

**Impacto de la conformación y movilización de la red operativa institucional
“Redescubrir” como respuesta institucional para mejorar la atención en los fenómenos
de salud mental en el Municipio de Pitalito.**

Leidy Yurani Paladines Chicaiza, Magda Lorena Orozco Suarez, Pablo Andrés Rojas Núñez

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD 2013

Dedicatoria

Crisis, cambio y caos son tres términos que se escuchan cada vez con mayor frecuencia y paradójicamente no son comunes en una dedicatoria, sin embargo en la presente investigación resultan de vital importancia, pues confirman que la sociedad que creyó en las certezas definitivas, en el conocimiento absoluto y en el progreso permanente ha comenzado a derrumbarse y están abriéndose paso, a nuevos modos de pensar y vivir en el mundo.

Consecuente a ello, la materialización de esta investigación está dedicada a todas las personas, hombres y mujeres que aún en medio de la crisis, el cambio y el caos económico, educativo, social y cultural se atreven a creer que aquello que está en crisis no son las cosas en sí mismas sino en la manera de apreciarlas.

Dedicamos esta investigación y este esfuerzo de trabajo en red a quienes durante el proceso investigativo contribuyeron a pensar que el punto de partida no es ya la extrañeza en el mundo, sino un sentimiento de profunda pertenencia, de legitimidad del otro, de su racionalidad, de su accionar y de la apertura a un dialogo emocionado en una interacción que no niega el conflicto sino que reconoce la diferencia y el trabajo en red como la única vía hacia la evolución.

Agradecimientos

A Dios por ser mi espada en cada batalla, por brindarme la fortaleza y el valor para hacer posible el cumplimiento de uno de tantos sueños. A mi familia en especial a mi madre Rosa Stella Chicaisa y a mi hermana Gloria Mercedes Paladines; quienes fueron participes de mi proceso formativo y quienes estuvieron presentes incondicionalmente en cada momento, apoyándome, comprendiéndome y brindándome la motivación suficiente para no desfallecer en ningún momento con quienes hoy comparto este logro. A mis compañeros Magda Lorena Orozco y Pablo Andrés Rojas, por su paciencia, apoyo, compromiso y dedicación ante este proceso.

Leidy Yurani Paladines Chicaisa

Gracias al Yo Soy... Gracias a la vida que me ha dado tanto... Gracias a mi familia y los papás “alcahuetas” que elegí... Gracias a los maestros con los que me cruce... Gracias a todos y a todas... Gracias a ustedes he logrado ser aquello que quise ser... Gracias, mil gracias por ayudarme a ser lo que Soy....

Pablo Andrés Rojas Núñez.

*La disciplina en y por si misma no profesionaliza,
sólo nos coloca delante del sueño de ser profesional.*

Agradezco al Señor de Señores y Rey de Reyes, al que fue, el que es y el que será, a mi fortaleza y mi refugio, en quien todo lo puedo y quien aún sin conocerle, me sostuvo y sostendrá por su infinito amor, Jesucristo. A mi esposo e hijo Juan Martin, por los tiempos, espacios y ausencias que aceptaron por el cumplimiento de esta meta. A mi familia por su respaldo y confianza en todo lo que emprendo. A los maestros y compañeros con quienes en su momento compartí aprendizajes y nuevas experiencias formativas, a los amigos y amigas que aún desde la distancia comparten la alegría del cierre de este proceso formativo y el inicio de nuevas experiencias como profesional. Toda la Gloria y la Honra para ti Señor. Hoy te entrego todo lo que soy, te entrego esta profesión, la coloco en tus manos y espero en ti. Gracias Padre, por permitirme llegar... ahora el camino lo marcas Tú.

Magda Lorena Orozco Suárez

Si todos los días tuviéramos conciencia de lo felices que podríamos ser agradeciendo el servicio que tantas personas nos prestan, la orientación y educación impartida no nos quedaría tiempo para lamentarnos de nada. Porque agradecer es amar, es retribuir con el reconocimiento sincero de valorar lo que recibimos. Por ello nuestro más profundo agradecimiento a la Especialista Yinna Paola Ariza Calderón, quien con sus conocimientos, compromiso formativo y su testimonio profesional de excelencia nos movilizó a nuevas comprensiones en la complejidad y responsabilidad de ser psicólogos.

Es muy común recordar que alguien nos debe agradecimiento, pero es más común no pensar en quienes le debemos nuestra propia gratitud (Johann Wolfgang Goethe). En este sentido, agradecemos de manera muy especial a la Doctora Sandra Melo Zipacon, por su actitud, compromiso formativo y acompañamiento al proceso.

Agradecemos igualmente a todas y cada una de las 27 instituciones vinculadas al proceso, gracias por creer que no sólo se puede hablar de trabajo en red, sino que además es posible actuar y operar en red.

Leidy Yurani Paladines

Magda Lorena Orozco

Pablo Andrés Rojas

Contenido

Resumen, 7
Abstract, 8
Introducción, 9
Justificación, 13
Planteamiento del problema, 25
Descripción, 25
Objetivos, 51
Objetivo General, 51
Objetivos Específicos, 51
Marco contextual, 52
Pitalito, 52
E.S.E Municipal Manuel Castro Tovar, 55
Referentes teóricos conceptuales, 66
Conceptos que complejizan la investigación, 91
Algunos estudios realizados frente al tema, 97
Diseño metodológico, 106
Técnicas, 110
Instrumentos, 114
Universo y muestra, 116
Momentos investigativos, 116
Plan de trabajo referencial, 1156
Momento 1. Definición de la situación problema, 118
Etapa uno: exploración de la situación, 118
Etapa dos: diseño propiamente dicho y preparación para el trabajo de campo, 118
Momento Dos. Trabajo de campo, 119
Etapa tres: etapa recolección de datos cualitativos, 119
Etapa cuatro: etapa organización de la información, 121
Momento tres: Identificación de categoría para análisis de resultados, 122
Etapa cinco: Etapa análisis de la información, 122
Etapa seis: etapa interpretación de los datos y etapa conceptualización inductiva, 122

Resultados, 124

Análisis, 210

Conclusiones, 289

Referencias bibliográficas, 296

Anexos, 305

Resumen

La presente investigación se centra en la necesidad de legitimar cada día más la relación salud mental redes sociales, lo cual permite pensar este fenómeno no cautivo en la presencia de afecciones o enfermedades, sino como un estado normal en la vida del individuo que está marcado por las interacciones que éste establece con su medio. El objetivo es conocer a través de la investigación acción participación, el impacto social que tiene la identificación, conformación y movilización de la Red Operativa Institucional “Redescubrir” que cuenta con la participación de 26 instituciones en la capacidad de respuesta a los fenómenos de salud mental en el municipio de Pitalito a fin de establecer la efectividad del trabajo en Red en la mejora de la atención y la calidad de vida de los habitantes del municipio.

Esta investigación se enmarca en un enfoque cualitativo que busca comprender las dinámicas sociales para aproximarse a la realidad social, desentrañarlas a partir del discurso de sus actores y actuar en consecuencia a ello. De la misma forma se orienta desde la teoría general de los sistemas propuesta por Bertalanffy (1979), la cual permite comprender que los fenómenos de salud mental son considerados en su totalidad social y en la cual cada institución se comprende como un patrón dentro de una inseparable red de relaciones en una vinculación relacional de causa-efecto donde si una parte cambia, cambia el resto. En la misma línea se acoge el modelo socio-ecológico de Bronfenbrenner (1979), con sus cuatro niveles de interacción, integrando todas las partes del sistema a sus elementos componentes para articularlas en un todo unitario y organizado como es la red, para desde ahí complejizar su operatividad. Las técnicas utilizadas en el presente estudio son la entrevista cualitativa el grupo focal, la revisión documental, la observación y como instrumento los diarios de campo. Como momentos investigativos se encuentra, en el momento 1 la definición de la situación problema que abarca dos etapas: la exploración de la situación y el diseño y preparación para el campo de trabajo; en el momento 2 el trabajo de campo que se enmarca en la etapa de recolección de datos cualitativos y etapa de organización de la información y por último en el momento 3 la identificación de categorías para análisis de resultados que aborda la etapa de análisis de la información y la etapa de interpretación de los datos y conceptualización inductiva. Para este último momento las categorías utilizadas para dar cumplimiento al objetivo fueron 5; salud mental, procesos de atención, trabajo en red, aporte del instrumento y rol del psicólogo mediante las subcategorías del antes, durante y ahora de la conformación y movilización de la red.

Palabra claves: salud mental, trabajo en red, responsabilidad social, operatividad, procesos de atención, fenómenos, instrumento.

Abstract

This research focuses on the need to legitimize the relationship increasingly mental health social networks , which suggests this phenomenon is not captive in the presence of disease or infirmity , but as a normal state in the individual's life that is marked by it establishes interactions with their environment. The goal is to learn through participation action research , the social impact of the identification, creation and mobilization of Institutional Operational Network "Rediscovering " which has the participation of 26 institutions with the capacity to respond to mental health phenomena Pitalito in order to establish the effectiveness of the network work in improving the care and quality of life of the inhabitants of the municipality .

This research is part of a qualitative approach that seeks to understand the social dynamics to approximate social reality unravel speech from the actors and act on it. In the same way is directed from general systems theory proposed by Bertalanffy (1979) , which allows us to understand that mental phenomena are considered social whole and in which each institution is understood as a pattern within a inseparable network of relations in a relational linking cause and effect where if one part changes , it changes the rest . In the same line, hosts the socio-ecological model of Bronfenbrenner (1979) , with its four levels of interaction by integrating all parts of the system to its component elements to articulate into a unitary whole and organized as is the network , and from there complicate its operation . The techniques used in this study are qualitative focus group interviews , document review , observation, and as the field diaries instrument . As research is now , at time 1 the definition of the problem situation that involves two stages: exploration of the situation and the design and preparation for the work camp , at time 2 field work which is part of the stage qualitative data collection and stage of organizing information and finally at time 3 categories for identifying performance analysis that addresses the analysis phase of information and the stage of data interpretation and inductive conceptualization . For the last time the categories used to comply with the objective were five ; mental health care processes , networking , contribution and role of the psychologist instrument using the subcategories of before, during and now the formation and mobilization of the network .

Key word : mental health , networking , social responsibility , operation , care processes , phenomena, instrument

Introducción

Si todo fue siempre igual, y no se ha podido ver las cosas de otra manera, quizá pueda empezar a ser distinto; si nunca nada pudo ser igual – a lo que hubiese querido -, tal vez sea hora de volver a buscar utopías por otros caminos, distintos o, quizás iguales. ¿Iguales a qué? ¿Acaso, hace muchos años, no decía Máximo Gorki en una de sus obras, en boca de Polya: “¿y que hay en el futuro para ver?! Lo que quieras ver!.

En general cuando se habla de salud mental, individual o colectiva, la representación más frecuente se refiere a una descripción de las patologías que la gente presenta, es decir, salud mental como clínica de lo patológico (Cueto, 1999). Sin embargo la misma Organización Mundial de la Salud la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición va más allá de la enfermedad y sugiere identificar ya sea para evaluarla o para desarrollar políticas y programas otros indicadores tales como: bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. Salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental” (OMS, 2004).

En este sentido, la salud mental es un campo que puede ser abordado desde varias vertientes, como lo psicológico, lo social y lo humano, ya que éstos abarcan aspectos importantes en la vida humana, por lo tanto, el conjunto integrado por redes institucionales y salud mental es un intento de integrar dichas dimensiones como señala Aron (2007). La idea de legitimar cada día más esta relación salud mental redes sociales, permite pensar en este fenómeno como algo "no encadenado solamente a la enfermedad y a los síntomas, suspendido en el vacío, un sujeto biomédico, protagonista de una psiquiatría biológica sino más bien por un sujeto socio histórico” (Pérez citado por Blanco, Díaz, 2006). Un sujeto que no es meramente un individuo, es decir un átomo social, ni una sumatoria de células que forman un aparato mecánico, sino que es una unidad heterogénea y abierta al intercambio. El sujeto no es una sumatoria de capacidades, propiedades o constituyentes elementales; es una organización emergente de la interacción del sujeto con el mundo. El sujeto sólo adviene como tal en la trama

relacional de su sociedad, en palabras del biólogo Francisco Varela (1984) “lo que el organismo detecta como su mundo, depende de su comportamiento ya que ambas cosas son inseparables”.

Ahora bien, para utilizar el pensamiento de red, se requiere un marco de referencia teórico. La teoría general de los sistemas propuesta por Bertalanffy (1979), es absolutamente pertinente, en tanto, demanda una reorientación en la manera de pensar los procesos psicológicos, en el sentido de comprender la influencia que tienen los sistemas sobre las realidades humanas, en este caso la salud mental intervenida por las diferentes instituciones con injerencia en su atención donde se evidencia cómo aquello que pase con una afecta sobre las demás y por tanto sobre el fenómeno mismo, cada institución se comprende como un patrón dentro de una inseparable red de relaciones en una vinculación relacional de causa-efecto donde si una parte cambia, cambia el resto en un juego interdependiente, haciéndose necesario un trabajo holístico e integrador.

Así mismo, el modelo sistematizado más relevante para ésta investigación es el socioecológico de Urie Bronfenbrenner (1979), ya que a través de él se puede pensar la sociedad desde un punto de vista teórico, tomando la red como el nivel más elevado para tratarla. Así resulta posible resaltar qué reacciones o intervenciones en los diversos niveles de la red pueden repercutir sobre la globalidad del sistema. El trabajo en red desde esta postura trasciende los límites de lo asistencial, aventurándose en el camino de la prevención en todos sus niveles y en la promoción del bienestar de los grupos con un enfoque de equidad. El trabajo en red es una alternativa más en el intento de encontrar las condiciones de superación a las necesidades y problemas en salud mental. La red se constituye en una metodología para la acción, para la producción de alternativas válidas y para la reflexión sobre lo social y la totalidad de la problemática que se planteó.

Problemática que aunque es una realidad manifiesta para todos, la contribución activa y voluntaria al mejoramiento social por cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS¹ se ha quedado corta y visiblemente limitada a un accionar poco estable y efectivo en cuánto a procesos y resultados. Evidencia de ello, el incremento significativo de casos de violencia, suicidios, intentos y consumo de sustancias psicoactivas. Aspecto que motivó la conformación de la red Operativa Institucional “Redescubrir” como alternativa y respuesta institucional para mejorar la atención en los fenómenos de salud mental

¹ Decreto 3039 del 10 de agosto 2007

en el municipio de Pitalito, la cual contó con la adscripción de 26 instituciones, 10 de ellas vinculadas de manera activa y constantes en el proceso.

De este modo el evento sistemático de producción de conocimiento, se caracterizó por su rigurosidad metodológica, la ética, la innovación y el compromiso con el desarrollo regional, elementos que hacen parte del quehacer investigativo de la UNAD. Puntualmente la línea es la que corresponde a la “psicología y construcción de subjetividades”, para indagar como se han construido los sujetos, que para la presente investigación corresponde a los actores operadores de la Red, y cuáles son sus prácticas sociales en el contexto de la atención de los fenómenos de salud mental antes, durante y después de la conformación de la misma, como espacio en el que se han configurado, desarrollado y adquirido nuevos sentidos y prácticas que los han transformado a ellos mismos desde su función social.

Consecuente a lo anterior, la investigación está enmarcada en el enfoque cualitativo el cual permite describir e interpretar determinados contextos y situaciones de la realidad social, buscando la comprensión de la lógica de sus relaciones, así como las interpretaciones dadas por sus protagonistas. En cuanto al tipo de investigación, se hizo uso de la Investigación Acción Participación IAP, la cual se fundamenta desde un lente sistémico que combina la investigación social, el trabajo educativo y la producción de conocimiento, estudiando los problemas de la sociedad desde ella misma y desde y con quienes la viven, a fin de transformar dichas sociedades, lo que implica pensar, reflexionar y actuar sobre la situación a fin de dar respuesta útil a los problemas (Montero, 2006).

Las técnicas utilizadas, fueron la revisión documental, observación, entrevista cualitativa y grupo focal y el instrumento el diario de campo, entendido como una herramienta que permite un auto-hetero-observación y auto-hetero-evaluación de los diversos saberes aprendidos, del problema del poder, de la gestión en grupo, de las estrategias o metodologías utilizadas, etc. (López Górriz, 1997).

La conformación de la red, resignificó el concepto mismo de salud mental y red, respecto a salud mental, es entendida ahora en términos de libertades; libertades que deben sustentarse en una armonía interior, en una asociación, en un equilibrio con el mundo a través de sus interacciones, es decir, las normas, principios y valores propios de la cultura de una sociedad, entendiendo que el conocimiento no es el producto de un sujeto radicalmente separado de la naturaleza sino el resultado de la interacción global del hombre con el mundo al que pertenece.

Respecto al concepto de red, éste se ve enmarcado menos en reuniones o encuentros y más en procesos de corresponsabilidad, donde es necesario repensarse colectivamente para lograr el aprovechamiento de los recursos “mínimos” de cada participante y la optimización de pocos recursos existentes.

Gracias a que en la organización de redes la solidaridad, es por suerte, peligrosamente contagiosa, los investigadores lograron elaborar conjuntamente con los actores operadores un instrumento temático metodológico como respuesta y alternativa para mejorar los procesos de atención en salud mental y aunque no hay especialistas en red, a no ser aquellos que encuentran el modo de hacerlas funcionar, la presente investigación deja una herramienta valiosa, concreta y oportuna para la necesidad existente de organización y operatividad institucional que seguramente movilizará su funcionamiento. Movilización que mostrará su singularidad y su potencia en cuanto consiga reincorporar en la practica cotidiana no solo un pensamiento sobre cómo funciona lo social, sino también la promoción de acontecimientos que posibiliten procesos novedosos y consistentes de participación y de ejercicio de la solidaridad.

En ese sentido el presente documento invita a lector a seguir pensando y repensando en la forma como cada uno puede aportar en esta entramada red relaciones y construcciones de lo que es la salud mental desde una perspectiva de red. Por ultimo los investigadores interventores quieren volcar este aprendizaje vital en una voluntad de conocer y hacer conocer, tal como lo expresa para Silvia Zambrano de Seni, citada por Najmanovich (1995) lo que somos y podemos llegar a ser, e incorporarlo en una práctica y un sentimiento de comunidad, no ideal, sino real, no a la distancia, sino ya en movimiento.

Justificación

“Es necesario unirse no para estar juntos, sino para hacer las cosas juntas”.

(Juan Donoso Cortés)

El informe mundial de salud mental de 2001 se centra en el hecho que la salud mental, desatendida durante demasiado tiempo, es fundamental para el bienestar general de las personas, las sociedades y los países. De ahí que “hablar de paz en un país sin hablar de salud mental sería un absurdo, necesariamente es un derecho fundamental y se necesita su disfrute pleno”, afirmó Rodrigo Córdoba, expresidente de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.

Los problemas de salud mental en este momento se convierten en una situación de atención prioritaria en el mundo, de hecho, el mismo informe mundial de salud (OMS, 1998), plantea que en los últimos años, el aumento de la longevidad y el desarrollo socioeconómico han ido acompañados de un incremento de algunas formas de trastornos mentales. El deterioro de las estructuras sociales, tales como la deslegitimación institucional, la inequidad distributiva y la ausencia de una infraestructura de servicios acorde con las demandas, sumado a ello, la falta de intersectorialidad en los programas desarrollados respecto al tema, son importantes, en particular para explicar los aumentos del abuso de alcohol y de drogas, del suicidio, de la violencia y de otros problemas comportamentales.

Y aun cuando esta es una realidad manifiesta para todos, la contribución activa y voluntaria al mejoramiento social por cada uno de las instituciones involucradas en el tema de salud mental, en muchas ocasiones se queda corta y visiblemente limitada a un accionar poco estable y efectivo en cuánto a procesos y resultados. Evidencia de ello, el incremento significativo de casos de violencia, suicidios, intentos y consumo de sustancias psicoactivas. Esto debido, en gran medida, a la falta de un trabajo articulado, como lo hace notar el Decreto 3039 (Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010) quien plantea que ante el desafío de prolongar la vida saludable y de reducir las inequidades en salud, se debe hacer especial énfasis en la necesidad de coordinar acciones específicas con otros sectores, en una movilización social de actores y la concertación y articulación de acciones sectoriales e intersectoriales en una alterantiva en la que se aprovechan los recursos a fin de alcanzar metas comunes y lograr resultados mas eficaces, eficientes y sostenibles. A esta falta de articulación se le suman el desconocimiento de políticas

que favorezcan la atención integral, los programas y estrategias pensados mas como actividades y no como procesos, y el personal de atención que no se encuentra preparado para asumir fenómenos tan complejos como los de salud mental.

Desde esta perspectiva, la investigación-intervención social suele entrañar una gran responsabilidad, atendiendo a la complejidad de los fenómenos sobre los que actúa. En este sentido tiene valor realizar una lectura crítica frente al trabajo realizado en el escenario de la práctica profesional 2012-2 en el contexto ESE municipal Manuel Castro Tovar, ya que la presente investigación nace de un trabajo practico realizado en la academia (identificación, conformación y movilización de la Red Operativa Institucional “Redescubrir”) donde se buscó potenciar los procesos de atención de las instituciones con injerencia en la salud mental del municipio; porque como se mencionará posteriormente es un requisito legal operar articuladamente (en Red) para garantizar brindar servicios con eficiencia y calidad; aunque en la realidad difícilmente es así. De ahí la importancia de realizar un estudio científico que permita conocer el trabajo realizado desde tres lentes: el de potenciación de los servicios de atención, el de la lectura que hoy las instituciones dan a la salud mental y desde la acción del psicólogo en este campo de intervención.

Lo anterior articulado con lo que plantea la política nacional en salud pública, especialmente desde el Decreto 3039, cuyo propósito es el de garantizar “las condiciones para mejorar la salud de la población Colombiana, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida, mediante acciones sectoriales e intersectoriales”.

Esto último, atendiendo a la necesidad de coordinar acciones específicas con otros sectores, toda vez que muchos de los determinantes de la salud corresponden a las acciones de esos sectores, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud Pública. Aquí es importante mencionar, que los determinantes de la salud mental son un conjunto de factores que inciden de forma directa en el estado de salud de los individuos y de las comunidades. Estos factores son: ambientales, del comportamiento humano, de la herencia y de las respuestas de los servicios de salud, que para efectos de la intervención realizada en el 2012, se tienen en cuenta la articulación de todos, pero se focaliza en el último, la respuesta de los servicios de salud; entendiendo que estos

factores, variables, contextos y condiciones no solo influyen en las personas que sufren el fenómeno, sino también en las instituciones que las abordan, de ahí la necesidad de coordinar acciones específicas de modo intersectorial.

De igual manera éste último factor tiene relación con la Ley 1438 de 2011 (Estrategia de Atención Primaria en Salud) donde se mencionan tres componentes integradores e interdependientes de la salud como lo son los servicios de salud, la acción intersectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. Por lo cual deben concurrir todas las instancias y actores que ejecuten tareas para la intervención sobre los determinantes en salud, en forma coordinada.

Estas acciones de coordinación y articulación se formulan para formar redes conformadas por actores institucionales, comunitarios y organizaciones no gubernamentales, para el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental, prevención de los riesgos que afectan la salud y del consumo de sustancias psicoactivas, tamizaje en salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria que favorezca el tratamiento integral en salud mental, participación de la familia y grupos de autoayuda, de acuerdo con el mismo decreto 3039. De la misma manera, desde la ley 1616 en Salud Mental, se tiene que uno de los derechos de las personas, es la de recibir atención integral, integrada y humanizada y que para ello se incorpora la acción intersectorial necesaria para el diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental.

Bajo este marco legal, desde el cual se fundamentan las competencias de las diferentes instituciones que tienen injerencia en los fenómenos de salud mental en Pitalito y que conforman la Red Operativa Institucional “Redescubrir” se justifica la presente investigación desde el llamado que se hace a la psicología en la responsabilidad y compromiso social como una manera de dar cumplimiento a la ley a través de la cual se establece la necesidad de integrar el trabajo de los sectores y las instituciones para modificar los determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto, articulado con la acción preventiva.

Para los entes territoriales se establece como estrategia la de hacer abogacía para movilizar voluntades, compromisos políticos intersectoriales y comunitarios para mejorar la salud y calidad de vida y establecer alianzas para la construcción de entornos saludables. Y para los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud se anexa la responsabilidad de promover la conformación de redes sociales para la promoción de la salud y la calidad de vida.

Responsabilidad que se materializa en estrategias como la conformación de redes sociales de apoyo y de usuarios que faciliten los procesos de mejoramiento de la salud y calidad de vida. Estas estrategias, acciones y responsabilidades, desde la ley nacional, recaen sobre los operadores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, es decir en las entidades nacionales del Ministerio de la Protección Social, direcciones territoriales de salud, promotoras de salud EPS, regímenes especiales y de excepción, administradoras de riesgos profesionales ARP, prestadores de servicios de salud IPS y demás sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud como la sociedad civil organizada, sociedades científicas e instituciones formadoras del talento humano en salud, quienes están convocados a hacer realidad el propósito del plan nacional en salud, debido a que en su accionar deben cumplir con una labor conectora, articuladora y facilitadora en el proceso de apoyo y atención que realizan.

De acuerdo con la ley 1090 del 6 de septiembre de 2006, Código Deontológico y Bioético de la psicología, en el artículo 1, se define a la psicología “como una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: la educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de vida. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable a favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida”. Esto significa que la psicología, está llamada a responder pertinentemente a las necesidades sociales que en este caso involucran a todo un macro sistema por tratarse de la salud mental.

Además de lo anterior, la necesidad de coordinar acciones específicas con otros sectores, como ya se mencionó, responde a que los determinantes de la salud mental son complejos y que desde las competencias de cada institución se pueden abordar en su conjunto, sino todos, por lo menos la mayoría de los mismos, o los más importantes. En algunas ocasiones las necesidades sociales, por su complejidad no cuentan con intervenciones satisfactorias, debido a la falta de

recursos institucionales, para lo cual se podría aprovechar los recursos existentes en otras organizaciones para cubrir dichas necesidades.

Según Eliana Dabas y Denise Najmanovich (1995), el objetivo de promover las redes institucionales es el de mejorar la calidad de vida de las poblaciones, a través del desarrollo de las potencialidades de las personas, incrementando las relaciones entre diversos subsistemas dentro de una institución y articulando cada institución con otras que desarrollen acciones similares, favoreciendo conexiones intersectoriales. Esto debido a que muchas veces la preocupación por la dinámica interna de las instituciones, la cultura individualista y competitividad no deja ver a los “otros”, a esas instituciones que comparten con las demás, no solo problemas comunes sino también estrategias y recursos. Y aunque cada cual pueda resolver los problemas de manera diferente, un mismo caso puede ser abordado integralmente, mejorando el trabajo y la intervención de todos.

En este sentido, el aislamiento requiere ser modificado, cambiado de tal forma que se facilite el intercambio de aquello que los funcionarios institucionales construyen y hacen diariamente en sus lugares de trabajo, que el personal no se piense como una rueda suelta del proceso, sino que estimule a pensarse a sí mismo como participante activo dentro de una red de relaciones. Por tal motivo, el trabajo en Red implica generar una nueva forma de conexión para producir nuevos modos de relación, conocimientos y afectos, que propicia otras posibilidades, nuevos espacios e ideas.

Najmanovich (1995), expone cómo el funcionamiento de la modernidad se muestra lineal-simplista, con interacciones mecánicas y reversibles y donde no hay cabida para las transformaciones ni cambios, ni flexibilidad, y el sistema funciona en suma bajo la idea de “hago lo que tengo que hacer” olvidándose del contexto externo y hasta interno en el que se vive y se trabaja, donde la concepción de lo social se vuelve individualista, independiente, como un muro de ladrillos y no como una red ¿Pero que pasa entonces con la realidad que es cambiante y diversa? Que el sistema se queda corto y no puede hacerle frente, solo abordarlo someramente, rebotarlo a otro sistema que esté por encima o por debajo de ella (en la metáfora del muro de ladrillos) o sencillamente ignorarlo.

Desde esta reflexión se invita a que las organizaciones se preparen para asumir los cambios que sean necesarios según sean las circunstancias, que las realidades sociales sean vistas con nuevos lentes, que se aprenda a navegar en un mar de complejidad, en el que las definiciones

de independencia pasen a ser de interdependencia, que se pase del reloj y del muro, a la Red, a un modelo no jerárquico sino heterárquico donde se pueda circular.

Y de esto da cuenta esta investigación en el marco de la atención de la salud mental en el municipio de Pitalito, donde se muestra cómo se propició el paso de una atención lineal y jerárquica a una acogida circular e integral y de una perspectiva de trabajo y funcionamiento institucional aislado, independiente y desgastante, a una perspectiva transformadora de funcionamiento intersectorial que brinda la posibilidad de trabajos mancomunados, la potencialización de los recursos existentes y de intervenciones de verdadero impacto social. Y en el campo cognitivo y experiencial (desde el funcionario mismo) cómo se pasó de una concepción en salud mental puesta en un segundo plano, sin mayor importancia, como un componente aislado de otros considerados más importantes (como la salud física) a una comprensión profunda del mismo, que se debe abordar con una nueva sensibilidad y con otras formas de conocer y actuar. No esperando a que el sistema cambie de inmediato, sino pensando en la necesidad de iniciar transformaciones en las instituciones mismas y en sus funcionarios, en la que los sujetos se piensen como participes activos y coartífices de la sociedad en la que viven.

En otra perspectiva, pero en la misma línea, el enfoque ecológico plantea que la ocurrencia de los fenómenos sociales no sucede de modo aislado, ni que nada ni nadie actúa en completa independencia, puesto que en la realidad social existe una complicada red de intercambios y retroacciones donde “todo está relacionado con todo” o “todo está relacionado con los demás”. Y esto tiene lógica con la situación de salud mental donde los fenómenos no se dan al azar sino que son predecibles y modificables, necesitándose para su abordaje un proceso dinámico y creativo en la gestión social del riesgo, en el cual se construyan soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos, buscando la identificación y modificación de los mismos, para evitar desenlaces adversos.

Todo esto puede formularse de una manera mucho más precisa, teniendo en cuenta la distinción de los diversos niveles ecológicos propuestos por Urie Bronfenbrenner (1979), pues es en el micro, meso, exo y macrosistema en donde se identificaron los factores protectores y los factores de riesgo que interaccionan de nivel en nivel generando, manteniendo o minimizando los fenómenos.

Para la investigación el microsistema lo constituye la realidad interna de cada institución, con el mejoramiento del rol y la función de los actores operadores y su relación con la razón social de la institución; el mesosistema, lo conforma la relación que establece cada institución con sus usuarios y con las otras instituciones, con la potenciación de las mismas y el rescate de las competencias organizacionales, la responsabilidad social y la humanización de las mismas; el exosistema lo integra el marco legal en el que se sustenta cada institución y desde la cual operan y de esta forma se buscó visibilizarlo; y el macrosistema compuesto por las subjetividades que se han formado en torno al tema de la salud mental y que buscaron transformar pasando de unas subjetividades destructivas por unas constructivas.

De este modo el modelo ecológico resultó válido para la investigación-intervención, toda vez que para el mejoramiento de la atención de los fenómenos en salud mental se tuvo en cuenta los efectos, interacciones y retroalimentaciones que se dan entre los diferentes subsistemas, permitiéndose un abordaje de la realidad que resulta adecuado para la interpretación y comprensión de los fenómenos y procesos sociales y para actuar sobre ellos.

Desde el modelo comunitario se hace pertinente la intervención del psicólogo, que persigue una mayor conciencia de comunidad y la dinamización del potencial de recursos que ella encierra. La posibilidad de reconstruir un tejido social más solidario creando flujos de apoyo en la comunidad y la promoción de movimientos asociativos, supone en la actualidad un tipo de intervención muy necesario e importante. (Hernández, 2012). De la misma manera, es fundamental que el cúmulo de saberes y conocimientos científicos propios de la psicología (asimilados durante la formación académica), sean aplicados y contextualizados con el fin de reafirmar o reorientar el propio proceso de formación profesional. Pero también para adelantar procesos de compromiso social, que desde la responsabilidad profesional “obliga” al psicólogo a propiciar respuestas a los problemas de la cotidianidad, a construir y validar la teoría a través del rigor metodológico investigativo y a involucrarse en el trabajo comunitario, buscando desde lo colectivo, la participación activa del individuo para lograr el cambio, un cambio direccionado hacia el logro del bienestar personal y común.

Y es que el saber adquiere sentido cuando es enmarcado y direccionado; por ello la investigación se encuadra teniendo como soporte conceptual y metodológico el objetivo mismo de la ECSAH de fortalecer los procesos de investigación, a fin de apropiar, generar y difundir conocimiento pertinente e innovador, a través del diálogo de saberes, el trabajo en red inter y

transdisciplinar. Es precisamente desde donde se fundamenta el trabajo en red; pues así como propone la universidad un trabajo reticular, el accionar investigativo permitió proponer una organización de pensamientos y procedimientos para hacer la investigación desde este mismo referente epistemológico; entendiendo que una organización social será siempre más que aquello que se le atribuye al pensarla como una “red” (Marcelo Packman, 1994). Es decir, se debe trascender el pensamiento red, en la medida en que se actué u opere como red. En ese sentido la organización social comprende diferentes dimensiones (legales, administrativas, psicosociales, etc.) y eso implica que un pensamiento en red opere desde esa institucionalidad que es justamente lo que pasa con las organizaciones prestadoras de salud, se constituyen de una forma (misión, visión, principios) pero la mayoría de las veces operan de otras: son disonantes y por ello la organización social es compleja y requiere mas que pensarla en red, actuarla en red, vivirla en red.

Ahora bien, un espacio universitario como el que propone la UNAD, apoyado en aspectos tales como una educación para todos, una postura crítica frente al acontecer social y académico, un respeto y una clara intención de garantizar la inclusión de las regiones en su propuesta, además de una apuesta orientada a trabajar el proceso académico desde un modelo de aprendizaje autónomo y mediado por herramientas tecnológicas de última generación resulta lo suficientemente complejo para ser resuelto de forma definitiva, en lo que tiene que ver con el tema investigativo. Sin embargo, la misma universidad provoca la visibilización de unas líneas de investigación que han privilegiado la importancia de indagar la forma cómo los seres humanos han adquirido e interiorizado un conjunto de conocimientos y un saber hacer, de la misma manera que han construido y consolidado su identidad individual y social y los lazos imprescindibles para el desarrollo del tejido social.

Es que pensar en trabajo en red sin considerar de acuerdo a Chaves (2006) que “de tal forma, nos vamos construyendo como seres humanos, en la interacción social, en las relaciones con las personas, en la familia, en la escuela y en la comunidad. En ese contacto con el contexto sociocultural, vamos edificando nuestra subjetividad, nuestra manera de ser, pensar, sentir y actuar”, sería un absurdo pues hoy por hoy todo el universo físico es visto como una inmensa

“red de interacciones” donde nada puede definirse de manera absolutamente independiente, y en el que se enseorea el “Efecto mariposa”.²

La investigación se justifica desde los informes científicos que demuestran cuan importante es para la salud mental la cooperación entre diferentes sistemas, por ejemplo, la familia y la escuela, la familia y el ámbito laboral, la familia y las instituciones, entre otros. Considerando por supuesto que el sujeto es contextual. Hay algo que ya estaba cuando él devino en sujeto. ¿Qué había antes del sujeto?: Discursos acerca de lo verdadero y lo falso, formas de relación, significados, un universo simbólico paralelo al mundo real; palabras que se habían constituido en cuestiones más ciertas que las mismas cosas. Lo que se traduce en la reflexión necesaria de que aislados y desconectados, no será viable la posibilidad de evaluar los logros, analizar los obstáculos ni generar nuevas alternativas y que hay sujetos involucrados en cada lugar. De hecho la institucionalidad, de alguna forma, es una materialización de la complejidad del sujeto.

Ahora bien, se habla de un sujeto, que deviene sujeto social, en la medida en que la subjetividad es concebida como aquel producto colectivo que cobra sentido y se materializa en el sujeto particular. Pero es importante apuntar que en su devenir y dentro de la misma acción, el sujeto también ha avanzado como sujeto único y auténtico, pues el sujeto como tal se establece como creador de sentidos originales que nacen de su particular manera de elaborarse con otros, pero desde los condicionantes que surgen en la lectura que hace desde su propia historia. “No se trata de la psicologización de los fenómenos que por su naturaleza y complejidad son más amplios diversos y complicados, ni de una sociologización de las situaciones sociales, ni de una lectura ingenua de los componentes verbales y comportamentales de los actores sociales, sino de penetrar en la profundidad comprensiva de las determinaciones de las condiciones de vida materiales y la estructura social, articulándola con la interpretación de los mecanismos psicológico – sociales, ideológicos y culturales que explicarían las manifestaciones sociales complejas de la subjetividad” (González Rey citado por Ureitezta Valles 2009)

De ahí la importancia de que como plantea Boaventura (1998) es necesario volver a priorizar el principio de comunidad y en ella gestar sujetos y subjetividades cuyo poder se

² Es una versión popular que dice que cuando una mariposa aletea en el Mar de la China puede “causar” un tornado en Nueva York.

fundamente en el amor, la imaginación creadora, la solidaridad, la participación y la cooperación, capaces de crear saberes, sentires, acciones, condiciones y relaciones para el desarrollo integral de los seres humanos en relaciones armónicas con el entorno.

Y en el ejercicio, esto es red pues la noción de red no es un objetivo en sí mismo, sino que es como metáfora, parte de una metodología para la acción que permita mantener, ampliar o crear alternativas deseables para los miembros de esa organización social. Cuanto más se abran esas alternativas, más verán los miembros de esa organización a la experiencia como una construcción solidaria de su “red” y más se verán a sí mismos como sujetos en esa red social.

Se pretende desde el trabajo en red abrir las puertas de un ser humano convencido de la existencia de un universo en plena transformación, no sólo por obra de las fuerzas de la naturaleza, sino por su capacidad de incidencia como individuo, que opera desde las certezas que pueden ofrecer la acción y la reflexión, la capacidad de subvertir órdenes y de reinventar la vida de mil formas distintas.

Y una puerta abierta al saber a nivel profesional se ofrece precisamente desde la línea de investigación donde se piensa en una academia que reconoce desde las disciplinas sociales y humanas la complejidad de un sujeto que a la vez se encuentra determinado desde y por el entramado de sus condicionamientos sociales y culturales; pero que también despliega “líneas de fuga”, ancladas en los senderos de su historia única y personal, las cuales pueden estar asociadas a la ruptura de su realidad, ya sea cuando propone nuevas formas de ser y estar en el mundo (el joven de una tribu urbana), nuevas categorías estéticas, (el artista) o nuevas realidades (el psicótico). Ello explica el por qué en términos sociales seguramente los sujetos se hacen visibles como actores que encarnan una relación dinámica desde sus espacios de incidencia.

Para el trabajo en red esto se enmarca en el entender que el sujeto puede pensarse como un participe activo del mundo donde vive, un mundo en interacción, de redes fluidas en evolución, un mundo en el que son posibles tanto el determinismo como el azar, el cristal y el humo, acontecimiento y linealidad, sorpresa y conocimiento.

Al abriarnos a nuevas formas de concebir, pensar y actuar, nos damos cuenta de que no existe “una única regla para jugar todos los juegos y, sin embargo, el dialogo es posible y podemos jugar este juego de juegos en el que la realidad sin ser irracional, desborda lo racional” (Atlan, 1991).

Los seres humanos conviven en un universo vincular en evolución, cada sujeto se relaciona con él atravesados por la emoción, el sujeto es cocreador del mundo en el que vive merced a su propia interacción compleja con lo real. El mundo desde la perspectiva de la complejidad y de las redes de interacción, es concebido como una variedad de escenarios que emergen desde diversas convocatorias, ya que son posibles diversas objetivaciones y, aún más, que pueden vivir simultáneamente. Y no solo entre distintas comunidades y civilizaciones.

De acuerdo a J.L. Borges “Historias de la Eternidad”, *en obras completas*, Buenos Aires, Emecé, 1989, Ya no se está atado a un destino inapelable, regido por leyes deterministas, en el que el tiempo era “una imagen móvil de la eternidad”. La flexibilidad de los sistemas complejos, su apertura regulada, los provee de la posibilidad de cambiar o de mantenerse en relación con su intercambio con un ambiente que no es un único contexto estable, sino un ámbito multidimensional ligado a la propia mirada y accionar de cada persona. Ya no se trata de adaptarse pasivamente a un ambiente fijo, sino de co-evolucionar en un intercambio activo.

En medio de esta diversidad, las instituciones en salud y las que desarrollan acciones desde otros campos pero que tienen injerencia en este tema ven la pertinencia de esta investigación toda vez que les permitió revisar su quehacer, proponer nuevas estrategias, reconocer sus insumos, no solo para distinguirse en medio de la diversidad institucional, de las otras instituciones sino para que desde esa diferenciación se puedan hallar puntos de encuentro que les permita desarrollar trabajos articulados que respondan a los cambios permanentes tanto sociales, económicas y culturales donde se siente la necesidad de optimizar las redes sociales para que los proyectos de vida puedan sostenerse.

Además, porque no es un desconocimiento que el Estado se ve cada vez más inhabilitado para satisfacer las necesidades colectivas y sus instituciones no muestran una capacidad de respuesta suficiente para adecuarse al nuevo escenario, un escenario desafiante cuya complejidad las supera, poniendo en evidencia en muchos casos su obsolescencia y rigidez. En este sentido se hace necesario compartir una visión y reconocer una actitud; la visión de apreciar la complejidad desde el acuerdo y la negociación y la actitud de valorización y despliegue de la iniciativa para la resolución de los problemas que afectan la cotidianidad, la colaboración y la solidaridad como instrumentos eficaces para la acción.

Pero no como un accionar que se limite a saber que hago yo, que hace el otro y que hacen los otros, sino como lo plantea UNESCO (2012), que de esa articulación se genere un elemento

sustantivo del aprender a vivir juntos, construyendo confianzas, indispensables para creer en los demás y actuar con más justicia.

Planteamiento del problema

Descripción

De acuerdo con el Programa mundial de acción en salud mental de la OMS (2002) “La salud mental, demasiado tiempo descuidada, es fundamental para el bienestar general de las personas, las sociedades y los países, y exige nuevos planteamientos en todos los frentes”.

Los datos encontrados en materia de “salud mental” se derivan, en su mayoría, de informes que se centran en el estudio de los “trastornos mentales y del comportamiento” según la clasificación para patologías del CIE 10, dejando por fuera otros componentes del amplio concepto de la salud mental.

Además, los estudios y datos más completos a nivel mundial son los adelantados por la OMS y son precisamente esos informes los que comparan la salud mental con trastornos mentales y del comportamiento como la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, el Alzheimer, la epilepsia y los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

Otro aspecto a tener en cuenta en el panorama de la salud mental, es que la producción de informes y análisis, igualmente en su mayoría, tienen que ver con la carga de mortalidad y morbilidad de los ya mencionados trastornos mentales y muy poco se ha producido y actualizado de manera exacta, acerca de los recursos existentes para hacer frente a los mismos.

Con estas aclaraciones, a continuación se presenta una panorámica de la salud mental a nivel mundial, inicialmente, desde la perspectiva de los trastornos mentales.

Para este acercamiento, se retoman los resultados del único y más completo proyecto, hasta ahora adelantado, en recursos de salud mental desarrollado entre los años 2000 y 2001 con información de 185 países, que representan el 99.3% de la población mundial.

Los resultados del proyecto Atlas (2001) de la OMS de acuerdo con Shekhar Saxena. son los siguientes:

Políticas, programas y legislación en salud mental

El 40% de los países carecen de una política y el 30% no disponen de un programa: esta ausencia afecta principalmente a las regiones de África y del Pacífico Occidental. El 59,5% de los países, que representan el 85,1% de la población mundial, disponen de una política de salud mental. La cifra se reduce al 70% en la región de Asia Sudoriental y al 47,8% en la región de

África. Más del 80% de las políticas se han desarrollado después de 1980 y en el 57,3% de estos países son posteriores a 1990, como es el caso del 80% de los países africanos. La mitad datan de los últimos 5 años.

El porcentaje de políticas en materia de abuso de sustancias es: el 69,4% de los países, que representan el 77,7% de la población mundial, disponen de políticas relativas al abuso de sustancias. Solo el 52% y el 54% de los países de las regiones de África y el Pacífico Occidental respectivamente, disponen de políticas en materia de abuso de sustancias, frente al 85,7% de los países de la Región de Europa.

En cuanto a los programas, aunque el 63,4% de los países, que representan casi el 80% de la población mundial, disponen de algún tipo de servicios de salud mental en centros de atención comunitarios, la calidad y la cobertura de los servicios varían enormemente de unos países a otros. Es en las regiones de Asia Sudoriental, Mediterráneo Oriental y África donde la cobertura de la asistencia de base comunitaria es menor; solo la mitad de los países, aproximadamente, disponen de esos servicios.

En el 25% no existe legislación al respecto: la legislación es relativamente deficiente en la región del Mediterráneo Oriental.

En el 75,3% de los países, que representan el 65,8% de la población mundial, existen leyes en materia de salud mental. Disponen de ellas el 91,7% de los países europeos, mientras que la tasa desciende al 57,1% en los países del Mediterráneo Oriental.

La legislación en materia de salud mental debe contemplar la equiparación en servicios, derechos, vivienda y apoyo social, aspectos que a menudo quedan insuficientemente cubiertos. Es necesario que se verifiquen las discapacidades físicas y mentales en términos de prestaciones. Este aspecto reviste importancia porque con frecuencia, la discapacidad mental no es manifiesta, pese a que sus efectos son graves y duraderos.

