las personas, reconociendo sus efectos favorables o desfavorables en la salud mental.

Los procesos apuntan al reconocimiento y toma de conciencia sobre los diversos riesgos que pueden afectar la salud mental y la identificación, construcción creativa, búsqueda y asunción de los cuidados necesarios y/o posibles para evitarlos o minimizarlos. La intencionalidad de los procesos grupales consiste en el reconocimiento de la importancia del trato digno en la convivencia, así como el posicionamiento de prácticas relacionales que trasciendan las formas de interacción basadas en un trato no digno, que permita el fortalecimiento de la salud mental de las personas participantes y por lo tanto del tejido social para potenciar el desarrollo humano .



Evaluación

Los proyectos de salud mental pretenden posicionar la sistematización y la evaluación de los diferentes procesos establecidos como aprendizaje social, en tanto implica la posibilidad de reflexionar sobre la práctica, teniendo en cuenta los intereses y las necesidades que se quieren impactar, las formas más pertinentes para hacerlo y los efectos o resultados que se van logrando. El análisis reflexivo de la experiencia permite identificar las fortalezas y debilidades de los procesos para establecer los correctivos necesarios y posibles, logrando así la cualificación y proyección social de las diferentes intervenciones.

Desde las diferentes líneas de trabajo priorizadas para intervenir en salud mental, los resultados obtenidos en la Asesoría y Asistencia Técnica, se monitorean con base en los siguientes criterios:

A 2011 los municipios tienen formulados Planes de Salud Mental que adaptan los lineamientos de las Políticas Nacionales de Salud Mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, de acuerdo a los lineamientos Departamentales y Nacionales

Los municipios realizan los ajustes necesarios y pertinentes a los POAI del período, de acuerdo a la Asesoría y Asistencia Técnica realizada en el campo de salud mental.

Los municipios realizan acciones de sensibilización a los COMPOS municipales en materia de Promoción de Salud Mental, Prevención del Consumo de Psicoactivos y de las diferentes problemáticas en salud mental identificando los aspectos relevantes para el mejoramiento de la calidad de vida y del desarrollo humano, igualmente que asuman y promuevan las estrategias para la adecuada vigilancia epidemiológica de los eventos priorizados en Salud Mental.

Los municipios desarrollan la Intervención Psicosocial a la Población en Situación de Desplazamiento.

Los municipios desarrollan las acciones de Educación en el Riesgo de accidentes por MAP y MUSE y brindan atención Biopsicosocial a víctimas.

Los municipios implementan procesos psicosociales de promoción de la salud mental y de prevención de los factores de riesgo para el daño en la misma acordes a los lineamientos Departamentales y Nacionales: Prevención de las violencias, Habilidades para la Vida, Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, con los diferentes grupos poblacionales: niños, niñas, jóvenes, padres, madres, personal educador y formador, personas adultas mayores y enfermas mentales, grupos organizados, otros grupos priorizados como Población Víctima del Desplazamiento.

Los municipios implementan el Modelo de Atención en Salud Mental en el en el marco de la Atención Primaria en Salud.

Los municipios desarrollan el proceso de Vigilancia en Salud Pública de los eventos priorizados en Salud Mental: VIF, VS, Suicidio, Intento de Suicidio, Trastornos mentales más prevalentes, Accidentes por MAP y MUSE, consumo de Psicoactivos y otros priorizados a nivel departamental o nacional.

Los municipios atienden integralmente a las personas que presentan daños en la Salud Mental.

Los municipios reciben la contrarreferencia de los pacientes remitidos a otros niveles de atención.