La mayoría de las políticas, los programas y las legislaciones son bastante recientes, posteriores a 1990. Alrededor de la mitad de la legislación existente se formuló en el decenio pasado, pero casi la quinta parte data de hace más de 40 años, cuando no se disponía aun de la mayoría de los métodos de tratamiento actuales.

Cerca del 37% de los países no disponen de servicios comunitarios de atención de salud mental, proporción que se eleva a casi el 50% en las regiones de Asia Sudoriental, del Mediterráneo Oriental y de África.

En cuanto a los programas de salud mental para poblaciones especiales solo existen programas para niños y personas mayores en el 60% y el 48% de los países.

Presupuesto destinado a la salud mental

El 28% de los países carecen de un presupuesto específico para la salud mental. Donde existe, representa tan solo una pequeña porción del presupuesto total de salud. El 36% de los países notificaron que gastaban menos del 1% del presupuesto total de salud.

Los presupuestos son especialmente bajos en las regiones de África y Asia Sudoriental. Los países con menores ingresos tienen también un presupuesto proporcionalmente inferior para la salud mental, hecho que coloca a ésta en una situación aún más desventajosa. Los métodos más frecuentes de financiación de la atención de la salud mental son la aportación de fondos con cargo a los impuestos, el seguro social y los pagos directos. Estos últimos suponen una carga excesiva e imprevista para las familias, sobre todo en los países con ingresos bajos y son especialmente frecuentes en las regiones de África, Asia Sudoriental y del Mediterráneo Oriental. En todas las regiones, el papel de los seguros privados en la financiación de la salud mental es nulo o muy poco importante.

El 72% de los países tienen un presupuesto destinado a la atención de salud mental en el conjunto del presupuesto de salud. De 91 países, el 36,3% gastaron menos del 1% de su presupuesto de salud en salud mental. En la región de África, el 78,9% de los países tienen esta condición, cifra que desciende al 62,5% en los países de la región de Asia Sudoriental. Por otra parte, en la región de Europa, más del 54% de los países gastan más del 5% de su presupuesto de salud en salud mental.

El 61,5% de los países con ingresos bajos gastan menos del 1%. Incluso entre los países con ingresos altos, aproximadamente el 16% gastan menos del 1% en salud mental.

Dada la magnitud de la prevalencia y la carga de los trastornos mentales y neurológicos, así como la posibilidad de aplicar intervenciones eficaces, la proporción del presupuesto general destinada a salud mental debería estar comprendida entre el 5% y el 15%. Esto indica que la mayoría de los países necesitan aumentar considerablemente el gasto en salud mental.

La salud mental dentro de la atención primaria en salud

Aunque el 87% de los países que representan el 97% de la población mundial, han identificado la salud mental como una actividad de atención primaria, solo en el 59% (51% de la población) existen servicios e instalaciones para el tratamiento de los trastornos graves y solo en el 59% se lleva a cabo la formación sistemática de personal de atención primaria.

Esto último teniendo en cuenta, que uno de los factores que intervienen en la salud mental es la forma de prestar la atención y el servicio según Colomer (2006), aquí se pueden mencionar: la accesibilidad, la cobertura, el entrenamiento y las actitudes de los profesionales, la oportunidad y la calidad de los servicios.

La atención primaria es el nivel básico de atención y actúa a modo de filtro entre la población general y la asistencia sanitaria especializada. El paciente puede acudir a la atención primaria, pero con frecuencia sus afecciones psicológicas no son detectadas. Además, la morbilidad psicológica es un aspecto común de las enfermedades orgánicas y la angustia emocional es un hallazgo frecuente (pero no siempre reconocido) de los profesionales de la atención primaria. Capacitar al personal de atención primaria y atención sanitaria general para la detección y el tratamiento debe ser una medida determinante de salud pública.

Los profesionales en salud mental

El personal especializado es insuficiente, sobre todo en las regiones de África, Asia Sudoriental, Pacífico Occidental y Mediterráneo Oriental. Aunque en los países de las regiones de Europa y de las Américas disponen de más personal, la distribución de los recursos no es uniforme en todos los países de las regiones. También escasean los psicólogos y los asistentes sociales en el sector de la salud mental, con una mediana de 0,4 y 0,3 por 100.000 habitantes, respectivamente, en el conjunto de los países. La media de psicólogos es de 6,43 por 100.000 habitantes.

Más del 68% de los países que representan más del 78% de la población mundial, tienen acceso a menos de un psicólogo por 100.000 habitantes. Las regiones de África y de Asia Sudoriental cuentan con menos de un psicólogo por 100.000 habitantes para más del 90% de la población. Incluso en la región de Europa, casi la mitad de la población dispone de menos de un psicólogo por 100.000 habitantes.

La cifra mediana por 100.000 habitantes pasa de 0,02 en la región de Asia Sudoriental a 3,0 en la región de Europa y 2,8 en las Américas. Además en los países con ingresos bajos, la mediana es de 0,04 por 100.000 habitantes, frente a 26,7 en los países con ingresos altos.

La vigilancia en salud mental

Los sistemas de vigilancia de la salud mental son instrumentos importantes para evaluar la situación general de la salud mental en un país. Sin embargo, en el 27% de los países no existe un sistema de notificación en esta área y en el 44% no se recogen datos ni se llevan a cabo estudios epidemiológicos. También en este aspecto los países con bajos ingresos se quedan atrás.

Para el año 2005, en el marco de la celebración del Día Mundial de la Salud Mental, la OMS publicó la versión actualizada del Atlas, en la que se continúa mostrando que los recursos siguen siendo insuficientes para hacer frente a la carga cada vez mayor de necesidades en salud mental. Esta edición no muestra cambios sustanciales respecto al 2001. El número de países estudiados aumentó a 192, el único cambio relevante fue el aumento en el número de psiquiatras (de 3,96 a 4,15 por cada 100.000 personas en todo el mundo: de 9,8 en Europa y 0,04 en África por cada 100.000 personas).

Según afirma el Dr. Benedetto Saraceno, director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS (2005), “las conclusiones del nuevo Atlas reflejan la realidad actual de que se sigue concediendo a la asistencia de salud mental una prioridad baja dentro de la salud pública. Hay suficientes razones científicas y éticas para cambiar esta actitud e invertir más en salud mental. Los planificadores de salud pública y las instancias decisorias deben tomarse más en serio la necesidad de salud mental en su población”.

En conjunto, los datos presentan un panorama muy insatisfactorio de los recursos de salud mental en el mundo: son muy insuficientes comparados con las necesidades de atención de salud mental. Además, los recursos se distribuyen de forma muy irregular, existiendo grandes disparidades entre las regiones y entre los grupos de países según el nivel de ingresos. A menudo los servicios y recursos equivalen a una décima o incluso una centésima parte de los necesarios.

En la revista “Futuros” (2000) Garnfinkel y Goldblomm dan algunas pistas del por qué en la actualidad las enfermedades mentales adquieren de repente una mayor dimensión: “pueden no ser mortales de por sí, pero provocan discapacidades prolongadas y van en aumento ¿Por

qué? Por muchas razones. La primera es que, con el aumento de la esperanza de vida, el cuerpo a menudo resiste mejor que la mente. Otra explicación la constituyen los cambios radicales de la sociedad en materia de tecnología, los cambios experimentados por los pilares y entramados familiares y sociales, y la comercialización de la existencia.

En otro informe más reciente, pero menos amplio, producto de una encuesta mundial de salud mental realizada también por la OMS sobre prevalencia, severidad y tratamiento de trastornos mentales (ansiedad, estado de ánimo, problema con el control de impulsos y abusos de sustancias) publicados en *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* y realizadas entre los años 2001 y 2003 (que incluye 14 países, entre los que se encuentra Colombia), confirman lo expuesto anteriormente:

Que los trastornos mentales tienen una alta prevalencia, producen gran discapacidad y con frecuencia no reciben tratamiento.

En los Estados Unidos y en algunos países europeos, las personas con trastornos mentales severos no reciben tratamiento y la situación es peor en algunos países en desarrollo.

La alta prevalencia y carga de los trastornos mentales a nivel mundial, a pesar de los tratamientos disponibles, permanecen sin atención.

Para el año 2003, la prevalencia de algún trastorno varió ampliamente: 4.3% en Shanghai a 26.4% en Estados Unidos y entre 33.1% en Colombia y 80.9% en Nigeria.

La probabilidad de tratamiento en los países no desarrollados es baja.

Las necesidades no satisfechas de tratamiento no se deben solo a la falta de recursos sino a su inadecuada localización.

Entre los factores que limitan la eficacia de la salud mental está la falta de una política de salud mental en los países, una política en esta materia proporciona las bases para el desarrollo de programas, planes de acción y planificar coberturas de las necesidades.

En la revista el Artículo basado en el informe de la revista “*The Lancet*”, publicado en Madrid el 04 de agosto de 2007 por Ángeles López, reuniendo análisis de especialistas de todo el mundo, se da a conocer las deficiencias que existen en torno a la salud mental:

Más del 30% de la población mundial sufrirá alguna enfermedad, que puede ir desde la esquizofrenia a la adicción alcohólica y sin embargo no hay opciones terapéuticas en casi el 90% de los países en desarrollo.

A pesar de las iniciativas de OMS para concienciar sobre la gravedad de estos trastornos, poco se ha hecho para pasar de la teoría a la práctica, según denuncia un artículo de Martin Prince del Instituto de Psiquiatría de Londres.

Prince titula su artículo “no hay salud sin salud mental”, donde se analiza como los trastornos, como el suicidio, conllevan a un riesgo mayor de desarrollar otros problemas. Un ejemplo son las patologías cardiovasculares que aparecen con más frecuencia entre las personas que sufren depresión, ansiedad o trastorno bipolar.

Pocos programas, menos financiación: la mayoría de los intentos de mejorar la cobertura han sido inadecuadamente planificados y administrados, por eso se hace un llamado de atención a los actores involucrados (gobernantes, instituciones, profesionales en la salud, sociedad civil).

Para mejorar la situación se deben superar algunas barreras: priorizar la salud mental en la agenda pública de salud, mejorar la organización de los servicios relacionados con las patologías, potenciar la atención primaria, educar a los profesionales de la salud en las enfermedades mentales y destinar más profesionales de la salud mental en la atención.

Otro informe de la OMS, sobre la magnitud de los trastornos mentales y los derechos humanos, concluye que en muchos países hay acceso limitado a la atención en salud mental, ya sea porque no se cuenta con los servicios en el área de residencia del afectado o porque son escasos en todo el país. A pesar de ser bien sabido que la salud mental, la física y la social están íntimamente imbricadas, y surge de manera más evidente que la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones, en la mayor parte del mundo, no se le da a la salud mental la misma importancia que a la física, si no que ha sido más bien objeto de ignorancia o desatención. Esto ha hecho que el mundo esté sufriendo una carga creciente de trastornos mentales y un desfase terapéutico cada vez mayor; es así como solo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento.

Por su parte la distribución por enfermedades de los 450 millones de personas afectadas por un trastorno mental o de la conducta es el siguiente: más de 150 millones de personas sufren de depresión en un momento dado, cerca de 1 millón se suicidan cada año y más de 90 millones sufren trastornos causados por el uso de alcohol y las drogas. Esta carga creciente implica un costo enorme en términos de sufrimiento, discapacidad y miseria. Es más, 3 de los 10 factores de riesgo principales imputables a la carga mundial de las enfermedades, son de naturaleza

mental/conductual: el sexo no protegido y el uso del tabaco y de alcohol. Este último, junto con el abuso de otras sustancias continua siendo uno de los problemas más serios de la salud pública en países desarrollados y en desarrollo.

Los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas son la intoxicación, el uso nocivo, la dependencia y los trastornos psicóticos y se diagnostican cuando la salud física o mental ha sufrido daños. La carga mundial de morbilidad en el mundo se estimó en el 1,5% y del 3,5% de años perdidos por discapacidad. Esta carga comprende trastornos orgánicos (como cirrosis) y lesiones (como accidentes de tránsito). El consumo de otras sustancias psicoactivas agrupadas bajo la categoría de drogas ilegales, entrañan otras dificultades, por ejemplo las drogas inyectables tienen el riesgo de infecciones de hepatitis B y C y el VIH.

Otro tanto suma la carga de la depresión, está considerada la quinta causa de carga entre todas las enfermedades, es responsable del 4,4% del total de años de vida perdidos por discapacidad y que puede desenlazar en el suicidio. De acuerdo con Goodwin y Jamison (1990) entre el 15% y el 20% de los pacientes depresivos, lo consuman. El suicidio sigue siendo uno de los desenlaces frecuentes y evitables de la depresión; es una de las principales causas de muerte entre los adultos jóvenes y es una de las tres causas principales de muerte en la población de 15 a 34 años, esto indica que los intentos de suicidio pueden ser hasta 20 veces superiores al número de suicidios consumados.

De Acuerdo al documento de la Federación Mundial de Salud Mental, “Día Mundial de la Salud Mental 2012”, se considera que la depresión en casos severos, puede llevar al suicidio. Además se pierden casi un millón de vidas al año por suicidio, lo cual se traduce como 3.000 suicidios por día. Por cada suicida, hay 20 o más que intentan terminar con su vida, según Deborah Wan. La OMS estudió recientemente lo que llama “brechas terapéuticas” en la atención en salud mental y encontró que la tasa media en el mundo de depresión no tratada es de aproximadamente 50% y en algunos países, reciben tratamiento menos del 10% de los pacientes con depresión. Kohn R, Saxena S, et al (Pág. 11)

Un estudio internacional llevado a cabo en España, Israel, Australia, Brasil, Rusia y Estados Unidos, mostró que es improbable que una persona reciba tratamiento para la depresión aunque haya sido visto por un médico de atención primaria que haya hecho el diagnóstico. Este estudio

mostro que la probabilidad de recibir tratamiento se relacionaba más con el sistema de salud y las barreras financieras que con las características de cada individuo.³

Lo importante aquí, no es volver sobre los datos de morbilidad, bien estudiados en la actualidad, sino traerlos a colación para mostrar como los trastornos mentales pueden causar discapacidades graves y duraderas, e incluso incapacitar para el trabajo si no existe un apoyo social suficiente, como ocurre a menudo en los países en desarrollo carentes de servicios organizados de asistencia social.

Existen también pruebas de que la evolución de los trastornos mentales y del comportamiento está determinada por la situación socioeconómica del individuo, esto puede ser el resultado de una carencia general de servicios en salud mental, unida a las barreras que impiden a ciertos grupos socioeconómicos el acceso a la asistencia médica. Se el Informe del Ministro de Salud de los Estados Unidos sobre la Salud Mental DHHS (1999), la consiguiente incapacidad o imposibilidad de recibir tratamiento refuerza las actitudes destructivas de baja autoestima, aislamiento y desesperanza. Se requiere que la salud mental sea reconocida como un problema urgente de salud pública y los gobiernos del mundo adopten medidas para mejorarla.

De acuerdo al panorama expuesto en el escenario mundial, se requiere contar con servicios de diagnóstico, intervención precoz, empleo racional de las técnicas de tratamiento, continuidad de la asistencia, una gama amplia de servicios y la integración en la atención primaria. La salud mental necesita de intervenciones bien planificadas y estructuradas (psicoterapia), para influir en el comportamiento, el estado de ánimo y las pautas emocionales de reacción a diferentes estímulos, acompañadas de un proceso de rehabilitación psicosocial, que brinde la posibilidad a las personas disminuidas, discapacitadas o impedidas alcanzar su nivel óptimo de funcionamiento independiente en la comunidad. Pero ante todo, se requiere de verdaderos procesos de prevención con el fin de contrarrestar las causas y evitar que se produzcan los problemas en salud mental.

Y aunque muchos países han emprendido reformas en sus sistemas de salud mental, ninguno ha conseguido hacer las reformas necesarias para salvar todos los obstáculos. Italia ha reformado con éxito los servicios psiquiátricos, pero no ha transformado los servicios de

³ Simon GE, Fleck M, et al. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry*. 2004 Sep; 161(9):1626-34.

atención primaria. En Australia el gasto en salud mental ha aumentado y se ha producido un desplazamiento hacia la atención comunitaria. También se ha intentado integrar la atención en salud mental en la atención primaria y aumentar la participación de los usuarios en la adopción de decisiones. Pero la atención comunitaria, particularmente en lo que atañe al alojamiento de los afectados, ha sido sumamente pobre en algunos lugares.

“A pesar de los avances, hay amplias diferencias en el nivel de los servicios entre países y dentro de un mismo país. La indignante ignorancia, la omisión y el abuso circulan en paralelo con una comprensión iluminada y tratamiento con apoyo y atención. Algunos países aún no han dado los primeros pasos. Los adelantos en otros países han sido revertidos o están en peligro a medida que la economía lucha o retrocede y los gobiernos buscan disminuir el gasto público”, expresa el profesor Max Abbott, presidente de la federación mundial de la salud mental, refiriéndose al día mundial de la salud mental para el año 2012. (Deborah Wan. Op. Cit. 2012). Es decir, que siguen faltando servicios de salud mental, hay escasa calidad del tratamiento, y diversos aspectos que obstaculizan el acceso y la equidad.

Y es que los trastornos mentales constituyen uno de los mayores problemas de salud en todo el mundo, por lo que representan un reto, tanto en términos de políticas de salud como en la planificación de servicios, solo en el continente americano, se estima que 400 millones de personas sufren actualmente de trastornos psiquiátricos y neurológicos. Este tipo de padecimientos son la causa de muchos sufrimientos y discapacidades (28% del total de la discapacidad causada por enfermedades) y son responsables del 11,5% de la carga global de las enfermedades. Del mismo modo, el Banco Mundial ha estimado que los trastornos mentales son responsables del 8,0% de los años de vida saludable perdidos, proporción mayor que la atribuida al cáncer (5,2%) o a las enfermedades cardiovasculares (2,6%).

Precisamente en América Latina incluyendo a Colombia los trastornos mentales alcanzan una gran dimensión, porque no existen políticas estructurales y estructuradas para reducir el impacto negativo, diagnosticar y dar un tratamiento temprano y oportuno a los problemas de salud mental, debido igualmente a la alta frecuencia y los costos elevados, directos e indirectos, que estos trastornos generan en la población.

Y aunque según el médico psiquiatra José Posada Villa, asesor en salud mental del Ministerio de la Protección Social, Estados Unidos es la nación del continente que peor se encuentra; Colombia ocupa tristemente el segundo lugar.

En Colombia, como en el contexto mundial, un número muy reducido de personas solicita servicios de salud por la morbilidad sentida y, menos aún, por la presencia de un trastorno mental. Esta baja frecuencia de solicitud de atención se puede deber a las dificultades existentes y evidentes en los accesos en los servicios, el estigma social que implica el diagnóstico formal de un trastorno mental y la limitada preparación de médicos generales, quienes atienden el mayor número de casos, para diagnosticar y manejar adecuadamente estos trastornos.

En el Primer Estudio Nacional de Salud Mental (1993), Torres & Posada hallaron, en una muestra de la población de todos los departamentos del país, que el 40,8% de la población encuestada mostró un posible trastorno mental, que investigaron con el Cuestionario de Autoinforme de Síntomas (SRQ), 25,1% presentó un alto riesgo para trastornos depresivos, que exploraron con la escala de Zung⁴ para depresión, el 9,6% mostró un alto riesgo para un posible trastorno de ansiedad, que midieron con la escala de Zung para ansiedad y 14,3% un indicador positivo para posible trastorno psicótico. En relación con el consumo de sustancias observaron que el 52,0% consumió alcohol durante el último año, 9,6% presentó consumo abusivo de alcohol y 7,1% alto riesgo de dependencia al alcohol, el 21,2% informó consumo de cigarrillo y el 3,2% consumo de tranquilizantes. Todas las demás sustancias mostraron patrones de consumos cercanos o inferiores al 1,0%.

Por su parte la Política Nacional de Salud Mental de 1998 manifiesta que “las formas como el estado tradicionalmente ha buscado solución a los problemas que lo aquejan han demostrado su ineficacia y por eso nuevos actores sociales, como en otros rincones del orbe son llamados en su ayuda, es así como en los modernos estados las soluciones que aquejan al colectivo son logradas a través de la convocatoria de amplios sectores de la sociedad, ya sea los expertos técnicos, los sectores políticos, o la sociedad civil organizada. Es hora de desmitificar algunos paradigmas del colectivo social, entre ellos, el que aquí preocupa, la Salud mental de los colombianos, a la que hay que retirarle el estigma moral con el que aun hoy se aborda en busca de posibles soluciones, a pesar de toda la evidencia científica que señala lo contrario”.

⁴ La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo). El rango de calificación es de 20-80.

En el año 2003, en el tercer estudio nacional de salud mental, basado en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para cinco regiones del país, (una muestra de 6.964 personas de 60 municipios del país, entre 18 y 65 años) que utilizo como instrumento la versión computarizada de la Entrevista diagnóstica internacional compuesta (versión certificada 15), que proporciona diagnósticos de acuerdo con el DSM IV y la CIE-10, se encontró que los trastornos más frecuentemente reportados fueron los de ansiedad con 19,3%, seguido por los trastornos del estado de ánimo con un 15,0%, los trastornos por uso de sustancias con 10,6% y 4,9% corresponden a intentos de suicidio, así como también se identificó que sólo una de cada diez personas con un trastorno mental y sólo una de cada cinco con dos o más trastornos mentales recibe servicios de cualquier tipo en el último año. Menos del 20,0% de las personas con un posible trastorno recibieron servicios médicos por profesionales de la salud.

Y de acuerdo al último Estudio Nacional de Salud Mental (2003) realizado en Colombia se evidencio que alrededor de ocho de cada 20 personas, tres de cada 20 y uno de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19,3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15,0%) y los de uso de sustancias (10,6%).

De otra parte y no menos importante, las encuestas periódicas y estudios específicos sobre el tema de violencia intrafamiliar (2005) han puesto en evidencia un problema de gran magnitud que suele pasar desapercibido o no es denunciado. La violencia verbal es la modalidad más frecuente (33%), seguida de la física (19,3%) y finalmente la sexual (5%). Los casos de violencia sexual intrafamiliar con una tasa nacional de notificación de 184 casos por cada cien mil habitantes, son mayores contra las mujeres entre 10 y 25 años de edad. El 30% de los 200 mil casos de lesiones por causa externa que se registran en el Instituto de Medicina Legal cada año corresponden a lesiones por violencia intrafamiliar.

Ahora bien, del liderazgo del Ministerio de la Protección Social y con la participación activa por parte de la Comisión Nacional de Reducción de la Demanda y de los actores organismos como las Naciones Unidas surge la Política Nacional para la Reducción del Consumo de sustancias psicoactivas y su impacto 2008 la cual reconoce el consumo de alcohol y otras sustancias como un problema de altísima relevancia social, cuyas consecuencias afectan no sólo el cumplimiento de la agenda de desarrollo del país, sino el fortalecimiento del capital humano

y social. También pone de manifiesto el unificar los esfuerzos en seguimiento y vigilancia, lo que permitirá conocer verdaderamente la dimensión, el alcance y la naturaleza del problema en el país. Por otra parte, argumenta que bajo esta política habrá una planeación ajustada y focalizada en aquellos factores que quizás podrían asegurar más y mejores resultados. Finalmente, invita a integrar y complementar esfuerzos, pues con ello también se podría sistematizar la experiencia, aprender de ella y validar los caminos previamente recorridos.

Evidenciándose así que actualmente en Colombia, la problemática de consumo de SPA ha aumentado considerablemente. Los jóvenes entre los 12 y 17 años tiene una prevalencia de consumo de 3,4% de drogas ilícitas (110 mil adolescentes) y 20% de alcohol (660 mil adolescentes) en el último año. El estudio encontró que la edad de inicio es a partir de los 12 años. Por otra parte, las mayores cifras se concentran entre los hombres y entre los jóvenes. En efecto, de los 250 mil clasificados en abuso o dependiente, 200 mil son hombres y 50 mil son mujeres, y dentro de esa población 54.285 son adolescentes. Cifras que reflejan parte de una realidad sobre el consumo de SPA en Colombia, y además un reflejo de la población vulnerada y de riesgo. Por otra parte, demuestran la amplitud de la problemática y una noción de su impacto en el futuro.

De acuerdo a la revista colombiana de psiquiatría (2004) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental Colombia, (2003) de los autores José A. Posada-Villa, Sergio A. Aguilar-Gaxiola, Cristina G. Magaña, Luis Carlos Gómez se evidencia que pese a los avances científicos, la atención de los enfermos continúa siendo deficiente. Se sabe que la primera puerta que tocan las personas con trastornos mentales es la del médico general; sin embargo, su detección, tratamiento y canalización a servicios especializados es insuficiente. Además existe aún un importante estigma social que segrega a los pacientes psiquiátricos y el tiempo que pasa entre el momento en que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada, es considerable. Por otra parte, la población no solicita la ayuda que está disponible, por razones derivadas del estigma, la vergüenza asociada con la presencia de trastornos mentales, el desconocimiento de los beneficios de la atención médico psiquiátrica y psicosocial y las diferencias en las necesidades sentidas por la población y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios.

Por su parte, el equipo Investigativo del Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo (2008) en su documento sobre salud mental en Colombia, y revisando

los contenidos que el POS ofrece a los pacientes en lo referente al tema, con el fin de corroborar la adecuada atención de los usuarios; encontró básicamente cuatro aspectos a relacionar: el primero, que el diagnóstico que se presenta es el de la existencia de una clara inequidad en cuanto a los contenidos de salud mental frente a los contenidos y garantías relacionados con el resto de patologías. Se observó que, respecto de tiempos en consulta, psicoterapias, estancias y manejo interdisciplinario, hay inequidad entre los planes de beneficio ofrecidos a los pacientes del régimen subsidiado respecto de los pacientes del régimen contributivo. Más aún, en el régimen subsidiado, con excepción de la atención de urgencias, no existe prestación de servicios en salud para ninguna otra actividad, procedimiento, tratamiento, ni medicamento. Otra de las fallas encontradas es la falta de capacitación a los médicos generales en torno al diagnóstico e identificación de enfermedades mentales, lo que genera una problemática mayor, debido a los diagnósticos tardíos. La falta de educación en nuestro medio para asistir a la consulta psiquiátrica y la estigmatización que ello representa, generan en el paciente y su familia la negación y no aceptación para asumir su condición de salud.

De acuerdo a Zulma Urrego (2003), en cuanto a los servicios de salud mental y su relación con el primer nivel de atención en Colombia, no existe información fácilmente disponible. En general, ha sido difícil la implementación de la estrategia de atención primaria en salud mental a lo largo del país y las nuevas tendencias neoliberales en el campo de la salud han generado desmonte progresivo de muchos equipos y servicios de salud mental, resultando especialmente vulnerables los ubicados en el primer nivel de atención.

Actualmente en Colombia los programas de salud mental siguen los lineamientos de la política Nacional de Salud Mental, desarrollada a partir de lo normado por la OMS y la OPS cuyos objetivos son: promover la salud mental y prevenir la aparición de enfermedad mental; controlar las enfermedades mentales; fomentar la cultura de la Salud Mental; mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases. Y a nivel específico reorientar y mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud mental en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud; fomentar procesos de investigación básica y aplicada en salud mental y fortalecer la red de instituciones y oferta de servicios en salud mental.

Y aunque las estadísticas generan alarma, son precisamente ellas las que permiten visibilizar la problemática de salud mental en Colombia, por ello el Instituto Nacional de

Medicina Legal y Ciencias Forenses, Entidad del Estado Colombiano realiza hace aproximadamente 13 años un análisis sistemático de la expresión de la violencia.

Consiste en un estudio consolidado en el documento Forensis “Datos para la vida” herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia que supone un aporte institucional a la sociedad y pretende convertirse en la herramienta visible de gestión para las políticas del Estado frente al crimen y para las acciones pertinentes en el campo de la Salud Pública, especialmente en cuanto a la prevención.

En este punto es de aclarar que para la política pública nacional en salud⁵ y por ende para el estudio de medicina legal no se habla de “trastornos mentales y del comportamiento” (según CIE-10) tan manejados a nivel mundial, y aunque se mencionan los trastornos mentales y el consumo de sustancias psicoactivas dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, estas están más asociadas a los estilos de vida y no como patologías. Para los casos de violencia familiar y suicidio estas son consideradas enfermedades causadas por la violencia y por las lesiones de causa externa.

Así pues, el Forensis revela lo siguiente: En los casos de suicidios los datos muestran que hubo un incremento en los últimos cuatro años: 2008, 1.840 casos; 2009, 1.845; 2010, 1.864 y 2011 1.889. En este último año el suicidio ocupó el cuarto lugar entre las muertes violentas. En comparación al 2010 el incremento fue del 1,3% (25 casos más) tendencia de aumento que se viene presentando desde el 2006 con una proporción que oscila entre 0,21% y 3,9% por año.

El mayor número de suicidios ocurrió en el grupo etario de 15 a 34 años de edad, con 979 casos (51,8%); entre los 20 a 30 años de edad 38,86% con un predominio del fenómeno en el grupo de 20 a 24 años con un 16,62%, seguido por el grupo de 25 a 29 años con un 13,23% y finalmente el grupo entre los 15 y los 17 años con un 7,25%; para los mayores de 80 años el porcentaje fue de 5,73%. El 80,62% correspondió a hombres (1.523 casos) y el 19,38% a mujeres (366 casos), es decir, por cada 4 hombres se suicida 1 mujer.

Aunque en la mayoría de los casos no se tiene información acerca del motivo de la autoeliminación, de los casos en las que si se tuvo esta información predominó el conflicto en pareja en un 23,4% (205 casos) seguido de la enfermedad física o mental en un 23,17% (203), desamor 125 casos y económicas 114 casos.

⁵ Decreto número 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social.

Con estos datos la tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes queda establecida en 4,1. Las tasas más altas por departamentos son: Quindío 9,95; Amazonas 6,86; Norte de Santander 6,03; Risaralda 5,59 y Arauca 5,59.

En violencia familiar el consecutivo de casos por año fue: 2008, 89.803 casos; 2009, 93.859; 2010, 89.436 y 2011, 89.807. Del 2010 al 2011 se tuvo un aumento de 371 casos. Para este último año la violencia familiar ocupó el segundo lugar entre los reconocimientos medico legales de lesiones no fatales con un 28%.

Este fenómeno, de la misma manera que la violencia sexual, cobra como principales víctimas a las mujeres en un 78,1% de los casos.

En cuanto a la violencia de pareja ésta ocupó el primer lugar de todas las formas de violencia intrafamiliar con 57.761 casos (64,3%), seguida de la violencia entre otros familiares con 16.267 registros (18,1%), en tercer lugar la violencia a niños, niñas y adolescentes con 14.211 casos (15,8%) y por último, la violencia a personas mayores con 1.568 casos (1,7%).

Violencia de pareja 2011: del total de casos 6.669 corresponden a hombres y 51.092 a mujeres. Aunque el sistema de información de medicina legal no permite el registró en violencia de pareja para niños menores de 10 años, durante el 2011, se presentó el caso de una niña de 9 años cuyo presunto agresor fue el ex novio. La tasa de casos de violencia de pareja por cada 100.000 habitantes fue de 352,12.

Violencia a niños, niñas y adolescentes: en el 2011 se presentaron 14.211 casos, distribuidos por rango de edad los casos fueron: de 0-4 años, 2.357 (tasa de 55,02); de 5-9 años, 3.373 (tasa de 78,69); de 10-14 años, 4.902 (tasa de 111,58); de 15-17 años, 3.549 (tasa de 133,36) y sin información 30 casos. Es decir, que la mayoría de casos esta entre los 10 y los 14 años de edad (34,5%) seguido por el rango entre los 15 y los 17 años (25%).

Los principales victimarios de los infantes en la violencia familiar son los padres, que sumaron el 62,3%; en el tercer lugar el padrastro (8,5%). Los otros familiares civiles y consanguíneos ocuparon el cuarto lugar con 7%.

Violencia a personas mayores: con un total de 1.568 casos (804 hombres y 764 mujeres), el rango de edad en el que se presentaron los casos es de los 60 a los 64 años.

La tasa de casos de violencia familiar por cada 100.000 habitantes es de 195,04. Los departamentos con las tasas más altas son: Amazonas 494,11; Casanare 468,15; Cundinamarca 387,25; San Andrés 369,29; y Boyacá 324,17.

Para el 2011 los casos de violencia familiar que llevaron al homicidio fueron 148 (60 hombres y 88 mujeres), de éstos 17 muertes corresponden a violencia a menores (8 hombres y 9 mujeres), 85 a violencia de pareja (17 hombres y 68 mujeres) y 46 muertes por violencia entre otros familiares (35 hombres y 11 mujeres).

En cuanto al presunto delito sexual en los últimos 4 años, el número de casos fue: 2008, 21.202; 2009, 21.612; 2010, 20.142; 2011, 22.597.

Para el 2011, del total de casos 3.615 correspondieron a hombres (84%) y 18.982 a mujeres (16%), una relación de 1 a 5. El 72% del total de casos correspondió a abuso sexual y un 13% al asalto sexual (del 15% restante no se tiene información). El asalto sexual es 7% mayor en el sexo femenino que en el masculino, en el caso de abuso sexual es mayor en un 8% en el sexo masculino que en el femenino.

Año tras año, se observa que los niños son la población más vulnerable, el 94% de los exámenes en el sexo masculino corresponde a niños y adolescentes, y el 85% del sexo femenino, a niñas y adolescentes. Las mayores tasas para el sexo masculino se presentan en el grupo etario de 5 a 9 años con 67 casos por 100.000 habitantes y, para el sexo femenino, se encuentran las niñas de 10 a 14 años, con una tasa de 340 casos por 100.000 habitantes. Entre los 5 y los 14 años de edad se presenta un pico de presentación de casos en ambos sexos, que disminuye progresivamente a partir de los 18 años.

En el caso de personas adultas (mayores de 18 años) se presentaron 2.980 casos.

El 33% del total de casos, para este fenómeno, se relacionaba con violencia familiar, en el 50% el presunto agresor era un familiar o conocido, el 85% ocurrió en el área urbana y el 74% en la vivienda. Es decir que 7.432 correspondieron a circunstancias de violencia familiar (1.114 hombres y 6.318 mujeres) y 1.358 a violencia en pareja (16 hombres y 1.342 mujeres). En relación con el agresor el 39% correspondieron a familiares, 22% a conocidos, el 9% son amigos y el 7% a la pareja, el 17% restante eran desconocidos.

Esto quiere decir que la violencia sexual se presenta principalmente en un contexto de violencia familiar, que el fenómeno afecta más al sexo femenino, a la infancia y a la adolescencia, a las personas solteras y a los integrantes más vulnerables de la familia.

El análisis de estos datos muestra que en los últimos 10 años ha habido un incremento anual progresivo en la cantidad y en la tasa de casos. Pero no se puede diferenciar si este aumento se debe al incremento de la violencia sexual o es un indicador de mayor denuncia del fenómeno.

Para el 2011, el número de homicidios producto del delito sexual fue de 7 muertes (2 hombres y 5 mujeres).

Las tasas de casos por cada 100.000 habitantes es del 49,1, la tasa más alta en el último decenio. Las tasas más altas por departamentos son: Amazonas 161,96; Casanare 110,03; Meta 89,33; Quindío 79,60; Cundinamarca 68,41. Y las más bajas son para Guainía con una tasa de 3 casos y Guajira con 22 casos.

Para el consumo de sustancias psicoactivas el Forensis no muestra datos, pero de los registros sobre muertes y lesiones no fatales por accidentes de transporte se puede extraer alguna información. El 7% de los accidentes para el año 2011 correspondieron a circunstancias de embriaguez (1.871 casos).

En el Departamento del Huila, cuya creación data del año 1905, por su parte y pese a que se ubica entre los cinco departamentos con más número de suicidios. Solamente se ha realizado un estudio exploratorio, epidemiológico y situacional de salud mental, bajo la dirección de Fabio Salazar Piñeros, en el año 2005 del que se obtuvo un estudio descriptivo y análisis gráfico sobre las incidencias del consumo de sustancias psicoactivas presentando una clasificación en sexo y lugar y en ubicación (rural o urbano).

Esta información es ratificada por el informe expuesto el 16 de Julio -2013 por el Instituto Colombiano de Medicina Legal, en el que se afirmó que el Huila es uno de los cinco departamentos donde más casos de suicidios se presentaron en el 2010. Un total de 1.864 casos se registraron el año pasado en Colombia mostrando un aumento de 19 personas más en comparación con el 2009.

Uno de los análisis realizados sobre suicidios en el Huila es el boletín Epidemiológico de Salud Mental, realizado por la Secretaría de Salud Departamental, da a conocer que 22 personas se quitaron la vida en el primer semestre del 2010, 34 casos confirmados de los cuales el 78 % de las víctimas fueron hombres y el 22% de los casos se presentaron en el género femenino. También se especificó que para el mismo periodo 365 personas intentaron suicidarse. Neiva es la zona que más casos reportó el año que finalizó con un total de 10 suicidios, seguida de Pitalito con una cifra de 6 casos y San Agustín y Gigante que registran cuatro suicidios cada uno.

El informe manifiesta que los métodos utilizados para el acto suicida varían según su género “Los hombres suelen consumir el suicidio en mayor proporción que las mujeres, ya que el método que emplean es más violento (armas de fuego, ahorcamiento, o envenenamiento por

sustancias altamente tóxicas). Las mujeres suelen realizar “sobre ingestas de psicótrópos o de venenos”.

Dentro del informe también se especifica cuáles son las edades en las que se comete más el suicidio, mostrando que en el caso de las mujeres en el Huila durante el primer semestre del 2010, el 87,5% corresponde a los rangos de edad de los 13 a los 18 años. Para el caso de los hombres la edad más crítica es de los 21 a 27 años. Sin descartar que en otras edades se presenten casos.

Para el Departamento la tasa de suicidio es de 33,7 casos por cada 100.000 habitantes, la tasa de incidencia para el intento de suicidio la presenta el municipio de Palestina con 82,6 casos por cada 100.000 habitantes, el segundo con mayor tasa es el municipio de Paicol con 74,4 casos por cada 100.000 habitantes. Las poblaciones que están por debajo del rango departamental son Guadalupe, Colombia, Palermo, Tello, Campoalegre, Santa María, Tesalia, La Argentina, Altamira, Etc. Y los que sobrepasan el promedio son Rivera, La Plata, Neiva, Acevedo, Pitalito, Suaza, Garzón, Timaná, entre otros.

En el estudio de la Secretaría de Salud y en el que realizó Medicina Legal, los solteros son los que más casos de suicidio han presentado, seguidos por las personas en unión libre y las casadas. Muchos de los casos están igualmente relacionados al consumo de sustancias psicoactivas, depresión y ansiedad. Igualmente, el 45% de los huilenses que intentó suicidarse, lo hizo por conflictos de pareja, el 35% por conflictos familiares, el 10% crisis económicas y un 10% restante fueron por causas desconocidas.

Para los expertos en la materia, la violencia intrafamiliar, en cualquiera de sus modalidades (abuso, maltrato,) y la misma dinámica en la cual se da la ausencia de pautas de crianza, el autoritarismo, la deficiencia en los canales de comunicación entre sus integrantes y los nuevos “modelos” de familia; lleva a un gran número de jóvenes a ver en la tentativa de suicidio una opción a la problemática familiar. Entre un 80% y un 85% de los casos registrados al Sistema de Vigilancia en Salud Mental, se relaciona una conexión significativa con algún tipo de problemática dentro del vínculo familiar.

Las estadísticas son reveladoras y evidencian que el 30% de los trastornos mentales en Colombia y el Huila son fruto de adversidades asociadas con la disfunción familiar, divorcios, violencia, la muerte de algún padre, abuso sexual, entre otros. De acuerdo a esta investigación se logra controlar estos factores se reducirían hasta en un 23% los casos de trastornos afectivos,

en un 27% los de abuso y dependencia de las drogas, en un 31% los de ansiedad y en un 42% los de conducta.

Y aunque las dos cifras -de entidades públicas- del 2010 corresponden a métodos y tiempos diferentes de recolección de datos y estadísticas, en sí, los dos análisis apuntan hacia las mismas causas de suicidios, lugares y poblaciones afectadas por género y ciudad, y de acuerdo a Rafael Ibarra, estadista de la Fundación País Libre Consultado por OPANOTICIAS “Las estadísticas son periodos distintos pero igual es una cifra alarmante”.

En el Huila los intentos de suicidio se han incrementado proporcionalmente en relación a los años (2008 - 2009) cuando por cada persona que se suicidaba, 10 intentaban hacerlo. Esto sin contar los episodios que no son reportados en los centros de salud y hospitalarios porque logran ser controlados en casa.

De la misma manera en el 2008 se realizó un informe en el cual se informó que el comportamiento epidemiológico de los eventos, intento de suicidio, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso sexual y muertes por causa externa (homicidios, muertes por lesiones en tránsito y muertes por lesiones no intencionales) ocurridos durante el año 2008, hace parte integral de la política departamental de salud mental. Este proceso de vigilancia epidemiológica permitió al departamento conocer de manera oportuna la ocurrencia de los eventos y a los municipios hacer la respectiva notificación, análisis y toma de decisiones que garantizaron la intervención integral para la mitigación y superación de los daños causados.

Para corroborar tales estadísticas se trae a colación el análisis del Forensis (2011) que indica que el número de suicidios registrados para este año es de 59 lo que equivale a un 0.005% de la población huilense (1.083.200 habitantes según DANE); así mismo para el fenómeno de presunto delito sexual se reportaron 519, que corresponde a 0.04%.

En cuanto a la Violencia intrafamiliar se encuentra que de los 2.606 casos reportados (0.24% de la población) 545 corresponden a hombres y 2061 a mujeres. Dentro de este fenómeno se discriminan, la Violencia a personas mayores, 37 casos que es igual al (0.003% de la población) ocupando el puesto No 12 entre los departamentos colombianos; Violencia de pareja, 1.731 casos (0.15%) de los cuales 186 son hombres y 1.545 mujeres ocupando el 9 lugar entre los departamentos; Violencia entre otros familiares, 448 casos (0.04% de la población) de los cuales 170 son hombres y 278 mujeres, ocupando el puesto 12 entre los departamentos y la Violencia

a niños, niñas y adolescentes, reporta 390 casos (0.03%), de los cuales 169 son hombres y 221 son mujeres, ocupando el décimo lugar entre los departamentos del país.

Haciendo un comparativo entre los municipios del departamento del Huila en el fenómeno del suicidio los que mayor incidencia tienen son Neiva con 13 casos; Pitalito con 12; Garzón y la Plata 8 cada uno; Colombia 3; Timana y Saladoblanco 2 cada uno; Acevedo, Aipe, Gigante, Isnos, Paicol, Palermo, Palestina y San Agustín con 1 cada uno.

En el fenómeno del presunto delito sexual se encuentra Neiva con 220 casos; Pitalito con 77; Garzón y la Plata cada uno con 33; Pital con 19; Isnos con 15; Salablanca con 13; Acevedo con 12; La Argentina con 11; Timana y Algeciras con 8 cada uno; Hobo con 7; Palermo con 6; Aipe, Oporapa, Paicol y San Agustín con 5 casos cada uno; Gigante, Colombia y Rivera con 4 cada uno; Guadalupe, Palestina, Tello y Yaguara cada uno con tres; Baraya, Iquira, Santa María, Suaza y Tello con 2 casos cada uno; Campoalegre, Teruel y Tesalia con 1 caso cada uno.

En el fenómeno de la Violencia intrafamiliar Neiva presenta 1.738 casos; Pitalito 210 casos; Garzón 121; la Plata 97; Acevedo 49; Timana 38; Aipe 35; la Argentina con 24; Paicol, Palermo y Saladoblanco con 21 cada uno; Hobo y Pital con 19 cada uno; Isnos con 18; Algeciras y San Agustín con 16 cada uno; Yaguara 14; Palestina con 13; Rivera con 12; Oporapa y Tello con 11 cada uno; Villavieja y Colombia con 10 cada uno; Iquira con 9; Santa María con 8; Campoalegre con 7; Baraya con 6; Elías con 5; Gigante y Altamira con 4 uno; Agrado, Suaza, Tarqui, Teruel, y Tesalia con 3 cada uno; Nataga y Guadalupe con 2 cada uno.

Actualmente la Secretaría de Salud Departamental emite un informe epidemiológico semanal con los reportes actualizados que suministran los 37 municipios del departamento al área de vigilancia epidemiológica de salud pública. Es de aclarar que este documento hace referencia al comportamiento epidemiológico a nivel departamental y los comparativos a nivel de los Municipios.

“De hecho, a partir de estos datos no se puede generalizar las condiciones de la salud mental de la población en la región, pero son indicadores que ponen de manifiesto la presencia de necesidades psicológicas en las personas como respuestas a las exigencias y dificultades cotidianas, que cada vez afectan de manera negativa la dinámica emocional humana, y por su puesto de las familias y comunidades”, indicó Edna Yoli Pastrana, directora del Centro de Servicios Psicológicos de la Universidad Cooperativa (2012).

Pese al incremento en las cifras de los fenómenos atendidos en salud mental, no todo es negativo, el Huila cuenta con la Fundación Hogares Claret: Proyecto Terapéutico Educativo por la vida, inspirado por la Congregación de los Misioneros Claretianos, destinado en particular al adicto, al habitante de la calle y al que está involucrado en diferentes formas de violencia, como un mecanismo de respuesta institucional a este fenómeno social.

Igualmente y ante el empoderamiento que ha tenido la vigilancia de los eventos de salud mental por parte de las direcciones locales de salud (unidades notificadoras municipales), la secretaría de salud departamental formalizó la resolución N°002369 por medio de la cual se implementa la vigilancia obligatoria de los eventos en salud mental, permitiendo la centralización, sistematización, validación, análisis y procesamiento de la información necesaria para la formulación de los planes de acción y estrategias de intervención.

Vale la pena destacar, igualmente, el proceso de capacitación que se adelantó con los profesionales responsables de vigilancia de los eventos en salud mental, con el objeto de actualizar y definir los lineamientos y manejo del Software SIVIGILA 2008 e inclusión de los eventos de salud mental dentro del sistema de Vigilancia departamental, de tal manera que se unificara el subsistema de vigilancia de los eventos de salud mental, con sus respectivas fichas de notificación y protocolos ajustadas.

De esta manera, la cobertura de la atención en los últimos tres años ha estado dirigida a un número entre 210 a 215 pacientes anuales, en donde un 89% son de estratos socioeconómicos 1 y 2. El 58% son niños y jóvenes entre los cinco y los 17 años, que en su mayoría son llevados a consulta por problemas de comportamiento, dificultades en el aprendizaje, bajo rendimiento escolar, problemas familiares y/o dificultades emocionales.

Así mismo, el 31% de la población atendida son jóvenes adultos entre los 18 y los 35 años, que muestran inconvenientes en los estados emocionales, en sus relaciones de pareja, en habilidades sociales y en el proyecto de vida.

Entidades públicas y privadas adelantan diversas estrategias y alianzas con diferentes sectores sociales en busca de ayuda para enfrentar la situación. En esa labor la Universidad Cooperativa de Colombia ha venido trabajando desde hace varios años dicha problemática, a través del Centro de Servicios Psicológicos adscrito al programa de psicología, ofreciendo atención en las áreas clínica y educativa a población vulnerable, a niños, jóvenes y adultos que requiere orientación en el manejo de diversas problemáticas

Por su parte y con el propósito de mejorar el conocimiento acerca de la situación del consumo de sustancias psicoactivas en el Departamento del Huila, de sus consecuencias sociales y de la respuesta institucional y comunitaria ante este evento, la Secretaría Departamental de Salud del Huila acogió el Sistema Único de Indicadores (SUI) que constituye un conjunto articulado de conceptos y procedimientos tendientes a producir información regional y nacional confiable y estandarizada que contribuye, a hacer más visible el consumo interno, sus consecuencias, así como las acciones adelantadas para reducir el consumo y mitigar sus impactos negativos en el marco de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, y del Plan Operativo 2009-2010, así como en el marco del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

Para el presente planteamiento se tomaron los datos del estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas del año 2008, comparándolos con los datos consolidados del país en ese mismo año y con datos de la secretaria de salud del Huila. La muestra para el caso de departamento del Huila fue de 930 casos, de los cuales 685 fueron tomados de la ciudad de Neiva. Número que dificulta la estimación precisa de las prevalencias de consumo en esa región según algunas variables de interés como son el sexo, la edad, el estrato, entre otros; aunque permite establecer los niveles de consumo de las sustancias de mayor uso.

Igualmente, durante el año 2011 y en el marco del desarrollo del convenio Interinstitucional Número 325 celebrado entre la Gobernación del Huila – Secretaria de Salud Departamental y la Universidad Surcolombiana, se dio la posibilidad de concertar una serie de rutas comunitarias e institucionales y protocolos para el manejo de eventos en salud mental, específicamente relacionados con Consumo de sustancias psicoactivas, suicidio e intento de suicidio, violencia sexual y violencia intrafamiliar, este ultimo como resultado de todo un proceso de pilotaje que se llevó a nivel nacional y sobre el cual se hicieron algunos ajustes a nivel regional.

En el escenario local, Pitalito capital de la Surcolombianidad, se une intensa y significativamente al cúmulo estadístico del Huila en temas de salud mental. De acuerdo al Forensis (2011) en el año hubo lugar a 12 Suicidios que corresponde a un 0,01% de la población laboyana (según DANE 102.485 habitantes), Pitalito ocupó el segundo lugar a nivel departamental precedido por Neiva con 13 casos; Presunto delito sexual 77 casos que equivale a 0,07%, Pitalito ocupó el segundo lugar a nivel departamental precedido por Neiva con 220 casos. Violencia intrafamiliar 210 casos que es igual a un 0,20%, con una tasa de 180,52 por

100.000 habitantes. Pitalito ocupó el segundo lugar a nivel departamental precedido por Neiva con 1.738 casos. Violencia a niños, niñas y adolescentes, 29 casos (9 hombres y 20 mujeres). Violencia a personas mayores, 2 casos (1 hombre y 1 mujer, Violencia de pareja, 138 casos (19 hombres y 119 mujeres), Violencia entre otros familiares, 41 casos (16 hombres y 25 mujeres).

Así mismo, el tema del suicidio en los jóvenes es un problema de salud mental generalizado y es la tercera causa de muerte entre los adolescentes en el departamento del Huila, según lo muestran las estadísticas que para el caso de Pitalito a 30 de septiembre 2011 se elevan a siete (7) los casos de suicidios, y a 72 los intentos de suicidio, que se han aumentado en tres, con relación a datos del año anterior que a la fecha llevaban 69 casos, superándose en 3 los casos del 2012.

Por su parte, los datos suministrados por la Secretaria de Salud Municipal al 2012 no son muy alentadores: Abuso sexual 41 casos, siendo los mas afectados los niños entre 5 a 14 años de edad. Casos por maltrato infantil 26. Violencia intrafamiliar 229 casos, siendo los mas afectados la población entre 15 a 44 años de edad; violencia sexual 10 casos, spa 61 casos, intento de suicidio 111 casos, suicidio 8 casos. Evidenciándose claro está la incidencia en disminución de los intentos de suicidio en comparación con años anteriores. 2008 132 casos, 2009 145, 2010 105, 2011 110, 2012 94.

Y de acuerdo al informe del Plan de Intervenciones Colectivas de la E.S.E Municipal Manuel Castro Tovar para el año 2013 en el primer trimestre se encontraron 17 casos de intento de suicidio a nivel urbano y 10 en el sector rural, de los cuales 16 casos corresponden al sexo femenino y 14 al masculino; 17 de ellos menores de edad, y 10 adultos y para el año 2013 se presenta una disminución de 9,3 % en los eventos de suicidios, respecto al año anterior. Evidenciándose ello en el comparativo con años anteriores de acuerdo a la tasa (2008:16 casos, 2009:10, 2010:9, 2011:10 2012: 8)

En abuso sexual realizando un análisis trimestral se encuentra que de enero a junio se reportaron 8 casos, de julio a septiembre 5 y de octubre a diciembre 13. Así mismo, en Violencia familiar se reporte de Enero a Septiembre 0, de Octubre a diciembre 2. En consumo de sustancias psicoactivas Spa, de Enero a junio 9 casos, de Julio a septiembre 3 y de Octubre a diciembre 44 y finalmente en cuanto a Violencia conyugal e intrafamiliar se encontró de Enero a junio 146 casos, de Julio a septiembre 71 y de Octubre a diciembre 51 casos.

Ya en materia, de liderazgo y prevención durante el año 2007 se llevo a cabo un plan denominado “Liderando el Desarrollo Social”, el cual contenía cuatro grandes ejes temáticos, uno de ellos denominado *Crecimiento personal y colectivo*, dentro del cual se encuentra inmerso el tema de salud y en éste el programa de salud mental, inscrito como *Salud mental con sentido de vida*, bajo unas bases ideológicas encausadas en redefinir el concepto de salud mental en los laboyanos, quienes aún ven estos términos la aplicación a la enfermedad mental (locos) únicamente y no un espacio de salud general (biopsicosocial).

El municipio por intermedio de la corporación Somos Colombia, quien coordinaba este programa, adelantó estrategias que pretendían disminuir dichas problemáticas, dentro de las cuales se puede mencionar las siguientes: Estrategia Sin maltrato: para la disminución del maltrato conyugal e infantil; Estrategia Línea Amiga 106 (Línea dispuesta al servicio las 24 horas al día) disminución del suicidio y los intentos de suicidio; Aprende a volar sin Drogas: disminución del abuso y consumo de sustancias psicoactivas; Enrédate: fortalecimiento del trabajo interinstitucional y comunitario. Sin embargo hoy por hoy se desconoce el impacto de tales estrategias y aún no se cuenta con un registro estadístico de los casos abordados y el manejo para cada uno de ellos, lo que dificulta tener un referente en cuanto a cómo Pitalito ha alcanzado a redefinir el concepto de salud mental.

Sin embargo y a pesar de todos los esfuerzos tanto estatales como profesionales y comunitarios, la lectura a nivel local frente a la salud mental resulta ser la misma que presenta el mundo entero; los trastornos mentales tienen una alta prevalencia, producen gran discapacidad y con frecuencia no reciben tratamiento, debido a la ausencia de la accesibilidad, la cobertura, el entrenamiento y las actitudes de los profesionales, la oportunidad y la calidad de los servicios. A pesar de las iniciativas de OMS para concienciar sobre la gravedad de estos trastornos, poco se ha hecho para pasar de la teoría a la práctica, pues en la mayor parte del mundo, no se le da a la salud mental la misma importancia que a la física, si no que ha sido más bien objeto de ignorancia o desatención.

“Para mejorar los servicios de salud mental no se necesitan tecnologías sofisticadas y caras. Lo que se necesita es aumentar la capacidad del sistema de atención primaria de salud para prestar un paquete integrado de servicios asistenciales”, ha dicho el Dr. Ala Alwan, Subdirector General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Lo cual solo se logra superando algunas barreras como priorizar la salud mental en la agenda pública de salud,

mejorar la organización de los servicios relacionados con las patologías, potenciar la atención primaria, educar a los profesionales de la salud en las enfermedades mentales y destinar más profesionales de la salud mental en la atención.

Y entonces, surge la pregunta a nivel local ¿Cuál es el impacto social que tiene Red Operativa Institucional “Redescubrir” en la capacidad de respuesta a los fenómenos de salud mental en el municipio de Pitalito?

Objetivos

Objetivo general

Conocer a través de la investigación acción participación, el impacto social que tiene la identificación, conformación y movilización de la Red Operativa Institucional “Redescubrir” en la capacidad de respuesta a los fenómenos de salud mental en el municipio de Pitalito y la efectividad del trabajo en Red en la mejora de la atención y la calidad de vida de los habitantes del municipio.

Objetivos específicos

Caracterizar las instituciones articuladas a la red cuyos servicios y funciones tienen injerencia en la atención de los fenómenos de salud mental a través de las técnicas de revisión documental y la entrevista.

Identificar las prácticas sociales institucionales que se implementan en la atención de los fenómenos de salud mental en el municipio de Pitalito para valorar el aporte de la red Redescubrir en este escenario de acción psicosocial.

Analizar la pertinencia de la red operativa institucional en el desarrollo de los procesos de atención por parte de los funcionarios de las instituciones adscritas a la Red Redescubrir a través de la técnica de grupo focal.

Evaluar el aporte del instrumento construido (Instructivo temático metodológico para el direccionamiento de la red operativa institucional Redescubrir, manual de rutas de atención en salud mental) determinando la aplicabilidad del mismo en la movilización de la Red Operativa Institucional Redescubrir.

Marco contextual

Pitalito

La presente investigación tiene como contexto el municipio de Pitalito, un municipio situado al sur del departamento del Huila, en el vértice que forman las cordilleras Central y Oriental. Su configuración es montañosa, pero no presenta mayores alturas solo pequeños ramales de las cordilleras que vienen a morir al valle de Laboyos donde se encuentra asentada esta ciudad a 1.318 metros sobre el nivel del mar. Astronómicamente, se localiza a los 1° 52' latitud norte, 76° 02' longitud oeste de Greenwich, a 188 km. de la ciudad de Neiva. Tiene una extensión de 591 km².

Se sitúa geográficamente así: limita al norte con los municipios de Timaná, Elías y Saladoblanco; al occidente con los municipios de Isnos y San Agustín; al sur con el municipio de Palestina y el departamento del Cauca; al oriente con el municipio de Acevedo.

Por su posición estratégica geográfica, Pitalito, con relación al sistema vial nacional, sirve de punto de enlace entre el centro y el sur del país, así como entre el oriente y el occidente, consolidándose como el sub-centro regional más conocido como la estrella vial del sur colombiano.⁶

Pitalito está política y administrativamente dividido en cuatro comunas (zona urbana) y ocho corregimientos (zona rural): comuna 1 (occidental), comuna 2 (oriental), comuna 3 (centro) y comuna 4 (sur); corregimiento 1 Bruselas, corregimiento 2 La Laguna, corregimiento 3 Criollo, corregimiento 4 Chillurco, corregimiento 5 Palmarito, corregimiento 6 Charguayaco, corregimiento 7 Guacacallo y corregimiento 8 Regueros.

En la actualidad, el Valle de Laboyos cuenta con una población de 121.049 habitantes según dato del DANE 2013, tendiendo aumentar tanto a nivel rural como urbano debido a que hay migraciones, principalmente de la Bota Caucaña hacia la cabecera municipal, de personas que llegan en busca de trabajo o trabajar en la recolección del café o en el comercio informal y de población que arriba en condición de desplazamiento. Es por esto, que al dato dado anteriormente se le debe agregar un 20% más de población flotante, lo que equivale a 27.032 habitantes para un total de 148.041 habitantes.

⁶ Municipio de Pitalito Estrella Vial del Huila. Plan de Ordenamiento Territorial. PLANTE-CAM

El flujo de esta población ha provocado una desintegración social con el correspondiente aumento en los fenómenos en salud mental (y de otros como el desempleo y la delincuencia) y de la demanda de servicios de atención, lo que quiere decir, que estos pobladores también se convierten en usuarios que de hecho hacen uso del sistema de instituciones las cuales al tener poca capacidad de respuesta para atender a los habitantes propios se complejiza su actividad con la de los visitantes afectándose la prestación de servicios oportunos y de calidad para unos y otros.

Pitalito, una mirada desde lo social y cultural

Respecto al problema abordado en la investigación-intervención, es necesario mencionar que Pitalito, como el resto de municipios del país, celebra una serie de festividades, muchas de ellas tradicionales que se han perpetuado en el tiempo desde costumbres indígenas y coloniales pasando por las practicadas en las comunidades campesinas y que se han rescatado, no solo por su valor cultural, sino por su incidencia positiva en materia económica. Pues son fiestas que coinciden con la recolección y venta del café y de la mitaca que se han aparejado con las antiguas celebraciones tradicionales y sagradas de aborígenes y campesinos entorno a la “pacha mama” y el maíz, que fueron transformadas en el proceso de secularización de la religión católica y la civilización colonial, y que ahora son reemplazadas por fiestas (ya no tan sacras) que hacen parte del obligado calendario festivo, no solo de la región sino del país.

Son estas las celebraciones de la navidad y la fiesta de año nuevo, la Semana Santa para los feligreses católicos, el festival folclórico Laboyano y Surcolombiano en el marco del Sampedro, el día del amor y la amistad y la feria equina y artesanal, que se han convertido en actividades que le dan identidad y sentido de pertenencia al laboyano buscando a demás que sirvan como vitrina para publicitar el turismo de la región, se active la economía comercial y el reconocimiento de la localidad a nivel departamental, nacional e internacional, sobre todo en las celebraciones de materia folclórica y cultural.

Ahora bien, las buenas intenciones de la celebración a nivel recreativo (de esparcimiento y unión) no se pueden comparar con las económicas, pues a nivel social el resultado es otro, ya que estas fiestas de la integración, del rescate de las tradiciones y del jolgorio son las que desde el estudio epidemiológico arrojan los picos más altos en el reporte de casos en el tema de salud mental y de la salud en general. Es decir, que es durante estos eventos cuando se dan las tasas

más altas de incidencia de formas de violencia y del consumo de sustancias psicoactivas. Con respecto a esto último, es posible afirmar que la violencia encuentra un detonante en el consumo irresponsable de estas sustancias, sobre todo del alcohol que bajo sus efectos lleva a muchos sujetos a la pérdida del control de sus actos llegando a cometer actos irresponsables como accidentes de tránsito, infidelidades, delitos, agresiones interpersonales y auto-lesivas, y que en la mayoría de los casos envuelve dificultades no resueltas a nivel sentimental y familiar.

En la ocurrencia de estos fenómenos hay implícito una mezcla de habilidades personales y sociales no saludables, como una baja autoestima y una baja tolerancia a la frustración, soluciones no pacífica de conflictos y el establecimiento de relaciones interpersonales inadecuadas, entre otras que brotan hacia el exterior en el estupor de la fiesta y que se materializan en las mencionas problemáticas sociales.

Ahora bien, cuando no se está en el “estupor de la fiesta”, se siguen presentando excesos de violencia sobre todo dirigida a niños y mujeres en los hogares de la región, que han sido noticia a nivel nacional. Pero más allá de lo escalofriantes que resultan estos casos se hace una lectura de fondo de esta situación en la que se pueden identificar un conjunto de factores entre los que se cuentan la desintegración social y la falta de educación que resultan ser predisponentes de la problemática social.

Esta violencia generada en el seno de la familia se convierte en un círculo vicioso que toca a los hijos y luego se devuelve contra los mismos padres y que repercute también en la sociedad, generando gravísimos problemas de intolerancia que conllevan a que las conductas de muchos ciudadanos se reproduzcan en un remolino de violencias que llena de crímenes el día a día y que aumentan los datos estadísticos de forma alarmante.

Pero surge entonces una pregunta por este aumento ¿hay realmente un aumento de casos o esto se debe a la concientización de los ciudadanos que ahora están denunciado más? Y sea cual sea la respuesta, lo importante es evaluar que están haciendo las entidades responsables de atender estas problemáticas y su forma de atenderlos.

Y para dar un acercamiento a este aspecto en Pitalito, se puede establecer que en el municipio existen aproximadamente 113 instituciones, entre públicas y privadas, prestadoras de servicios en salud y de otros servicios que tienen injerencia en la salud mental, sin poderse establecer cuantas de ellas trabajan de modo inter y extrasectorial. Lo que sí se sabe es que para acceder al tratamiento psicológico la única I.P.S. que cuenta con este servicio (y con quien

contrata la mayoría de las E.P.S.) es el Hospital San Antonio de Pitalito quien cuenta con un psicólogo. Para el servicio de psiquiatría este no se presta en el municipio y todo es remitido a la ciudad de Neiva, esto también es frecuente con el servicio de psicología. La E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar tiene proyectada la prestación de este servicio (3 profesionales), y a mediano plazo se contará con él. Esta proyección responde a la necesidad de prestar el servicio en el municipio en vista que las I.P.S. de segundo nivel no lo tienen. Hasta ahora el servicio no se puede habilitar por la falta de infraestructura.

Se identifica entonces una necesidad, la ausencia de un nivel de atención adecuado, eficaz, oportuno y articulado que responda a las demandas de salud mental de la población laboyana. Pues en ella la alta prevalencia de índices de violencia familiar, suicidio y consumo de sustancias psicoactivas, exigen acciones urgentes para paliar estos fenómenos de salud pública.

Desde este panorama se puede detectar una brecha entre la cantidad de habitantes y la magnitud de los fenómenos con la capacidad de respuesta de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Haciéndose necesario el trabajo articulado entre las mismas para aprovechar los recursos existentes potencializando los servicios, a ello responde la Red Operativa Institucional “Redescubrir”, integrada por 27 instituciones las cuales se presentan de manera muy concreta a continuación, y con las cuales se completa la presentación del contexto de la investigación-intervención.

E.S.E Municipal Manuel Castro Tovar

Bajo la gerencia del psicólogo Sergio Mauricio Zúñiga Ramírez, es la institución desde la cual se desarrolló el proyecto. Esta institución prestadora de servicios en salud de primer nivel de atención, cuenta con las siguientes o centros de salud distribuidos estratégicamente por todo el municipio de Pitalito: Centro de Salud Cálamo Comuna 1 (carrera 14 A N° 9 A – 65), Centro de Salud Panorama Comuna 4 (calle 9 N° 1 – 15 Sur), Sede Paraíso Comuna 2 (carrera 11 Este – calle 1 A 3 Sur), Centro de Salud Corregimientos de Bruselas y Criollo.

La E.S.E. municipal, como Empresa Social del Estado y bajo el lema “servimos con responsabilidad social”, tiene como misión la de prestar servicios de salud de baja complejidad con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con calidad y responsabilidad social, para satisfacer las necesidades de la población Surcolombiana, en un

proceso de mejora continua del recurso tecnológico y científico bajo principios de eficiencia, equidad y continuidad.

Su visión para el 2012 es la de ser la Empresa Social del Estado líder, en la prestación de servicios de salud de baja complejidad del Sur Colombiano, en términos de satisfacción de las necesidades y expectativas de sus usuarios, mediante la implementación y consolidación de un Sistema Gerencial y Estratégico, que le permita afrontar con éxito el ambiente competitivo, en el cual se desarrolla.

Para el cumplimiento de esta misión y el alcance de la visión, la E.S.E. cuenta con una política de calidad en la que se compromete a orientar todos sus esfuerzos hacia el mejoramiento continuo en todos sus procesos, funciones y actividades y en todos los niveles de la institución, con el fin de alcanzar los más altos niveles de calidad, reflejados en la atención eficaz de las necesidades y requerimientos de la comunidad, con un servicio oportuno, amable, humano y digno; lo cual, se logra mediante la participación de un equipo de personal idóneo, motivado y comprometido con los objetivos de calidad y con las creencias, los principios y los valores de la organización.

Estos valores incluyen la:

Eficiencia: Trabajamos siguiendo criterios técnicos, independientes, objetivos y congruentes que generan confianza en el uso los recursos humanos, técnicos, financieros y administrativos, en un marco de responsabilidad efectividad, eficiencia, integridad y transparencia, con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida.

Calidad: Comprometidos a responder consistentemente a los intereses de nuestros usuarios, a través, de una atención profesional, respetuosa, honesta, oportuna y cordial, de acuerdo con estándares aceptados sobre procedimientos Científicos, Técnicos y Administrativos.

Equidad: Unidos integralmente, en garantizar que todas las personas y comunidades sin ninguna discriminación, tengan igualdad de oportunidades para cuidar su salud.

Participación: Intervenimos con la posibilidad de ejercer influjo en el sistema de decisiones de la Institución, a través de procesos y procedimientos claros, expeditos y accesibles a la comunidad organizada, tanto institucional como usuaria, dentro de los parámetros científicos.

Prevención: Trabajaremos incansablemente en la toma de medidas, para cumplir con los requisitos y demandas de las personas y la comunidad organizada.

Continuidad: Persistiremos en el servicio, para que los usuarios reciban las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basadas en el conocimiento científico.

Y entre sus objetivos se cuentan con:

Producir servicios de salud eficiente y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.

Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.

Garantizar mediante un manejo gerencial de acuerdo, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social del Estado Manuel Castro Tovar.

Ofrecer a las entidades Promotoras de Salud. EPS-S, ERP y demás personas Naturales o Jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.

Dentro de esta institución el proyecto se inscribió dentro del Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C.) Programa de Salud Mental configurados a nivel nacional por el Decreto 3039 y la resolución 0425.

Batallón de Infantería N° 27 Magdalena

Hace parte del ejército nacional y tiene como misión la de conducir operaciones militares orientadas a defender la soberanía, la independencia y la integridad territorial, proteger a la población civil, y los recursos privados y estatales, para contribuir a generar un ambiente de paz, seguridad y desarrollo que garantice el orden constitucional de la nación.

Al ser una institución de régimen especial posee su propio sistema de sanidad, la cual presta servicios integrales de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal del ejército y sus beneficiarios.

Dentro de la salud mental, poseen un Pla Maestro Integral para fomentar, mantener y fortalecer la salud mental de sus usuarios.

Defensa Civil Colombiana

Desarrolla planes de gestión del riesgo en desastres, programas de acción social, protección ambiental, a través de sus funcionarios y voluntarios con altos estándares de calidad, para

contribuir con la paz, los derechos humanos y el progreso del país. Se desempeña en emergencias naturales, sociales y gestión ambiental.

E.S.E. Departamental Hospital San Antonio de Pitalito

Empresa Social del Estado de segundo nivel de atención que tiene como objetivo el contribuir al mejoramiento de la situación de salud, mediante el fomento, la promoción, la prevención, la atención y rehabilitación de las enfermedades y los problemas de salud, y cuya misión es la de brindar a la población Sur Colombiana servicios de salud, dignificar la vida, con ética, eficiencia y solidaridad para aliviar el sufrimiento físico y moral, contando con la más alta calidad humana, con personal calificado y la mejor tecnología, respetando creencias, derechos y libertades de sus usuarios y estimulando constantemente el crecimiento intelectual y personal de los funcionarios de la empresa enmarcado en la legislación del país y del compromiso social del estado que los alienta. Prestar servicios con calidad es su objetivo.

Personería municipal

Organismo de control que representa, orienta y asesora a los ciudadanos en defensa de sus intereses. Actúa como veeduría ciudadana (de conformidad con lo dispuesto en el artículo 270 de la Constitución Política y el artículo 100 de la Ley 134 de 1994) un mecanismo democrático de representación que le permite a los ciudadanos o a las diferentes organizaciones comunitarias, ejercer vigilancia sobre el proceso de la gestión pública, frente a las autoridades administrativas, políticas, judiciales, electorales y legislativas, así como la convocatoria de las entidades públicas o privadas encargadas de la ejecución de un programa, proyecto, contrato o de la prestación de un servicio público.

Cuerpo de Bomberos Voluntarios Pitalito

Organismo de socorro que presta servicios con abnegación y sacrificio a la comunidad laboyana y sur huilense, con modernos equipos ampliando su radio de acción y seguridad, buscando normalizar y adoptar conocimientos, tecnologías y destrezas para especializar el personal acorde con las actividades de la región y al nivel del crecimiento del país. Su misión es ser una institución sin ánimo de lucro de carácter perenne que presta sus servicios en la

prevención y atención de incendios y calamidades conexas, capacitación en seguridad industrial y especializada.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar I.C.B.F.

Establecimiento público descentralizado, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio; adscrito al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá. Es creada con la Ley 75 de 1968 y es el ente rector del Sistema Nacional de Bienestar Familiar. El instituto tiene como misión el trabajar por el desarrollo y la protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias colombianas. Entre sus objetivos se cuentan: lograr la atención integral de alta calidad a la primera infancia, prevenir vulnerabilidades o amenazas y proteger a los niños, niñas y adolescentes; lograr el bienestar de las familias colombianas, lograr la máxima eficiencia y efectividad en la ejecución de los recursos, incrementar la consecución de recursos y lograr una organización apreciada por los colombianos que aprende orientada a resultados.

Policía de Infancia y Adolescencia

La Policía Nacional es una entidad que integra el Sistema Nacional de Bienestar Familiar. Su misión como miembro del sistema, es garantizar la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes en el marco de las competencias y funciones que le asigna la ley. Tendrá como cuerpo especializado a la Policía de Infancia y Adolescencia (artículo 88 Código de la Infancia y la Adolescencia).

Comisaria de Familia

Entidad municipal de carácter administrativo e interdisciplinario, que forman parte del ICBF. Su misión es la de prevenir, garantizar, restablecer y reparar los derechos de cada uno de los miembros de una familia, donde se ha presentado hechos de violencia familiar o por distintas personas. Según la ley 1098 de 2006 tiene las siguientes funciones (artículo 86, se han excluido aquellas que por competencia territorial hace parte del I.C.B.F.): garantizar, proteger, restablecer y reparar los derechos de la familia propiciados por situaciones de violencia intrafamiliar, atender y orientar a los niños y niñas y de más familia en el ejercicio y restablecimiento de sus derechos, recibir denuncias y adoptar medidas de emergencia y

protección necesarias en casos de delitos contra los niños (as), recibir denuncias y otorgar medidas de protección en casos de violencia intrafamiliar, definir provisionalmente sobre suspensión de la vida en común de los cónyuges o compañeros permanentes, fijar cauciones de comportamientos conyugales por hechos generados por violencia familiar, aplicar las medidas policivas que correspondan en casos de conflictos familiares.

Secretaría de Salud Municipal

Ente territorial, que según la Ley 715 del 21 de diciembre de 2001, tiene la competencia de dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción (artículo 44), en general sus funciones son las de dirigir el sector salud en el municipio (formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud; gestionar el recaudo destinado a salud; supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud; implementar el sistema integral de información en salud), el aseguramiento de la población (identificar a la población pobre y vulnerable para financiar y cofinanciar su afiliación al Régimen Subsidiado realizando seguimiento y control al aseguramiento); adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes de salud pública (formular, ejecutar y evaluar el Plan de Atención Básica; establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento sus determinantes; promover la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública) y la de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana presentes en el ambiente.

Fiscalía General de la Nación

Entidad de la rama judicial del poder público con plena autonomía administrativa y presupuestal, cuya función está orientada a brindar a los ciudadanos una cumplida y eficaz administración de justicia. Ejerce la acción penal, elabora y ejecuta la política criminal del Estado; garantiza la tutela judicial efectiva de los derechos de los intervinientes en el proceso penal; genera confianza y seguridad jurídica en la sociedad mediante la búsqueda de la verdad, la justicia y la reparación.

Cuenta con las siguientes dependencias: Unidades de Reacción Inmediata U.R.I. (facilitan el acceso al ciudadano a través de la prestación permanente del servicio brindando un servicio

permanente los 365 días del año durante las 24 horas del día), Salas de Atención al Usuario (SAU), Policía Nacional, Centros de Atención Inmediata CAI.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (unidad básica)

Organización pública de referencia técnico científica que dirige y controla el sistema de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Colombia. Presta servicios forenses a la comunidad y a la administración de justicia sustentados en la investigación científica y la idoneidad del talento humano en un marco de calidad, imparcialidad, competitividad y respeto por la dignidad humana.

El INMLC captura, consolida y analiza la información sobre lesiones fatales y no fatales de causa externa para darlas a conocer y coadyuvar con la formulación y seguimiento fenómeno de la violencia. Las lesiones no fatales son la violencia interpersonal, exámenes médico legales por presunto delito sexual, lesiones en accidentes de tránsito y violencia intrafamiliar. Por su parte las maneras en las que se dividen las lesiones fatales son: homicidios, suicidios, lesiones fatales accidentales y en accidentes de transporte.

Entre sus objetivos está el de prestar servicios médico-legales y de ciencias forenses que sean solicitados por los Fiscales, Jueces, Policía Judicial, Defensoría del Pueblo y demás autoridades competentes.

Unidad de Fiscalía 30 Responsabilidad para Adolescentes

Esta unidad tiene como misión la de garantizar el acceso a una justicia oportuna y eficaz con el fin de encontrar la verdad dentro del marco del respeto por el debido proceso y las garantías constitucionales. En su accionar se garantiza, según su política de calidad, un actuar eficiente, efectivo, eficaz, transparente, ético y oportuno para encontrar la verdad de los hechos en la investigación penal y lograr la calidad en la gerencia institucional bajo un enfoque de mejoramiento continuo a procesos orientados a la satisfacción de las necesidades de la ciudadanía.

Como sistema de responsabilidad penal para adolescentes se rige por un conjunto de principios, normas, procedimientos, autoridades judiciales especializadas y entes administrativos que intervienen en la investigación y juzgamiento de los delitos cometidos por personas que tengan entre 14 y 18 años. Su finalidad es la establecer medidas de carácter

pedagógico, privilegiando el interés superior del niño y garantizando la justicia restaurativa, la verdad y la reparación del daño.

ASMET Salud E.P.S.

Es una entidad de derecho privado, sin ánimo de lucro, reconocida mediante Personería Jurídica No 3393 del 23 de noviembre de 1995, habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución número 1695 del 10 de octubre de 2007 para administrar los recursos del régimen subsidiado en salud. Su misión es la de ser una empresa promotora de salud que a través de un modelo de gestión de riesgo preventivo y participativo, contribuye al mejoramiento de las condiciones de salud de la población afiliada. Su política de calidad es la de garantiza la prestación de servicios con calidad técnico científica y humana.

CAFESALUD E.P.S. – I.P.S.

Entidad promotora de salud e institución prestadora de servicios en salud que tiene como misión el contribuir al mejoramiento de las condiciones de la salud colombiana a través de la promoción de hábitos saludables, prevención de enfermedades y atención de las mismas, bajo niveles óptimos de calidad.

CAPRECOM E.P.S.

Entidad promotora de Salud, creada con el fin de organizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados del régimen contributivo y adicionalmente organizar programas de administración y gestión del régimen subsidiado. Su misión es la de prestar servicios de salud y administrar pensiones a la población afiliada en forma integrada, con excelente calidad y transparencia para satisfacer oportunamente las necesidades y expectativas de sus clientes mejorando su bienestar y calidad de vida.

COMPARTA E.P.S.

Empresa solidaria, sin ánimo de lucro, privada, instalada con el objetivo social de administrar el régimen subsidiado en salud como servicio público con carácter de derecho fundamental. Su misión es lograr la función de accesibilidad a los servicios en armónica coordinación de competencias y referencia de provisión de oferta y gestión de demanda,

controlada con racionalidad y eficiencia; garantizando aspectos como la calidad, el enfoque preventivo y el manejo de los riesgos. Su política de calidad gira en torno al actuar en el aseguramiento de los factores de riesgo en la salud y la atención en sus diferentes fases.

COMFAMILIAR HUILA E.P.S. – I.P.S.

Entidad promotora de salud e institución prestadora de servicios en salud que mantiene en el nivel más alto en la prestación de sus servicios, producto de un trabajo esmerado en pro de sus afiliados. Ofrece una amplia red de servicios con alta tecnología y actitud humana garantizando la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación de los servicios de salud de sus afiliados.

La misión de la caja de compensación familiar del Huila es la de forjar el desarrollo comunitario garantizando los contenidos plan de beneficios del plan obligatorio en salud subsidiado.

COOMEVA E.P.S.

Entidad promotora de salud, que tiene como misión el mantener saludables a sus afiliados, contribuyendo al bienestar y calidad de vida de las comunidades, mediante la diversidad y calidad de un portafolio de servicios en salud, potencializando sinergias en las capacidades humanas, tecnológicas y gerenciales de nuestras unidades estratégicas de negocio y demás empresas vinculadas, en un ambiente de confianza, seguridad y respeto por las personas, la sociedad y el Estado.

EMCOSALUD E.P.S. – I.P.S.

Grupo empresarial para la prestación de servicios integrales y multidisciplinarios de salud. Trabaja con sentido solidario, buscando obtener la máxima satisfacción sus clientes. Tiene como misión ser una empresa de economía solidaria, que trabaja por la preservación de la vida, realizando actividades integrales para el cuidado de la salud y formación del talento humano, con los más altos estándares de calidad, orientada al logro de la satisfacción de sus asociados, trabajadores y clientes, promoviendo la protección del medio ambiente y regida por los más caros principios éticos y morales.

MALLAMAS E.P.S.

Entidad pública de carácter especial sin ánimo de lucro, autorizada y vigilada por la superintendencia nacional de salud, comprometida con la salud, progreso y desarrollo de la comunidad. Nace por iniciativa y gestión de los líderes indígenas de la comunidad de los Pastos, en el Resguardo Ancestral de Muellemues Municipio de Guachucal (Nariño), en el año de 1995, inicialmente se constituye como empresa solidaria de salud que presta sus servicios a sus asociados, hacia el año 96 por resolución emanada de superintendencia de salud es autorizada para administrar los recursos del régimen subsidiado.

Su misión es la de garantiza el aseguramiento en salud, funcionando con procesos eficientes, oportunos y con calidad, protegiendo de manera efectiva los derechos a la Seguridad Social y a la salud de los pueblos indígenas y no indígenas, con equidad solidaria y humanismo, observando y promoviendo el respeto a su estilo de vida, a su integridad étnica, a sus creencias y a sus valores socioculturales.

NUEVA E.P.S.

Sociedad Anónima constituida mediante la escritura pública No. 753 del 22 de marzo de 2007, que surge como Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo a través de la Resolución No. 371 del 3 de abril de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Tiene como misión trabajar por mejoramiento y mantenimiento de la salud de sus afiliados, basados en modelos integrales de atención del riesgo, colaboradores comprometidos y procesos que aseguren la sostenibilidad en el largo plazo, generando valor a sus grupos de interés. Se enfoca en la calificación del riesgo de la población afiliada y en sus ciclos vitales, a través del desarrollo y aplicación de Programas de Promoción y Prevención que impacten al grupo familiar en el corto y mediano plazo.

SALUDCOOP E.P.S. – I.P.S.

Grupo Empresarial, que trabaja de manera permanente por el bienestar de los usuarios y la sociedad, a través de la prestación de servicios de excelente calidad, fomentando el desarrollo humano de todos nuestros colaboradores.

SANITAS E.P.S.

Empresa creada como respuesta al Sistema de Seguridad Social en Salud, para garantizar la atención del Plan Obligatorio de Salud. Para esto Sanitas cuenta con una extensa red de médicos adscritos, tecnología e infraestructura. Su misión es la de contribuir al desarrollo de Iberoamérica ofreciendo, mediante tecnología de punta, diversas alternativas de Servicios Integrales de Salud y otros servicios, con el propósito de lograr el bienestar de sus usuarios, de generar oportunidades para sus empleados, de fomentar el desarrollo para sus prestadores de servicios y proveedores, manteniendo el crecimiento económico de la Organización

SOLSALUD E.P.S.

Entidad promotora de Salud creada por organizaciones sociales, instituciones de salud y educación, fondos de empleados, cooperativas y entidades sin ánimo de lucro. Aprobada por Resolución No. 0478 del 23 de abril de 1996 para el Régimen Contributivo y mediante Resolución No. 1155 del 27 de septiembre de 1997 para la administración del Régimen Subsidiado. Tiene como misión ser una entidad de aseguramiento en salud, que garantiza la calidad de los servicios a sus afiliados, mediante un modelo de atención preventivo, integral y prospectivo, con una red de servicios eficiente y un excelente equipo humano calificado y con actitud de servicio.

Referentes Teórico Conceptuales

Salud Mental

Es importante considerar que los procesos psicológicos asociados con la salud mental, o, la enfermedad mental, pueden ser descritos de formas diferentes, según los diversos modelos psicológicos y médicos existentes” (Pérez. 2007). Esta circunstancia, agregada a la persistencia de diferentes representaciones sociales de la enfermedad mental, hace que sea complejo la existencia de un modelo integrativo, o un criterio de definición único de salud mental, el cual incluye el bienestar subjetivo, la autonomía y potencial emocional, entre otros. Al respecto, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición “oficial” sobre lo que es *salud mental* y que cualquier definición estará siempre influenciada por diferencias culturales, suposiciones, disputas entre teorías profesionales, la forma en que las personas relacionan su entorno con la realidad, etc.

Es así como, para la OMS (2004) la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Por su parte Carl Rogers habla de conducta madura como sinónimo de normalidad (o salud mental) la muestra el individuo cuando percibe realísticamente y en una manera amplia (alerta y flexible) y no defensiva: Aceptando la responsabilidad por su propio comportamiento, evaluando la experiencia según la evidencia que proviene de sus propios sentidos (y no en función de lo que dicen los otros), es decir, tener la capacidad de juicio crítico, cambiando su evaluación de la experiencia sobre la base de nuevas evidencias (pensamiento flexible), aceptando la responsabilidad de ser distinto de los demás y aceptando a los otros como individuos diferentes a él y sabiéndose premiar así mismo y a los demás.

La *Salud Mental*, de acuerdo con *Theodora Alcock*, es entendida en términos de *libertades* dentro de la estructura de la personalidad: *Libertad* de pensar eficientemente dentro de los límites de la capacidad intelectual; *Libertad* de actuar sin compulsión ni inhibición exageradas; *Libertad* para sublimar, es decir, de utilizar impulsos instintivos y conflictos inconscientes para fines constructivos deseados conscientemente; *Libertad* de entablar y sostener relaciones humanas y de gozar con ellas; *Libertades* que deben sustentarse en una armonía interior. En una asociación, en un equilibrio entre *la energía instintiva, el propio*

control y la conciencia sociocultural, es decir, las normas, principios y valores propios de la cultura de una sociedad

De acuerdo a Maturana (2005) para facilitar su comprensión, los diferentes conceptos y teorías revisados en torno a la salud mental se pueden agrupar, entre muchos otros, en cuatro enfoques básicos a saber:

Anatomoclínico: La salud mental se caracteriza por ser de manejo individual, farmacológico, vista como un fenómeno básicamente biológico, concebida a partir de la enfermedad, escindiendo la salud del cuerpo de la salud de la mente y actuando sobre la persona enferma a través de servicios asistencialistas de salud.

Estratégico basado en la salud pública y la participación social: Se fundamenta en tres grandes ejes a saber: El biológico, el psicoevolutivo y el ambiental. Trabaja con los saberes y conocimientos sociales y las acciones dirigidas a lograr el bienestar de los individuos y la colectividad, a través de las prácticas relacionadas con el saneamiento ambiental, la conservación de los bosques, acciones de inmunización, provisión de servicios públicos básicos, existencia de marcos políticos, jurídicos y técnicos.

Ecológico: La relación hombre y medio ambiente; entiende la salud mental fuertemente asociada con la violencia y el contexto en el que se presenta, intenta comprender su naturaleza polifacética analizando los factores que influyen en el comportamiento.

Alternativos: Tienen que ver con otras prácticas y saberes relacionados con la condición de salud mental en un país multiétnico y pluricultural en donde conviven pueblos indígenas, población colombiana con ascendencia africana y el pueblo ROM; en los cuales existen sus propias formas de ver y manejar el proceso salud enfermedad.

Y esta perspectiva ha hecho considerar que una respuesta integral a los problemas de salud debe ser transdisciplinaria, haciendo una autoevaluación de sus enfrentamientos; esto porque se toma a la salud como consecuencia condicionante del desarrollo integral (Levav, 1992).

Se habla de salud mental en los ámbitos clínicos, sociales, culturales y el que aquí compete hace relación al ámbito social. En psicología cuando se habla de salud mental se la entiende como un “estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y esta logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales”. También se considera un estado normal del individuo (Davini,

Gellon De Salluzi, Rossi, 1968). Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), integran los criterios diagnósticos comúnmente utilizados en la práctica psiquiátrica, haciendo relación al tema de salud mental a trastornos mentales enmarcado en tópicos relacionados a las causas y consecuencias de los mismos y sus respectivas clasificaciones.

Fenómenos de salud mental

Existe una multiplicidad de situaciones y problemas asociados a los ámbitos de Salud Mental, que se requieren precisar para facilitar que el investigador y el actor/operador puedan identificarlo fácilmente. Para ello, se requiere de una definición conceptual y operativa que le permita reconocer entre un problema y otro, al mismo tiempo visualizar el grado de complejidad con que se manifiestan en cada persona o familia.

Los eventos que competen para este proceso investigativo y que se prefieren denominar fenómenos por la complejidad que implican son: Violencia familiar (Maltrato infantil, abuso sexual, violencia conyugal, violencia sexual), consumo de sustancias psicoactivas, suicidio e intento de suicidio

Violencia familiar

De acuerdo con Jorge Corsi (1994) La violencia familiar comenzó a tematizarse como problema social grave a comienzos de los años 60, cuando algunos autores describieron el “síndrome del niño golpeado”, redefiniendo los malos tratos hacia los niños. Y solo hasta poco, la violencia familiar era considerada como un fenómeno poco frecuente, catalogado como anormal y atribuido a personas con trastornos psicopatológicos. Sin embargo, la mayoría de los trabajos de investigación realizados demuestran que la violencia y el maltrato en la familia son fenómenos “normales” desde un punto de vista estadístico a cuya definición como una formación cultural apoyada en valores, contribuyen mitos, creencias y estereotipos firmemente arraigados en la sociedad.

Con la emergencia del paradigma cognitivo en psicología comienza a echarse una nueva luz sobre estos fenómenos: el ser humano no reacciona frente a los estímulos, sino frente a la interpretación que hace de ellos. Es decir, para poder entender una conducta agresiva, al

observador externo no le resulta suficiente conocer la situación donde tal conducta se produce; necesita saber cuál es el significado que el sujeto le adjudica a esa situación.

Ahora bien, en lugar de sostener que el ser humano tiene pulsiones agresivas o impulsos, se puede decir que lo específicamente humano es que el sujeto construye permanentemente su realidad, adjudicándole significados, en función de los cuales se estructuran sus conductas.

Desde una perspectiva constructivista, en cambio, la explicación no es sencilla, ya que implica penetrar en la compleja red de significados que, desde su particular estilo cognitivo cada persona ha ido atribuyendo a la realidad circundante. Simplificando, se podría decir que una persona “agresiva” es aquella que tiende a percibir los datos de la realidad como provocadores o amenazantes y frente a tal construcción cognitiva, reacciona con conductas de ataque y defensa.

Siguiendo con el mismo autor la violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir un daño. En sus múltiples manifestaciones, la violencia siempre es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política...) e implica la existencia de un “arriba” y un “abajo”, reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: padre-hijo, hombre-mujer, maestro-alumno, patrón-empleados, joven-viejo, etc.

La noción de familia en un entorno real comprende o conserva aún una imagen idealizada de la vida familiar, como un núcleo de amor más que de violencia potencial. Ahora bien, el conflicto, que parece inherente a la vida de la familia, no genera necesariamente la violencia; podría decirse por el contrario, el negar la inevitabilidad del conflicto es lo que muchas veces contribuye a la aparición de la violencia.