Es importante ratificar que este módulo se va a acompañar con una CAJA DE HERRAMIENTAS que la DSSA viene construyendo para orientar las diferentes intervenciones desde las líneas priorizadas para salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvaro, J.L. y Garrido, A. (2003). Psicología Social. Perspectivas psicológicas y sociológicas. Madrid: McGraw- Il.
- Baron, R.A. and Byrne D. (2008). Social Psychology (12th ed). New York: Prentice.
- Blumer, H., (1968) Symbolic Interaccionism. Perspective and Method, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Berger, Peter, Luckmann, Thomas. La construcción social de la realidad. Buenos Aires : Amorrortu. 1998. 233 p.
- Bronfenbrenner, U. (1987) La Ecología del Desarrollo Humano. Editorial Paidós.
- Colombia, El Congreso de Colombia (1993) Ley 100. Bogotá.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social. (2005) Estudio Nacional de Salud Mental – Colombia. 2003. Bogotá.
- Colombia, El Congreso de Colombia (2007) Ley 1122. Bogotá.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social (2007) Decreto 3039 Plan Nacional de Salud Pública. Bogotá: República de Colombia.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social (2008) Resolución 425. Bogotá: República de Colombia.
- Colombia, MPS & DNE. Ministerio de la Protección Social; Dirección Nacional de Estupefacientes (2009) Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008. Informe Final. Bogotá: Editora Guadalupe.
- Gil, F. (1997) Educación y narrativa La práctica de la autobiografía en la educación. Teor. Educ. 9, 1997, pp. 115-136 [versión electrónica] 1997 [fecha de acceso 12 de junio de 2010] URL disponible en:
- http://campus.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/1130-743/article/viewFile/3134/3162
- Gobernación de Antioquia; DSSA; Comité Departamental de Prevención en Drogas de Antioquia; ESE Carisma. (2008) Consumo de Sustancias Psicoactivas en Jóvenes Esclarizados del Departamento de Antioquia. Investigación Comparativa 2003 – 2007. Nuevas tendencias y comportamientos sociales asociados. Medellín: DSSA.
- Goffman, Erving (1976) Relaciones en público. Microestudios del orden público, Alianza Editorial, Madrid.
- Grotberg, E. (2003) Nuevas Tendencias en Resiliencia. Parte de: Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas [versión electrónica] 2003 [fecha de acceso 5 de junio de 2010] URL disponible en: <http://www.addima.org/Documentos/Nuevas%20tendencias%20en%20resiliencia%20Grotberg.pdf>

- Jahoda Marie. (1980) Work, employment and unemployment: An overview of ideas and research results in the social science literature.
- Javaloy, F.; Rodríguez, A. y Espelt, E. (2001). Comportamiento colectivo y movimientos sociales. Madrid: Pearson Educación y Prentice Hall.
- Maddaleno M., Morello P. & Infante-Espínola F. (2003) Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década [Versión electrónica]. Salud Pública de México, vol. 45, suplemento 1, S132-S139.
- Márquez, G. (1996) Palabras presentadas en la ceremonia de entrega del informe de la Misión de Ciencia, Educación y Desarrollo. 1996.
- Max-Neef, M.; Elizalde, A. & Hopenhayn, M. (1973) Desarrollo a Escala Humana, una opción para el futuro [versión electrónica] 1973 [fecha de acceso 3 de junio de 2010]; URL disponible en: http://www.dhf.uu.se/pdf/86_especial.pdf
- Maya, L. (2001) Los estilos de Vida Saludables: Componente de la Calidad de Vida [versión electrónica] 2001 [fecha de acceso 2 de junio de 2010]; URL disponible en: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
- Mirowsky, J. and C.E. Ross. (1989) Psychiatric Diagnosis as Reified Measurement. Journal of Health and Social Behavior 30(1):11-25.
- Montero, M. (1994). Construcción y crítica de la psicología social. Barcelona: Anthropos.
- Munist, M. et al. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes [versión electrónica] 1998 [fecha de acceso 3 de junio de 2010] URL disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/hpf/adol/Resilman.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2008) Informe sobre la Salud mental en el Mundo 2008. La Atención Primaria de Salud: Más Necesaria que Nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2001) Salud mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. Informe Sobre la Salud en el Mundo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Rogers, C. (1986) El Proceso de Convertirse en Persona. Barcelona: Editorial Paidós.
- Sapsford, R. et al. (eds.) (1998). Theory and Social Psychology. Londres: Sage.
- Villalba, C. (2004) El Concepto de Resiliencia. Aplicaciones en la intervención Social [versión electrónica] 2004 [fecha de acceso 4 de agosto de 2010] URL disponible en: <http://www.documentacion.edex.es/docs/0302VILcon.pdf>
- Revista Cubana Salud Publica Volumen 22 No. 1 Junio 1996 Leonor Jimenez Cangas y Rosa Maria Báez y Benito Perez.

“Creemos que las condiciones están dadas como nunca para el cambio social, y que la educación será su órgano maestro. Una educación, desde la cuna hasta la tumba, inconforme y reflexiva, que nos inspire un nuevo modo de pensar y nos incite a descubrir quiénes somos en una sociedad que se quiera más a sí misma. Que aprovecha al máximo nuestra creatividad inagotable y conciba una ética y una estética para nuestro afán desaforado y legítimo de superación personal. Que integre las ciencias y las artes a la canasta familiar, de acuerdo con los designios de un gran poeta de nuestro tiempo que pidió no seguir amándolas por separado como a dos hermanas enemigas. Que canalice hacia la vida la inmensa energía creadora que durante siglos hemos despilfarrado en la depredación y la violencia, y nos abra al fin la segunda oportunidad sobre la tierra que no tuvo la estirpe desgraciada del coronel Aureliano Buendía. Por el país próspero y justo que soñamos”.

Gabriel García Márquez (1996)