Todos estos factores incrementan la vulnerabilidad de la familia y transforman al conflicto, inherente a toda interacción, en un factor de riesgo para la violencia. Poder⁷ y género⁸ son las variables en torno a las cuales se organiza el funcionamiento familiar y permiten una mayor conceptualización de la familia como entorno propicio para las interacciones violentas.

Al consultar la abundante bibliografía existente sobre el problema de la violencia familiar, se encuentra que la mayoría de los autores coincide ampliamente en la descripción del

⁷ Poder es la capacidad de afectar a otras personas; influencia es el uso de esa capacidad; control es la forma exitosa del uso del poder.

⁸ El género es una construcción cultural, mientras que el sexo es una categoría que remite a los atributos biológicamente adscritos.

fenómeno. La dificultad comienza cuando esos mismos investigadores se formulan la pregunta acerca del por qué, es decir, cuando buscan una explicación al fenómeno.

Diversas teorías han intentado determinar las causas de la violencia familiar. Durante mucho tiempo, la psicopatología fue el principal recurso explicativo utilizado. La hipótesis era que las personas que ejercen violencia sobre un miembro de la familia sufren algún tipo de trastorno mental. Sin embargo los estudios más recientes han demostrado que si bien algunos agresores padecen efectivamente trastornos psicopatológicos, la proporción de enfermos mentales no es mayor que entre la población en general.

Un segundo elemento explicativo es el alcoholismo y el uso de drogas, durante cierto tiempo, se asociaron insistentemente ambos problemas, por la simple razón de que eran los casos más accesibles para las investigaciones clínica y sociológica. Pero estudios más profundos demostraron que el abuso de sustancias, más que causar la violencia, contribuye a facilitarla o se transforma en una excusa atenuante. El alcohol o las drogas tienen la propiedad de suprimir las inhibiciones; por lo tanto, se relacionan con la envergadura, el momento y la forma de la violencia, pero no con la predisposición a recurrir a ella.

Una hipótesis que ha alcanzado gran popularidad es aquella que afirma que la violencia es provocada por la víctima. Esta hipótesis cobra cuerpo en dos tendencias principales: una es la teoría del masoquismo; la otra es la teoría de la familia disfuncional. En ambos casos, con elementos provenientes de distintos marcos conceptuales, se consigue un mismo resultado; culpar a la víctima. En los últimos años, el incremento del contacto de los teóricos con grandes cantidades de casos de violencia familiar permitió que muchos de ellos fueran revisando críticamente esta hipótesis.

Los criterios arriba mencionados se derivan de lo que genéricamente se puede llamar “modelo médico”. Este es un modelo que busca cuál es el “microbio” que explique las causas de la violencia familiar. Este “Microbio” puede ser el alcohol, la locura o el comportamiento de la víctima. Para Jorge Corsi (1994) la inadecuación de este modelo radica en el hecho de aplicar una metáfora biológica a un problema social.

Tanto la explicación según el modelo médico, como la explicación según el modelo psicológico y sociológico resultan reduccionistas y tienden a simplificar un fenómeno social de extraordinaria complejidad, atravesado por innumerables mitos y estereotipos culturales, que dificultan su adecuada comprensión. “Y es que la cultura “puede haber llegado a un callejón sin

salida: las viejas recetas destinadas a curar todos los males generalmente empeoran. Frente a esta situación, se hace cada vez más imprescindible reflexionar sobre los caminos que han traído hasta aquí y atreverse a generar nuevos rumbos hacia parajes hoy desconocidos. Y por supuesto que semejante alternativa produce vértigo. El miedo de la civilización a lo desconocido es ancestral. Todas las alternativas son riesgosas, aún la inmovilidad “Dabas y Najmanovich.(1995).

Teniendo claro el panorama anterior, para la presente investigación la violencia familiar alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia pero que no es exclusiva de este contexto, sino que se presenta en él como en muchos otros y eso la convierte en un problema social en el cual, todos los actores sociales directos o indirectos son responsables en el mantenimiento o en la solución; y se define una situación familiar como un caso de violencia, cuando la relación es crónica, permanente o periódica. Es de anotar que para la investigación abuso es aquella forma de interacción que enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder incluye conductas de una de las partes que, por acción o por omisión, ocasionan daño físico y/o psicológico, a otro miembro de la relación. Los principales fenómenos que conforman el espectro de la violencia familiar son, Violencia conyugal, maltrato infantil y maltrato a ancianos.

Violencia conyugal

De acuerdo con Corsi (1994) la violencia conyugal incluye las situaciones de abuso que se producen en forma cíclica y con intensidad creciente, entre los miembros de la pareja conyugal.

Es necesario matizar que con el uso de denominaciones como violencia familiar, violencia doméstica o conyugal se omite, en particular, el género de las personas implicadas, y se hace hincapié en la relación que une a quien ejerce la violencia y a quien la sufre, es decir, una relación de parentesco en el caso de la violencia familiar, o un vínculo de intimidad en el caso de la violencia doméstica o conyugal. No obstante, aunque el término violencia doméstica no explicita ni el género de la persona que maltrata ni el de la víctima y, en este sentido, puede referirse a la violencia cometida tanto por la mujer contra el hombre, como por el hombre contra la mujer o por parejas del mismo sexo, la realidad es que este tipo de vejaciones son soportadas en una proporción mucho mayor por las mujeres e infringidas por los hombres. Aunque se ha comprobado que en los países industrializados las mujeres llevan a cabo conductas violentas,

predominantemente de tipo psicológico, hay pocos indicios de que éstas a los hombres al mismo tipo de violencia grave y paulatina que se observa con frecuencia en grupos clínicos de mujeres golpeadas (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano 2002)

Ahora bien el maltrato hacia la mujer puede presentar los siguientes abusos: puede ser físico (Pellizcos, bofetadas, empujones) emocional (Insultos, gritos, críticas permanentes, desvalorización, amenazas, etc.) sexual (imposición de actos de orden sexual contra la voluntad).

También se puede presentar la violencia recíproca o cruzada. Para poder clasificarla de este modo es necesario que exista simetría en los ataques y paridad de fuerzas físicas y psicológicas en ambos miembros de la pareja. El maltrato puede ser verbal y/o físico.

Maltrato infantil

Anteriormente la definición de maltrato infantil se consideraba dentro de la categoría de violencia familiar, sin embargo hoy en día, desde el punto de vista del daño emocional que provoca, se entiende como una categoría específica que implica una visión y conceptualización que contempla cualquier contexto social o relacional en el que puede producirse.

Según Barudy (1998) El maltrato infantil es cualquier acción u omisión no accidental que, desde una relación de dependencia y/o abuso de poder, cause detrimento de la integridad física, psicológica y social del niño o que puede provenir de cualquier ámbito, familiar o extrafamiliar, se entenderá por acción, la agresión directa, sea esta física, psicológica o sexual. Se entenderá por omisión, la falta en proporcionar los cuidados tanto físicos como psicológicos que un niño necesita, de acuerdo a su edad y características individuales, de parte de las personas o instituciones que se encuentran obligadas a brindar protección y cuidado

El autor también especifica una tipología que integra las distintas manifestaciones del maltrato infantil:

Maltrato físico activo: es cualquier agresión física no accidental por parte de padres, cuidadores o instituciones, que cause daño físico, psicológico o social en el niño, o lo pongan en grave riesgo de padecerlo. Implica el uso de la fuerza para provocar daño físico, incluyendo los daños resultantes de castigos físicos severos y agresiones deliberadas, con instrumentos o sin ellos.

Maltrato físico pasivo o negligencia: aquella situación crónica donde las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos o de salud) no son atendidas temporal o permanentemente por los adultos responsables de su cuidado o por ningún miembro del grupo familiar que convive con el niño, disponiendo o teniendo acceso a los medios y recursos socioeconómicos para satisfacerlas, afectando su integridad física y psicológica.

Maltrato psicológico activo: es el hostigamiento verbal habitual a través de insultos, críticas constantes, descalificaciones, ridiculizaciones y, en general, actitudes y comportamientos que implican un detrimento sistemático de su autoestima que cause o puede causar trastornos en su desarrollo emocional, social e intelectual. Se expresa en actitudes o conductas, por parte de los padres o cuidadores, como rechazar, aterrorizar, aislar e ignorar. También comprende la participación en constantes disputas familiares y ser testigo de violencia conyugal.

Maltrato psicológico pasivo o abandono emocional: es el descuido crónico de las necesidades evolutivas del niño, por falta de estimulación cognitiva o afectiva de parte de los adultos responsables de propiciárselas. Consiste en la falta persistente de respuestas a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad iniciadas por el niño; la falta de iniciativas de interacción o contacto, y en general la privación crónica de sentimientos de amor, afecto y seguridad y la falta de corrección de problemas serios de comportamiento. Incluyendo conductas tales como no tocarlo, no demostrarle amor, falta de afecto y atención, no darle tiempo suficiente, o no escucharlo.

Abuso sexual infantil: cualquier clase de contacto o actividad sexual con una persona menor de 18 años, por parte de un persona que se encuentre en una posición de poder de autoridad, con el fin de estimularse o gratificarse sexualmente, no importando que se realice con el consentimiento de la víctima, pues esta carece de los conocimientos necesarios para evaluar sus contenidos y consecuencias. Se utiliza la relación de confianza, dependencia o autoridad que el abusador tiene sobre el niño o la niña.

Junto con esta tipología, cabe señalar que ciertas condiciones socioculturales generan una naturalización del maltrato infantil haciendo difícil la interrupción de esta dinámica. Este

fenómeno es denominado por el autor referido como violencia ideológica y tiene relación con la validación personal y sociocultural de la violencia reiterada por parte del abusador.

Consumo de sustancias psicoactivas

Son múltiples las teorías que han surgido en torno a la conducta desviada y muchas de ellas las aplicables a la conducta de consumir drogas. Estas teorías pretenden crear un cuerpo explicativo que dé respuesta a la relación que se establece entre determinadas variables y factores, y la conducta que pretenden explicar.

Los trastornos asociados al consumo de sustancias son aquellas alteraciones relacionadas con el consumo de drogas el que es atribuible a una serie de factores de origen personal, familiar, social y cultural que se denominan de riesgo entre los cuales se pueden mencionar la timidez, inseguridad, alta dependencia del medio, falta de límites o formación familiar permisiva, climas de tensión, falta de expresiones de afecto, falta de información, bajo control social, pocas oportunidades de desarrollo, entre otras Marta Rizo (2009, página 56)

Por droga se entiende la definición clásica de la OMS como “toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste” Kramer y Cameron (1975) y por droga de abuso “cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral” (Schuckit, 1989, 1995, p. 3).

Igualmente se entiende que todas “Las drogas son todas las sustancias naturales o sintéticas que, introducidas en el organismo, alteran física y síquicamente su funcionamiento y pueden generar en el usuario la necesidad de seguir consumiéndolas” “Esto incluye sustancias cuya producción y comercialización es ilegal (como el LSD), al igual que sustancias legales de consumo habitual (como el alcohol o el tabaco) y fármacos de prescripción médica (tranquilizantes, por ejemplo), que pueden ser objeto de un uso abusivo”.

El término drogas visto desde un punto de vista estrictamente científico es principio activo, materia prima. En ese sentido droga puede compararse formalmente dentro de la farmacología y dentro de la medicina con un fármaco, es decir que droga y fármaco pueden utilizarse como sinónimos. Los fármacos son un producto químico empleado en el tratamiento o prevención de enfermedades. La farmacología es la ciencia que estudia la acción y distribución de los fármacos

en el cuerpo humano. Los fármacos pueden elaborarse a partir de plantas, minerales, animales, o mediante síntesis.

De ahí que el uso de sustancias psicoactivas no siempre fue percibido como un problema social; aparece como tal sólo recientemente en la historia de la humanidad, a fines del siglo XIX y principios del siglo XX. De hecho, se sabe que los seres humanos han consumido sustancias psicoactivas desde hace decenas de miles de años, sin que ello representara un problema para la sociedad.

Existe una segunda concepción que es de carácter social, según ésta las drogas son sustancias prohibidas, nocivas para la salud, de las cuales se abusan y que en alguna forma traen un perjuicio individual y social. Como se ve, un elemento importante es la intencionalidad y el propósito de alterarse mentalmente en algunas de las formas, ya sea deprimiéndose, alucinándose o estimulándose. Luego queda el problema dónde actúan estas sustancias, ya que todas estas drogas tienen un elemento básico en el organismo que es el sistema nervioso central el cual es la estructura más delicada y el más importante que tiene el ser humano, y si estas sustancias actúan sobre esas estructuras dañándolas, perjudicándolas, indudablemente que van constituir un elemento grave y peligroso para la colectividad; para la salud individual y lógicamente para la salud pública.

Trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas

Son aquellos trastornos o alteraciones que se relacionan con el consumo de drogas, el que es atribuible a una serie de factores de origen personal, familiar, social y cultural, que se denominan de riesgo y entre los cuales se puede mencionar la timidez, inseguridad, alta dependencia del medio, falta de límites o formación familiar permisiva, climas de tensión, falta de expresiones de afecto, falta de información, bajo control social, pocas oportunidades de desarrollo, entre otras.

La gravedad de estos trastornos puede ir desde el Consumo perjudicial o la intoxicación no complicada; la tolerancia (referida a la disminución del efecto de una droga, por lo que se requiere mayor frecuencia o mayor dosis en el consumo); hasta la dependencia (que ocurre cuando la persona pierde el control del consumo, presentando una serie de síntomas que indican adicción); o el síndrome de abstinencia (ocurre cuando una persona dependiente, suspende el

consumo y presenta síntomas intolerables que lo inducen nuevamente). Finalmente; incluso, puede llegarse hasta cuadros sicóticos o de demencia manifiestos.

Según el Manual de Desordenes Mentales, los trastornos asociados al consumo de sustancias “incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos”(APA 2011) . Así también, el Manual señala que es importante distinguir las siguientes categorías:

Trastornos por consumo de sustancias

Corresponden aquellos que manifiestan las personas que tienen dependencia de ciertas sustancias y por tanto, requieren como una necesidad psicológica o fisiológica ingerirlas. En este caso y dependiendo del nivel de consumo, los trastornos se pueden sub clasificar de la siguiente manera: dependencia de sustancias, abuso de sustancias. Para ambos casos, el Manual establece la siguiente definición “Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos (...) en un período continuado de 12 meses” (APA, 2001).

Trastornos inducidos por sustancias

Corresponden a aquellos que manifiestan las personas que, sin tener dependencia, se encuentran consumiendo algún tipo de sustancias, por ejemplo en el caso del consumo de sicotrópicos por indicación médica.

Suicidio e intento de suicidio

De acuerdo con Kleiman, Rodríguez y Skokin (1997). El *suicidio*⁹ es el acto por el que un individuo, deliberadamente, se provoca la muerte.

⁹ La palabra «suicidio» está formada con dos elementos latinos: *sui*, de sí mismo, y *cidio*, del verbo *caedere*, «matar»; el término fue creado por el abate François Desfontaines en 1735.

Se estima que las dos terceras partes de quienes se quitan la vida sufren depresión (Melinda Wenner, 2009) y de acuerdo a Joachim Marschall (2009) los parientes de los suicidas tienen un riesgo más elevado (hasta cinco veces más) de padecer tendencias al respecto. Los padecimientos psíquicos se encuentran presentes en 9 de cada 10 casos de suicidio; entre ellos, aparte de la depresión se encuentran también los trastornos de ansiedad y las adicciones (Cf. ídem, pág. 70)

Muchas religiones monoteístas lo consideran un pecado, y en algunas jurisdicciones se considera un delito. Por otra parte, algunas culturas, especialmente las orientales, lo ven como una forma honorable de escapar de algunas situaciones humillantes o dolorosas en extremo.

El suicidio puede ser resultado de trastornos psiquiátricos, que comúnmente se acompañan de depresión o ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y todos los trastornos de depresión. En estos casos es principalmente la enfermedad lo que provoca el suicidio y no el análisis lógico del individuo. Antes que la acción, el suicidio comienza en el pensamiento. Ya sea por problemas personales y/o emocionales, las personas suicidas deben ser evaluadas como individuo para entonces entender el suicidio a nivel social.

Estos individuos poseen un sentido de indefensión y desesperanza ante las situaciones que los afectan. Las personas suicidas exhiben algunas características tales como depresión, impulsividad, baja tolerancia a la frustración y son personas sin espíritu de lucha. Suelen ser pacientes más agresivos, exigentes, dependientes e insatisfechos que los demás. Teniendo en cuenta el perfil de la persona suicida se podrían prevenir algunos suicidios con psicoterapia, farmacoterapia y hospitalización en casos extremos. Los indicadores y comportamientos varían dependiendo de la persona. Según la cuarta versión de El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, los pensamientos recurrentes (no solo el temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse son síntomas de personas con depresión mayor.

Siguiendo los mismos autores, el proyecto suicida nunca es improvisado, aunque la realización a veces sea impulsiva. El suicida lo venía pensando desde tiempo antes, y en la mayoría de los casos se lo había comunicado a alguien con anterioridad. La idea de que alguien que habla de suicidarse no lo hará es falsa, toda amenaza debe ser tomada seriamente. (Kleiman y otros 1997).

Para algunos psiquiatras y psicólogos no existe un único factor desencadenante de un suicidio, sino que éste es una acción multideterminada por diversos factores intervinientes que al conjugarse se potencian.

El suicidio desde una mirada sociológica

El sociólogo francés Émile Durkheim en su obra *El suicidio* (1897), señala que los suicidios son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales. Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social ya sea excesiva o insuficiente del individuo en la colectividad. Por tanto el suicidio sería un hecho social.

Durkheim comienza su estudio con una definición de suicidio como: «*Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma y que, según ella sabía, debía producir este resultado*». Ejemplo de un acto positivo: dispararse en la cabeza; ejemplo de un acto negativo: rehusar a ingerir cualquier medicina hasta dejarse morir. La persona suicida vive con una percepción anómica de la vida: Pierde el sentido de la ley, normas sociales y se vuelve escéptico ante la vida y todo lo que ésta implica. Aunque cada persona suicida es distinta, tienen indicadores y pasan por un mismo proceso. Uno de los factores más importantes de la persona suicida es la convicción del suicidio como método factible. Si se estudia, el comportamiento de las personas suicidas, no se puede asegurar que se pueda prevenir todo tipo de suicidios pero si se puede estudiar si se utilizara la misma metodología, modalidad, tiempo y espacio.

El suicidio como un problema social

Se han creado diversas teorías para explicar la raíz del problema y las particularidades del mismo. Han tomado en cuenta razones como el estatus económico, socio-profesional, la edad y el estado civil. Se asegura que en algunas ocasiones las personas están predispuestas al suicidio. Un principio de la modificación de conducta establece que de la misma manera que se aprende, se puede desaprender. Una persona que proviene de una familia donde existen historial suicida tiene cierta predisposición a cometer actos suicidas. La profesión y la religión están relacionadas también indirectamente con el suicidio. La persona que trabaje bajo presión y no sepa manejarlo puede tener pensamientos suicidas y ejecutarlos.

Durkheim distingue tres clases de suicidios: Suicidio egoísta, típico de sociedades donde el individuo carece de integración social; suicidio anómico (anomia es para Durkheim lo que para otros autores, a partir de Hegel, es alienación), característico de falta de regulación social (anomia), existe una falta de normatividad en tanto que las normas sociales no son interiorizadas como propias por parte del individuo; suicidio altruista, característico de sociedades con alto grado de integración social, el individuo se suicida por su sensación de pertenencia a la sociedad. Se mata por ella, un claro ejemplo son los kamikazes. Esta relación es patológica porque la persona pierde el sentido de individualismo.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional. Las ideas suicidas son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida. El intento de suicidio es muy común entre los adolescentes con predisposición para esta conducta y se considera que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo pueden ser clasificados en tres áreas interrelacionadas (factores familiares, culturales y sociodemográficos, y factores generales).

Factores familiares de riesgo

De acuerdo con Macías (2004) un primer factor de riesgo lo representan los padres que tienden a padecer fuertes sentimientos de depresión, desesperanza y desaliento. El joven cuando sufre esos mismos sentimientos, no tiene las herramientas para manejarlos, pues en el hogar se observa incapacidad para manejar sentimientos negativos. Otro factor hace mención a que en la convivencia diaria, los miembros de la familia tienden a ser impulsivos. La tendencia a un manejo inadecuado del estrés, facilita el aprendizaje del patrón de comportamiento de evitación ante situaciones intolerables. Igualmente hay conflictos frecuentes dentro de los miembros de la familia, particularmente separaciones, y antecedentes patológicos, especialmente alcoholismo o alguna adicción en uno o ambos padres lo que se puede constituir en un tercer factor de riesgo familia. Finalmente la estructura alterada en la familia, caracterizada por un

sistema cerrado que inconscientemente prohíbe a sus miembros comunicarse entre sí y relacionarse de manera estrecha con el exterior se convierte en el último factor.

Factores culturales y sociodemográficos de riesgo

Según el autor “Shock cultural”¹⁰ es generado por un proceso de adaptación a una nueva cultura y se caracteriza por la realización de esfuerzos constantes, para lograr adaptarse. Sentimientos de pérdida y pena, motivados por los recuerdos de los amigos, familiares, la profesión, las posesiones y cuanto se ha dejado atrás. Sentimientos de ser rechazado por los miembros de la nueva cultura. Confusión en el rol, las expectativas, los valores y la identidad ante la nueva cultura. Sorpresa, angustia, disgusto e indignación ante las diferencias culturales a las que debe adaptarse.

Factores generales de riesgo. Methodist Health Care System (2004)

Los factores generales de riesgo lo constituyen varios aspectos; entre ellos, están: uno de los trastornos o más trastornos mentales diagnosticables o trastornos de abuso de sustancias. Comportamientos impulsivos. Acontecimientos de la vida no deseados o pérdidas recientes (por ejemplo, el divorcio de los padres). Antecedentes familiares de trastornos mentales o abuso de sustancias. Antecedentes familiares de suicidio. Violencia familiar, incluido el abuso físico, sexual o verbal/emocional. Intento de suicidio previo. Presencia de armas de fuego en el hogar. Encarcelación.

Red, una manera de red-escribir o enmarcar la salud mental

Un factor potencialmente perturbador para todos estos fenómenos que conforman la salud mental es que se les siga entendiendo como una cuestión “privada” o “ajena”, ya que la salud en general, la educación, el trabajo, la seguridad son cuestiones públicas y comunitarias. Por lo tanto deben ser considerados como un problema que afecta a todos, en cuanto integrantes de un único Macrosistema llamado sociedad.

¹⁰ Cuando se habla de "shock cultural", no se está empleando un término clínico ni refiriéndose a un trastorno médico. Se trata simplemente de una manera de describir los sentimientos de confusión y de nerviosismo que una persona puede experimentar al vivir una situación de crisis que implica un cambio.

Es así como los fenómenos sociales no ocurren de modo aislado. Nada ni nadie actúa en completa independencia. En la realidad social existe una compleja red de intercambios y retroacciones, a la que puede aplicarse una de las leyes de la ecología que dice “todo está relacionado con todo” o “todo está relacionado con los demás”. Esto tiene lógica con la situación de salud, pues los fenómenos en salud mental no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables, necesitando de un proceso dinámico y creativo, en la gestión social del riesgo, en el cual se construyan soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos, buscando la identificación y modificación de los mismos, para evitar desenlaces adversos.

Para poder entender integralmente todos estos fenómenos de salud mental, es necesario salir de ese esquema estrecho e individualista y ubicarse en una perspectiva ecológica que comprenda que si la familia es un sistema, es necesario pensar que ese sistema, a su vez, forma parte de sistemas más amplios y complejos, hasta llegar al sistema social y cultural. Y que el nivel más próximo al familiar es la *red social*: el barrio o pueblo, y las organizaciones que de manera más formal (asociaciones, servicios sociales, instituciones religiosas, etc.) o informal (grupos de cualquier índole, bandas, etc.) la integran. Para la presente investigación son las instituciones que tienen injerencia en la salud mental de los laboyanos, lo que invita a comprender que los fenómenos de salud mental no pueden ser desmontados y estudiados pieza por pieza y sus consecuencias y/o resultados explicados por el de sus partes componentes y que más allá de los adelantos tecnológicos y de toda una creación mecánica donde el sujeto es absolutamente independiente, la naturaleza y, en particular la naturaleza humana no se contenta con encajar en el chaleco de fuerza de las “leyes naturales” de la ciencia clásica.

Esto, debido precisamente a que hoy por hoy las construcciones conceptuales que se creían imperecederas muestran signos de profunda descomposición. Todo el universo físico es visto hoy como una inmensa “red de interacciones” donde nada puede definirse de manera absolutamente independiente, y en el que se enseñorea el “Efecto mariposa”.¹¹ La transformación conceptual que viene de la mano de una nueva metáfora como la del universo como red o entramado de relaciones, y los individuos como nodos de esa red, excede largamente a la transformación de la imagen del mundo propuesta por la física. Y una vez que se ha establecido la conexión metafórica, no es difícil “ver” las cosas en términos de redes.

¹¹ Es una versión popular que dice que cuando una mariposa aletea en el Mar de la China puede “causar” un tornado en Nueva York.

Por ello y con la base argumentativa expuesta anteriormente, a continuación se revisará la pertinencia de hablar de red en los temas de salud mental.

El término “Red”, en su polivocidad (varias voces y sentidos), remite por un lado, a una línea más conceptual y por otro, tiene un sentido puramente instrumental o técnico. En algunos momentos es una propuesta de acción, y en otros se aparece como un modo de funcionamiento de lo social. En otro sentido, la red es un modo espontáneo de organización pero también se presenta como una forma de evitar la organización y lo instituido. La red en muchos casos es la posibilidad de gestar un plano de consistencia donde la organización fija y estereotipada ceda su dominio a procesos de creatividad e invención.

Ahora bien, aunque actualmente hay grandes dificultades para incorporar el punto de vista implicado en la metáfora de la red, pues la mayoría de las personas siguen pensándose como individuos aislados (Partículas elementales) y no como parte de múltiples redes de interacciones, la ciencia misma ha comenzado a dar cuenta de la multidimensionalidad que se abre cuando se pasa de las metáforas mecánicas al pensamiento complejo, que toma en cuenta las interacciones dinámicas y las transformaciones. Ha comenzado a gestarse una cultura que no piensa el universo como un reloj sino como “archipiélagos de orden en un mar de caos”: la cultura de la complejidad.

Desde esta perspectiva, el sujeto no es meramente un individuo, es decir un átomo social, ni una sumatoria de células que forman un aparato mecánico, sino que es una unidad heterogénea y abierta al intercambio. El sujeto no es una sumatoria de capacidades, propiedades o constituyentes elementales; es una organización emergente de la interacción del sujeto con el mundo. *El sujeto sólo adviene como tal en la trama relacional de su sociedad.*

En esa interacción ya se está incluyendo la variable temporal, las cosas no “son” sino que “devienen” en las mismas. Las propiedades ya no están en las cosas sino entre las cosas, en el intercambio. El sujeto no es lo dado biológicamente, sino lo construido en el intercambio en un medio social humano en un mundo complejo. Es a través de los vínculos sociales de afecto, de lenguaje, de comportamientos que el sujeto se va auto-organizando. Todos los seres vivos, y también otros sistemas complejos, que para la presente investigación son las instituciones tienen la capacidad de auto-organizarse. Por ello la idea de que la vida podía desarrollarse en un contexto estable es simplemente absurda, la vida es inter-cambio, de materia, de energía, de información.

Otro elemento importante al hablar de red es el contexto, el cual no es un ámbito separado e inerte, sino el lugar de los intercambios; a partir de allí el universo entero puede ser considerado una inmensa “red de interacciones” donde nada puede definirse de manera absolutamente independiente: *hipótesis del universo como entramado relacional*.

Y es precisamente en ese contexto de red donde a nivel institucional se pasa de la búsqueda de certezas a la aceptación de la incertidumbre, del destino fijado a la responsabilidad de la elección, de las leyes de la historia a la función historizante, de una única perspectiva privilegiada al sesgo de la mirada. En el camino cada institución se encuentra consigo misma profundamente unida al mundo en una interacción compleja y multidimensional.

En este sentido, las instituciones pueden entender que al abrirse a nuevas formas de concebir, pensar y actuar, es posible darse cuenta de que no existe “una única regla para jugar todos los juegos y, sin embargo, el dialogo es posible y se puede jugar este juego de juegos en el que la realidad sin ser irracional, desborda lo racional” (Atlan, 1991).

Es posible entender que la diversidad es la marca de la época, el reconocimiento de la diferencia y de la alteridad, de la interacción que hace posible el encuentro. La metáfora de la red, especialmente la de los flujos variables con desplazamiento de los puntos de encuentro y renovación de las pautas de conexión, se ha mostrado especialmente apta para pensar y construir estas nuevas formas de convivencia que permitan gestar nuevos mundos en el que sea posible ser coprotagonista co-evolucionando gracias al permanente interjuego de encuentro y la diferencia.

En este sentido es posible entender que la “red” es una metáfora que permite hablar de relaciones sociales aportando los atributos de “contención”, “sostén”, “Posibilidad de manipulación”, “tejido”, “estructura”, “densidad”, “extensión”, “control”, “posibilidad de crecimiento”, “ambición de conquista”, “fortaleza”, etc. tomado en préstamo de su modelo material. El termino es aplicable a dos fenómenos diferentes: por una parte, a un grupo de interacciones espontaneas que pueden ser descritas en un momento dado, y que aparecen en un cierto contexto definido por la presencia de ciertas prácticas más o menos formalizadas y que para la presente investigación hace referencia al contacto inicial del actor/operador con el o los usuarios (as); por otra parte, puede también aplicarse al intento de organizar esas interacciones de un modo más formal, trazarles una frontera o un límite, poniéndoles un nombre y generando, así, un nuevo nivel de complejidad, una nueva dimensión.

Ya no se está atado a un destino inapelable, regido por leyes deterministas, en el que el tiempo era “una imagen móvil de la eternidad” Borges, J.L, (1989). La flexibilidad de los sistemas complejos, su apertura regulada, los provee de la posibilidad de cambiar o de mantenerse en relación con su intercambio con un ambiente que no es un único contexto estable, sino un ámbito multidimensional ligado a la propia mirada y accionar de cada institución. Ya no se trata de adaptarse pasivamente a un ambiente fijo, sino de coevolucionar en un intercambio activo, en un intercambio de red.

Desde esta perspectiva, las redes sociales adquieren importancia al ser capaces de pensar y de crear otro mundo donde es posible preservar el valor y la autonomía de cada cultura o sistema explicativo, y que cada uno tome respecto del otro el papel de “inseminador de metáforas”: es decir, de novedad y de creación.

Según Pérez, citado por Blanco Díaz (2006), la importancia de las redes sociales en el análisis y abordaje de la salud mental es un tema importante en el campo de la salud pública y congruente con los principios de sus dos importantes estrategias a saber: prevención de la enfermedad y promoción de la salud. En la salud mental se destaca como la vida interna del sujeto está determinada en gran medida en las redes en las que está inmerso. Este asidero que va desde las redes primarias que marcan sus primeros trazos internos, hasta las institucionales que lo sostienen y le brindan bienestar, debe ser considerado en las intervenciones de la salud pública. La idea de legitimar cada día más esta relación salud mental-redes sociales, permite pensar este fenómeno "no encadenado solamente a la enfermedad y a los síntomas, suspendido en el vacío, un sujeto biomédico, protagonista de una psiquiatría biológica sino más bien por un sujeto socio histórico”.

Al pensar en red, las instituciones dejan de verse como organismos organizados jerárquicamente en el tiempo y el espacio y se convierten en textos codificados, en sistemas de comunicación, en redes de control, en la sumatoria de comportamientos finalistas y aleatorios, en argumentos no finalizados, en actores sin guiones pre-establecidos ni controlables de antemano.

Ni los seres humanos son todopoderosos como para dictaminar el destino de la tierra (lógica humanista), ni los procesos tecno-económicos esclavizan a los humanos y la naturaleza de forma irreversible (lógica de la producción). La naturaleza es una *co-construcción* humana/no

humanos,... “el mundo es un agente y actor inteligente... un bromista codificador con el cual es necesario aprender a conversar” Haraway (1991)

Por su parte Carlos Sluzki (1990) expresa que existe en la actualidad amplia evidencia de investigación que indica que la gente menos integrada socialmente tiene más posibilidades de morir, o, para plantearlo en términos menos dramáticos, que la pobreza de la red social afecta negativamente a la salud.

Esto se evidencia en las primeras investigaciones adelantadas por Durkheim (1897) sobre el suicidio, en donde se demostró que existe una mayor probabilidad de suicidio en la gente con menor *nicho social*, en comparación con quienes poseen una red social más amplia accesible e integrada.

Ahora bien, en las redes sociales siempre están los que tienen que hacer parte y los que quieren hacer parte. Hay aquí dos lógicas inconmensurables, complejas, químicamente impuras, mutantes, oscilatorias y más efímeras que lo deseable: la de la obediencia y la del compromiso. Entonces es posible encarar la participación responsable, como elemento constitutivo central del trabajo en red, como terreno de aprendizaje forzoso para quienes quieran lograr efectos deseados cuando la intervención incluye algo tan difícil de definir como imposible de eludir, como es la posición de respeto por el otro y la disposición de escuchar lo que el quiere, sin caer en la tentación de apoderarse del derecho de “representarlo” o aun “interpretarlo” para siempre, o de vez en cuando.

Esta postura para la presente investigación implica remplazar la actitud a veces implícita en las instituciones de crítica hacia el exterior por la de responsabilidad hacia el interior de la institución correspondiente, generándose así a su vez una nueva óptica de negociación que contribuye para aumentar los niveles de eficiencia /eficacia deseados y por ello de participación y organización activa; en el decir de Humberto Maturana y Francisco Varela (1990). Se desconoce la existencia de sociedades que hayan elegido vivir en el desorden: nadie admite la desorganización como elemento co-constitutivo del ordenamiento social..

En la nueva situación, la diversidad y la autonomía de los actores sociales ponen en primer plano las temáticas de la descentralización y de la organización- participación. Esta participación es: *Específica*: la participación se desencadena en torno a cuestiones concretas, inmediatas, de la cotidianidad, o que afectan a valores a los que se otorga una posición elevada en la jerarquía ética, y hace referencia precisamente a los procesos de atención humanizados;

Cognitivamente organizada: Es una participación que no afecta la totalidad de la vida institucional y, por lo tanto, los elementos expresivos en ella volcados enfrentan los límites impuestos por la racionalidad de la acción y por su carácter instrumental. *Circunstanciada:* No es una participación que se precipite en torno a cuestiones de alto nivel de generalidad, con proyección temporal de largo plazo o con eventuales resultados de carácter difuso. Por el contrario, es una participación convocada por objetivos concretos, fácilmente visualizables y apropiables, dirigida a promover decisiones o cambios de comportamiento en otros actores claramente identificados; *Estratégica:* implica que se precipita en el marco de una distribución dada de poder, a la que se atiende a través de la búsqueda de acuerdos y la conformación de alianzas tras intereses compartidos, aun cuando éstas sólo sean circunstanciales.

Los logros en las redes sociales son posibles gracias a aceptar: Una nueva visión de la comunicación como coordinación de acciones en el lenguaje; una nueva forma de analizar el contexto en términos de compromisos lingüísticos básicos: pedir/ofrecer, prometer, afirmar y declarar; una nueva visión del mundo, las instituciones y las biografías individuales como interpretaciones en vez de hechos; una nueva aceptación de la diferencia del otro como legítima e inevitable; una mejor posibilidad de establecer acuerdos continuamente concertados basados en los puntos anteriores; una mejor competencia en coordinar acciones con otros a partir de la posición de responsabilidad en vez de víctima; una mayor apertura al diseño flexible y al cambio de planes en el curso de las acciones, cuando la situación así lo requiere.

Ahora bien, es importante reconocer y entender *el rol de los municipios: asistencialismo o generación de oportunidades*. Los cambios que enfrenta el país en los ámbitos económico, social y cultural obligan a un análisis cuidadoso del rol de los diferentes actores sociales para definir sus funciones y dar respuestas nuevas a los desafíos del momento.

En la consideración del papel del Estado, por ejemplo, se hace necesario eludir la estéril discusión entre estatistas y privatistas para plantearse los problemas en un plano de mayor alcance: ni el Estado es fatalmente mal administrador, ni la empresa privada es únicamente una entidad sedienta de ganancias a costa de los usuarios. Uno y otra deben cumplir importantes funciones sociales adecuándose al momento actual.

Para la presente investigación el rol del Municipio de Pitalito es ser sujeto dinamizador de cambios, promotor de emprendimientos y estimulador de la participación de la empresa privada y las instituciones públicas que tienen injerencia en salud mental. Aunque todo cambio profundo

implica un corte brusco con el sistema anterior y un periodo crítico de reacomodación al nuevo esquema, es hora de aprender a crecer protegidos por una sociedad que estimule el crecimiento, sin paternalismo alguno. Suele suceder que hay instituciones que pueden producir cambios, pero no quieren hacerlos, y hay profesionales y trabajadores que desean producirlos y no pueden efectuarlos.

De acuerdo con la teoría de las redes sociales, no se trata de privatizar las ganancias y socializar las pérdidas, ni de acudir al Estado en busca de paternalismo alguno, la meta es que en el camino se vaya encontrando el justo equilibrio para protagonizar la reactivación productiva y efectiva de las instituciones. La meta es incorporar en el hacer y el pensar de personas, grupos e instituciones tanto una concepción y una manera nuevas de aprender a ser, como de aprender a aprender, de aprender a abordar la salud mental en el municipio de Pitalito porque definitivamente las redes sociales en palabras de Roberto Martínez (s.f.) van más allá del individualismo y el comunitarismo.

Por ello es necesario compartir una visión y reconocer una actitud. La visión hace referencia a una apreciación de la complejidad, de la historia como proceso abierto, de la necesidad del acuerdo y de la negociación como bases de la convivencia, junto a una visión modesta con respecto al poder del Estado para transformar lo cotidiano. Las actitudes asociadas a esta visión son la valorización y el despliegue de la iniciativa para la resolución de los problemas que afectan la cotidianidad, la colaboración y la solidaridad como instrumentos eficaces para la acción y la experimentación en las formas de resolución de aquellos problemas.

La perspectiva de red y los métodos de abordaje

De acuerdo con Johan Klefbeck (1987) por perspectiva de red se entiende la posibilidad de considerar y de tener un conocimiento de la totalidad del contexto de un individuo cuando se trabaja con él. Un individuo vive en un nido de relaciones sociales construido tanto por vínculos positivos como negativos; para la presente investigación, una institución hace parte de un nido de relaciones intersectoriales construido de la misma manera.

Métodos de abordaje en red

Mobilización de la red: Se utiliza para activar a las instituciones significativas que conforman la red de servicios ante una situación particular de salud mental. se mapean los

recursos de la red y la responsabilidad se divide entre aquellos que cuentan con mayor o suficiente capacidad de respuesta institucional. Se visualiza la movilización como rastreo, trascendencia de límites y apertura de relaciones establecidas.

Por rastreo se entiende el dragado de relaciones bloqueadas entre las instituciones, o la posibilidad de ubicarlas de modo tal que se reactiven relaciones establecidas anteriormente. Por trascendencia de límites se entiende la posibilidad de cavar canales entre las instituciones de la red que no hubieran tenido contacto previo y la Apertura de relaciones establecidas, implica terminar o reducir la importancia de ciertas relaciones entre las instituciones de la red. Esto puede aplicar tanto a las funciones como a las instituciones mismas.

El pensar en red abre una posibilidad de intervención que considera el desarrollo de capacidades en todas las personas y en todas las organizaciones intervinientes. El político, el funcionario, el profesional, el intelectual no necesitan (ni pueden) saber todo antes de actuar, ni mistificar procesos de construcción del conocimiento en las organizaciones de la institución. Dichos tales como “El pueblo nunca se equivoca” esquivan el papel constructivo del error, el pueblo puede equivocarse y los intelectuales también, en la capacidad de establecer ámbitos permanentes de reflexión en la acción; en la posibilidad de generar desde los integrantes de la red y en cada uno de ellos, instancias de participación activa y no sólo deliberativa que impliquen pasar del “¿qué quieren?” al “¿Qué están dispuestos a hacer para lograrlo?” donde se encontrará la posibilidad de equivocarse menos y de reparar en conjunto los errores más fácilmente..

Lo que por supuesto posibilita la creación de respuestas novedosas frente a los problemas y necesidades; la posibilidad de toma de conciencia, esto, pasar de “aquello que hago habitualmente sin darme cuenta, a un darme cuenta a partir de compartirlo con otros”; el incremento de la responsabilidad social; la formación y desarrollo del ciudadano; la capacitación de actuales y futuros dirigentes de la comunidad; el incremento del grado de complejidad de las organizaciones sociales y su proceso de desarrollo así como de la capacidad de gestión para abrir un mayor grado de desarrollo de los procesos autogestivos y el surgimiento de nuevas formas cogestivas.

Ahora bien, para poder adaptar todo el proceso de investigación a los propósitos de construir un marco conceptual integrativo, y para poder utilizar el pensamiento de red, se requiere un marco de referencia teórico. Y el modelo sistematizado más pertinente es el socio-ecológico de

Urie Bronfenbrenner (1979) ya que los fenómenos en salud mental deben ser considerados en su totalidad social; lo sistémico implica que el abordaje no puede hacerse sin una visión global e interaccional. A través de él se puede pensar la sociedad desde un punto de vista teórico, tomando la red como el nivel más elevado para tratarla. Así resulta posible resaltar que reacciones o intervenciones en los diversos niveles de la red pueden repercutir sobre la globalidad del sistema.

La Salud mental, enmarcada en la red; cubierta y sostenida desde una mirada ecológica

Para Bronfenbrenner (1979) la acomodación del ser humano y sus entornos es progresiva y mutua. Se produce continuamente a manera de un proceso evolutivo, recibiendo el influjo de las relaciones que establece con las personas de sus entornos más próximos y entre éstos y otros niveles más complejos. El ambiente ecológico está conformado por estructuras concéntricas las cuales tienen diferentes niveles en donde cada uno de los niveles contiene al otro y a medida que se avanza se “contienen en un nivel cada vez más alto” (Buelga, 2009, p 82). Las propiedades de las partes no son propiedades intrínsecas y sólo pueden entenderse desde el contexto del todo mayor. Por tanto, el pensamiento sistémico es un pensamiento “contextual”. Lo que se domina parte, es meramente un patrón dentro de una inseparable red de relaciones. Por tanto, el cambio de las partes al todo puede también ser contemplado como el cambio de objetos a relaciones. En cierto modo se trata de un cambio de esquemas, de diagramas.

Consecuentemente a lo anterior, la percepción del mundo viviente como una red de relaciones ha convertido el pensamiento en términos de redes, en otra de las características fundamentales del pensamiento sistémico. Al percibir la realidad como una red de relaciones, las descripciones forman también una red interconectada de conceptos y modelos, en las que no hay partes más fundamentales que otra. Ninguna de las propiedades de ninguna parte de la red es fundamental; todas se derivan de las propiedades de las demás partes y la consistencia total de sus interrelaciones determina la estructura de la red.

Aplicando a Fritjof Capra (1996), se debe contextualizar el todo mayor del fenómeno. Para la conformación de la red, lo sistémico, invita a integrar todas las partes del sistema, a sus elementos componentes, en este caso a todas las instituciones que tienen injerencia en los fenómenos de salud mental, para articularlas en un todo unitario y organizado (red) y desde ahí complejizar su operatividad.

En la red aplicarían los mismos principios expuestos para todo sistema: el orden significa conexión, esta vinculación tiene una relación de causa-efecto en donde si una parte cambia, el cambio repercute en la red; la integración entre las instituciones se pueden dar en diversos niveles originando todo tipo de procesos, esta sería la operatividad de la red la cual se complejiza de acuerdo a la variedad funcional de cada institución. Funcionalmente, la red tendrá continuidad (cambios graduales) pero también habrá lugar para la discontinuidad (cuando se requieran cambios bruscos). Como sistema teleológico (diseñado con un propósito) se especifican detalladamente cada una de sus tareas, como se hacen dichas tareas, y el tipo de vinculación de las instituciones dentro de la red (Instructivo de recursos institucionales). La red es un sistema abierto que intercambia recursos y servicios con su entorno. Todo eso le permite reaccionar ante las necesidades del entorno con respuestas novedosas y variadas, alcanzando grandes efectos.

Para resumir, la red, sería “el cambio de las partes al todo”, donde las propiedades de cada una de las instituciones solo podría entenderse en el conjunto, en las propiedades de la red, en las relaciones organizadas dentro del sistema como todo mayor. Aquí resulta importante que cada institución comprenda que ella es un patrón dentro de una inseparable red de relaciones.

Ahora bien, retomando la intensión social mencionada por Luhmann (1998), la idea es que las instituciones la encuentren en relación con las posibles intersecciones que tenga con otras instituciones para configurar las operaciones (esto a partir de la auto-observación institucional).

Lo anterior implica de acuerdo al compilado historizante que realiza Najmanovich y Dabas (1995) entender que la sociedad que creyó en las certezas definitivas, en el conocimiento absoluto y en el progreso permanente ha comenzado a derrumbarse, y que se están abriendo pasos nuevos, modos de pensar y vivir en el mundo. Se ha logrado entender que la *crisis* actual no se caracteriza sólo por la emergencia de nuevos paradigmas en la ciencia o por la revolución tecnológica permanente. Los cambios en la forma de concebir la relación humano – mundo son el “Sistema nervioso central” de las transformaciones en esta época.

Tal vez y como lo menciona Jorge Corsi (2004), respecto a la violencia familiar, no sea ocioso remarcar que la utilización de un modelo integrativo para la comprensión de ésta y para la presente investigación la salud mental no se agota en un interés meramente teórico, sino que tiene profundas implicaciones en lo que respecta a las acciones e intervenciones que, en la práctica, pueden pensarse para dar respuesta al problema.

Conceptos que complejizan la investigación

A continuación se hace una exposición de algunos conceptos que complejizan el proceso investigativo interventivo para una mejor comprensión del fenómeno abordado. Estas nociones se han organizado de manera puntual en tres secciones: la primera corresponde a los conceptos específicos en la comprensión de red, los segundos son términos propios en la comprensión teórica del fenómeno, y los terceros hacen parte de la elaboración y para la comprensión de la operatividad del instrumento temático metodológico. Todos ellos organizados alfabéticamente, no por prioridad unos sobre otros, sino por orden.

Conceptos que complejizan la comprensión de red.

Actor/operador: es cualquier funcionario de la institución que tenga contacto directo con el usuario durante el proceso de la atención. Dentro de la Red el primer actor/operador es el funcionario que desempeña principalmente funciones que tienen que ver con los fenómenos de salud mental y que hace las veces de “representante” de su institución dentro de la Red. Para los interventores el término de “actor/operador” designa a aquella persona que desempeña un papel o que ejecuta una acción y/o que lleva a cargo algo dentro de un entramado de operaciones donde hay otros actores/operadores que desempeñan otras acciones. Esta persona está en capacidad de establecer comunicaciones afectivas y asertivas con todo el entramado para hacer de la atención una atención integral, y producir el efecto para el cual ha sido destinado.

Encuentro: espacio de reunión formal donde coinciden los puntos de vista de los actores/operadores.

Evento: acontecimiento que ocurre en una posición y momento determinados que al estar programado no reviste preocupaciones. Pero este término también refiere a lo que es eventual o imprevisto.¹²

Fenómeno: aspectos que las cosas, sucesos o cualidades (materiales o inmateriales) ofrecen a los sentidos (experiencia), pero que hace pensar que detrás de la manifestación de dicha actividad puede existir una estructura no perceptible directamente. Como sustantivo denota “cosa única”, “extraordinario”.¹³

¹² Microsoft® Encarta® 2009. © 1993-2008 Microsoft Corporation; <http://definicion.de/evento/>

¹³ <http://es.wikipedia.org/wiki/Fen%C3%B3meno>, <http://es.thefreedictionary.com/fen%C3%B3meno>

Fenómenos en salud mental: en el Programa de Salud Mental se menciona “evento de salud mental” refiriéndose a la problemática que se generan en la comunidad en esta materia, dichos eventos son la violencia familiar, en la cual se contempla el maltrato infantil, el abuso sexual y la violencia conyugal; el consumo de sustancias psicoactivas y el suicidio (junto con la ideación suicida). Para los interventores el término “evento”, teniendo en cuenta la complejidad que encierran dichas problemáticas, no es el más apropiado, ya que está significando que los casos en materia de salud mental son eventuales o imprevistos y que no son preocupantes, reforzándose la, ya existente, subvaloración de los temas de salud mental. Para los interventores, siguiendo el modelo sistémico ecológico, el término fue reemplazado por el de “fenómeno” toda vez que esta palabra encierra de modo más apropiado la complejidad de la problemática y su importancia.

Operativo: designa a aquello que está preparado o listo para ser utilizado o para entrar en acción y que de manera efectiva obra y hace.

Red: desde las ciencias sociales (Granada, 2011) una red es la conexión o articulación entre grupos y personas con un objetivo común que sirve de hilo conductor de tales relaciones, las cuales pueden ir desde relaciones familiares o de compadrazgo hasta movimientos sociales (Riechmann y Fernández Buey, 1994). Las redes son la expresión más evidente de las relaciones sociales que construimos y en las que somos. Así, no sólo son la fuente creativa de recursos, dinámica y flexible, sino también, como todo fenómeno humano, complejas.

Red Operativa Institucional: siguiendo a Heloisa Primavera (1990), atendiendo a la importancia de nominar las cosas, lo que no se nombra no existe, un nombre identifica, categoriza, permite definir su significado, el lugar de enunciación, los énfasis y ejes temáticos – operativos dentro de los cuales se desarrolla un trabajo específico; pues es a partir del nombre designado que muchas iniciativas serán replanteadas, apoyadas o rechazadas. De ahí la necesidad de nominar la Red, de modo distinto como venía siendo reconocida, es decir, como una red de apoyo social, denominación que fue replanteadada a red operativa institucional, ya que la creación y el accionar de esta idea innovadora, hizo posible que la misma naciera al escenario de lo visible para determinar la manera del cómo ahora en adelante sucederán las cosas. Ya no se habla de “apoyo” pues este término solía prestarse a equívocos a la hora de hacer funcional la Red, pues la definición de esta palabra se acerca más un “favor o auxilio” que se presta a manera de “colaboración”. Entonces el análisis de esta definición hizo que el término se

reemplazara por el de “operativa”, toda vez, según los investigadores interventores, que cuando uno “colabora” o presta una “ayuda” se limita en su accionar, o hacer y/o actuar hasta donde medianamente puede para no quedar mal, y no hay un esfuerzo por ir más allá, sobre todo en el cumplimiento de la responsabilidad social institucional y de las competencias que por normas les corresponde. En cambio, el término “operativo” designa a aquello que está preparado o listo para ser utilizado o para entrar en acción y que de manera efectiva obra y hace.

Esta denominación remite por un lado, a una línea más conceptual y por otro, tiene un sentido puramente instrumental o técnico; en algunos momentos es una propuesta de acción y en otros aparece como un modo de funcionamiento de lo social. De este modo se da la posibilidad de gestar un plano de consistencia donde la organización fija y estereotipada (red apoyo) cede su dominio a procesos de creatividad e invención. Todo ello confirmando que las diferentes actividades que implican la conformación de redes de intercambio social están sustentadas en lo que se podría llamar el pensar en red (Osvaldo Saidon, 1995, citado por Najmanovich).

Conceptos que complejizan la comprensión en términos investigativos

Es importante reconocer que la ausencia de una clara discriminación conceptual entre los términos conflicto, agresión, agresividad y violencia introducen confusiones a la hora de discutir las bases teóricas del problema de la violencia familiar (Jorge Corssi, 1994).

Agresión: es la conducta mediante la cual la potencialidad agresiva se pone en acto. Las formas que adopta son disímiles: motoras, verbales, gestuales, posturales, etcétera. Dado que toda conducta es comunicación, lo esencial de la agresión es que comunica un significado agresivo. Por lo tanto, tiene un origen (agresor) y un destino (agredido). Un golpe, un insulto, una mirada amenazante, un portazo, un silencio prolongado, una sonrisa irónica, la rotura de un objeto, para que puedan ser definidas como conductas agresivas deben cumplir con otro requisito; la intencionalidad, es decir, la intención, por parte del agresor, de ocasionar un daño.

Agresividad: es un término que ha sido acuñado, dentro del vocabulario de la psicología, para dar cuenta de la capacidad humana para “oponer resistencia” a las influencias del medio. Fernando Lolas (1991) la define de la siguiente manera: “agresividad” es un constructo teórico en el que cabe distinguir tres dimensiones: a) una dimensión conductual, en el sentido de conducta manifiesta, se llama agresión; b) una dimensión fisiológica, en el sentido de

concomitantes viscerales y autonómicos, que forman parte de estados afectivos; c) una dimensión vivencial o subjetiva que califica la experiencia del sujeto, a la que se le llama hostilidad. Del mismo modo, que el conflicto, la agresividad humana no es un concepto valorativo, sino descriptivo. Por lo tanto, no es buena ni mala: forma parte de la experiencia humana y tiene, siempre una dimensión interpersonal.

Conflicto: es un término que alude a factores que se oponen entre sí. Puede referirse a contrastes intra o interpersonales. Los conflictos interpersonales son uno de los resultados posibles de la interacción social, como expresión de la diferencia de intereses, deseos y valores de quienes participan en ella. Estos conflictos suelen traducirse en situaciones de confrontación, de competencia, de queja, de lucha, de disputa y resolución en favor de una u otra parte, se relaciona con nociones tales como la autoridad, el poder, la aptitud, la capacidad, la habilidad, etc. La familia, en tanto grupo humano, es un medio especialmente propicio para la emergencia de conflictos entre sus miembros. Esto es así a pesar de una serie de mitos que tendieron a configurar una imagen idealizada de la familia como lugar de armonía y equilibrio. A partir de los años 70, los investigadores sociales comenzaron a revisar el concepto de conflicto familiar como sinónimo de “anormalidad”, destacando que el conflicto puede expresarse bajo formas muy disimiles, siendo la resolución violenta sólo una entre ellas.

Conceptos que complejizan la comprensión del instrumento

Acojimiento: según el Diccionario de la Lengua Española es el recibimiento, aceptación y protección hospitalaria que se ofrece a una persona/usuario.

Acompañamiento psicosocial: atención complementaria y multidisciplinaria que tiene por objetivo, tratar y/o contener psicológicamente a los afectados/as, debido a los problemas o conflictos emocionales que puedan generarse por la vivencia del fenómeno que le aqueja, como de los surgidos durante el proceso mismo de atención y recuperación.

Canalización: esta puede ser extrainstitucional o extrasectorial, y se refiere a la remisión o transmisión del caso recepcionado a las instituciones correspondientes o competentes; y/o intrainstitucional o intersectorial, que es el procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se transfiere el cuidado de un paciente de un profesional del área de la salud a otro profesional, un especialista o nivel superior de atención, con la consiguiente transferencia de responsabilidad por la salud del usuario.

Detección: existencia de la demanda del usuario. La demanda puede ser directa primaria (el usuario, por decisión propia, expresa sus problemáticas y/o necesidades), directa secundaria (el actor operador, al prestar sus servicios visualiza comportamientos, actitudes, evidencias, carencias u otro tipo de manifestación, que se constituyen en señales o “indicadores” de la existencia de un problema que no ha sido visualizado, definido o explicitado por la persona o familia afectada) o indirecta (detección de otros profesionales que abordan el caso en otras instancias).

Diagnóstico: establecimiento del grado de complejidad, por parte de un profesional idóneo, del problema o necesidad de un usuario. En él se da respuesta a quienes son los afectados, las soluciones que se han intentado, el deterioro que el problema ha generado, el grado de cronicidad, presencia de riesgo vital asociado, existencia de otros problemas asociados, existencia de intervención previa de otra institución.

Identificación: búsqueda de recursos y reconocimiento de las instituciones que aportan y complementan la atención del usuario; esta identificación debe considerar las necesidades, las motivaciones y las vulnerabilidades del afectado. A partir de ello se toma la decisión de cuál es la institución más idónea para atender de manera especializada las necesidades manifiestas, con la cual se puede concertar un plan de acción.

Mitigación: reducción de los efectos negativos de los riesgos, tanto antes de que se materialicen como cuando ya lo han hecho y se han convertido en “daños”.

Orientación: información que se le da al usuario sobre las posibilidades o alternativas de solución de sus problemas y demandas.

Patrocinio Legal: representación legal de demandas u otras acciones legales, ante los tribunales de justicia, por parte de un profesional en el derecho.

Prevención: según la Ley 1616 de 2013, hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo, relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

Primeros auxilios médicos: acciones de emergencia para reducir los efectos de las lesiones, estabilizar signos vitales y psicológicos del usuario. De esta intervención depende en gran medida el estado general y posterior evolución del usuario.

Primeros auxilios psicológicos: atención, información, orientación y asesoramiento para atender las situaciones de necesidad en crisis que afectan a las personas y dar respuestas oportunas a ellas. Se trata de propiciar una situación de seguridad psicológica que permita la exploración de los eventos críticos minimizando su impacto.

Promoción: según la Ley 1616 de 2013, estrategia intersectorial y conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo.

Recuperación: intervención directa sobre el problema, con el objetivo de buscar un abordaje certero y una resolución efectiva. Esto requiere de un nivel de trabajo profesional especializado y de la voluntad del afectado para involucrarse en un proceso de largo plazo.

Rehabilitación psicosocial: proceso que facilita la oportunidad a individuos, que están deteriorados, discapacitados o afectados por la desventaja de un trastorno mental, para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible. Este proceso también incluye la atención integral, con acciones complementarias al tratamiento tales como la integración familiar, social, laboral y educativa.

Reparación: restauración en el usuario, de su dignidad e integridad como sujetos y de la capacidad de hacer un ejercicio efectivo de los derechos que les han sido vulnerados.

Seguimiento: monitoreo del curso que va tomando la atención del usuario por parte de las instituciones que están frente al caso. Con esto se busca entregar apoyo y adherencia al tratamiento.

Superación: instauración de medios que permitan afrontar adecuadamente la situación de consumo de sustancias psicoactivas y transitar hacia la búsqueda de una salida aprovechando los recursos que estén disponibles. Entre las estrategias están el tratamiento, la rehabilitación y la inclusión social de quienes han desarrollado un trastorno por dependencia a una o varias sustancias o presentan un patrón de consumo problema en ausencia de dependencia.

Tratamiento: recuperación de la salud y superación de los daños ocurridos en los individuos y las poblaciones, mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico y rehabilitación, y a los programas y redes de protección social. Es decir, que incluye la protección específica, la detección temprana y atención integral de los eventos de interés.

Vigilancia: recolección, análisis, interpretación y divulgación sistemática de información, y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida. El acopio y análisis de esta información facilita la toma de decisiones para el planteamiento de las estrategias de intervención (promoción, prevención y tratamiento).

Visita domiciliaria: atención extra hospitalaria que busca una solución a los problemas de salud desde el domicilio o residencia del usuario y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos y/o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.

Algunos estudios realizados frente al tema

Durante la investigación resulta pertinente consultar estudios previos en cuanto a cómo desde la conformación y el abordaje de una red se pueden movilizar esfuerzos para mejorar los procesos de atención en los fenómenos de la salud mental.

Por tal razón se consulta una propuesta que sirve como guía en la fundamentación del trabajo en red para prestar con mayor eficiencia y calidad los servicios de atención en salud mental titulada “*Recursos institucionales para la atención de población vulnerable en materias de justicia y salud mental*”, creada por MIDEPLAN Secretaria ejecutiva del sistema de protección social, en Santiago Chile en octubre del año 2009. El objetivo se enfocó en proporcionar una guía que apoya la labor de cada operador(a) del sistema para su trabajo en el terreno, así como también el brindar un conocimiento previo a los usuarios sobre el propio problema que viven, en el sentido de entender y visualizar lo que les está afectando para que determinen qué tipo de apoyo requieren y que conozcan las instituciones que pueden apoyarlos, cuál es el trabajo que realizan, cómo acercarse a ellas o qué requisitos cumplir para que puedan integrarse o vincularse a sus servicios.

Esta investigación, arroja grandes resultados como el lograr convertirse en una orientación práctica metodológica para que los operadores del sistema cuenten con un material que otorgue herramientas para dar un buen nivel de respuesta a las personas y familias que atienden, proponiendo como enfoque metodológico la gestión de redes locales para el abordaje territorial de los problemas relacionados con salud mental y justicia y como enfoque teórico, el sistémico, desde el cual aborda a partir de una visión global e interaccional todos los factores, variables,

contextos y condiciones que influyen tanto a nivel de las personas que viven las situaciones como de las instituciones que las intervienen.

Como conclusiones, se focaliza en el nivel de relación y trabajo directo del operador(a) con los usuarios como una alternativa concreta para el apoyo de resoluciones de problemas en salud mental y justicia, haciéndose necesaria y viable para los equipos ejecutores de cada programa del sistema desde un soporte de gestión de redes locales para la atención interinstitucional, ya que dan origen a condiciones facilitadoras de una óptima articulación con otras instituciones del territorio.

Para la presente investigación se hace fundamental este estudio realizado en el sentido que permite comprender la importancia que tiene desde una mirada sistémica el abordar estratégicamente la forma en cómo el trabajo directo de los operadores(as) del sistema con los usuarios(as) y la vinculación y coordinación con una red institucional que atiende de manera especializada las necesidades que se presentan en salud mental, se puede realizar desde el trabajo articulado y facilitador como lo es la red, brindando una atención integral para de esta manera dar respuesta a las necesidades de manera oportuna, pertinente y eficiente.

Así mismo, se analiza una investigación titulada “*El trabajo en red profesional en salud mental infanto-juvenil*”, realizada por Daniel Holgado Ramos e Isidro Maya Jariego del laboratorio de redes personales y comunidades de la Universidad de Sevilla en el año 2010; llevada a cabo en dos centros de salud mental del área metropolitana de Barcelona España; cuyo objetivo fue el análisis de las redes profesionales de trabajo en la atención en salud mental infanto-juvenil.

Los resultados de esta investigación mostraron que el trabajo en red acorta el tiempo de tratamiento y el tiempo en dar de alta al paciente. Algunas propuestas que se derivaron de los resultados del estudio fueron: la creación de un coalición comunitaria que englobe a diferentes agentes y que trabaje para favorecer la coordinación y el intercambio en salud mental infanto-juvenil, el identificar actores claves en la red de trabajo y potenciar su protagonismo en la dinamización de esta red, el crear protocolos unificados de atención y coordinación y la definición adecuada de las competencias de cada uno de los actores de la red de trabajo en salud.

Gracias a esta investigación se llegó a la conclusión que el trabajo en red profesional aumenta las posibilidades de ofrecer respuestas integradas: organizar y delimitar las funciones profesionales, junto con el contacto permanente; facilitar el acceso a los servicios y permitir

más versatilidad en la respuesta al usuario. Más específicamente, en la atención a la población infanto-juvenil, se encontró que la relación con la familia permite la consolidación del trabajo terapéutico. Se observó una relación positiva entre el trabajo en red y la evolución de los casos de salud mental infanto-juvenil.

Como aporte a la presente investigación desde este estudio se considera el trabajo en red una estrategia de vinculación, articulación e intercambio entre instituciones y personas, que deciden asociar de forma voluntaria y concertada sus esfuerzos profesionales, sus experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes, facilitando la relación de los servicios con la familia, promoviendo la accesibilidad y dando un lugar en general a actuaciones más efectivas y versátiles. Ello indica que la conformación de una red puede generar gran impacto social si se dirige hacia una población concientizada y comprometida en su accionar.

En Colombia, como en el contexto mundial un número muy reducido de personas solicita servicios de salud por la morbilidad sentida y, peor aún, por la presencia de un trastorno mental. Esta baja frecuencia de solicitud de atención se debe a las dificultades existentes y evidentes en los accesos en los servicios, el estigma social que implica el diagnóstico formal de un trastorno mental y la limitada preparación de médicos generales, quienes atienden el mayor número de casos, para diagnosticar y manejar adecuadamente estos trastornos. De esta panorámica se realiza una investigación muy completa titulada “*Estudio de salud mental del departamento de Santander*” realizada por el Dr. Adalberto Campo Arias, médico psiquiatra. La cual tuvo como objetivo el hacer un diagnóstico general de salud mental de la población para conocer su dimensión y así diseñar estrategias e implementar programas con nuevos enfoques de atención primaria en salud mental para mejorar las condiciones de salud integral e incrementar la calidad de vida de los ciudadanos, mediante la facilitación de los accesos a los servicios de salud, el entrenamiento del personal de salud y la planeación de políticas para garantizar los recursos que posibiliten un óptimo sistema de atención en salud mental al alcance de todos los habitantes del Departamento.

Al pretender conocer la prevalencia de los trastornos mentales más habituales, la frecuencia de consumo de sustancias, la calidad de vida esperada o deseada, las barreras de acceso a los servicios de salud mental y el contacto con violencia de la población en el Departamento de Santander, se diseñó un estudio observacional analítico transversal para establecer la prevalencia de posibles trastornos mentales durante el último año por ansiedad, depresivos, de

la conducta alimentaria, fobias específicas, bipolares, somatoformes, por estrés postraumático o psicóticos y personalidad antisocial. Encontrándose como resultados que es alta la prevalencia de riesgos de posibles trastornos mentales durante el último año en la población general del Departamento de Santander, Colombia, que se asocia fuertemente, casi tres veces mayor, en personas con regular o mala percepción de salud general durante los últimos meses, se relaciona modestamente (un riesgo incrementado alrededor del 30%) con el sexo femenino y estar aliadas al régimen subsidiado o no asegurados.

De igual forma se observa la alta frecuencia del cigarrillo, junto con el alcohol, los cuales se consideran responsables del mayor porcentaje de morbilidad, discapacidad y mortalidad prevenible en los cinco continentes, dando lugar a políticas de control sobre el consumo de cigarrillo que tienen un impacto significativo en la salud pública, y por último se halla un elevado número de personas que han sido víctimas directas o indirectas de alguna forma de violencia. A pesar de esto se deduce que es baja la solicitud de servicios de salud mental, y sumado a esto se presenta, un alto porcentaje de los posibles usuarios de los servicios que no consulta por falta de profesionales especializados en salud mental.

Algunas de las conclusiones constatan que los componentes del estado emocional son relevantes para la percepción de salud integral. Se relaciona la importancia de facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud mental, hacer un diagnóstico temprano y un manejo oportuno. Se resalta la inminente necesidad de promover actividades para reducir el consumo de alcohol y el consumo de cigarrillo así como también fortalecer la educación en salud en relación con los trastornos mentales y minimizar las connotaciones negativas (estigma) de los problemas emocionales, tanto en el personal de salud como en la población general. Finalmente se considera que es imperioso implementar políticas e intervenciones en diferentes niveles y reducir las condiciones de violencia y pobreza que favorecen la presentación de trastornos mentales.

El estudio sugiere que aunque la mayoría de las personas esperan altos niveles de calidad de vida y están aliadas al sistema de salud cuentan con insuficiente información y claridad sobre los problemas de salud mental más frecuentes. Aclara, que sin duda, es posible mejorar la actitud y el conocimiento de la población y de profesionales de la salud sobre trastornos mentales más comunes y los factores relacionados con éstos, pero para esto es necesario, mejorar la identificación y el manejo oportuno, que no es otra forma que el acceso a los servicios de salud;

esto conduce a evaluar la pertinencia de realizar una investigación para medir el impacto del trabajo articulado de una red institucional que mejore los procesos de atención en salud mental.

Por su lado, en la Ciudad de Medellín según la revista del observatorio nacional de salud mental Colombia se realizó el “*Primer estudio poblacional de salud mental durante el año 2011-2012*” por Yolanda Torres de Galvis que tuvo como objetivo realizar el diagnóstico de la situación de salud mental de los residentes en las comunas y corregimientos de la ciudad de Medellín, así como de los aspectos relacionados con situaciones del ambiente general y familiar como la cohesión familiar, la resiliencia, la equidad y su relación con las necesidades específicas indispensables como base para la formulación de políticas de salud mental, la orientación de las intervenciones y la implementación de programas de prevención, basados en la evidencia, el fortalecimiento de la comunidad científica y la apropiación social del conocimiento en lo relacionado con el comportamiento de los indicadores de salud mental.

Esta investigación hace parte del Estudio Mundial, liderado por el consorcio Harvard-OMS y estuvo a cargo de la Secretaria de Salud de Medellín y el Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental de la Universidad CES. En el estudio se encontró que la prevalencia de vida para cualquier trastorno muestra que el 26,6% de la población ha sufrido o sufre uno o más trastornos mentales. El 3,6% de la población ha presentado ideación suicida en el último año; para los adolescentes la proporción fue de 6,9% y para los adultos el 3,0%. Los trastornos por uso de sustancias, abuso y dependencia por alcohol y otras drogas diferentes, presentaron una situación que impone la necesidad de dar la máxima prioridad a un trabajo serio y continuo para la búsqueda de soluciones, con un 5,2% del total de la población. Este es un estudio al interior del Consorcio Mundial de Salud Mental que está colaborando en una importante iniciativa para investigar la epidemiología genética del estrés post-traumático, para lo cual se recolectaron muestras de saliva para extraer ADN de los participantes del estudio, las cuales serán comparadas con muestras de otros países, incluyendo ciudad de México y Sao Paulo, Brasil en Latino América y otras partes del mundo. Lo cual permitirá identificar marcadores biológicos del riesgo para desarrollar estrés post-traumático en personas expuestas a trauma y ayudará en el futuro para canalizar esfuerzos tempranos de prevención.

Como conclusión, la investigación busca que el estudio sirva como herramienta para continuar el mejoramiento de la oferta de servicios de salud mental desde la prevención primaria de la misma, hasta la recuperación y rehabilitación de las personas y familias afectadas. En

palabras textuales el estudio señala “lo que hagamos hoy repercutirá en las tendencias futuras de los indicadores de salud mental y bienestar de nuestra población, podemos escoger el mejor camino para encontrar el bienestar logrando que cada uno acepte la responsabilidad y el reto consigo mismo y como miembro de una sociedad que puede tener cada vez más oportunidades de salud y bienestar, donde sea más grato vivir y por tanto más difícil enfermar y morir”.

Para Medellín, el estudio se constituye en la línea de base para la formulación de metas relacionadas con salud mental, lo cual permitirá no sólo planificar sino analizar y medir el impacto de las acciones que se desarrollen, de tal forma que haya un monitoreo efectivo de la situación de salud mental en el municipio. Esto no es indiferente a la situación presente en el municipio de Pitalito, en donde surge una propuesta de red para evaluar los resultados que se pueden generar del trabajo articulado de todos los sectores que intervienen en los fenómenos de salud mental con la intención de corregir, mejorar y ajustar aquellas fallas que han impedido una respuesta más efectiva y oportuna de los mismos y a la vez por medio de una investigación medir el impacto que trae para la comunidad la organización de las instituciones y sus acciones.

Igualmente se trae a colación un estudio de *“Diseño, implementación y sistematización de una experiencia demostrativa del modelo de salud mental basado en la comunidad en la red suroccidental de Bogotá, D.C”*, realizado en el año 2002, por Zulma Urrego Mendoza M.D. Psiquiatra EPID, Adriana Orozco Trabajadora Social, Stella Acuña Psicóloga, y Amalia Reyes Enfermera. Este estudio dirigió su objetivo a diseñar, implementar y sistematizar una experiencia demostrativa (E.D.) del modelo de salud mental basado en la comunidad, de acuerdo con los lineamientos generales formulados por la Secretaría Distrital de Salud (SDS), con el fin de detectar posibles áreas de ajuste requeridos por el modelo, que puedan ser requeridas antes de su implementación a nivel distrital.

Como resultado, se encuentra que la problemática de salud mental en esta área específica resulta preocupante, dados los altos niveles de probable psicopatología detectados tanto en niños como en adultos, que contrastan con la oferta disarmónica de servicios dedicados a la atención, promoción, prevención y rehabilitación de casos en salud mental en el mismo ámbito, así como la pobre articulación presente entre los existentes, entre sí y en relación con los casos que permanecen en la comunidad sin detección oportuna y con las redes naturales de apoyo social que podrían involucrarse como coadyuvantes para la resolución de las dificultades reportadas por los casos.

Como conclusiones, el estudio obtiene que los tamizajes de riesgo para trastorno mental efectuados en población de niños y adultos mostraron niveles de probable psicopatología muy superiores de los encontrados en estudios nacionales efectuados con los mismos instrumentos. Los principales eventos en salud mental presentes fueron los síndromes ansioso/depresivos en población adulta y los síntomas sugestivos de trastornos ansioso/depresivos, dificultades de aprendizaje y otros síndromes psiquiátricos de inicio infantil en la población de niños y adolescentes; en cuanto a los factores de riesgo se destacó la ausencia de contacto con cualquier tipo de servicio de salud mental (asistencial o de promoción/prevención) y la presencia de altos índices de desintegración familiar, de la misma forma, la baja oferta de servicios asistenciales en salud mental existentes, así como de organizaciones comunitarias de apoyo comprometidas con la salud mental.

Aporta que en la planificación futura de programas y servicios de salud mental dedicados a la promoción, prevención, atención y rehabilitación, debe propiciarse la articulación bidireccional con las redes de apoyo naturales presentes en la comunidad, así como entre servicios de diferentes sectores y niveles de complejidad intrasectoriales. Teniendo en cuenta los resultados positivos en este proceso recomienda fortalecer la detección temprana y canalización oportuna. Es así como se observa muchas necesidades que surgen en salud mental y que requieren de un proceso que genere impacto y que logre grandes transformaciones desde los sectores involucrados en el sector salud como desde la misma comunidad.

Por su parte el municipio de Oporapa realizó un estudio que a su vez se convirtió en un proyecto en salud mental desde la alcaldía municipal, el cual tuvo como objetivo diseñar un modelo de atención integral que cubriera todas las esferas del individuo, y concientizara a los habitantes e instituciones del municipio de la importancia del bienestar mental a través de estrategias que permitan identificar las señales de alarma y promuevan la salud mental.

De acuerdo al diagnóstico situacional con datos suministrados por la ESE David Molina Muñoz del año 2007 se encontró que el evento que se presenta con mayor frecuencia es la violencia intrafamiliar (35 casos), seguido del maltrato infantil (32 casos) y el abuso sexual (3). Se realizó un análisis para identificar las necesidades el cual arrojó como resultado en primera medida el conformar una red de apoyo institucional que facilite la canalización y atención oportuna de los pacientes que requieren el servicio, en segundo lugar, se evidenció el talento humano insuficiente para llevar a cabo los programas de promoción y prevención y finalmente

la ausencia de espacios lúdico-deportivos para los jóvenes que les permitiera hacer buen uso del tiempo libre. De la misma forma como producto se crearon algunas estrategias pertenecientes a tres áreas subprogramáticas denominadas; acciones de promoción de la salud y calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, y vigilancia en salud y gestión del conocimiento, dirigidas a reducir la presencia de estos fenómenos.

Este estudio permite reflexionar en como los fenómenos de salud mental día a día incrementan por lo que genera la necesidad de la conformación de una red institucional para mejorar los procesos de atención ya que a través de ella se facilita la canalización y atención oportuna a los usuarios/as que lo requieren.

Finalmente, al hacer una investigación sobre los estudios realizados a través del trabajo en red para mejorar los procesos de atención en los fenómenos de salud mental, con el fin de evaluar la pertinencia que tiene la presente, en cuanto al trabajo articulado de instituciones involucradas en la promoción, prevención y atención de estos, se encuentra que con los resultados arrojados se puede visualizar una panorámica actual que presenta el campo de la salud mental, en la cual se hace necesario la unión de esfuerzos que vinculen, articulen e intercambien las acciones que se lideran desde cada sector para brindar una atención integral, oportuna y humanizada en el trabajo directo con los usuarios/as que requieren una identificación temprana y el facilitar el acceso a los servicios de salud para hacer frente a la baja frecuencia de solicitud de atención debido a las dificultades existentes y evidentes en el acceso a los mismos; con el fin de reducir los índices de mortalidad, actuando de forma organizada, para planificar, organizar y medir el impacto de las acciones y para dar paso a nuevas estrategias que mejoren la calidad de vida de la población laboyana.

Diseño Metodológico

Enfoque cualitativo

La presente investigación se enmarca en este enfoque el cual se concibe como aquella metodología orientada a describir e interpretar determinados contextos y situaciones de la realidad social, buscando la comprensión de la lógica de sus relaciones, así como las interpretaciones dadas por sus protagonistas. Una investigación cualitativa aborda a profundidad experiencias, interacciones, creencias y pensamientos presentes en una situación específica y la manera como son expresadas, por vía del lenguaje, por los actores involucrados. En términos de Bonilla y Rodríguez (1997), “la investigación cualitativa intenta hacer una aproximación global de las situaciones sociales para explorarlas, describirlas y comprenderlas de manera inductiva; es decir, a partir de los conocimientos que tienen las diferentes personas involucradas en ellas y no con base en hipótesis externas”. Esto significa que desde la presente investigación, se busca tener una aproximación a la realidad social, a la Red Operativa Institucional en Salud Mental Redescubrir desde los actores que participan, pues se conciben como los gestores, constructores, deconstructores y reconstructores de cambio y transformación social. De la misma manera, de acuerdo con Torres Carrillo A. (1996) no se trata de “descubrir” leyes universales de comportamiento ni predecirlos, sino buscar comprender la práctica social de los sujetos y colectivos humanos en determinados contextos históricos y culturales. Es comprender las dinámicas sociales, desentrañarlas a partir del discurso de sus actores y actuar en consecuencia.

Con esta finalidad, la investigación requirió de una actitud creativa y crítica frente al problema de la atención en salud mental, que se vio reflejada en el proceso mismo, donde se articularon diversos elementos frente al reto de construir conocimientos relevantes sobre esta realidad y que resultaran en una experiencia vital significativa tanto para los investigadores como para sus protagonistas.

Lo anterior teniendo en cuenta los dos aspectos que propone Montero (2006) en cuanto al rigor de la investigación cualitativa; el primero, relacionado con la adecuación, la cual tiene que ver con la calidad y cantidad de los datos producidos, a través de la saturación (las fuentes consultadas han producido tantos elementos de sentido que no se requiere más pues han comenzado a repetirse) y la variación (inclusión de diversidad de aspectos tanto de los

participantes como de los documentos). Y el segundo, la propiedad que hace referencia a la relación entre la información obtenida, las necesidades abordadas y el diseño metodológico.

Con estos lineamientos, en la presente investigación, el primer aspecto se vio reflejado en la consulta de un estado del arte en cuanto a investigaciones previas para no redundar en la mismas evitando la repetición de datos, y en la inclusión de diversas instituciones, profesionales (psicólogos, abogados, enfermeras, jefes de enfermería, médicos, trabajadores ocupacionales, trabajadores sociales y otros como policías, socorristas y administradores en salud pública) y documentos (teóricos, filosóficos, políticos y legales) de sectores como la salud, la protección y la justicia. De la misma manera la investigación atendiendo al aspecto de propiedad, buscó permanentemente coherencia teórica, epistemológica, metodológica y conceptual, lo que implicó realizar acercamiento a la comunidad desde criterios éticos que propendieran por darle científicidad al proceso realizado; esto significó que cada una de las actividades programadas contara con un soporte pensado, elaborado y ejecutado con fundamentación científica.

Otro aspecto que fundamenta este estudio es la teoría general de los sistemas propuesta por Bertalanffy (1979), que demanda una reorientación en la manera de pensar los procesos psicológicos, en el sentido de comprender la influencia que tienen los sistemas sobre las realidades humanas, en este caso la salud mental intervenida por las diferentes instituciones con injerencia en su atención donde se evidencia cómo aquello que pase con una afecta sobre las demás y por tanto sobre el fenómeno mismo (cada institución se comprende como un patrón dentro de una inseparable red de relaciones en una vinculación relacional de causa-efecto donde si una parte cambia, cambia el resto en un juego interdependiente), haciéndose necesario un trabajo holístico e integrador. Esto último quiere decir que los fenómenos en salud mental deben ser considerados en su totalidad social, requiriendo para su comprensión realizar procesos investigativos que encierren su complejidad. Lo sistémico implica que el abordaje no puede hacerse sin una visión global e interaccional; en palabras de Fritjof Capra (1996) contextualizar el todo mayor del fenómeno.

En esta misma línea resultó necesario acoger el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) desde el cual se invita a integrar todas las partes del sistema, a sus elementos componentes, en este caso a todas las instituciones que tienen injerencia en los fenómenos de salud mental, para articularlas en un todo unitario y organizado (Red) y desde ahí complejizar su operatividad. Teniendo en cuenta cuatro niveles de interacción, el microsistema desde donde

se establece relaciones cara a cara; el mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente; el exo sistema, se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en este entorno. Y el macro sistema, engloba a los sistemas anteriores y se refiere a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro-, meso-, y exo-) que existen o podrían existir, en el nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad junto a cualquier sistema de creencias o ideología.

El empoderamiento de todo este enfoque metodológico, admite pensar el contexto de la salud mental y de la conformación de la red desde las nociones de totalidad, orden finalidad, comunicación, transformación, jerarquía, regulación e incorpora en ellos los conceptos de vinculación, integración, variedad, recursos y acción con sentido humano. Es decir que se reconoce a la red como un sistema abierto que intercambia recursos y que reacciona ante las necesidades de salud mental del entorno con respuestas apropiadas para alcanzar efectos de impacto social.

Tipo de investigación

Se hizo uso de la Investigación Acción Participación IAP, la cual se fundamenta desde un lente sistémico que combina la investigación social, el trabajo educativo y la producción de conocimiento, estudiando los problemas de la sociedad desde ella misma y desde y con quienes la viven, a fin de transformar dichas sociedades, lo que implica pensar, reflexionar y actuar sobre la situación a fin de dar respuesta útil a los problemas (Montero, 2006). Aquí resultó importante el término de la acción, toda vez que fue a través de la misma, como se condujo a un cambio social estructural, producto de esa misma investigación-reflexión y teoría-praxis, que implicó el proceso investigativo en la que no solo se abordó una realidad para conocerla sino, también, para transformarla desde la práctica misma.

En suma, esta investigación no se planteó por el mero gusto de conocer, sino el de hacer con ella una reflexión para plantear unas estrategias de mejoramiento de esa realidad en calidad y eficiencia, en un proceso de incidencia que se dio a la par con la investigación, para construir una mirada diferente de la psicología (y del psicólogo unadista), una psicología de lo cotidiano,

de lo complejo, de lo humano, de lo comunitario, desde donde se propicia el desarrollo psicosocial de los involucrados en el proceso (la posibilidad de transformar el mundo desde la cotidianidad).

Finalmente se sostiene que es participativa porque el conocimiento construido y las alternativas de solución fueron elaboradas con la participación de las instituciones y sus actores operadores(as) poniéndose de nuevo al servicio de la comunidad, los saberes científicos de la disciplina psicológica. De este modo la transformación se fue gestando en el proceso mismo de investigar-educar (para aprender nuevas formas de acción), donde la comunidad en un papel protagónico se apropió de él adquiriendo conocimientos y teniendo un control operativo (saber hacer), lógico (concientización y comprensión), crítico (reflexivo) y dialógico (toma de decisiones) en el tema de la atención en salud mental. Para el logro de estos fines, la IAP requirió de sus investigadores un trabajo consagrado, ético y de responsabilidad social, de aprender a pensar y a actuar en Red.

De este modo el proceso sistemático de producción de conocimiento, se caracterizó por su rigurosidad metodológica, la ética, la innovación y el compromiso con el desarrollo regional, elementos que hacen parte del quehacer investigativo de la UNAD. Y en este sentido se inscribe dentro de la línea de investigación del programa de psicología, para permitir que el conocimiento que se generó en esta investigación pueda ser articulado con el producido en otras actividades investigativas ampliándose la producción intelectual en un campo del saber específico.

Línea de investigación

Puntualmente la línea es la que corresponde a la “psicología y construcción de subjetividades”, para indagar como se han construido los sujetos (actores operadores de la Red Operativa Institucional Redescubrir) y cuáles son sus prácticas sociales en el contexto de la atención de los fenómenos de salud mental antes, durante y después de la conformación de la Red como espacio en el que se han configurado, desarrollado y adquirido nuevos sentidos y prácticas que los han transformado a ellos mismos desde su función social.

En el campo de la construcción de subjetividades y prácticas sociales, la investigación busco indagar la forma como los actores operadores de la Red adquirieron e interiorizaron un conjunto de conocimientos y un saber hacer para mejorar la atención-acogida de los usuarios(as)

que acuden a las instituciones en busca de una solución a las afectaciones sufridas por un fenómeno de salud mental. Y de la misma manera, establecer cómo construyeron y consolidaron el trabajo en Red. Desde ahí se analiza la construcción de diversas formas de subjetividades (personales y colectivas, destructivas y constructivas) y prácticas sociales en las que se expresan y reproducen los órdenes simbólico culturales y dinámico contextuales en torno al tema de la salud mental, y a su vez reconociendo que tal orden y contexto son construidos significativa y potencialmente transformados por las mismas subjetividades y prácticas sociales. Es así como, la comprensión de la salud mental en el ámbito de la atención, adelantado en esta investigación, promovió de manera participativa la articulación de recursos institucionales para transformar las condiciones de la atención misma en procura de potencializar intervenciones oportunas e integrales.

En el campo de las problemáticas sociales, psicosociales y procesos participativos de transformación, la investigación indagó acerca de las estrategias y recursos institucionales con que cuenta la localidad para desde ahí proponer una alternativa de solución frente al desconocimiento de la atención integral que requieren los fenómenos de salud mental. Desde esta línea de investigación, el estudio responde al énfasis social comunitario generando acciones novedosas y aplicables a la comunidad respondiendo a sus necesidades y a la realidad propia del país.

Técnicas

Entrevista cualitativa: en el contexto de la investigación cualitativa, la entrevista abierta y personal es un instrumento muy útil para indagar un problema y comprenderlo tal como es conceptualizado e interpretado por los sujetos estudiados, sin imponer categorías preconcebidas. Como afirma Patton (1980), el objetivo de la entrevista cualitativa es conocer la perspectiva y el marco de referencia a partir del cual las personas organizan su entorno y orientan su comportamiento.

Para esta investigación, la entrevista fue útil toda vez que permitió indagar por el conocimiento o la opinión individual que el actor operador tenía antes y después de la conformación de la Red Operativa Institucional Redescubrir acerca de la comprensión de los fenómenos de salud mental y su atención, para ubicar dicha opinión representativa dentro de un conocimiento cultural más amplio como es el trabajo intersectorial y la responsabilidad social.

Citando de nuevo a Patton (1980), se tiene que la entrevista cualitativa puede tomar la forma de entrevista informal conversacional, entrevista estructurada con una guía y entrevista estandarizada, todas ellas manteniendo el formato de preguntas abiertas con el fin de propiciar que los entrevistados expresen, en sus propias palabras, la perspectiva personal sobre el tema, pero diferenciándose entre sí en el grado de precisión que cada una tiene para captar la información.

Teniendo en cuenta esa variabilidad, para la presente investigación fue necesario hacer uso de las tres modalidades en diferentes momentos del proceso de indagación. La primera forma aplicada fue la entrevista estructurada con una guía, toda vez que para abordar a cada uno de los actores operadores se definieron previamente un conjunto de tópicos (aunque los entrevistadores tuvieron la libertad de formular o dirigir las preguntas de la manera que se creía más conveniente), con la finalidad de tratar con todos y todas los mismos temas (niveles de atención institucional, componente filosófico de la institución, recursos disponibles todo en el ámbito de la salud mental) y garantizar la recolección de una misma información. La guía de esta entrevista sirvió de marco de referencia planteando los temas pertinentes a indagar en las instituciones, ejercicio que permitió ir ponderando que tanta información era necesario recolectar o profundizar con posterioridad para tener un mejor manejo de la misma.

En un segundo momento, se usó la entrevista informal conversacional, en la que no se aplicó ninguna guía sino que teniendo en cuenta la información recolectada en la entrevista estructurada se buscó explorar ampliamente en dichos datos. La finalidad en sí, no era la de obtener información sistemática sino captar el margen de variabilidad en la información que habían reportado los actores operadores respecto a su institución y al tema de salud mental y así poder explorar de manera general el lenguaje y el comportamiento de los mismos. Cuando la información recolectada resultaba incompleta o inconsistente fue necesario aplicar entrevistas estandarizadas con un orden y una forma puntual de formular las preguntas.

Grupo focal: la técnica de los grupos focales se ha convertido en uno de los principales instrumentos de los métodos de “indagación rápida”, desarrollados para obtener información ágil que posibilite dar respuesta en el corto plazo a las urgentes necesidades sociales que se investigan y al mismo tiempo, responda de manera rigurosa a las exigencias del método científico. El grupo focal se da a partir de una discusión con un grupo de seis a doce personas

quienes son guiados por un entrevistador para exponer sus conocimientos y opiniones sobre temas considerados importantes para el estudio. Este tipo de entrevistas constituye una fuente importante de información para comprender las actitudes, las creencias, el saber cultural y las percepciones de una comunidad, en relación con algún aspecto particular del problema que se investiga. Para garantizar que la información recolectada sea válida y representativa del conocimiento cultural de la comunidad que se estudia se hace una selección de sus participantes según ciertos criterios, se diseña una guía de preguntas y se mantiene un manejo del grupo durante la entrevista.

Las sesiones de grupo focal no sólo permiten obtener simultáneamente una gran cantidad de información de varias personas, sobre un tema específico. También hacen posible captarla en un contexto que tiende a “reproducir”, a nivel micro, la dinámica de pensamiento y de aceptación de la normatividad cultural cotidiana que orienta el comportamiento del grupo estudiado. En este sentido, el grupo focal resultó útil para recolectar información respecto al impacto provocado por la conformación de la Red Operativa Institucional Redescubrir a nivel institucional y a nivel profesional, a profundidad y con un volumen significativo de información cualitativa.

Para la selección de sus participantes se tuvieron en cuenta dos criterios: uno que el actor operador conociera el proceso desde sus inicios, y dos que hubiese mostrado compromiso social con el tema de la salud mental y la conformación de la red. Esta selección no se hizo buscando una representatividad estadística sino la de delimitar los espacios de interacción social de tal modo que se organizaran de una manera más o menos homogénea, que para el estudio era la experiencia compartida y validada de haber participado en la conformación de la Red Operativa Institucional Redescubrir que los afectaba como colectividad. De este modo el grupo focal captó información significativa de quienes se suponían formaban parte de cada espacio de la organización social, que además compartían un conocimiento y una experiencia similar y que podían compartirla con otros sectores poblacionales.

Por otro lado la guía de la entrevista se preparó teniendo en cuenta los tópicos y temas generales que se deseaban indagar de tal modo que los entrevistadores se les facilitara la conducción de la discusión y profundizar y ampliar en los aspectos más relevantes para el estudio. Esta guía constaba de una serie de preguntas orientadoras ventajosas para motivar la

participación asegurando que la información fluyera de manera lógica y flexible sin descuidar los objetivos de la entrevista.

De este grupo focal se analizaron tanto el contenido de la información (lo que se dijo), el proceso de comunicación (cómo se dijo), las conductas no verbales (interrupciones, silencios, risas, posturas, gestos, comunicación visual, etc.) y el tipo de relaciones que se establecieron entre los participantes (atracción, rechazo, posiciones dominantes, subordinadas, neutrales, etc.).

Revisión documental: De acuerdo con Collazos G (2006) es importante en la construcción de antecedentes, en la revisión de estudios e investigaciones anteriores, en la formulación del marco teórico y como técnica de recolección de información que permite contrastar la información recolectada con otras estrategias, posibilitando rastrear, ubicar, inventariar, seleccionar y consultar las fuentes y los documentos que se utilizan como materia prima en una investigación. Las fuentes se clasifican en primarias y secundarias y funcionan como verificadores que soportan la información. Esta técnica se aplicó en la investigación con la finalidad de obtener información para el establecimiento del estado del arte, la descripción del problema, el marco teórico y sobre todo para ubicar, inventariar, seleccionar y consultar fuentes y documentos que permitieron conocer la normatividad y filosofía institucional de cada uno de los sectores vinculados a la Red apuntando a la atención de la salud mental. Estas fuentes consultadas consistieron en archivos públicos y privados, declaraciones legales y normativas.

La tarea consistió en ubicar el material referido por el actor operador para recopilarlo, seleccionarlo y analizarlo. Con este material se construyeron las fichas de caracterización de cada una de las instituciones. Para el análisis de los documentos legales (leyes, decretos, resoluciones y acuerdos) el material fue cambiante al igual que su interpretación, siendo necesario acudir a diferentes orientaciones de variados profesionales que trabajan en el contexto de la salud pública. Para el registro de los documentos consultados no se utilizaron fichas de registro como tal, pero la información si se organizó, se resumió y se analizó en las fichas institucionales.

Fue una etapa especialmente ardua por la cantidad y diversidad de documentos que se necesitó revisar y comparar, además que la visibilización de la normatividad legal generó, en algún momento, presión de algunas instituciones sobre otras, quedando en evidencia ciertas

inconsistencias entre la normatividad y la capacidad de respuesta real de las instituciones, cosa que en ocasiones incomodó a algunos actores operadores. Finalmente se realizó una revisión exhaustiva de los diferentes estudios e investigaciones que permitió consolidar un estado del arte que corrobora la importancia de realizar este estudio desde criterios contextuales y con mirada teórica para aproximarse científica y humanamente a este fenómeno social.

La observación: con un sentido de indagación científica, implica focalizar la atención de manera intencional, sobre algunos segmentos de la realidad que se estudia, tratando de captar sus elementos constitutivos y la manera cómo interactúan entre sí, con el fin de reconstruir inductivamente la dinámica de la situación. De este modo la observación se constituye en otro instrumento adecuado para acceder al conocimiento cultural de los grupos, a partir del registro de las acciones de las personas en su ambiente cotidiano, de acuerdo con Bonilla y Rodríguez (1997). La técnica de la observación en esta investigación se llevó a cabo durante las entrevistas y los encuentros de la red, con la finalidad de identificar las reglas implícitas que orientan las acciones de los actores operadores en el contexto de la atención de la salud mental para terminar de recabar la información verbal referida. Por tanto las observaciones fueron de tipo participante, puesto que los observadores permanecieron implicados en la situación.

El procedimiento empleado para registrar la información fue el diario de campo, donde se anotó directamente lo que sucedía a medida que transcurrían las entrevistas y los encuentros. Estos últimos también fueron registrados a través de fotografías y algunas grabaciones en video. Durante las entrevistas, las cuales fueron realizadas directamente en los lugares de trabajo de los actores operadores y al finalizar algunos encuentros con todos los participantes, se observaron la disposición de los objetos y los espacios destinados a la salud mental para conocer prácticas y modelos de atención institucionalizados.

Instrumento

Diario de campo: Según Bonilla y Rodríguez (1997) se usa para consignar cotidianamente las experiencias, ideas, confusiones y problemas que surgen durante el proceso de la recolección de los datos. El diario de campo constituye una fuente importante para ponderar la información en tanto que alerta sobre los vacíos y deficiencias en los datos. El concepto de “diario de campo” está históricamente ligado a la observación participante y es el instrumento de registro de datos

del investigador de campo, donde se anotan las observaciones (notas del campo) de forma completa, precisa y detallada, que permite desarrollar la capacidad de observación desde un pensamiento reflexivo y evaluativo. Según Elliot (1990) y López Górriz (1997), se le considera un instrumento básico de investigación y formación, porque permite la recogida de datos significativos, además de la reflexión sobre los mismos, su análisis y sistematización. Ello lleva a tener unos referentes que reflejan la realidad sentida de quien escribe el diario, para posteriormente dar el salto a una comprensión mayor de la información y situaciones o emociones recogidas, desde la distancia en el tiempo, habiendo dejado sedimentar la experiencia registrada.

El diario y sobre todo su análisis, es una herramienta que permite un auto-hetero-observación y auto-hetero-evaluación de los diversos saberes aprendidos, del problema del poder, de la gestión en grupo, de las estrategias o metodologías utilizadas, etc. (López Górriz, 1997). A pesar de que el diario es un instrumento que se ha utilizado con diversos fines, al igual que Kemmis y Mcraggart (1968), para la presente investigación se considera como parte del proceso de aprendizaje. Es una herramienta que se utiliza con el fin de desarrollar aprendizajes o reflexiones. En esta investigación se empleó el diario de campo teniendo en cuenta que el producto final de la observación realizada es un material escrito a manera de registro de notas, que no solo cumplieron el papel de ayuda para almacenar y recuperar organizadamente información creciente imposible de memorizar, sino que ayudaron crear y analizar los datos recogidos.

Otro aspecto que se tuvo en cuenta en este registro es lo planteado por Schatzman y Straus (1973), quienes distinguen tres tipos de notas de campo; las metodológicas, las teóricas y las descriptivas, las notas metodológicas consisten en la descripción del desarrollo de las actividades de la investigación y en el informe sobre el desarrollo de la interacción social del investigador en el entorno estudiado. Las notas teóricas están dirigidas a la construcción de una interpretación teórica de la situación a estudio. Finalmente las notas descriptivas, se centran en lo esencial del objeto a estudio y se informa exhaustivamente la situación observada. Igualmente el registro del lenguaje referido por los actores operadores fueron los siguientes: identificar al actor operador que hablaba registrando las palabras tal y como eran expresadas; y se utilizó un lenguaje concreto para describir las observaciones.

De este modo el diario de campo se convirtió en el instrumento a través del cual se monitoreó permanente del proceso de observación permitiendo la sistematización de las experiencias para luego analizar sus resultados. En el diario se proyectaron las reacciones de los actores operadores durante el ejercicio de su actividad. Con esta toma de notas se consignaron aspectos que se consideraron muy importantes y susceptibles de ser interpretados para captar la lógica subyacente a los datos y compenetrarse con la situación estudiada. En cuanto a la estructura del diario de campo, este cuenta con una serie de espacios para registrar la fecha, el lugar, los participantes, el objetivo, la descripción de la actividad, las observaciones generales del desarrollo de la actividad (acciones, comentarios, actitudes, etc.), y las impresiones y conclusiones que estos elementos causaron en el observador. En últimas del diario de campo se convirtió en ese registro continuo y acumulativo de todo lo acontecido durante el proceso investigativo.

Población y muestra

La población objeto de estudio corresponde a las instituciones pertenecientes a los sectores de salud, protección, justicia y socorro, que conforman la Red Operativa Institucional “Redescubrir” y que tienen injerencia en la atención (competencias y servicios) de los fenómenos de salud mental de la población del municipio de Pitalito. Con este criterio se seleccionaron de las 123 instituciones prestadoras de servicios en salud, justicia, protección y socorro que tienen presencia en el municipio de Pitalito, una muestra de 26 instituciones.

Momentos investigativos

Plan de trabajo referencial: la planeación del proceso investigativo se formuló a partir de las prácticas profesionales, experiencia donde se conformó la Red Operativa Institucional Redescubrir como una alternativa para el mejoramiento de la atención de los fenómenos en salud mental en el municipio de Pitalito. Esta intervención psicosocial resultó tan exitosa, después de un trabajo arduo, que implicó responsabilidad social, ética y compromiso, no solo con la profesión sino con las instituciones involucradas y con el tema de la salud mental tan descuidada por tanto tiempo, y todo un reto que requirió para su buen término sortear barreras que iban desde la no credibilidad en la formación de redes (por intentos infructuosos anteriores) y en la renuencia de algunos actores operadores que percibieron el proceso como algo

amenazante en el que se les iba a “colocar más trabajo”. Y que finalmente resulto en toda una experiencia exitosa, en materia de salud pública, en un proceso de ganancia en el aprovechamiento de recursos y talento humano, en el rescate de la responsabilidad social, en la ampliación de la comprensión de la salud mental y en la potencialización de las articulaciones intersectoriales.

Viendo la importancia de tal intervención se decidió plantear una investigación cualitativa en torno al impacto generado por la conformación de esta red en la institucionalidad y en el actor operador como principales protagonistas del proceso. De este modo los investigadores se encaminan en la tarea de explorar y analizar dicho impacto para medirlo en términos de efectividad del trabajo en Red antes y después de su conformación (prácticas sociales institucionales que se implementaban en la atención de los fenómenos de salud mental; pertinencia de la red en el desarrollo de los procesos de atención por parte de los actores operadores y evaluación del aporte de los instrumentos construidos en el proceso de movilización de la red, es decir, del “instructivo” temático metodológico para el direccionamiento de la red operativa institucional Redescubrir, primeros auxilios psicológicos, rutas de atención y recursos institucionales).

Esta resulto ser, entonces la situación que se pretendió explorar, describir y comprender de manera inductiva, cuya exploración ya venía soportada desde las prácticas profesionales. Es decir, el proceso investigativo no se basó en hipótesis formuladas por los investigadores externos, sino que se partió de los conocimientos que ya se tenían de los diferentes actores operadores involucrados en el proceso. Esto suponía, en palabras de Bonilla (1989), partir de la interacción de los individuos en el contexto social donde se comparten significados y conocimientos. Así se da inicio el proceso investigativo, donde se accedió al conocimiento a partir de la comprensión del marco de referencia, después del proceso interventivo de práctica, que los investigadores tenían del grupo ahora estudiado. Y esto tiene lógica con lo propuesto por Bonilla y Rodríguez (1997) cuando afirman que la definición de las etapas del proceso investigativo no se hace al margen o en forma independiente de una exploración de la situación que se quiere analizar. Esta condición facilito, además el acceso a la información y la realidad estudiada, puesto que ya se había establecido una relación personal entre los investigadores y los investigados y gracias a ese contacto se identificaron las situaciones, las interacciones y los

informantes representativos, no en términos estadísticos, sino en cuanto al conocimiento que compartían en el problema estudiado.

Momento 1. Definición de la situación problema

1° etapa exploración de la situación: en esta exploración se tuvieron en cuenta la determinación de las propiedades del problema, el delimitar las dimensiones de la realidad y sus principales parámetros que la estructuran. La aproximación a estos aspectos no se hizo de manera totalizante sino como puntos de entrada para comprender la realidad estudiada. Para llevar a cabo dicha exploración, en esta investigación se siguieron los parámetros sugeridos por María José Aguilar Idáñez y Ezequiel Ander-Egg (1995) en su libro *Diagnostico social conceptos y metodologías*, donde resulta necesario incluir la identificación de la necesidad, su naturaleza, sus causas y efectos, su magnitud y gravedad, el pronóstico de la situación, la identificación de recursos, determinar prioridades, establecer estrategias y analizar las contingencias.

Dicho diagnostico se resume a continuación: el diagnostico se alimenta de lo encontrado en el “lenguaje” de los actores operadores donde se expresan conocimientos y subjetividades que generan las prácticas de atención de los fenómenos de salud mental. Pues es en el lenguaje donde se construye y se expresa la realidad, a propósito señala Hernández (2003) “hablar de algo es contribuir a construirlo”. A partir de la capacidad crítica (según la IAP) de los actores operadores y de los investigadores, se identifican las causas negativas que afectan a la comunidad.

2° etapa diseño propiamente dicho y preparación para el trabajo de campo: como la conformación de la Red implicó no solamente el tiempo requerido por las prácticas profesionales, sino que buscaba su operativización se continuo con el proceso en el semestre siguiente de estudio, se decidió optar por medir su impacto a través de una investigación cualitativa a la par con el desarrollo de la parte interventiva. Esto implicó iniciar con una serie de asesorías para el diseño investigativo a cargo de la especialista Yinna Paola Ariza Calderón y consultar bibliografía, teorías y autores para orientar el estudio.

En este ejercicio se exploraron los puntos de referencia a tener en cuenta en la investigación como fueron los objetivos investigativos, el planteamiento del problema y la justificación; además se estableció el cómo proceder, es decir, la profundización en la enfoque cualitativo

como estrategia, y las técnicas a utilizar para la recolección de los datos, considerándose pertinente, por las características del proceso desarrollado, el uso de la entrevista, la observación, la revisión documental y el grupo focal todo ello registrado mediante el instrumento del diario de campo.

Momento 2. Trabajo de campo

3° etapa recolección de datos cualitativos: a los actores operadores de la Red se les socializaron las intencionalidades ahora no solo interventivas sino también investigativas, donde la información recolectada hasta ese momento durante el proceso interventivo sería utilizada en la investigación siendo necesario recolectar aún más para medir el impacto de la conformación de la red profundizando y avanzando progresivamente en la situación foco de estudio (pasando de observaciones superficiales a aspectos subjetivos), ante lo cual estuvieron de acuerdo. Igualmente, se aclara que para este nuevo proceso se seguiría contando con la supervisión de la Universidad, la cual brindaría acompañamiento y asesoría permanente. Es de anotar que durante la intervención psicosocial ya se había utilizado el diario de campo como instrumento de registro de la experiencia, se continuó con su utilización precisándose nuevos parámetros de lo que era necesario registrar y detallar ya en materia investigativa, de tal modo que se contara con datos válidos que permitieran explicar con posterioridad la situación estudiada.

Del mismo modo los investigadores afianzaron sus conocimientos y habilidades en la utilización de las técnicas para recolectar los datos, apuntando al objetivo investigativo, es decir, que las entrevistas se prepararon con mayor profundidad, lo observado se registró con más cuidado, se organizó la revisión documental de modo juicioso siendo necesario buscar asesoría para su interpretación y se planeó momento a momento el desarrollo del grupo focal.

Las entrevistas, se dejaron para las visitas institucionales donde se recolectaron datos referidos por el actor operador en su lugar de trabajo; la observación fue la técnica utilizada para registrar información relevante durante los encuentros de la Red; la revisión documental se hizo al interior del grupo de investigadores pero en algunas ocasiones se hizo con la participación de los mismos actores operadores. El grupo focal se dejó para el cierre del proceso como espacio para debatir, evaluar y medir el impacto de la conformación de la red.

En términos generales las entrevistas y la observación de los encuentros se plantean con el propósito de conocer a profundidad la realidad interna de cada institución y recoger toda la

información necesaria acerca de las subjetividades y prácticas generadas y mantenidas por los actores operadores frente a la atención de los fenómenos de salud mental. Los datos recolectados son de tipo textual basados en la narración y la descripción.

De acuerdo con el modelo cualitativo (Montero, 2006) estos espacios permitieron un acercamiento a la vida cotidiana de la institución, tomándose como punto de partida la vida diaria del quehacer del actor operador (Filstead, 1986), conocimiento que se acumuló para desde ahí realizar generalizaciones que se pudieron aplicar al sentir de la institucionalidad (carácter inductivo). Del mismo modo, permitió una interacción directa entre los investigadores y los participantes espacio que facilitó la recogida de datos variados, que fueron sistematizados en ricas descripciones, donde se plantearon multiplicidad de elementos que configuran el todo de la atención en salud mental, es decir, las formas de ser, hacer, sentir y pensar frente a los casos recepcionados (comprensión de los fenómenos intervenidos) y de la institucionalidad propia o razón de ser de la institución, la visibilización de la responsabilidad social y el cumplimiento de competencias, o lo que es lo mismo, la búsqueda del sentido (perspectiva holística).

La importancia de estas herramientas radica en lo que plantea Luhmann (1998), cuando anota sobre la observación externa y la auto observación, como dos modos para configurar una estructura temporal de una operación, y a partir de ellas poder saber cómo y para qué se estructuran las intenciones sociales. Y en eso consistieron las entrevistas, como una observación que se hace desde afuera pero en la que es necesario, para el desarrollo del ejercicio, hacer una observación desde adentro, desde el mismo actor operador.

Entre lo observado y registrado en el diario de campo, se enfatizó en recoger con detalle lo reportado por el actor operador su lenguajear, datos que se usaron como indicadores de subjetividades. Esto teniendo en cuenta que es en el lenguaje donde se construye y se expresa la realidad, como dirían Peláez, Cañón y Noreña (2007): “La función del lenguaje se destaca... ya que aquél es un generador de realidades”, en palabras de Hernández (2003) sería: “hablar de algo es contribuir a construirlo”, de allí que se procure establecer conversaciones que permitan lenguajear sobre la realidad, en los que los actores sociales reflexionan su vida desde sus propios recursos. Para conocer con detalle la programación de las salidas de campo y los encuentros ver anexo 1.

4° etapa organización de la información: en esta etapa, a medida a que se recolectaba la información se fue organizando en los diarios de campo y en las fichas institucionales, con el fin de ir monitoreando los datos para rastrear vacíos en los mismos (que eran necesario profundizar) y evitar redundar en los que eran reiterativos. Con este proceder, se fueron replanteando en el camino, las preguntas guías de las entrevistas y las sesiones de los encuentros. Del mismo modo fue necesario contrastar las ideas de los actores operadores (en cuanto a procesos, servicios y normatividad) con otros actores operadores claves para ponderar la pertinencia de las percepciones registradas para puntualizar la información.

Gracias a esta organización se decidió hasta donde iría la etapa de recolección de datos, es decir, concluir con ese proceso después de tener la certeza de contar con la información necesaria útil para responder a la pregunta investigativa y a sus objetivos. Para garantizar el manejo y la revisión de los datos recolectados durante el trabajo de campo en el diseño del diario se especificó la fecha, los participantes, los objetivos, las actividades, los logros y resultados (ver anexo 2). Y las fichas institucionales se diseñaron a manera de protocolo para ir decantando la información y archivándolos de tal modo que fueran manejables (ver anexo 6). Este material escrito y detallado, constituyó en conjunto el universo de análisis de la investigación

Momento 3. Identificación de categoría para análisis de resultados:

5° Etapa análisis de la información: los datos se analizaron buscando dar respuesta a la pregunta orientadora de la investigación ¿cuál es el impacto social que tiene la Red Operativa Institucional “Redescubrir” en la capacidad de respuesta a los fenómenos de salud mental en el municipio de Pitalito?, impacto que se midió en los cuatro aspectos mencionados en los objetivos específicos.

Para realizar este análisis se tomaron los datos consignados en los diarios de campo producto de la observación, además de las entrevistas, el grupo focal y las fichas institucionales para repasarlos, confrontarlos y considerar las diferentes formas para clasificarlos o categorizarlos ordenándolos en torno a las respuestas obtenidas que reflejan la realidad de la salud mental en Pitalito. En cuanto a estas categorías las seleccionadas fueron comprensión del fenómeno estudiado (salud mental), comprensión de la psicología y del rol del psicólogo en el escenario de la salud mental, procesos de atención, trabajo en red y evaluación del instrumento construido, todos ellos analizados en tres momentos (subcategorías), el antes, el durante y el

ahora de la conformación de la red operativa institucional “Redescubrir” por tratarse de un estudio que busca conocer el impacto de la misma.

Es decir, que ese universo de datos se fraccionó, se redujo y se ordenó en subconjuntos de datos bajo un tema específico (concepto que reúne elementos esenciales) de tal forma que en la siguiente etapa del diseño se pudieran interpretar inductivamente y construirles un sentido que reflejara una visión totalizante del tema investigado. En estos términos, la categorización dio lugar a un análisis descriptivo donde la unidad de análisis a partir de la cual se descompuso la información, fueron las expresiones y lo lenguajeado por los actores operadores referidas ante el impacto generado por la conformación de la red. La categorización se hizo de modo inductivo, extrayéndose las mismas a partir de revisión de los datos, los fundamentos del marco conceptual, la descripción del problema, la pregunta y los objetivos de la investigación para pasar a un posterior análisis que permitiría realizar una mirada coherente con estos elementos.

6° etapa interpretación de los datos y etapa conceptualización inductiva: una vez hecha la categorización descriptiva se buscaron nuevas relaciones entre las mismas para representarlos conceptualmente. Para hallar estas relaciones se seleccionaron los datos de cada una de las categorías, se describieron, se establecieron relaciones entre sus variables, se aproximó una posible explicación de tal relación y finalmente se hizo una conceptualización general de las prácticas institucionales del fenómeno investigado.

De otro modo, se realizó una inducción analítica de las características esenciales que explican el tema de la salud mental y su atención en el trabajo en red. Desde esta selección de lo esencial se pretendió que las conclusiones obtenidas en esta investigación se puedan generalizar (Znaniecki citado por Hammersley, 1990) a otros contextos que tengan injerencia en el ámbito de la salud mental. Se asume entonces que las situaciones sociales organizadas en torno a patrones institucionales similares a los observados en esta investigación, tengan alta probabilidad que operen de manera análoga.

Como último paso en este momento de la investigación, se procedió a la elaboración del documento final, para lo cual fue necesario acopiar la información recolectada durante todo el proceso de la investigación intervención, organizarla, analizarla y confrontarla con los supuestos teóricos que orientaron el proceso, es por ello que el documento da cuenta de la articulación que se generó entre la teoría y la práctica. Articulación que permitió validar el

proceso logrado toda vez que la teoría fue validando los conocimientos adquiridos y los objetivos alcanzados, potencializándose, de este modo, los resultados de la investigación.

Resultados

A continuación se presenta la categorización de la información consignada en los diarios de campo, a partir de lo “lenguajeado” por los actores operadores organizadas bajo cinco categorías de acuerdo a la técnica de recolección de datos utilizada, ya fuera en las visitas-entrevistas, en los encuentros-observación o en el grupo focal, en las que se pone de manifiesto cómo percibieron los actores operadores el proceso mismo de la conformación, referentes de los cuales se pudieron extraer aquellas prácticas sociales en las que se enmarcaba la salud mental y cómo el trabajo en red permitió propiciar un cambio en las mismas.

Como ya se hizo saber, en esta categorización se descompone la información recolectada en las categorías de salud mental, procesos de atención, trabajo en red, instrumento construido y rol del psicólogo, en las subcategorías o momentos del antes, durante y ahora de la conformación de la red, a partir de los cuales se pudo ir midiendo el impacto que generó dicha conformación. Para tal fin se tomó como unidad de análisis las expresiones referidas por los actores operadores en su contenido original y que correspondían a las categorías planteadas.

Posterior a esta categorización se encuentra la codificación de los datos cualitativos organizados en una matriz de cotejo en las que se consignaron las comprensiones que se detectaron en lo referido por los actores operadores, es decir, que tomándose como punto de partida lo “lenguajeado” se identificaron elementos comunes y se construyeron inductivamente unas nuevas comprensiones que designaran más fielmente su correspondencia con la categoría y el momento del proceso, tratamiento que permitió detectar las prácticas sociales que enmarcaban el tema de investigación y como éstas fueron cambiando debido al trabajo en red realizado.

Convenciones

AJ	Andrea Jaramillo – Psicóloga Hospital San Antonio de Pitalito
ALE	Alva Luz Erazo – Coordinadora I.C.B.F
APC	Amanda Patricia Cerón - Funcionaria Nueva EPS
AT	Amparo Trujillo – Comisaria de Familia
AV	Alejandra Valderrama – Psicóloga Batallón Magdalena
CAT	Cristian Alexander Torres – Jefe de talento humano Defensa Civil Colombiana

CPS	Consejo de Política Social
CVE	Comité de Vigilancia Epidemiológica
DC	Diana Conde - Hospital San Antonio de Pitalito
DC - LM	Dennis claros – Laura Morales - Manejo Integral EPS Sanitas
EF	Esmeralda Fernández – Promotora de salud EPS-IPS Saludcoop y Cafesalud
EM	Estrella Morales – Secretaria de Educación Municipal
ER	Edgar Riveros – Intendente Policía Nacional
ES	Elizabeth Sánchez – Orientadora saludable EPS Comfamiliar
EV	Edilsa Valencia- Policía Judicial CTI Fiscalía General de la Nación
EYY	Eliana Yiseth Yasno - Agente Municipal EPS Solsalud
FCC	Faiver Cruz Correa - Teniente de Bomberos
GC	Gerardo Cifuentes – Psicólogo del Batallón Magdalena
GIA	Gloria Inés Aguilera – Gestora de vida sana EPS Caprecom
ICD	Integrante del Comité de Drogas – E.S.E Municipal Manuel Castro Tovar
ICE	Integrante del centro de escucha
JC	Jesús Castro - Coordinador Médico EPS-IPS Emcosalud
JLR	James López Ruiz – Profesional Secretaria de la salud
JM	Judith Martínez - Líder Salud Mental E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar
JRS	José Reinel Samboni – Voluntario Bomberos
LEB	Luz Edith Beltrán – Trabajadora social Secretaria de Salud Municipal
MAP	Marco Aurelio Puentes - Secretario de Salud Municipal de Pitalito
MB	Marleny Benavides – Psicóloga Fiscalía Unidad 30
NAE	Natalia Ayerbe Echeverri - Coordinadora PIC E.S.E Municipal Manuel Castro Tovar
NM	Nelly Munar - Psicóloga PIC E.S.E. Manuel Castro Tovar
NYC	Nelcy Yolanda Calderón - Gestora del riesgo en salud EPS Asmet Salud.
OG	Oscar Gaitán – Líder del Centro de Escucha E.S.E Municipal Manuel Castro Tovar
PP	Piedad Pertuz – Trabajadora social Hospital San Antonio de Pitalito
SM	Sonia Mosquera – Psicóloga Instituto Colombiano de Bienestar Familiar I.C.B.F
SMC	Sandra Milena Claros – Fiscal de Infancia y Adolescencia Unidad de fiscalía 30
SP	Socorro Parra – Psicóloga Instituto Colombiano de Bienestar Familiar I.C.B.F

TC	Teodosio Carvajal – Personero Municipal
VRV	Viseth Rosario Velásquez – Promotora de salud EPS Comparta
VS	Veedor de salud.
YC	Yulieth Castrillón – Coordinadora Medica EPS IPS Cafesalud.
YKR	Yuliana Karoli Reyes – Psicóloga Centro Integral de escucha Comunitario E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar
YM	Yesica Murcia – Auxiliar Integral EPS Coomeva
YRPO	Yeimi Rocio Pérez Olaya – Dirección General EPS IPS Saludcoop
ZO	Zenaida Ome – Atención al Usuario EPS Mallamas

Proceso de categorización visitas

	SALUD MENTAL	PROCESOS DE ATENCION	TRABAJO EN RED	INSTRUMENTO	PSICOLOGO
ANESTESIA	<p>AV: “desde el batallón no se sabe dar información en salud mental a la población que no es militar”</p> <p>VRV: Hablan de salud mental según “las necesidades que visualizan”, pues más que todo manejan la parte administrativa y la suelen limitar solo a tratamiento psiquiátrico.</p> <p>SMC: “la problemática en salud mental es grande”.</p> <p>YRPO: “sin embargo encontramos que en lo referente a salud mental no llegan muchos casos”.</p>	<p>YRPO: “en casos donde se presenta urgencia, se debe brindar la atención este o no este afiliado y hasta el momento hemos evidenciado esto en los casos que han sido reportados”.</p> <p>EV: “existe en Pitalito un abogado para las víctimas y cerca de 12 para los agresores”.</p> <p>DC – LM: “no hay programas, los casos se mandan a la ESE o en otras ocasiones a Neiva, solemos brindar información por medio de folletos por ejemplo de lactancia materna, pero nada más”.</p> <p>GIA: “las estrategias y programas se manejan en Neiva. Hasta hace poco conozco la obligación con respecto a la protección que se debe brindar a las víctimas de maltrato, hasta apenas hace 8 días en una reunión en la alcaldía fue que me entere de que era nuestro deber brindar alojamiento y alimentación para las víctimas de maltrato, en realidad de salud mental solo hasta ese día escuche, porque yo lo que más hago es realizar los trámites y enviar toda la información a Neiva”.</p> <p>AJ Y PP: “los funcionarios que no conocen de la salud mental... o de su importancia... y</p>	<p>YRPO: “de ahí conocemos algunas de las funciones de otras instituciones”.</p> <p>AV: “la prevención es muy importante, por ejemplo no sabemos si hay violación a donde enviar”.</p> <p>VRV: reconoce algunas de las instituciones y sus funciones,</p> <p>CAT: “en esta canalización es donde nos quedamos cortos, porque no sabemos quienes deben atender a las personas que identificamos como consumidoras de drogas, o menores en la prostitución... hay un programa llamado Clubes que está en proceso de implementación”</p> <p>EYY: se realizan las citas y el acompañamiento, aunque es difícil volver a encontrar estos casos por que desde la ESE no se notifica... en lo concerniente a salud mental cuando existen casos de maltrato – suicidio - se reporta</p>	<p>CAT: “frente a la atención desconocemos las rutas de atención y canalización”.</p> <p>DC – LM: “en las instituciones no hay claridad en la ruta para la problemática de salud mental”.</p> <p>AT: “entonces retomando el ejemplo de la usuaria que saco yo con conocer la ley si los que tienen que hacerla efectiva la desconocen”</p>	<p>EM: “no se evidencia una articulación entre los psicólogos que ejercen como docentes con función orientadora”.</p> <p>YC: “no contamos con psicólogo, los casos de alteraciones u enfermedad mental se remiten a la unidad de psiquiatría en Neiva, se trabaja desde un enfoque inicial”.</p> <p>AT: “se brinda servicio de asesoría psicológica, no se hace terapia clínica porque el perfil profesional es social”</p> <p>JC: “contamos con psicólogo en nuestra sede, el procedimiento se realiza cuando el médico evalúa el paciente en situaciones donde se evidencia eventos de salud mental entonces se deriva al psicólogo”.</p> <p>SM: “hay más demanda de usuario y menos</p>

<p>EM: “en las instituciones hay proyectos que se desarrollan con el fin de abordar la salud mental y son los proyectos transversales; estos son: educación sexual y construcción de ciudadanía... en 1993 salió una resolución la 3353 del 02 de julio, sobre el proyecto de educación sexual, la cual incluye temas de consumo de sustancias psicoactivas...para los proyectos de estilos de vida saludable hay directrices a nivel departamental”.</p> <p>EV: “se tiene un concepto errado en la comunidad”.</p> <p>JC: “la atención en salud integral es una obligación”.</p>	<p>que son los encargados de autorizar... no envían a atención psicológica”</p> <p>AV: “el batallón es una institución muy hermética...el batallón tiene en salud un régimen especial... el centro de familia funciona solo en Neiva. Llegan muchos casos de VIF Se hacen incorporaciones de manera obligada...cada día más la población es mas vulnerable”</p> <p>YRPO: “nuestra institución está obligada por la norma para atender eventos de salud mental”.</p> <p>DC – LM: “trabajamos promoción y prevención, realizamos capacitaciones sobre los deberes y derechos de los usuarios y No hay servicio psiquiátrico”.</p> <p>EM: “la secretaria de educación no adelanta programas de prevención en salud mental”.</p> <p>YM: “aquí me llevo un caso de anorexia y lo remití a psicología pero esta persona no acudió, es muy difícil que una persona venga a mí y me cuente por lo que está pasando pues en la mayoría de casos vienen a otras cosas”.</p> <p>EV: “suele suceder que llegan personas a la fiscalía solicitando cosas como yo quiero que mi hija la examine un medico para ver si le hicieron algo. Si no hay penetración y desgarre o sangrado para ellos no es grave.</p>	<p>a un ente de control o a una línea amiga que existe en el momento, se dirige a la clínica y se hace el respectivo procedimiento. En algunos casos nos articulamos con PICACHOS; Ellos nos ayudan y nos apoyan en todo, son nuestro grupo de apoyo aquí Pitalito, son nuestro soporte”.</p> <p>NYC: “se hace acompañamiento en violencia intrafamiliar en conjunto con la E.S.E y Secretaria de salud (todo está ligado con secretaria de salud no manejan independiente). Creo que las otras instituciones hacen lo mismo que nosotros... cada mes hacemos una reunión de medio día donde asisten policía, inder que no va, la secretaria de salud, los rectores de colegios, hogares fami. Tenemos liga de usuarios como red de apoyo, nos integramos en las actividades con stand en el parque, por ejemplo en el mes de la salud, lactancia, el mes de la mujer y adulto mayor.</p> <p>AV: “es importante hacer un seguimiento a los soldados que</p>	<p>profesionales. Hay sobrecarga laboral...las eps deben ceñirse y cumplir con sus funciones de psicología de los abusados”.</p> <p>APC: “no contamos con servicios de psicología dentro de la institución”.</p> <p>YRPO: “los servicios que ofrecemos son con el médico general, por el momento no hay psicólogo, pero se está contratando”.</p> <p>SMC: “aquí llega de todo y todo se atiende... yo no soy psicóloga, pero yo oriento a la gente desde un servicio más espiritual”.</p> <p>ZO: “en nuestra cultura se utilizan otros medios en algunos eventos para luego si remitirlos a un psicólogo, recurriendo como primera instancia a nuestros medios tradicionales”.</p> <p>“la jefe de enfermería se encarga de la vigilancia a los casos de violencia intrafamiliar”.</p>
---	---	---	---

<p>PP: “en los casos de intentos de suicidio, los usuarios como que no entienden la magnitud del asunto... se les atiende y se les programan nuevas citas pero no vuelven... como al paciente lo dan de alta desde la parte medica ellos creen que ya todo está solucionado”.</p> <p>“El programa de psicología lleva 3 años. Desde el 2010. No hay protocolo de los eventos de salud mental”.</p> <p>“Falta demasiada sensibilización frente a los fenómenos de salud mental. Hay 11 abogados victimarios y 1 solo abogado para la víctima. La ley es inoperante...los médicos casi no solicitan asistencia de trabajo social”.</p>	<p>Muchos casos no se denuncian porque no hay acceso carnal violento”</p> <p>YM: “aquí me llego un caso de anorexia lo remití a psicología pero esta persona no acudió, es muy difícil que una persona venga a mí y me cuente por lo que está pasando pues en la mayoría de casos vienen a otras cosas”.</p> <p>DC – LM: “la ley 100 es la que determina la función de la EPS”.</p> <p>APC: “teniendo en cuenta la medida en que este dentro del POS”.</p> <p>EYY: “la entidad promotora garantiza la salud desde hace 25 años, tiene su sede en Neiva, no hay contrato con el Hospital estamos intervenidos hasta enero, solo hay dos funcionarios en la Sede de Pitalito que somos nosotras dos como agentes Municipales, somos auxiliares de enfermería responsables y capacitadas en brindar la información correcta, y ya las decisiones las toma la regional gerente Huila”.</p> <p>“Se ofrecen servicios de primer nivel desde la Ese Municipal y opera desde la Nacional de Bucaramanga y la Nacional de Neiva (Jefe de vigilancia)...en 2 nivel se remite a la ESE Hospital, Hasta el momento la Ese Municipal ha transmitido 2 pacientes a psiquiatría ...hacemos seguimiento a los casos notificados, se realizan visitas domiciliarias, se remite a sesiones de psicología, se lleva un</p>	<p>después de vivir todo un proceso militar vuelven a ser personas común y corrientes y llevan consigo traumas postraumáticos...la operatividad de la red es muy necesaria porque desafortunadamente al no trabajar intersectorialmente no se da el impacto social de lo que cada institución hace”.</p> <p>“El ejército es muy celoso, pero esta red es muy necesaria. El ejército es el mayor beneficiario, se queda corto, somos muy ignorantes en procesos donde orientar a la persona porque se tiende a centralizar en la ese hospital de Neiva. El batallón se muestra muy hermético y no da cuenta de lo que sucede alrededor de la vida militar”.</p> <p>GIA: considera que es muy necesaria la conformación de la red ya que conoce muy poco sobre el tema de salud mental.</p> <p>“Gestión integral se hace desde Neiva y vigilancia desde la E.S.E Manuel Castro Tovar”</p> <p>ES: “los programas que adelantamos son brigadas en compañía de la alcaldía y la</p>		
--	---	--	--	--

<p>DC – LM: “nos centramos en el tratamiento de la enfermedad; se mide por perfil, cuando se presentan situaciones de dengue por ejemplo se atiende en nivel alto a los usuarios... en la violencia intrafamiliar por ejemplo la señora llega con el brazo partido lo que se hace es tratar la enfermedad es decir la parte física pero no se hace seguimiento del motivo por el cual llego golpeada ni de su estado emocional, es decir tratamos la enfermedad pero no la causa o el problema que la genera”.</p> <p>ER: “no se ha hecho un diagnostico en salud mental para georeferenciar”.</p>	<p>control, si no se presta el servicio se debe remitir a Neiva a un Centro de rehabilitación, es ahí donde nace una barrera de no poder hacer más...estamos reglamentados por la Ley 1245 que obliga a que cuando se encuentran casos de maltrato estamos obligados a brindar hospedaje y alimentación a la víctima y como no se cuenta con un centro para realizar este proceso nosotros debemos contratar un hotel de aquí de Pitalito para suministrarles vivienda y alimentación, mientras que en Neiva se encuentra el centro especializado para esto. Hasta el momento recibimos el caso de una materna a quien le hicimos visita domiciliaria”.</p> <p>En lo referente a SPA hacemos promoción, prevención, tratamiento, reparación, vigilancia, gestión integral, acompañamiento psicosocial, y visita domiciliaria. El patrocinio legal se hace desde Neiva...en intentos de suicidio se hace promoción, prevención, tratamiento, reparación, vigilancia, acompañamiento psicosocial y visita domiciliaria. Hacemos acompañamiento a secretaria de salud, en algunas caminatas, aeróbicos y en las jornadas de capacitación remitimos a los jóvenes, invitándolos a que asistan. En violencia intrafamiliar brindamos información a través de volantes y como receptores tratamos de encaminarlos a secretaria de salud (doctor James) para que se capten quienes pueden hacer parte de los programas”</p>	<p>secretaria de salud...apoyamos la alcaldía en cuanto a promoción y campañas para violencia intrafamiliar, desde el hospital se reportan muchos casos centinelas, canalizamos, colaboramos con todos los programas que llevan a cabo la secretaria de salud, E.S.E Y Hospital, capacitamos sobre los temas de salud, drogadicción, y madres gestantes y hacemos seguimiento”.</p> <p>AT: “los casos se receptionan de todas las formas... porque el usuario viene o porque es remitido por otras instituciones... maltrato infantil no está dentro de nuestras competencias...desde la comisaria se conforma un grupo de parejas y con ellas se trabaja a manera de grupo de apoyo...cuando se identifican casos de ideación suicida, entre los usuarios que acuden a la comisaria a exponer sus casos, estos se remiten a la E.S.E. al programa de salud mental o a la secretaria de salud... lo mismo pasa con el consumo de sustancias psicoactivas... pero</p>		
--	--	--	--	--

<p>EYY: “no hay muchos casos notificados... se sabe que la problemática existe”</p> <p>AT: “tiene el derecho de recibir protección por parte de la E.P.S. hasta cuando se garantice la seguridad, desde la vía legal, médica y psicológica...”</p> <p>AJ Y PP: “al médico solo le interesa atender la parte física: los golpes, las heridas, las contusiones...o porque no ven importante la salud mental...”</p>	<p>AT: “la Ley 1257 a la mujer víctima de violencia se le debe garantizar la habitación y alimentación a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud... es decir que retomando el ejemplo de la señora al no poder volver a su casa de habitación por temor a ser agredida nuevamente tiene el derecho de recibir protección por parte de la E.P.S. hasta cuando se garantice la seguridad”.</p> <p>NYC: “la EPS llega hasta donde el usuario lo permite”.</p> <p>FCC: “Bomberos no tiene competencia en esos eventos, pues no realiza atención”.</p> <p>SMC: “y es que hay instituciones que no tienen voluntad ni vocación... me refiero a los funcionarios... y es que en estos casos hay que tener tacto... Otro servicio que se presta, por vocación porque no es nuestra obligación, son charlas preventivas... a cualquier comunidad o institución que solicite este servicio... pues yo lo presto”.</p> <p>AJ Y PP: “pero en las historias clínicas no reportan el estado de alteración por causa del consumo de alcohol... y no lo hacen porque seguramente les da pereza llenar la ficha de notificación...”</p> <p>CAT: “desde esta institución muchas veces nos quedamos cortos frente a las</p>	<p>solo se canalizan si los usuarios mencionan las problemáticas”.</p> <p>VRV: “por ejemplo cuando hay maltrato el médico valora (físico) y luego se remite al hospital en donde prestan el servicio”.</p> <p>JC: “los casos de psiquiatría se remiten a Neiva, en donde existen equipos multidisciplinarios que cuentan con diferentes profesionales en donde se captura y se hace el respectivo seguimiento”.</p> <p>SMC: “lo que aquí no se judicializa se orienta a otras instituciones y en algunos casos se realizan conciliaciones. En algunos casos se hace acompañamiento o remisión ya sea la URI, al ICBF o a Medicina Legal. La prevención la hacemos a través de la Policía de Infancia y Adolescencia”.</p> <p>“Otro servicio que se presta, por vocación porque no es nuestra obligación, son charlas preventivas... a cualquier comunidad o institución que solicite este servicio... pues yo</p>		
---	--	---	--	--

		<p>problemáticas de la población...aquí hacemos campañas preventivas, campañas de mitigación, a demás de la identificación de casos y su canalización...la identificación es externa e interna. La externa se hace porque la comunidad nos informa de los casos (ya sea por vía telefónica, acercándose a las oficinas o informando a los voluntarios cuando estos hacen trabajos comunitarios) o porque los mismos voluntarios saben de ellos. Y la interna cuando identificamos casos aquí mismo entre nuestros voluntarios...frente a los casos de violencia familiar, intoxicados por drogas e intentos de suicidio, realizamos atención primaria prestando los primeros auxilios. Los servicios que se prestan son gratuitos y para toda la comunidad de Pitalito”.</p> <p>NYC: “se realiza el trámite correspondiente, llega el reporte, se ubica al usuario; se realiza la visita y se pasa al primer nivel, luego nuevamente se visita estableciendo la hora y la fecha en que será atendido en este caso por un psicólogo, se orienta para que asista al proceso, pero se sale de nuestras manos cuando ellos no acuden a las citas... se realiza seguimiento en casos de maltrato intrafamiliar, se ubican y se hace la respectiva visita, por ejemplo yo realice una visita a un caso de maltrato a una gestante. Operamos desde Neiva a Nivel del Huila. Se realizó un contrato con el hospital San Antonio en 2 nivel de psicología para que se preste el servicio de atención”.</p>	<p>lo presto...hacemos acompañamiento a los frentes de seguridad organizados por la policía”.</p> <p>“Hay un programa a nivel de la fiscalía que opera desde el CTI Neiva, pero que si se requiere se puede pedir para Pitalito, y se llama Futuro Colombia la coordinadora es Claudia Andrea Mora y los teléfonos son 320 499 34 81 y 872 37 71... si quieren la pueden llamar y pedirle la información acerca del programa”.</p> <p>Población específica: menores infractores.</p> <p>AJ Y PP: en los casos de menores detectados con problemas de violencia intrafamiliar son remitidos al programa IAMI... con ellos desde psicología se trabaja resiliencia y factores protectores... desde el trabajo social se trabaja contexto, familia y causas... la valoración y el concepto diagnostico se pasa a IAMI y ellos avisan a Comisaría de Familia o ICBF... y ellos se apersonan del caso. Si el caso no es de reportar se le da al usuario una orientación sobre</p>		
--	--	---	--	--	--

		<p>“Nosotros tenemos un protocolo también trabajamos con el IEC y realizamos promoción y prevención”. “Para intentos de suicidio, SPA, y violencia intrafamiliar se hace; vigilancia desde la E.S.E Manuel Castro Tovar y se hace promoción, prevención, tratamiento, reparación, gestión integral, acompañamiento psicosocial y visita domiciliaria”.</p> <p>AV: “se prestan servicios de atención en salud mental y que tienen que ver con la vida militar... actividades de promoción y prevención en temas de violencia familiar, consumo de sustancias psicoactivas e ideación suicida...en consumo de sustancias psicoactivas no se hace recuperación ya que no contamos con centros de rehabilitación necesarios para esa problemática”.</p> <p>JC: “para intentos de suicidio, SPA, y violencia intrafamiliar se hace promoción, prevención, tratamiento, reparación, vigilancia, gestión integral y acompañamiento psicosocial”</p> <p>GIA: “no recuerdo sobre la normatividad y las leyes que rigen la institución, manejo más que todo la parte administrativa y todo va dirigido a la central de Neiva que es desde donde opera, básicamente hasta las estrategias y programas se adelantan es en Neiva...me gustaría participar pero se debe mandar un oficio dirigido a Neiva para que den permiso de cerrar la oficina. Se realizan</p>	<p>las otras instituciones donde puede encontrar protección o donde puede denunciar el caso”.</p> <p>PP: “está el Shadai para pacientes que salen de hospitalización pero deben continuar un tratamiento y no tienen donde hospedarse, este servicio es a modo de hogar de paso)...intervenciones para consumidores de alcohol y otras sustancias, se trabaja en coordinación con alcohólicos anónimos”.</p> <p>SM: “Cuando hay niños con consumo, se hace un trabajo con entidades. Intentos de suicidio: se direcciona a la defensora de familia y se envía a la E.S.E Municipal Manuel Castro Tovar. Aquí se hacen remisiones y se explicitan las acciones a través del seguimiento. Nuestro deber es activar las redes de servicios, Registraduría, educación, salud, etc. En el caso de suicidio el icbf solo hace constatación del caso y se remite a salud ¿saber si salud le ofreció la parte terapéutica al menor?”.</p>		
--	--	--	---	--	--

		<p>muy pocas visitas domiciliarias, promoción y prevención se hace con la E.S.E Municipal Manuel Castro Tovar, ella es la encargada a nombre de caprecom acá en Pitalito” “Para SPA, Intentos de suicidio y violencia intrafamiliar se hace promoción, prevención, tratamiento, reparación, acompañamiento psicosocial y visita domiciliaria,</p> <p>ES: “ante estos eventos de salud mental se reportan y orientan hacia un psicólogo. No hay programas establecidos, cada mes se nos manda la programación de que deben hacer, las herramientas metodológicas son en su mayoría charlas. Para intentos de suicidio, SPA, y violencia intrafamiliar se hace promoción, prevención, tratamiento, reparación, vigilancia, gestión integral, acompañamiento psicosocial y visita domiciliaria”</p> <p>AT: “aquí nuestra función es la restitución de los derechos de niños, niñas y adolescentes, recepción de casos de violencia intrafamiliar... y en general se atiende a toda la población. Se hace control de ingreso a adolescentes en establecimientos de venta y consumo de sustancias psicoactivas”.</p> <p>“Otras acciones tiene que ver con la erradicación del trabajo infantil, la celebración del día de la familia, del mes del niño y la niña, apoyo a la mujer maltratada, programa Haz Paz, capacitaciones a estudiantes y a padres de familia. Los</p>	<p>YRPO: “establece importantes ventajas al contar con una red propia en cuanto a clínicas, personal, grupos, mejores estándares de calidad y posicionamiento y agradecemos la confianza que ha sido depositada por nuestros usuarios durante todos estos años”.</p> <p>DC – LM: “la red es muy necesaria porque actualmente existen muchas problemáticas en salud mental”.</p> <p>ER: “convocamos la comunidad para capacitar. Manejamos un grupo de niños del barrio porvenir y popular. Hacemos redireccionamiento a las entidades de atención. En ocasiones nos apoyamos con el ICBF”.</p> <p>EV: “cuando los casos llegan al icbf se demoran en reportar el caso. Todos los casos que conozcan las comisarias e icbf deben ser inmediatos”.</p> <p>ZO: “promoción y prevención se hace en compañía de la ESE Municipal y la secretaria de</p>		
--	--	---	--	--	--

		<p>servicios que se prestan son gratuitos y para toda la comunidad de Pitalito”.</p> <p>“Se hace recepción y se atiende casos de violencia intrafamiliar: violencia conyugal y violencia entre pares... el abuso sexual se canaliza a fiscalía... a los casos de nuestra competencia se les hace una amonestación, se fija una resolución y se hace terapia solo para pareja... hasta 3 asesorías... es un trabajo de apoyo” “se hace rehabilitación basado en comunidad... se hace promoción, prevención y atención-orientación... asesoría psicológica y jurídica, se hace control de ingreso a adolescentes en establecimientos de venta y consumo de sustancias psicoactivas... decreto 081 de 2012”.</p> <p>VRV: “en cuanto a SPA hacemos promoción, prevención, tratamiento, reparación, y visita domiciliaria, ya lo que es vigilancia y gestión integral se hace desde Neiva... para intentos de suicidio hacemos prevención, tratamiento, reparación, vigilancia, gestión integral, acompañamiento psicosocial y visita domiciliaria... en los casos de violencia intrafamiliar hacemos promoción, prevención, tratamiento, reparación, vigilancia, gestión integral, acompañamiento psicosocial y visita domiciliaria. Brindamos información en folletos, hacemos visita domiciliaria, brindamos charlas educativas en cuanto a violencia intrafamiliar y suicidios, orientamos los grupos sobre a donde se</p>	<p>salud y no conozco las funciones de otras instituciones ante estos eventos”.</p> <p>APC: “los casos se mandan a la ESE o en otras ocasiones a Neiva”.</p> <p>FCC: Al reflexionar sobre la participación de bomberos en la red, el teniente manifiesta. Si... entonces si debemos estar en la Red, concluye el Teniente. “A demás nosotros también hacemos identificación de casos y los reportamos”. El funcionario se comprometió a designar a uno de sus voluntarios como representante de los Bomberos en la Red.</p> <p>ES: “los programas que se adelantan son brigadas en compañía de la alcaldía y la secretaria de salud, y ante estos eventos correspondientes a salud mental se reportan y orientan hacia un psicólogo”.</p> <p>AT: “mire la necesidad del trabajo en Red... aquí me llevo un caso, hace poco, de una señora víctima de violencia</p>		
--	--	---	--	--	--

		<p>pueden dirigir, además también brindamos información sobre el tabaquismo a través de carteleros y folletos”</p> <p>YM: “en casos de eventos de salud mental, no sabemos que hacer, IEC no se hace, la auxiliar integral solo identifica y notifica. Para violencia intrafamiliar y intentos de suicidio se hace tratamiento, reparación, vigilancia, gestión integral, acompañamiento psicosocial y visita domiciliaria... para SPA se hace tratamiento, reparación, acompañamiento psicosocial y visita domiciliaria, ya vigilancia se hace en Neiva... en cuanto al SPA, tenemos el programa de control del joven hacemos acompañamiento psicosocial y visitas domiciliarias, en violencia intrafamiliar, se remite, se hacen visitas domiciliarias, seguimiento y vigilancia”.</p> <p>JC: “tienen acceso los maestros sus beneficiarios, cualquier situación de promoción y prevención se deriva al psicólogo que atiende y que está contratado en nuestra institución”.</p> <p>SMC: “la fiscalía es un ente acusador... que adelanta procesos judiciales... nuestra competencia es con la infancia y la adolescencia... es decir, los casos para judicializar niños y adolescentes que han cometido delitos... en los casos de abuso sexual, se judicializan los casos cuando el implicado o abusador es un menor de</p>	<p>conyugal, ante la gravedad de la situación yo puse en contacto a la usuaria con la EPS a la cual pertenecía”.</p> <p>SMC: “se les pone en contacto con otras instituciones, como la comisaria y la policía, con quienes trabajamos articulados... las instituciones lo que hacen es victimizarlos, los remiten a otras instituciones sin encontrar solución o atención... aquí llegan personas que han pasado hasta por tres instituciones y nadie ha hecho nada por ellos... otras veces, cuando hacemos acompañamiento a los casos me toca hablar directamente con los directores de las instituciones porque los otros funcionarios no agilizan los procesos... y entonces ahí se atienden y agilizan los procesos... que la red se personalice”.</p> <p>PP: “yo hice una investigación sobre el consumo de sustancias psicoactivas tomando como información los casos detectados desde aquí... fue una buena investigación, yo la socialice y todo pero no se hizo</p>		
--	--	---	---	--	--

		<p>edad...dentro de la atención que hacemos pues se hace promoción y prevención... pero es básicamente atención..."</p> <p>PP: "desde el trabajo social se trabaja en torno al núcleo familiar...hay un trabajo social en urgencias y otro en hospitalización. Trabajo social si hace visita domiciliaria...no hay consultorio para atender a los usuarios... el trabajo se hace inclusive en la cama del paciente... delante de todo el mundo"</p> <p>AJ: "en el servicio se evalúa el estado mental (conciencia, entendimiento, conducta, personalidad, el aspecto familiar, las facultades mentales). El servicio es más familiar que de pareja...se hace consulta externa cada mes o cada dos meses, se hace seguimiento, se hacen de 2 a 3 sesiones, solo se hace atención, no se hace ni prevención ni promoción... somos nivel 2 y para eso ya está la E.S.E. Manuel Castro Tovar".</p> <p>PP: "casi no los remitimos a la policía porque como que la gente no cree en la policía... la atención se hace solo por remisión medica... pero a veces se hace sin este requisito...se hace valoración por consulta externa si el medico lo remite, pero también se hace atención si necesidad de remisión médica. Los procesos interventivos de tratamiento se aplican solo a los pacientes que se encuentran en hospitalización por varios días. Visitas domiciliarias: solo en caso de pacientes</p>	<p>nada... espero que esta idea de Red si sea efectiva... porque en otros años se ha hecho el mismo intento y no pasan de ser reuniones donde cada uno socializa lo que hace y no más... no pasa nada... no se mejoran las cosas".</p> <p>ALE: "es un intento de organización viable pero que debería estar dentro del Consejo de política social. La red como propuesta sería una mesa técnica para el consejo y deberíamos asistir a uno de ellos para darnos por enterados. Es necesario que todas las instituciones hablen el mismo lenguaje para que no perjudiquen al usuario. Es muy importante lograr un trabajo conjunto y sobre todo en temas de salud mental...es necesario la corresponsabilidad entre las instituciones...dentro de la atención a las familias se da asesoría y asistencia orientada a activar las redes...es difícil articular con salud. Son temas inmediatos y observados, que quedamos cortos. En caso del tema administrativo, con comisaria de familia nos hemos articulado solo para ver</p>		
--	--	---	--	--	--

		<p>abandonados. Violencia intrafamiliar: se trabaja contexto, familia y causas. Trabajo social no hace consulta externa, pero si hace visita domiciliaria... se realiza psicoeducación...La ficha epidemiológica la llenan los médicos. Manual de funciones no hay”.</p> <p>SM: “el ICBF activa los servicios de eps, salud, etc. el ICBF restablece derechos, garantiza derechos...no todos los casos de salud mental deben venir al ICBF. Si se hace seguimiento, se abre un PARD Proceso Administrativo Restablecimiento Derechos, muchas veces la falta de propiedad por un servidor público se generaliza... el ICBF no tiene nada que ver con adultos. Cada equipo tiene 3 profesionales. En los servicios se hace acompañamiento psicosocial y las actividades se celebran a través de los operadores y HCB05 FAMI. No se hace acompañamiento familiar.</p> <p>YRPO: señala “por ejemplo: cuando se realiza un examen general y el médico encuentra que el bebe ha sido maltratado a la hora de su valoración; este lo que hace es reportar a las entidades de control. Hacemos promoción y prevención, detección temprana de jóvenes, control de crecimiento y del adulto mayor desde la parte médica, ya si es el caso se pasa a manos de un psicólogo”.</p> <p>DC – LM: operan desde Bogotá es la sede principal a nivel nacional, “pero cada entidad</p>	<p>si en el caso de violencia conyugal se han atendido. Se hace seguimiento en este caso”.</p> <p>DC – LM: “en las reuniones que hemos ido a la alcaldía nos capacitan sobre las funciones de otras instituciones pero considero que existe una gran presión social y que de esas reuniones no pasa nada mas siempre terminan escuchándose más problemáticas”.</p> <p>SM: “es muy necesario e importante la articulación de las instituciones y poder ofrecer un servicio de calidad a los usuarios”.</p>		
--	--	---	---	--	--

		<p>es autónoma desde el lugar donde este; donde tienen acceso a los servicios toda la gente que este afiliada... se hacen campañas y además se brinda información al respecto. Estamos obligados a brindar los medicamentos para el tratamiento, hacemos reparación en cuanto a la desintoxicación. En cuanto a intentos de suicidio y suicidio hacemos promoción, tratamiento, reparación, gestión integral y acompañamiento psicosocial. En SPA hacemos tratamiento, reparación, terapia, gestión integral y patrocinio legal. En violencia intrafamiliar se hace tratamiento, reparación, gestión integral y acompañamiento psicosocial”.</p> <p>ER: “no se hace seguimiento, se prestan servicios judiciales y comunitarios, se dictan capacitaciones a nivel comunitario...en los colegios se hacen actividades para la prevención del suicidio, del consumo de sustancias psicoactivas y de la actividad delictiva” “Se hace control a menores de edad en establecimientos de expendio y consumo de licor”.</p> <p>Prestan dos servicios, el judicial y el comunitario. “Hacemos cine al barrio, ocupación del tiempo libre... la policía hace atención inmediata de casos. La ley no exige que la policía haga seguimiento, por lo tanto no lo hacemos...las instituciones si conocen, que tienen que hacer, no ejecutan por negligencia, falta de estructura y talento humano. Se dan charlas, se manejan 32 temáticas y el tema de los suicidios solo se</p>			
--	--	---	--	--	--

	<p>maneja en los colegios. Si existe el formato del plan de trabajo pero no se diligencia... somos muy susceptibles a cambios”.</p> <p>EV: “fiscalía, no hace seguimiento. Lo ideal es que cuando haya abuso sexual se vaya a la fiscalía”.</p> <p>ZO: “ofrecemos servicios tales como charlas educativas”.</p> <p>APC: “brindamos información por medio de folletos por ejemplo en el caso de lactancia materna...hacemos promoción...se suministra información a través del medio radial, televisivo, y electrónico, se hace acompañamiento a Secretaria de salud y E.S.E Municipal Manuel Castro Tovar en promoción y se realizan visitas domiciliarias en violencia intrafamiliar”.</p> <p>“Para SPA, intentos de suicidio, y violencia intrafamiliar se hace desde la E.S.E promoción y prevención; desde Neiva gestión integral, así como también se hace tratamiento, reparación, vigilancia, acompañamiento psicosocial y vista domiciliaria”.</p> <p>EYY: “desde nuestra labor lo que debemos hacer es remitir, también hacer seguimiento a los casos que son notificados”. También encontramos que cuando se encuentran casos de maltrato contratan a un hotel para que brinde hospedaje porque en Pitalito no cuenta con un Centro para esto. “Es ahí</p>			
--	--	--	--	--

	<p>donde tenemos una barrera que no nos impide hacer más”.</p> <p>NYC: “no hacemos visitas domiciliarias se hace remisión a consulta psicológica, se hace acompañamiento psicosocial y se hacen campañas generales de promoción y prevención”.</p> <p>AT: “volviendo al ejemplo de la usuaria, ella debe solicitar tales servicios a su E.P.S. esta le dice que ellos no tiene esa responsabilidad y me devuelven a la mujer otra vez a la comisaria...”</p> <p>SMC: “aquí se atienden son tan complejos que se requieren un trabajo interdisciplinar, además que son de atención inmediata... aquí nosotras atendemos todos los casos que llegan... así no nos competan se le brinda atención a todo el mundo... se le orienta en los procesos a seguir... aunque a la institución solo le interese lo judicial, las audiencias, las sentencias... nosotras brindamos orientación psicológica y acompañamiento a los casos... y es que la gente viene muy necesitada... por lo menos de alguien que lo escuche... aquí por lo menos se les atiende con amabilidad y se les presta los servicios psicológicos... porque es un campesino no se le atiende bien, no se le agilizan los procesos... a mi me ha pasado que me toca presentar mi carnet como fiscal y entonces dicen hay sí hay que atender ya a</p>			
--	---	--	--	--

		<p>la doctora... y entonces ¿qué pasa con la gente del común?...”</p> <p>AJ Y PP: “en los casos de violencia intrafamiliar, los profesionales de la medicina no hacen identificación de casos... su atención no está articulada con el servicio de orientación vocacional... el medico solo aborda la condición físico medica...lo mismo pasa con los casos de consumo de sustancias psicoactivas... el médico no notifica... los médicos desconocen el protocolo... ante un caso de accidente de tránsito donde el implicado iba embriagado... y si ellos no notifican pues nosotras no podemos atender... además el hecho de llenar la ficha significa más trabajo para el funcionario”.</p> <p>ALE: “dentro del marco de calidad de la institución tiene una estrategia permanente de innovación y cambio”.</p> <p>YRPO: “no hacemos visitas domiciliarias se hace remisión a consulta psicológica, se hace acompañamiento psicosocial y se hacen campañas generales de promoción y prevención”</p>			
--	--	--	--	--	--

Encuentros

	SALUD MENTAL	PROCESOS DE ATENCION	TRABAJO EN RED	INSTRUMENTO	PSICOLOGO
A N	SMC: Expresa	FCC: También prestamos primeros auxilios médicos a personas intoxicadas	AT: “se debe realizar un acuerdo con las cabezas visibles...Es importante que se construya un	AT: “No es fácil salir mal y llegar a la parte	SMC: “Agradece por el

<p>T E S</p> <p>sobre la responsabilidad de las instituciones frente a la salud mental “no es si quiero, tiene”.</p> <p>SMC: “nadie está exento a caer o que nuestra familia caiga en cualquiera de estos fenómenos”.</p> <p>CAT: “al igual que los bomberos llevamos muy poco tiempo integrando la parte de salud</p>	<p>por consumo de sustancias psicoactivas y que sufren por este estado accidentes de tránsito.</p> <p>CAT: pero antes que todo debemos ver como se está manejando la salud mental, por ejemplo: en Isnos se realiza solo un censo de damnificados, pero no se revisan los daños ocasionados en la parte mental...porque en ocasiones los psicólogos están de vacaciones y no se encuentran disponibles para atender un evento que se presente.</p> <p>AT: hay desmotivación y muchos funcionarios trabajan por necesidad y un salario. Y no se dan cuenta que las personas que llegan a solicitar atención son maltratadas y llegan a la parte donde creen le pueden ayudar y se encuentran con una pared.</p> <p>JRS: “nosotros hacemos identificación y reporte de casos en salud mental”.</p> <p>SMC: “la fiscalía no hace prevención, sino que son entes acusadores, además se están descargando muchas cosas; funciones que a nosotros no nos corresponden”.</p> <p>SMC: “se le debe brindar acompañamiento a la víctima sin excepción alguna, no porque viene con la doctora tal, sino porque es un ser</p>	<p>equipo con relación a los eventos, como teatro, títeres, y actividades que también se realicen para los funcionarios de las instituciones como una posibilidad de cambiar de ambiente, y de descanso para enfrentar las emociones fuertes producto del estrés laboral, aprovechando la red para esto”.</p> <p>JLR: “en las instituciones no hay claridad en la ruta para la problemática de salud mental”.</p> <p>YKR: “tenemos un compromiso y la responsabilidad desde cada una de las instituciones, como obligación y responsabilidad social”.</p> <p>AT: “recomienda que como Red es importante que se articulen todas las instituciones y que dentro de todas estas también debe existir una red para cuando la persona llegue se dirija y encuentre orientación, de esta manera se direcciona al lado donde le pueden brindar atención, claro está si se tiene claro a donde se debe dirigir, es importante aclarar que no se le da solución a su problema si no que poco a poco se puede orientar y ayudar a salir de estos eventos, para esto debe haber compromiso...considero viable la conformación de la Red, pero debería de realizarse un encuentro con todas las cabezas visibles de cada institución”. Como también pronuncia que “cada quien tiene su propia posición, maneja sus aspectos y su portafolio de servicios”. Además menciona “es importante que esto de haga en otros municipios”.</p>	<p>donde cree uno que lo pueden ayudar y terminar peor sin encontrar una salida, por lo que considero importante la ruta de atención. Es importante que cada institución tenga claro su portafolio de servicios. Pues la ley se tiene que cumplir”.</p> <p>JRS: “es importante que se nos capacite, sobre qué debemos hacer en estos casos, en primeros auxilios, que hacer, como orientarlo a apoyo psicológico. Por ejemplo: la familia de Isnos que sufrió una calamidad, hasta el momento no ha recibido apoyo psicológico”.</p> <p>CVE: “los docentes con función orientadora desconocen los protocolos de</p>	<p>compromiso que hemos adquirido con esta propuesta en el Municipio...nos sentimos honrados por el beneficio que se dará a la comunidad por parte de ustedes que han asumido con responsabilidad y liderazgo este proceso, pues esto se tomara como ejemplo y modelo para otros municipios”.</p> <p>AJ y PP: “el servicio de psicología es nuevo en el Hospital... el rol del psicólogo no aparece dentro de la planta de personal...no hay pruebas ni baterías para aplicar”.</p>
--	---	--	---	---

<p>mental, nos encontramos con problemáticas como prostitución, alfabetismo o, la salud mental se trabaja desde el servicio humanitario, las problemáticas que se atienden tienen que ver con la drogadicción y la prostitución.</p>	<p>humano y merece respeto, además que es un compromiso moral y legal...es obligación que todas las instituciones nos fortalezcamos, tenemos un mandato legal, es nuestra obligación como ciudadanos, las instituciones debemos brillar así esté cambiando de funcionarios el proceso se debe seguir”</p> <p>JLR: “las instituciones están quedadas en tecnología no hay uso adecuado ni pertinente de las mismas ni siquiera en los consultorios...está muy limitada.</p> <p>SMC: “también se debe tener en cuenta que no todos los funcionarios tienen el perfil, además que se debe tener igualdad, que así como se atiende a un profesional, de la misma forma se debe atender a una persona del común...se deben tener personas bien capacitadas pues un saludo puede salvar la vida de una persona y una palabra puede evitar un maltrato”</p>	<p>SMC: “siempre se hacen reuniones pero de ahí no pasa, no avanza, y no se construye. Una red se debe personalizar porque hasta el celador decide en ocasiones a quien se le preste atención.</p> <p>AT: “no se debe esperar hasta que ellos quieran colaborar, se debe participar de manera activa, la asistencia no debe ser delegable, porque en varias oportunidades mandan personas que no saben y desconocen del tema”</p> <p>MB: “estoy de acuerdo con la tarea y el compromiso de ustedes, creería que deberíamos de tener conductos regulares directamente al gerente oficial, dirigiéndose directamente a la cabeza y averiguar que están haciendo y en qué forma lo están haciendo. Se han hecho muchos avances, es importante mirar las competencias de cada institución”.</p> <p>CPS: En el concejo de política social se conoció uno de los programas que se lideran desde el I.C.B.F, el cual se denomina trabajar es cosa de grandes. Al mismo tiempo que las EPS deben brindar alimentación, protección y tratamiento a las víctimas de violencia intrafamiliar.</p> <p>AV: “el ejército sería el mayor beneficiario...El ejército se queda corto, somos muy ignorantes en procesos de donde orientar a la persona por que siempre se tienden a centralizar, y las únicas instituciones con las que trabajamos son la E.S.E Manuel Castro Tovar, Hospital y Neiva; el batallón es Hermético, no se da cuenta de su alrededor, nos quedamos cortos, las familias</p>	<p>atención en salud mental”.</p>	<p>CVE: también se encontró que la psicoorientadora del colegio departamental pronuncio que su función como psicoorientadores era de asesoría más no de tratamiento y terapéutica.</p>
--	--	---	-----------------------------------	--

			<p>quedan insatisfechas, hemos encontrado casos de personas con escasos recursos, que no han recibido educación y son analfabetas que se ven obligados a prestar servicio así no quieran; el ejército debe estar organizado”.</p> <p>SM: “se debe conocer el organigrama de cada institución para saber a quién contactar o con quien me puedo dirigir; pues nosotros no tenemos ni voz ni voto, es la coordinadora quien nos dice en que momentos podemos participar en la prevención con el trabajo que aporta a la red como tal”.</p> <p>EYY: “en realidad nosotros no tenemos ni voz ni voto en la toma de decisiones pues esto se hace más directamente con el gerente, porque desde nuestra función de agentes municipales eso se nos sale de las manos, pero estamos a su disposición y prestas a colaborar en lo que necesiten”</p> <p>AT: “es importante invitar a los medios de comunicación, a los periodistas que nos ayuden a difundir nuestro trabajo, puesto que ellos ejercen el control social”.</p>		
D U R A N T E	<p>PP: “la violencia intrafamiliar y contra la mujer es una problemática de dependen</p>	<p>FCC: menciona respecto al servicio de ambulancia extrahospitalaria que ellos no deben hacer eso, y en la red se visibiliza un espacio oportuno para aclarar esto. “Cuando hay casos de intento de suicidio, y la persona se encuentra en una parte alta, es decir, que intenta tirarse de un tercer piso, de un árbol, o de una torre... somos los</p>	<p>GC: “debemos trabajar en equipo, con el objetivo de disminuir los trastornos de la salud mental, creando conciencia en los líderes”.</p> <p>APC: “los casos se mandan a la ESE o en otras ocasiones a Neiva”.</p> <p>PP: “muchas veces no se hace seguimiento en intentos de suicidios por que las personas no</p>	<p>JLR: “se debe hacer no solo una ruta de atención si no de información”.</p> <p>AT: “es muy importante que aparezca en la ruta una aclaración que</p>	<p>AT: “en cuanto al personal de psicología hay dos psicólogos en el Huila que nos colaboran. Hacemos orientación. En Pitalito no</p>

<p>cia, hay una ley que no he socializado o aun en donde cualquier persona puede denunciar esta”.</p> <p>JC: Todos en algún momento tenemos que ver con la salud mental.</p>	<p>Bomberos quienes atendemos estos casos en primera medida... pues estas situaciones se convierten en trabajos de altura... y son los Bomberos los encargados y quienes están capacitados para hacer esos trabajos”.</p> <p>PP: “no podemos llamar una intervención a un caso por ejemplo en donde a un niño lo llevaron al hospital desnudo temblando, llamaron a policía de infancia y adolescencia pues los tres niños eran abusados, eso fue una demora, lo llevaron para la casa y ahí estaba el abusador, era el papa, no sirvió de nada...muchas veces no se hace seguimiento en intentos de suicidios por que las personas no vuelven por que las EPS se demoran en dar las citas”.</p> <p>JLR: “es necesario que cada institución defina como esta frente a la atención de salud mental. Todas las instituciones no están haciendo prevención esperan que las personas lleguen muertas para atenderlos”.</p> <p>PP: “tenemos un importante compromiso que tenemos como seres humanos en calidad de servir... la terapia psicológica solo se está haciendo para las embarazadas y ¿para los demás qué?”</p>	<p>vuelven por que las EPS se demoran en dar las citas”.</p> <p>MAP: “debe existir un enlace entre el psicólogo del PIC, y cualquiera de los profesionales que ya han hecho la intervención, haciendo un seguimiento posterior a los procesos. Los psicólogos del PIC deben hacer atención pre y colectiva, evitando la revictimización...Hay Dificultades en la remisión a psiquiatría (siempre es necesario el primer nivel) la línea vida que hace captación de los casos desde la E.S.E Municipal Manuel Castro Tovar”.</p> <p>AT: “internamente todos nos tenemos que reorganizar”.</p> <p>PP: “una de las situaciones es que a veces los médicos no piden apoyo del trabajador social es necesario que nosotros intervengamos en toda la familia”.</p> <p>ER: “solo intervenimos si hay defensor de familia para poder ingresar a la casa de la victima si esto se hace necesario, de lo contrario no lo podemos hacer”</p> <p>VS: menciona que “ojala sea efectivo lo de la red”.</p>	<p>diga que la fiscalía recibe denuncia es decir actúa en la parte penal para sancionar al agresor y comisaria de familia hacen restablecimiento”.</p> <p>JLR: “el médico general se encuadra en lo físico, capacitado no está”.</p> <p>JLR: “caso de Nelson piquiña, no teníamos donde enviarlo y no sabíamos que hacer”</p> <p>NAE: “las rutas podrían tener problemas pues tiene una puerta de entrada y podrían ser muchas ya sea el I.C.B.F, comisaria, etc. No se pueden imprimir varios afiches”!</p> <p>JLR: “no me importa que lo entienda la comunidad, sino las instituciones, la comunidad siempre va, pregunta y sugiere</p>	<p>contamos con atención inmediata. La defensa civil puede hacer el contacto”..</p> <p>JC: “parte de la salud mental es respetar la labor del médico”.</p> <p>PP: “uno no necesita ser profesional para ayudar a alguien, lo que se necesita es escuchar a la persona”.</p>
--	--	--	---	---

	<p>JC: “la capacidad instalada está muy limitada por ejemplo esta mañana un paciente psiquiátrico que levaba 4 días se desato, daño todo el atril, el baño, etc... considero que es necesario abrir una unidad mental... todos en algún momento tenemos que ver con la salud mental. Ante la ley 100 los médicos tenemos unos protocolos”.</p> <p>GC: “brindamos talleres de tipo educativo, haciendo promoción y prevención”.</p> <p>AT: “la atención psicológica es de urgencia, todo el que llegue a pedir ayuda debe ser atendido”.</p> <p>JLR: “la política cambia y no hay continuidad en los programas...el medico en la epicrisis de urgencias va a escribir lo que el considera o cree, no está capacitado”.</p> <p>AT: “nosotros prestamos los primeros auxilios psicológicos como rescatistas, no importa si la persona está sucia, si el socorrista muestra repudio la persona no se va a sentir bien...si se da el caso donde exista violencia intrafamiliar, es que me está pegando, le decimos que denuncie a la fiscalía.</p> <p>MB: “todo está muy claro, el código lo dice, la ley es clara”.</p>		<p>pero las instituciones no tienen capacidad de respuesta institucional, nos marca la normatividad, el desorden lo tenemos las instituciones no la comunidad”.</p>	
--	---	--	---	--

	<p>PP: “no hay esa comprensión del personal que hay en Urgencias, nosotras como trabajadoras hacemos intervención, visitamos paciente a paciente para atenderlos porque son muchos los usuarios y muchas de estas personas necesitan ser escuchadas...por ejemplo una paciente la entraron a reanimación, le hicieron monitoreo el médico dijo pero si no tiene nada, la entre al consultorio y me cuenta que el marido tenía una cantidad de problemas, el tipo empieza a pelear con la persona la mandaba a dormir al beneficiadero; se llamó a la hija y se tomaron las precauciones... muchos de los problemas que yo he identificado están relacionados con violencia y maltrato y uno como profesional debe ayudar a evitarlos...no se debe hacer solo lo del POS es necesario brindar una buena atención. En cuanto a la asistencia social recibo ropa que doy a las personas que lo necesitan”.</p> <p>“Por ejemplo llega una mujer a buscar ayuda a la comisaria, pero ella se miraba bien, fue a la policía y no le hicieron caso, luego el esposo la mato”.</p> <p>JLR: “solo hablamos y nos quedamos en tratamiento, pero que pasa con la promoción y la prevención. ¿Las IPS se están preparando para hacer promoción</p>			
--	--	--	--	--

	<p>y prevención?, no tenemos capacidad instalada por eso la población no está bien atendida...dentro de mi sensibilidad y atención puedo llegar a conversar, canalizar y orientar”.</p> <p>EF: “puedo orientar y canalizar, como servidora y funcionaria debo llevar la persona donde la persona que si lo debe atender, si el caso no me compete o no tengo conocimiento de cómo ayudar”.</p> <p>ICD: “se debe hacer acompañamiento, no es que lo llevo, lo dejo allá y listo”.</p> <p>GC: “en cuanto a nuestras competencias manejamos como proyecto temas como de vida, detección, autoesquemas, inteligencia emocional, afrontamiento de problemas, adaptación a la vida civil manejo del estrés, enfermedades de trasmisión sexual”.</p> <p>LEB: “es necesario tener en cuenta los casos que se denuncian por teléfono, también se les debe hacer seguimiento”.</p> <p>SP: “no hay psicóloga clínica, solo hacemos restitución de derechos”.</p> <p>DC: “es importante que los usuarios(as) pasen por el médico legal para la judicialización del caso” y también alude al oficio petitorio.</p>			
--	---	--	--	--

	<p>AT: “el ICBF debe también hacer restitución de derechos en psicología”.</p> <p>MAP: “sería importante y conveniente que no se pida permiso a las EPS para brindar una atención psicológica ya que es algo inmediato, solo se notifique desde la IPS a la EPS a través de cualquier canal de comunicación. Se debe decir a facturación y urgencias que deben recibir al paciente, convirtiendo la salud mental en una Urgencia. Lo que indica que la EPS debe cubrir estos gastos”.</p> <p>AT: “el código 906 en el cual se establece que no es conciliable la violencia intrafamiliar (violencia conyugal más específicamente)”.</p> <p>MB: “cuando existe evidencia física, se debe remitir y tomar evidencia fotográfica con la firma del paciente... fiscalía no recibe denuncias si no se lleva una medida de protección”.</p> <p>AT: “ellos deben recibir a los usuarios sin necesidad de llevar una medida de protección... tienen que recibir porque es un delito”. Entre sus competencias aclara que los mayores de 14 años los acogen.</p> <p>SP: “el I.C.B.F tiene convenio con la fundación FARO en el cual puede</p>			
--	---	--	--	--

	<p>acceder un menor, si este acepta el servicio de rehabilitación pero este es en Neiva. En casos de consumo de spa”.</p> <p>YKR: “el centro de escucha brinda un tratamiento ambulatorio”.</p> <p>JM: “no se puede dejar solo(a) al usuario(a). Existe la línea vida, y se hace seguimiento incluso a los casos notificados por teléfono pero sólo los que son intentos, ideación no”.</p> <p>JLR: “la capacidad de respuesta de las eps especialmente, no solo es institucional sino también comunitaria, escolar, laboral. Etc. ¿qué pasa con la comunidad? La educación es la respuesta”</p> <p>“los estándares de calidad son eficacia, eficiencia y efectividad”.</p> <p>“Por la falta de prevención se está llenando la sala de urgencias. La problemática de atención es muy grande. No hay capacidad instalada en las IPS y por eso no hay buena atención y las EPS no cuenta con servicios de psicología en el Municipio de Pitalito todo lo tiene en Neiva”.</p> <p>“muchas veces la problemática en cuanto al personal es el sistema de contratación laboral”.</p> <p>“Las eps no hacen plan de intervención al usuario pero deben hacerlo. Esto lo dice la ley. Decreto 1011...Las eps dicen</p>			
--	---	--	--	--

		<p>mi problema es de 2 y 3 nivel, allí es donde se gastan la plata y entonces el nivel 1 qué?”.</p> <p>“A urgencias están llegando cosas que son estrictamente de prevención”.</p> <p>“Un factor de riesgo tiene otro y otro hasta llegar a la base del problema. Es en la comunidad donde se debe trabajar. No existe estadística pero todo esta llegando a urgencias y urgencias es de II nivel. La realidad es donde nos ha metido este sistema neoliberal, la salud está en sentido de privatización, creando intermediarios como son las EPS con todo el poder de hacer lo que quieren, el ministerio manda plata a entes territoriales y estos contratan a las IPS, tratan de sobrevivir a través de una contratación y una facturación para brindar una red de servicios”.</p> <p>APC: “con respecto a salud mental no contamos con servicios de psicología dentro de la institución”.</p>			
A H O R A	<p>JLR: la ley y el sistema dicen algo, pero la realidad es otra.</p>	<p>ICE: “el seguimiento lo debe hacer el PIC desde que inicia hasta que el proceso finaliza”.</p> <p>JM: “cada semana recogemos los casos en la secretaria de salud”.</p> <p>MB: “nosotros receptionamos la denuncia con o sin evidencia física”.</p>	<p>OG: “en los casos de denuncia la institución que recepciona debe notificar a fiscalía y si ve que el caso se sale de las manos se debe decirle a otro profesional que le haga seguimiento”.</p> <p>AT: “trabajamos con los casos que llegan desde la E.S.E Manuel Castro Tovar brindando acompañamiento terapéutico”.</p>	<p>JLR: “no solamente es tener este flujograma, este tiene que ser dinámico, la idea es que se operativice, estas serían líneas gruesas de una ruta. Todo influye en la</p>	<p>NM: “es importante involucrar a los psicoorientadores en el proceso”.</p>

	<p>OG: “si la persona no denuncia de todas formas la EPS o la institución debe llevar un oficio para seguir con la investigación”.</p> <p>JLR: “es necesario crear una UPGD es decir una unidad primaria generadora de datos. Es necesario que las EPS hagan contratación con psicólogos de aquí de Pitalito y de tener un hogar de paso en el Municipio de Pitalito para los casos de consumo de sustancias psicoactivas”.</p> <p>“hay dos conceptos muy importantes como son: la búsqueda pasiva en donde el paciente me busca y la búsqueda activa en donde yo busco al paciente, es decir voy a la dirección o lo llamo”.</p> <p>“Saludcoop aún se encuentra estudiando la posibilidad de contratación de un psicólogo”.</p>	<p>OG: “es importante tener el teléfono del contacto, nosotros como agentes hacemos la identificación del caso y hacemos acompañamiento desde el inicio hacia el final, tal como se visualiza en la ruta”.</p>	<p>información...como función de la secretaria esta el manejar información y tener una gran responsabilidad con la salud”</p> <p>JLR: “la ruta debe ser dinámica, PIC debe retroalimentar todo el proceso de la ruta, no es lo vuelvo a ver cuando la persona viene, de resto no me preocupo por el paciente”</p> <p>MAP: “es importante hacer efectivas las rutas ya”.</p> <p>MB: “hace algunas aclaraciones sobre los tipos de violencia sexual y aporta ciertas correcciones que debe ser tenidas en cuenta para mejorar la ruta”.</p>	
--	--	--	---	--

Grupo Focal

	SALUD MENTAL	PROCESOS DE ATENCION	TRABAJO EN RED	INSTRUMENTO	PSICOLOGO
ANTES	<p>SP: “la salud mental siempre ha sido una prioridad para el I.C.B.F.”</p> <p>YKR: “desde la E.S.E. como todo hospital de primer nivel va detrás de todo lo que tiene que ver con salud pública, lo que tiene que ver con todos los eventos de P y P obviamente tratando de incluir ahí la salud mental... Todavía hay que desmitificar las violencias... las personas creen que es mejor dejarse pegar. Hay que concientizarlos, o sea las violencias son desatendidas”</p>	<p>SP: “todas las instituciones trabajamos, hacemos, pero yo pienso que la problemática es muy grande que se ha dejado de lado mucho, mucho, mucho la parte de prevención y promoción”</p> <p>EF: “cada uno en su sitio trata de hacer lo que mejor puede, pero de todas formas siempre hay falencias (pone un ejemplo): el fin de semana en la noche el parque estaba lleno de jovencitos consumiendo drogas, porque olía mucho a marihuana y yo decía donde está la policía”.</p> <p>YKR: “respecto a la capacidad de respuesta institucional antes desde la E.S.E. no era suficiente porque... era demasiada, la demanda y el recurso era muy poco para poder dar respuesta, pero la E.S.E se ha esforzado por dar respuesta a quienes requieren un servicio”.</p> <p>SP: “siempre se está en mejoramiento”.</p>	<p>YKR: “la responsabilidad de desmitificar la salud mental es de todos, dar la información clara es responsabilidad de nosotros como instituciones, por eso debemos hablar el mismo lenguaje”.</p> <p>JM: respecto a la atención expresa: “desafortunadamente esto es algo así como pasajero y lo que yo me he podido dar cuenta es que para las instituciones es fácil sacar gente les dicen eche para allá, eche para allá, eche para allá. No puedo generalizar pero creo que en la mayor parte es así”.</p> <p>YKR: “conocía vagamente la función de las otras instituciones o sea muy vagamente. Uno tenía el concepto que si es menor de edad, entonces I.C.B.F. si es violencia Comisaría. Pero no conocíamos las competencias de I.C.B.F. o Comisaría más allá...más o menos”.</p> <p>Respecto al aporte de otras instituciones y la comunicación entre las mismas manifiestan: SP: “comisaria, con los juzgados... como lo más general de ese aporte. Por escrito y telefónico”.</p> <p>YKR: “secretaria de salud, I.C.B.F y... comisaria”</p> <p>EF: “a medicina legal, secretaria de salud para notificar los casos Y de ahí preguntar cuál es la red”.</p> <p>JM: “ahí se le agrega a lo que dice de medicina legal...”</p> <p>YKR: “antes de la red era más tenaz... como es que medicina legal notificaba a secretaria entonces para tener acceso a esas notificaciones había que solicitarla por escrito”.</p>	<p>YKR: respecto al manejo de los casos dice “eso también depende de la formación . Yo a partir de tercer semestre vi clínica en los procesos de salud mental, y tengo una formación antecedente que me permite manejar los casos, pero obviamente con la experiencia a que uno va adquirien</p>	<p>JM: “todavía hay muchos mitos sobre el psicólogo”</p> <p>YKR: “ellos no van al psicólogo porque creen que no están locos”.</p> <p>SP: “si yo tengo una cita con psicología pero a la vez tengo una reunión con familias en acción, pues la persona prefiere ir a la reunión”.</p> <p>YKR: “bueno, lo que yo he sentido desde la E.S.E. se tiene muy claro lo que nosotros hacemos. Si un medico identifica una violencia: psicólogo, si un medico identifica intento: psicólogo Por la demanda del psicólogo, el concepto de la psicología tiene alguna aclaración. He</p>

<p>“Yo creo que la salud mental es tan esencial que dependiendo de ese bienestar o ese malestar en el que yo me envuelvo o en el que estoy, se va a ver reflejado en el ámbito laboral, en relaciones personales, familiares. La salud mental es el equilibrio... el equilibrio”.</p> <p>JM: “la salud mental es todo, si la salud mental no está bien nada está bien, que se aparenta pues pero...la salud mental es ese proceso, por decirlo, conjunto de nuestra vida”</p> <p>EF: “es que al individuo hay</p>	<p>JM: respecto al conocimiento de la misión, visión y demás expresa “de cierta manera ¿cierto? porque es que la ESE se preocupa mucho por la capacitación no por la Red, eso es algo... eso es como por decir algo es la misión de la E.S.E. para la capacitación y la formación del profesional, que todo el mundo la conozca”.</p> <p>YKR: respecto al conocimiento de la misión, visión y demás expresa “venia auditoria y que a cualquiera le pudieran preguntar”.</p> <p>EF: “todos los años hay capacitación y orientación porque hay que capacitar al usuario”.</p>	<p>Respecto a los servicios puntuales de las instituciones y su conocimiento manifiestan:</p> <p>SP: “eh... (se que ellos trabajan...pero la verdad no”</p> <p>EF: “al principio realmente yo estaba un poco escéptica y yo creo que lo manifesté, dije esto va a hacer como todas las redes que no se va a terminar...medicinal legal sí...”</p> <p>YKR: “más o menos”.</p> <p>JM: “digámoslo en general la protección a los menores (ICBF)... ¿sí? Que lógicamente ellos tienen que ver con la protección... eso es lo que ellos hacen... y con la comisaria de familia... pues que... era de protección la protección... que ello se encargan de eso y pare de contar”.</p> <p>EF: “yo sí porque... por lo que... la psicóloga de nosotros de acá... y además tengo varia gente conocida acá trabajando pues si conocía los servicios, de pronto de la fiscalía porque también tengo conocidos que trabajan allá”.</p> <p>Respecto a si tenían algún funcionario clave en las instituciones manifiestan:</p> <p>YKR: “sí, con comisaria teníamos”.</p> <p>JM: “con bienestar familiar y medicina legal”</p> <p>EF: “medicina legal...por que el doctor Tejada trabaja en Saludcoop, y con la secretaria de salud porque a todos los conozco”.</p>	<p>do uno va aprendiendo que hacer con este, o con el otro”.</p>	<p>sentido que es claro el concepto del psicólogo sobre todo en los demás”.</p> <p>SP: “pues allá siempre ha sido muy relevante el rol del equipo psicosocial. Porque nosotros tenemos que darle las herramientas a un Defensor de Familia para que se tomen decisiones o una medida como lo dice el manual”.</p> <p>EF: “en el caso de las E.P.S. es un proceso enseguida luego de que llega violencia y todo eso, y llega un intento de suicido, y todo lo que le compete a un psicólogo, el problema es que el psicólogo no esta contratado acá... o sea la gente por no ir allá para el proceso o va una sola vez y no vuelve. Sobre todo en</p>
---	---	--	--	--

<p>que verlo como proceso biopsicosocial, no es solamente su parte de enfermedad, sino su parte biológica, psicológica y social... biopsicosocial. ¿Antes? la mayoría de los funcionarios que atienden al usuario no tenían claridad sobre la salud mental”.</p> <p>JM: respecto al conocimiento y prioridad de la salud mental de los funcionarios que tienen un primer contacto con el usuario expreso: “no puedo generalizar tal desconocimiento pero en la mayoría se</p>		<p>SP: “básicamente con comisaria de familia los juzgados... la fiscalía aunque la mayoría de las veces... la mayoría de veces el contacto lo hace el defensor”.</p> <p>Antes que se hacia frente a un caso específico por ejemplo de salud mental?</p> <p>EF: “ingresaba a urgencias, el medico... ellos ya saben que tipo de muestras hacer, o toman las muestras y las envían a medicina legal, o hablaban con el doctor Tejada y directamente llevaban a la persona a medicina legal y allá les tomaban las muestras para que fueran mas confiables. Se notificaba a ICBF si era un menor de edad”.</p>	<p>las E.P.S. falta mucho”.</p> <p>JM: “falta más concientización”.</p>
---	--	---	---

	<p>podría decir que si existe”.</p> <p>SP: “pues realmente sería como muy atrevido decir que los funcionarios en su generalidad desconocen la salud mental porque siempre pienso que las instituciones hacen...”</p> <p>YKR: “en cuanto a la demanda se presentan muchos casos, sobre todo en la violencia intrafamiliar. Las violencias de tipo intrafamiliar”</p>				
D U R A N T E	<p>TC: “con la conformación de la red afloro el tema de salud mental, anteriormente no se</p>	<p>TC: “por lo menos uno que medio orienta, lo que pasa entonces es... la actitud del funcionario hacia el usuario para orientarlo y atenderlo de la mejor manera, porque créame que cuando un usuario se va</p>	<p>SP: “entonces yo sé que todas las instituciones son supremamente valiosas y sería atrevido de mi parte decir que no, yo pienso que todas hacemos un gran esfuerzo. Honestamente la problemática es muy grande”.</p> <p>Respecto a la necesidad de la conformación de la red manifiestan:</p>	<p>LEB: “hablo de esos dos eventos porque son los eventos</p>	<p>JRS: “yo iba a opinar lo mismo que la niña de Comfamiliar, todos tuvimos esa sensación de pronto de que ustedes iban a abandonar el proceso</p>

<p>mencionaba, no se miraba y resulta que el tema es tan importante que desde nuestro forma de atender el funcionario al usuario allí esta ya la salud, se esta generando un... tratarlo bien o tratarlo mal... yo he tenido experiencias en el sentido de que no mas con el hecho de escuchar la persona, de escuchar el problema, de dedicarle un tiempito... dan las gracias por escucharlas porque se desahogan y descargan sus problemas...”</p> <p>LEB: “al principio pensé</p>	<p>bien atendido se le ha quitado un poco de la carga del problema mental que tiene”</p> <p>ES: “nosotros como EPS en nuestro trabajo nos notificaban o nos encontramos muchísimos casos raros... porque en el trabajo de campo diariamente o semanalmente usted se está encontrando muchos casos”.</p> <p>MAP: “ahora si nos toca porque somos los indicados o las personas están en una situación crítica y así no seamos los indicados pero es que el primer auxilio más que independiente es llamar e informar y tratar de proteger a esa persona”.</p> <p>MAP: “siempre se ha dicho, y es que las instituciones que conforman o que conformamos la red cada día tengamos mas claridad... aunque yo les digo algo esto tiene que volverse parte de la política publica de los procesos que hayan asumido cada una de las empresas, cada proceso se vuelve una obligación si se estandariza, es decir si yo como</p>	<p>JRS: “bueno la primera impresión que tuve de ustedes fue la de es otro intento fallido... pues los otros intentos de conformar esta red le han fallado. Entonces uno tiene un poquito de desconfianza o de temor de que la participación de uno va a ser perdida. Pero ya en el transcurso uno se ha dado cuenta de que si se ha logrado avanzar en el proceso”.</p> <p>TC: “el primer obstáculo para hacer efectivo el trabajo en red es la voluntad política”.</p> <p>LEB: “con todo lo de salud mental porque no es fácil trabajar con instituciones y hacer red es muy complicado. Podemos y toca uno desde nuestra institución...que tengamos como la visión de llegar, tengamos clara la visión de una institución pero de una red como tal. Se que es un trabajo bastante difícil no solo con las instituciones sino en recolectar información, recolectar estadísticas. Desafortunadamente las instituciones hoy enviaban a una persona otro día enviaban a otra persona y no había alguien que se apersonara de este evento. Yo sabía que era algo bien complicado y la verdad yo dije “no van a aguantar porque sabía que el trabajo con instituciones era muy complicado, yo dije no, van a desistir y van a cambiar de tema”.</p> <p>MAP: “yo llegue a la parte final del proceso de ustedes, pero... tal vez este equivocado desde mi percepción, más que como secretario... por mi perfil porque el perfil mío más que hacer es gestionar, yo veía que en ese momento ustedes... el proceso previo que habían hecho seguramente muy bien por la parte que iban, pero yo si los veía como en el centro de un remolino. Yo creo que no estoy equivocado, sin embargo si estoy equivocado me gustaría que ustedes me dieran una respuesta. Por dos circunstancias: uno... teniendo toda una conceptualización y unas bases estadística y de un proceso bien hecho llegaron a un dique el cual ustedes no</p>	<p>que de pronto estaban como volando y que no se les estaba haciendo un seguimien to de pronto oportuno y quedaban ahí... de bueno esto a quien le correspon de ¿a comisaría, la ESE a quien? En ese sentido si me pareció muy oportuno porque estábamos precisame nte con esos casos</p>	<p>cosa que no sucedió porque la temática es tan difícil... pero en el transcurso nos hemos dado cuenta que están muy comprometidos, son los mas comprometidos con esto, de verdad y es muy bueno el proceso, es gratificante”.</p> <p>LEB: “dije... mi percepción fue “es algo bien complicado, pero de alguna forma me gusto porque como sabia que era un trabajo de grado tenían que iniciarlo y terminarlo y me pareció excelente que lo hayan iniciado y que hayan pensado en esa alternativa porque hubieran podido tomar otra.</p> <p>LEB pues la verdad me gusto mucho el compromiso que ustedes tienen con este evento ¿no?”.</p>
---	---	--	--	--

<p>no saben en que se están metiendo, porque salud mental siempre ha sido uno de los procesos o uno de los eventos de pronto mas complicados por todos los siete eventos que tiene es algo bastante complejo”.</p>	<p>personero, como secretaria de salud, como EPS, como fiscalía, tengo claro que cuando yo como persona incumplo los deberes como obrero de mi empresa o cualquiera de las situaciones, se lo que es lo que debo hacer... para que sepan que es estandarización les voy a poner el ejemplo que manifiesta Macdonals: una hamburguesa aquí en Colombia, en Estados Unidos, excepto las que hacen típicas que tienen nuevos ingredientes como las de México que les echan ají bueno chile que llaman ellos... la forma de hacer hamburguesas es la misma aquí, en Europa o en Estados Unidos, los ingredientes sino se les ha hecho un cambio, debe hacerse en la misma forma y en el mismo tiempo, entonces si la personería (señala al personero), la fiscalía, cada uno sabe que debe de hacer, le toca que brindar los primeros auxilios lo debe hacer en términos reales, el primer auxilio es transportar y generar una acción”.</p>	<p>podían cruzar y con la ayuda de profesionales muy buenos y de sus profesores y de ustedes mismos y de profesionales de la secretaria de salud, como el doctor James, y todo lo que ha hecho por colaborarles, eso no los veía que no iban a traspasar ese dique o a salir de ese remolino. Y otro elemento que a su vez...uno se da cuenta que tiene que intervenir, que tiene que intervenir, en cierto momento de forma dura y agresiva, que fue tal vez la que en su momento indispuso a algunas personas, pero que había que hacerlo. Por lo tanto me gusto que ustedes fueran aseguibles y que también de esa manera se ayudara a tomar decisiones y siguieran avanzando”.</p> <p>MAP: “y esta mañana lo hablábamos con el alcalde justo con el tema del cambio y voy a tomar de ejemplo el que el pone en las reuniones: cuando el rio crece y llega y se lleva una o dos casas... donde esta la casa que se llevo ahí pasó, pero en todo el trayecto del río se ven no mas las muestras sino hizo mayor daño. Pero cuando un chorro pequeño o una gota empieza, empieza, empieza, empieza y sigue generando o daño o algo bueno eso queda por mucho tiempo y esa persistencia es la que termina haciendo cosas muy positivas y espero que el resultado final de la aplicación de todo el proyecto, es decir de toda la red, sea la mejor forma de mostrarle a ustedes, a la universidad y a todos que todo este trabajo de verdad a valido la pena, valorando todo lo que ustedes ha hecho, todo el esfuerzo”.</p> <p>LEB “a mi algo que me llamo mucho la atención y que me pareció muy positivo, es que instituciones, cuáles de las instituciones se vincularan y que extendieran de manera... por decisión de la entidad o de la secretaria de salud que tenían que hacer ellos... hacerse cargo de las personas o las mismas EPS que no se vincularon al proceso...”</p>	<p>que... quien se hace responsable, cual es el acto a seguir con ellos. Eso si me pareció muy valioso”.</p> <p>ES: “muchas veces nos preguntaban bueno, mire que nos pasó tal cosa que puedo hacer o que no puedo hacer y obviamente nosotros, o por lo menos yo, no tenía el conocimiento de hacia</p>	<p>MAP: “que los detenía que era de parte de ustedes mismos: era el temor a decir palabras de verdad con más autoridad de parte de ustedes. No se atrevían hacerlo entonces no se lograba salir de ahí. Afortunadamente por esa formación, las ganas y el empeño que ustedes le vienen poniendo a toda esta creación de la red...me disgusto y se lo manifesté a ustedes en privado, en alguna forma, con el animo de innovar, y eso esta muy bien prueba de eso la invitación a la manera como que lo hicieron, tomaron decisiones no consultadas que fue enviar notas de la secretaria de salud en mi nombre en el formato de redescubrir y eso no lo vuelvan hacer. Uno cuando tiene el</p>
--	--	---	--	--

			<p>MAP: “siempre se ha dicho, y es que las instituciones que conforman o que conformamos la red cada día tengamos mas claridad... aunque yo les digo algo esto tiene que volverse parte de la política publica de los procesos que hayan asumido cada una de las empresas, cada proceso se vuelve una obligación si se estandariza, es decir si yo como personero, como secretaria de salud, como EPS, como fiscalía, tengo claro que cuando yo como persona incumplo los deberes como obrero de mi empresa o cualquiera de las situaciones, se lo que es lo que debo hacer... para que sepan que es estandarización les voy a poner el ejemplo que manifiesta Macdonals: una hamburguesa aquí en Colombia, en Estados Unidos, excepto las que hacen típicas que tienen nuevos ingredientes como las de México que les echan ají bueno chile que llaman ellos... la forma de hacer hamburguesas es la misma aquí, en Europa o en Estados Unidos, los ingredientes sino se les ha hecho un cambio, debe hacerse en la misma forma y en el mismo tiempo, entonces si la personería (señala al personero), la fiscalía, cada uno sabe que debe de hacer, le toca que brindar los primeros auxilios lo debe hacer en términos reales, el primer auxilio es transportar y generar una acción”.</p>	<p>dónde dirigirlo. Entonces como que contaba las cosas y uno mejor vaya a tal parte o en el hospital o en tal parte le dan razón, o vaya a la ESE pase con el médico o con el psicólogo, a ver como lo empiezan a llevar. ..yo pensé que iba a ser solamente , pues que como apenas vamos y luego sacamos eso...nun ca me</p>	<p>empuje y el empeño esos errores son necesarios... porque es lo que le muestran a uno que la persona de un paso más que el otro y eso esta bien, lo bueno es que se lo hagan saber no que los dejen ahí. Porque yo firme eso pero lo firme tan a disgusto que no vine a esa reunión, me predije en esa reunión pero no porque no quisiera ayudarlos, no. Sino que no había alcanzado a hablar con ustedes para decirles que tratar de formar algo oficial en algo que no es oficial no esta bien y son formas que hay que evitar. Pero eso demuestra que ustedes tienen empuje y tienen voluntad, y eso me gusta. Y creí en ustedes desde ese momento, no por esa circunstancia, sino por la forma en que ustedes trabajan, por</p>
--	--	--	---	--	---

				<p>imagine que fuera con tanta trascendencia, con tanta importancia, yo pensé que era solamente dar esa información y ya”.</p> <p>MAP: “pero que nosotros sepamos con claridad que debemos de hacer, que no debemos hacer, la forma en la que debemos de hacer... que eso se halla generado</p>	<p>que tienen dos elementos claves que son la persistencia... la persistencia, la persistencia y la creatividad que son claves para cualquier empleo. Cuando son muy creativos y muy persistentes los resultados se ven”.</p> <p>ES: “nos llamo mucho la atención porque al llegar ustedes con esa invitación con un chocolate, que los invitamos a tal encuentro, obviamente que uno como que se anima a ir al encuentro”.</p> <p>JRS: “uno que no es algo más de lo mismo, como algo más de lo laboral... dan más ganas de ir. Pero no la critica sino la recomendación para nosotros es que en la medida en que se este reuniendo en estos procesos por parte de</p>
--	--	--	--	---	---

				<p>o se este generando es muy importante”.</p> <p>ES: “cuando yo no podía ir, iba mi compañero, pero al otro día nos sentábamos y decíamos mire tratamos tales y casos y se manejan así vamos a seguir haciendo eso, no porque no le hubiéramos dado la importancia sino porque ahora le</p>	<p>los hacedores y creadores de esta red sería lo mejor que nos puede ocurrir, es decir, que desde la secretaria de salud y la ESE municipal hay alguna forma, algún gancho que serían ustedes los creadores... en mayo y en noviembre de cada año vamos hacer un seminario sobre inducción sobre todo lo logrado dentro de la red y los quehaceres de cada uno de los actores porque de lo contrario vamos a cometer errores, si uno no la suma como algo mecánico pero racionalizado, se le puede olvidar, puede ser más mecánico que racionalizado”.</p>
--	--	--	--	--	---

				<p>damos más importancia al proceso”.</p> <p>LEB: “en el sentido, hablo de los casos de dos eventos en particular el maltrato infantil y la violencia intrafamiliar esos casos estaban relativamente sueltos porque, a pesar de que la ESE tenía que hacerles los seguimientos esos casos</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>quedaban como ahí. Entonces me pareció muy valiosa la reunión y lo que se hizo en cuanto a capacitación y en cuanto a norma, porque nos basábamos era en la norma, pero así mismo también en el compromiso social que tiene cada institución y cada persona que recibe el caso. Y me pareció</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>muy oportuno hacer la aclaración hasta donde yo como institución puedo llegar y a quien se lo puedo remitir para que siga el proceso y no se quede como estancado ahí”.</p> <p>ES: “los encuentros estuvieron muy enriquecidos, ya que nos dieron más conocimientos sobre todos los</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>casos, hasta como los podíamos direcciona r, como podíamos encontrar un usuario, como direcciona rlo o como prestarle los primeros auxilios... o sea mas como la atención que se debe, que debemos y que no debemos debe hacer al usuario. Esa parte si me gusto yo creo que deberíam os</p>	
--	--	--	--	---	--

				continuar con eso, porque vamos a saber en sí como llegar al usuario”.	
A H O R A	<p>YKR: “para la E.S.E. es prioridad la salud mental, de hecho las contrataciones han aumentado”.</p> <p>EF: “yo pienso que ahora los funcionarios si tienen claridad lo de la salud mental”.</p> <p>YKR: “desde la ESE Manuel Castro Tovar se a asumido con mas responsabilidad el tema de la salud mental, tanto así que se ha aumentado</p>	<p>MAP: “avancemos y para los subprogramas del joven, de la embarazada, de los adultos mayores, y otros que mas adelante veremos los puedan incluir como parte de la promoción y la prevención la consulta psicológica. Miren por ejemplo no más un tema que son dos al mismo tiempo, el intento y el suicidio, cuantos de estos pelaos en la época de joven o del adulto joven tal vez se hubiera diagnosticado a tiempo y actuar a tiempo, si la psicóloga lo hubiera intervenido en el momento en que se hizo la consulta en el programa del joven... ¿Por qué? porque se van neamente a lo biológico y ustedes saben que la personalidad, como algunos tienden a decir, se forma en los primeros 5 años, que lo que aprendió ahí dura toda la vida y que ahora de</p>	<p>JM: “nosotros sí porque más que ir a la secretaria... por ejemplo en este momento mas que creer que para notificación que si va a la secretaria... nosotros estamos yendo halla (Medicina legal)directamente porque lo estamos haciendo... la gente que va haya... ya en el proceso como van y todo eso... ahorita ya se hace comunicación directamente con medicina legal ... porque cuando yo estaba en salud mental no.</p> <p>LEB: “pero de verdad me sorprendió que no hayan cambiado que hayan persistido porque es que esto, esto no es fácil. Pues de verdad que mas que sorprendida si me da como un logro de satisfacción porque para la secretaria y para algunas instituciones nos sirve mucho todo el trabajo que ustedes han hecho. Y ojalá que la misión que nos queda a nosotros es ponerla en practica... ojalá esto realmente se de ¿no? Se llegue a poner en práctica esa red, que siempre se habla de red pero nunca funciona como es”.</p> <p>TC: “desde la personería lo que se busca con el contacto con las demás entidades, lo que se busca es el mejorar ¿cierto? la atención al usuario, es de asesorar para que no se limite el funcionario a decir “es que eso no me corresponde vaya a otro lado”, entonces es cierto “no me corresponde” pero que me tome la molestia de averiguar para asesorarlo y orientarlo y para que ese usuario llegue realmente a donde tiene que</p>	<p>ES: “entonces por eso nosotros como que en eso si tuvimos esa ayuda pues porque ya con el rutero uno se da cuenta como que a donde hay que dirigir al usuario”.</p> <p>SP: “sobre el conocimie nto de la misión, visión y</p>	<p>TC: “esto no es un trabajo más de grado de la universidad y pare de contar. Entonces desde ahora es importante darle a conocer al congreso como una política social para que perdure a raves del tiempo”.</p> <p>EF: “realmente los felicito, los felicito de verdad porque esto es una combinación, como dice el doctor Marco Aurelio, de un esfuerzo, de una persistencia, de un trabajo en equipo organizado y por eso no solamente nos retroalimentaron, nos capacitaron y nos dieron sus</p>

<p>la contratación de profesionales que puedan llevar a cabo estos procesos. Además se ha generado el centro integral de escucha comunitario, que también de respuesta a la atención de la salud mental. Yo creo que en todos estos asuntos la ESE le ha dado la prioridad a una atención adecuada”.</p> <p>JRS: “ahora se ve con más importancia el tema de la salud mental y sea reforzada esa primera atención que hay que brindarle a las personas y todo</p>	<p>viejo no aprende, no tampoco, pero los 5 años son determinantes sin embargo de los 10 a los 20 años es cuando mas variaciones puede dar la personalidad de un individuo, igual puede hacerlo cuando sea adulto mayor, pero hablemos de la etapa mas critica por lo menos... que tal vez cada uno de nosotros hemos vivido y de donde se pueden tomar o unos caminos muy satisfactorios para uno mismo o al contrario que uno mismo se recrimine lo que es a los 20, a los 25, a los 30, a los 50 años. Entonces yo si considero que es bueno, a partir del ejercicio que hemos hecho, que podamos plantearle a un Hernán Andrade, a un Carlos Augusto, a un Gechen, a una Consuelo, a Carlos Ramiro a... cualquiera de ellos... que presentemos una propuesta para que la acción del psicólogo no quede solo como PIC o como cuando ya tiene el problema y se deja un hueco, PIC colectivo y la parte curativa, y sobre todo que queda en segundo nivel, aunque el primer nivel ya lo puede habilitar, pero queda el hueco de lo que estamos hablando</p>	<p>llegar y no tenga que pasar por todas las dependencias, entonces en ese ejercicio esta la personería”.</p> <p>SP: “haciendo nuevas rutas de asistencia ¿cierto? Protocolos que llegan de la sede nacional y tratando de vincular más cuando el ICBF es un articulador del sistema nacional de bienestar”.</p> <p>EF: “la ESE municipal puede colaborar perfectamente cuando hay una emergencia, sabe que de todas maneras el de pronto para contestar a la pregunta anterior en que ha cambiado pienso que se han implementado muchas cosas, siempre ha sido una prioridad lo que es salud mental pero inclusive ahora se implementó un programa para adolescentes... un programa amigable con los adolescentes para abordar esa población vulnerable. Bienestar, Medicina Legal...”</p> <p>YKR: “yo creo que el ejercicio de la red permitió que todas las instituciones nos conociéramos mutuamente ¿no?... nos conociéramos cuales eran las funciones u objetivos de unos y ya poder identificar, bueno para este caso a donde puedo dirigir Creo que ese ejercicio se logro gracias a este proceso”.</p> <p>Con que instituciones han logrado establecer comunicación eficaz para atender los casos de salud mental?</p> <p>JM: “comisaria de familia...”</p> <p>YKR: ICBF, comisaría de familia</p> <p>JM: “comisaria de familia y medicina legal...”</p> <p>YKR: “las EPS... creo que con algunas EPS se logró algo secretaría de salud”.</p>	<p>demás manifiesta pues de tener conocimientos los tiene. Pero lo que pasa es que como en mi institución es tan dinámico y cada nada sube una nueva modificación, un decreto, una cosa... uno de pronto no... por no ser uno abogado pues uno no vive como pendiente de eso. Pero el ejercicio</p>	<p>conocimientos sino que además hicieron gran trabajo y por eso los felicito”.</p> <p>ES: “pues nosotros pensábamos que como ustedes eran estudiantes solamente iban a presentar su trabajo en si y que iban a dejar de pronto que otra persona cogiera el rutero o siguiera con la misma táctica. Pero cuando ya los vimos a ustedes así... que ya se hubieran retirado de la universidad y siguieron en eso, con el compromiso”.</p> <p>TC: “el psicólogo es una persona tan importante, y aprovechando que aquí esta el doctor Marco Aurelio, en todos los estamentos administrativo y yo estaba pensando ahora que debería haber una ley como hay para la comisaria</p>
---	--	--	---	--

<p>el apoyo que se les pueda dar”.</p> <p>SP: “yo decía en el encuentro pasado que es importante que también todos los que trabajamos en salud mental cuidemos nuestra salud mental y que una de las formas es precisamente que lo hagamos con redes... de deportes, en la parte espiritual, vida social, miles de cosas porque tenemos que cuidar nuestra salud mental... porque en un palo de naranjas no se pueden dar mangos”.</p>	<p>promoción y prevención, y es que PIC no puede realizar acciones individuales o no debe, lo pueden hacer pero camuflada y en términos de lo que paga una EPS no me deja, y en términos de lo que paga el municipio por la 425 del PIC tampoco puede. Se pude camuflándolas en medio de las actividades colectivas”</p> <p>JM: “si, se han mejorado los procesos de atención, no harto pero si”.</p>	<p>Entrevistador: ¿A partir de toda la experiencia han pensado ustedes o se les ha generado la inquietud de crear otro tipo de redes en otros campos de acción?</p> <p>JM: “yo soy sincera... a nivel personal yo no estoy de acuerdo con tantas redes porque al igual son las mismas instituciones que de alguna forma en salud están involucradas, las mismas instituciones que están en salud mental son las que utilizamos para otros eventos...entonces yo si partiría de una sola red donde se delegue al personal que este a cargo de cada evento. Es que tanta red eso no funciona, porque es que hoy es la red de salud mental, mañana es la de salud sexual, mañana es otra, y eso desgasta, hay muchas vueltas para una sola cosa. Yo la verdad, a mi me parece, yo le decía al doctor que esta misma red es para conformar un solo comité de salud mental, que no sea un comité de drogas un comité de suicidio, un comité... esta bien no lo exigen, de alguna forma no lo exige el departamento, no lo exigen por decretos que tenemos que cobijar eso, pero nosotros también podemos justificar que tenemos una sola red y manejamos ahí todos los eventos. yo diría que más que conformar otra red es la de dar informar de la red a otras instituciones, por ejemplo hemos encontrado situaciones que no están claras, por ejemplo con las instituciones educativas ellas están pidiendo y yo dije “bueno pues esperar el ejercicio de la red”, y esto queda aquí como un a pregunta, porque necesitamos con las instituciones darles la información exacta para ellas conozcan, porque ellos tiene una ruta de atención de hace mucho tiempo atrás y que la están haciendo de una manera diferente... eso lo que esta pasando... yo pienso que es como dar a conocer ¿cierto? Es como decir a la gente de las otras instituciones, convocarlos para decirles como es el proceso para manejar una misma información”.</p>	<p>permitió a nivel de equipo una revisión cuidadosa y actualizar me más”.</p> <p>JM: “las respuestas están dadas... el proceso ha sido muy positivo ... ha sido la oportunidad para conocerlos y mejorar los procesos y las rutas de atención”.</p> <p>EF: le da a uno más claridad en cuanto</p>	<p>de familia de tener un equipo interdisciplinario, un psicólogo, una trabajadora social... ojala todas las dependencias tuvieran psicólogo de planta o contratado precisamente a las personas que atendemos público nos ayudaran a tratar este tema de la salud mental. A la personería puede llegar una persona, como decía la doctora con ideación suicida y uno no sabe bien de eso y resulta que no la atendemos bien se fue y se suicidó porque no hubo quien detectara esa falencia de esa persona. Por ejemplo en la personería no nos compete tener un psicólogo pero al saber que atendemos público desde cualquier competencia debería haber psicólogo. A mí si me gustaría que</p>
--	---	--	--	---

			<p>TC: “yo estoy de acuerdo con la doctora, porque parte de lo que ahora hace falta es fortalecer la red de la mejor manera posible, porque de verdad que trabajar en equipo es algo muy satisfactorio y se miran los resultados y además todo va a redundar en beneficio del usuario, mejorar problemas... problemáticas en salud mental. Es decir, para mi sería fundamental que esta red, que esta red se fortaleciera lo más que se pudiera y ojalá todas las instituciones nos empoderáramos de este trabajo y obviamente que lo replicaran todos los días por el bien del publico que atendemos. Yo lo que digo es que ojalá... ustedes realizaron un trabajo muy importante, pero que ojala hayan decisiones o... que todas las instituciones nos tomemos esto como un código para que de ahora en adelante trabajemos de lado de las otras instituciones y no se dejen de lado esos esfuerzos que se tome la red como propia y trabajemos en torno a la salud mental”.</p> <p>MAP: “la experiencia nos enseña que habrá necesidad de formar red donde sea necesario... en el pasado se hizo parece que ahora se quiere retomar... las actividades que está desarrollando en los últimos tiempos... y es que hay que construir, en el caso de la salud, redes que sean propias de cada una de las veredas, de cada uno de los barrios, y en este momento lo llamamos unidades de tamizaje en salud. Este tipo de unidad o esas personas dentro de la comunidad pueda que tengan una función específica en la junta de acción comunal o en el organismo accionar representativa puede ser el comité pro-vivienda, a veces son las amas de casa, el que tenga mayor legitimidad y representatividad dentro de la comunidad...una persona que tiene todo el perfil... una persona que salga en representación de ese barrio o de esa comuna o de esa área geográfica para que conformando redes en salud, ellas puedan manejar diferentes temas empezando, así como hicieron ustedes aquí en las capacitaciones, en</p>	<p>a que se debe hacer... cuando llegaba un paciente uno sabía que había que tenía que notificar, que tenía que ir a medicina legal pero habían procesos que se quedaban como espere haber, ahora hay un concepto claro de lo que se debe hacer con las personas y todo eso, sobretodo en cuanto al trabajo</p>	<p>hubiera una I que obligara a tener su psicólogo de cabecera para atender de forma más integral a la población”.</p> <p>EF: “yo pienso que es la psicología es muy importante porque nosotros somos integrales, biopsicosociales y en cualquier momento de nuestra vida nosotros también necesitamos que alguien nos escuche desde otra perspectiva no solo como el medico, entonces pienso que es una profesión muy valiosa y tan importante porque es como la parte integral del individuo como tal, porque no solamente somos la enfermedad o la parte biológica sino también la parte psicológica y social por eso el individuo se debe ver integral”.</p>
--	--	--	---	---	--

			<p>primeros auxilios por lo menos una persona que sepa que hacer con una cortada, una quemadura, poner una inyección, muchas veces se van de una vereda a otra buscando una persona que les ponga una inyección cuando es algo tan elemental y lo digo yo porque ya lo hemos hecho en varios municipios inclusive aquí en el mismo Pitalito, y es enseñar a aplicar una inyección, lo importante es saber, tener la intención y en una sola tarde se puede aprender aplicar una inyección, bueno, pero volvamos al caso, esta red unida a una red de comunidades organizadas puedan servir, que esas personas cuando se enteren, cuando sepan de cualquier evento en salud mental, que desde luego la persona se capacitó en estos temas pueda informar a la red de salud mental o sobre casos que sean médicos pueda actuar e informar a las promotoras o en este caso a la secretaria de salud municipal para que se hagan las acciones respectivas. No es crear redes y redes sino mirar cuales son las necesarias y cuales son las que se afianzan unas con otras y a la hora de la verdad termina conformando una sola red que es la sociedad”.</p> <p>SP: “a nivel personal pienso que sirvió mucho el encuentro de los primeros auxilios psicológicos porque fue un espacio que a mí me ayudo a cambiar de ambiente, fue una dinámica muy rica en todos los aspectos fue muy enriquecedora entonces lo saca a uno poquito de esa rutina de estar uno todos los días rodeado de las cosas negativas, negativas que uno recibe todo el tiempo. Entonces ese encuentro me gusto mucho y me ayudo a recordar aspectos que uno dentro de la dinámica de cualquier institución pues como que pierde el horizonte. Ese ejercicio me gustó mucho”.</p> <p>JM: “yo creo que esto es un proceso muy valioso que vale la pena o que de alguna y otra manera en la parte familiar se</p>	<p>que ustedes hicieron como equipo...”</p> <p>JM: “organizar, informar y educar a la comunidad en general... por ejemplo educación con los psico-orientadores están locos en algunas cuestiones, porque si el no sabe como actuar ¿si?... para curarse en salud ellos están</p>	<p>TC: “escuchando a la doctora yo considero que antes de entrar al medico debería estar hablando primero con el psicólogo o la psicóloga para detectarle algunas falencias o problemáticas que tenga y desde ahí se pueda empezar a plantear la solución... pues se dice además que muchas enfermedades tienen su origen en la mente”.</p> <p>JM: “era lo que decía el psiquiatra cuando vino a dar la capacitación, que desafortunadamente no hubo una buena participación de la localidad, y era la invitación que el hacia a los orientadores de los colegios “hagamos a partir de” dijo él textualmente “de 10° y 11° tamizajes en</p>
--	--	--	---	--	---

			<p>esta aplicando porque es como la forma en que también uno vive, interactúa con los demás... yo pienso que este proceso es valioso en todas las áreas de nosotros como personas, como profesionales como parte de una comunidad... realmente es el trabajo que se debe hacer”.</p> <p>MAP: “es muy importante porque nos ha hecho reflexionar sobre los recursos... es importante que desde la actividad de nosotros, en lo público y en lo privado, pongamos al día a los amigos que de alguna u otra manera ocupan espacios de decisión legislativa como los representantes y los senadores para que ya que se dio un paso en incluir cada patología, en el campo de la psicología, que les puedan dar 30 sesiones de terapia”.</p>	<p>haciendo cosas que lo están complicando, un ejemplo rapidito hay un intento de suicidio y era lo que yo les decía a ustedes, una cosa es la ideación suicida con un plan suicida otra cosa es un intento de suicidio y eso no quedo claro, o mejor perdón eso no lo tienen claro ellos entonces notifican a</p>	<p>salud mental para identificar esos procesos y evitar alguna situación después... ahí de alguna manera estamos nosotros haciendo esa parte de prevención entonces creo que somos muy importantes aunque se comentan errores, porque se están cometiendo, pero hay algo muy especial en el proceso que yo vengo haciendo en el ejercicio de mi profesión y es que tenemos unos mitos, la gente tiene muchos mitos, y en el proceso que estamos haciendo en los colegios con docentes, alumnos, papás nosotros les decimos cuando usted tiene dolor de cabeza o una diarrea ¿para donde se va? Derechito al médico ¿verdad? Pero si esta triste ¿para donde se va? Se encierra ¿Dónde debería ir?</p>
--	--	--	---	--	---

				<p>la secretaria de salud, notifican a la ESE, notifican ... y están notificand o un caso que prácticam ente se ha complicad o. Que hemos encontrad o nosotros en este momento que hay muchos eventos he... intentos de suicidio que no son intentos de suicidio porque es una ideación. Nosotros</p>	<p>Buscar a una persona que le ayude a un profesional. Eso es lo que les estamos diciendo para evitar los eventos, para identificarlos. Entonces la gente ya se esta acercando al psicólogo como un amigo, un orientador y no como el cura locos que es la idea que tiene la gente yo no estoy loco entonces para que ir al psicólogo. Entonces la profesión se vuelve útil para los demás así como dice el señor personero pues como no es tan importante entonces para que el psicólogo...ahora como que la salud ocupación es mas importante en las empresas pero son dos procesos de la mano”.</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>necesitam os informarl es a ellos darle a conocer las rutas, que sepan como lo van hacer. Por ejemplo esta semana se presento un caso y la orientador a, y es a uno de los casos que le estamos haciendo seguimien to, un caso de intento que había sido notificado al hospital y a nosotros o sea un caso</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>notificado dos veces... ahora lo urgente es darlo a conocer a las otras institucio nes en este caso las institucio nes educativa s, orientador es, rectores, coordinad ores porque son las que en este momento están... actuando mal...”</p> <p>TC: “llevarlo a las administr</p>	
--	--	--	--	--	--

				aciones municipal es para que se convierta en una política pública para que el proyecto, es decir, para que con el cambio de administr ación, o el cambio de gerente, del personero o el cambio del funcionari o se vaya el programa sino que continúe como una función mas, digámoslo así, de	
--	--	--	--	--	--

				<p>cada funcionari o y del gerente para que sea constituid o y llevado a política publica en todo el escenario de la administr ación municipal o de todo el municipio ”.</p> <p>SP: “el manual es muy bueno”.</p> <p>JM: “si muy bueno”.</p> <p>EF: “yo no lo he revisado</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>todo, una parte, pero si esta muy completo, abarca todos eventos, que se debe hacer con cada caso. Orienta a cualquier persona que no tenga conocimiento del tema y la orienta inmediatamente abre y empieza a buscar lo que necesite”.</p> <p>TC: “¿ese material se va a llevar a una cartilla?”</p>	
--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Proceso de cotejo de las comprensiones

Visitas

	SALUD MENTAL	PROCESOS DE ATENCION	TRABAJO EN RED	INSTRUMENTO	PSICOLOGO
A N T E S	<p>El hermetismo del batallón se manifiesta en el desconocimiento de los procesos de atención de salud mental en población no militar.</p> <p>La salud mental es visualizada como un proceso administrativo y psiquiátrico.</p>	<p>La mayoría de casos en salud mental son atendidos siempre y cuando se consideren como urgencia.</p> <p>En el sector justicia la distribución de los servicios de defensa para agresores y agredidos no es equitativa.</p> <p>En las EPS la mayoría de sus servicios en salud mental se prestan por fuera del municipio aquí es donde los funcionarios se manifiestan como limitados en su accionar.</p> <p>Los procesos de atención desde las eps se limitan a tramites administrativos además hay un desconocimiento de la normatividad legal y falta concientización frente a la importancia de la salud mental, en especial en aquellos funcionarios encargados de autorizar los servicios.</p> <p>El batallón funciona con independencia del sistema de salud pues manejan un régimen especial. Pero como en la mayoría de las instituciones muchos de los servicios en salud mental se prestan por fuera del Municipio a pesar de que se reconoce que la población cada vez es más vulnerable.</p>	<p>Algunas instituciones tienen conocimiento de las funciones de otras instituciones gracias al proceso de canalización que realizan.</p> <p>En general, hay desconocimiento de las funciones, competencias y servicios que prestan otras instituciones en la atención de los diferentes fenómenos de salud mental.</p> <p>Entre las instituciones de las cuales se tiene mayor conocimiento para el trabajo en red son la ESE Municipal Manuel Castro Tovar, Secretaria de Salud e ICBF y medicina legal.</p> <p>Algunas eps cuentan con red de usuarios.</p>	<p>Hay un desconocimiento general frente a las rutas de atención en salud mental que dificultan los procesos de atención - canalización y se le suma a esto la ausencia de claridad en la normatividad y su aplicación.</p>	<p>Desde la secretaria de educación se percibe una ausencia en el trabajo en red por parte de los psicólogos que ejercen un como docentes con función orientadora.</p> <p>No hay una diferenciación en algunas instituciones sobre el rol del psiquiatra y el del psicólogo y que en algunos casos es importante el abordaje interdisciplinar.</p> <p>Se tiene la comprensión que quien debe realizar los procesos de tratamiento es el</p>

<p>Para el sector justicia y protección Se enmarca la salud mental como una problemática de gran magnitud.</p> <p>En general para las eps la salud mental no es una problemática de gran magnitud al no existir muchos casos notificados, aunque se reconoce que la problemática existe. Para el sector educación la salud mental es abordada</p>	<p>La norma sustenta claramente la atención en salud mental. Entre las normas que más se mencionan esta la ley 1257.</p> <p>Para sanitas la promoción y prevención se limita a deberes y derechos de los usuarios.</p> <p>Desde el sector educación no hay una responsabilidad clara frente a la promoción y prevención de los fenómenos de salud mental.</p> <p>Para algunos funcionarios el usuario no se responsabiliza por el cuidado y recuperación de su salud mental y en otras ocasiones los usuarios no comentan sus problemáticas en salud mental.</p> <p>Bomberos se considera sin competencia en la atención de los fenómenos de salud mental.</p> <p>Falta capacitación para desarrollar competencias en los funcionarios que atienden los fenómenos de salud mental.</p> <p>Se considera que los profesionales en medicina no diligencian las fichas para notificar los fenómenos de salud mental.</p> <p>La defensa civil no cuenta con los recursos suficientes para prestar servicios de atención en salud mental solo primeros auxilios médicos, aunque si realizan detección (en la comunidad y entre los misma organización) y campañas de promoción y prevención.</p> <p>La comunidad recurre a los organismos de socorro para el reporte de casos identificados. Sus servicios son gratuitos y para toda la comunidad.</p>	<p>Aun cuando las eps cumplen la misma función en el Municipio, entre ellas no se conocen y por lo tanto no articulan su trabajo.</p> <p>El batallón aunque independiente por ser régimen especial reconoce la necesidad y pertinencia del trabajo en red.</p> <p>Para caprecom es muy necesario el trabajo en red.</p> <p>El trabajo en red es percibido por las eps como una actividad de colaboración y acompañamiento a las actividades de otras instituciones.</p> <p>Aunque las eps contratan su propia red de servicios ello no significa que se pueda interpretar como trabajo en red.</p> <p>Algunas instituciones gracias a su vocación de servicio y al conocimiento que tienen de las funciones y servicios que prestan algunas instituciones realizan un proceso de orientación que aún no podría considerarse como un trabajo en red.</p>	<p>profesional en psicología con especialidad clínica, producto de eso hay una diferenciación clara entre psicología clínica y social.</p> <p>Para el sistema de salud, quien determina la intervención del psicólogo es el médico.</p> <p>El rol del psicólogo se ve como fundamental en las instituciones de régimen especial.</p> <p>Se reconoce la necesidad del rol de psicólogo por la alta prevalencia de casos.</p> <p>Aun las eps privadas no cuentan con el servicio de psicología dentro de la institución en el Municipio.</p> <p>Saludcoop lleva dos años estudiando la</p>
---	--	---	--

<p>como proyecto transversal. (Educación sexual y construcción de ciudadanía, consumo de sustancias psicoactivas y estilos de vida saludable).</p> <p>Para las instituciones, la comunidad en general aún mantienen una comprensión errada de la salud mental. (especialmente en casos de abuso sexual e intento de suicidio).</p>	<p>La autonomía de las eps con sede en el Municipio se limita por las decisiones que se toman a nivel regional.</p> <p>Los únicos servicios que se contratan desde las eps en el municipio son los de primer nivel ofrecido por la Ese Municipal y la Ese Departamental en segundo nivel. Algunas eps dentro de sus servicios exponen actividades como seguimiento, visita domiciliaria y remisión a psicología.</p> <p>Para la mayoría de las eps, la vinculación a las actividades lideradas por la Secretaria de salud u otras instituciones se asumen como colaboraciones o acompañamientos y no como responsabilidad.</p> <p>En algunas eps los funcionarios tienen un gran desconocimiento de los procesos de salud mental, sin embargo, otros reportan con claridad cuales son los procesos pero en la operatividad continúan existiendo barreras para acceder a los mismos.</p> <p>A pesar de que el batallón tiene un régimen especial de atención en salud, evidencia que sus recursos no son suficientes para cubrir integralmente los fenómenos de salud mental en su población.</p> <p>Desde el sector protección se cuenta con un equipo interdisciplinar que incluye un profesional en psicología, quien hace el acompañamiento al proceso de restitución de derechos. También activan (canalizan) el sector salud para que el usuario acceda al tratamiento y rehabilitación y el sector justicia para la judicialización de delitos. La promoción y prevención está inmersa indirectamente en el desarrollo de sus estrategias y programas.</p>	<p>Desde algunas instituciones se reconoce la labor desarrollada por el Shadai como un hogar de paso y no como un espacio para el tratamiento y rehabilitación de los consumidores pero a pesar de esta distinción con ellos y al igual que con alcohólicos anónimos no hay trabajo en red.</p> <p>El ICBF como coordinador del sistema de bienestar familiar es el encargado y responsable de activar la red de servicios que tienen que ver con el restablecimiento de derechos (salud, educación, justicia, etc.) sin embargo la activación no es sinónimo de trabajo en red.</p> <p>La red es percibida como una alternativa para hacer frente a la problemática de salud mental.</p> <p>Algunas instituciones han conformado grupos de trabajo comunitario intentando vincularlo a otros servicios.</p> <p>Algunas instituciones evidencia la demora en la notificación y canalización de los casos a falta de un trabajo en red.</p>	<p>posibilidad de contratar al psicólogo.</p> <p>Existe en algunos funcionarios la comprensión del rol del psicólogo como orientador desde la cientificidad.</p> <p>Para la comunidad indígena, antes de remitir a psicología los usuarios acceden a servicios orientados desde la tradición cultural propia.</p> <p>En algunas eps, los jefes de enfermería están asumiendo algunos roles que son propios del psicólogo.</p>
--	--	--	---

<p>La salud mental se comprende como parte de una salud integral (JC). Asumiendo su atención desde la vía legal, médica y psicológica (AT).</p> <p>Para el hospital los servicios en salud mental son muy recientes y aún no cuentan con una buena estructura organizativa.</p> <p>La lectura de las instituciones en general miran que</p>	<p>En el sector justicia se ha diferenciado una atención especial, una corresponde a los casos en los cuales el victimario es menor de edad y otra donde el victimario es mayor de edad.</p> <p>La promoción y prevención para el sector justicia está incluida dentro de la atención.</p> <p>En las ips donde se cuenta con los profesionales vinculados a la atención de salud mental los recursos en infraestructura no son suficientes.</p> <p>Otro profesional que tiene injerencia en la atención de la salud mental es el trabajador social, profesión que aun permanece invisibilizada en este campo de acción.</p> <p>La trabajadora social del hospital reconoce y se sensibiliza ante los procesos psicosociales y movida por ello ofrece atención a aquellos usuarios que logra identificar en hospitalización o solicitan una ayuda aún sin remisión médica. Esta misma voluntad de servicio y compromiso social es manifestada por la fiscal y psicóloga de la fiscalía unidad 30, la cual se evidencia en la atención a los casos que aun no son de su competencia.</p> <p>En las instituciones se tiene claridad que la promoción y prevención está a cargo del Primer nivel (Ese Manuel Castro Tovar). Y el tratamiento y rehabilitación del segundo nivel (Hospital Departamental).</p> <p>Algunas eps tienen contratado el servicio de psicología con el hospital, ips que solamente cuenta con un solo profesional en esta área por eso sólo se realiza de dos a tres sesiones con cada usuario,</p>	<p>Para algunas instituciones se percibe el trabajo en red como una actividad de remisión y direccionamiento.</p> <p>Una de las ventajas que se percibe del trabajo en red es evitar que los usuarios transiten de institución en institución sin encontrar una atención oportuna y eficaz a su situación.</p> <p>Hay renuencia por parte de la gran mayoría de los funcionarios por el intento de conformar una red operativa institucional debido a fracasos en otros intentos.</p> <p>Otros beneficios que se perciben de conformar la red es que las instituciones hablen el mismo lenguaje y se fortalezca la corresponsabilidad.</p> <p>El ICBF manifiesta que para que sea viable la conformación de la red, ésta debe ser parte del Consejo de política Social, entendida como una mesa técnica del mismo.</p> <p>Una de las dificultades que se consideran en el trabajo en red</p>		
---	--	--	--	--

<p>en el sector justicia hay más prioridad para el victimario que para la víctima.</p> <p>La salud mental aún no se comprende en su complejidad desde actores que facilitan los procesos y que tienen poder de decisión.</p> <p>La salud mental aún esta enmarcada en una comprensión de enfermedad .</p> <p>La salud mental aún</p>	<p>En el Municipio de Pitalito, el hospital es la única IPS que tiene servicio de psicología.</p> <p>Aun cuando se encontró que las personas que se identifican como competentes en el tema de la salud mental desde cada eps tienen diferentes denominaciones (Atención al usuario, gestora de vida sana, promotora de salud, orientadora saludable, auxiliar integral, gestora del riesgo en salud, secretaria, manejo integral y agente municipal) ejercen las mismas tareas y en general ninguno evidencia suficiente conocimiento acerca del tema.</p> <p>En la IPS Hospital Departamental, la contratación del psicólogo es tan reciente que aun no hay manual de funciones lo que acrecienta el desconocimiento de las funciones del psicólogo en los demás profesionales.</p> <p>La lectura que hace el ICBF es que la comunidad suele llevar todos los casos de salud mental a esta institución, cuando su competencia es únicamente el restablecimiento de derecho.</p> <p>En la policía difícilmente se realizan procesos interventivos con permanencia en el tiempo porque es muy susceptible a cambios permanentes en el personal.</p> <p>La actitud de la mayoría de los funcionarios se muestra a la ofensiva respecto al cumplimiento de acuerdo a la ley de sus respectivas funciones permanece la comprensión de que las otras (y no la mía) actúa de manera negligente.</p> <p>Aun cuando las instituciones no cumplen cabalmente con la responsabilidad que legalmente se les ha asignado, se evidencia en cambio un conocimiento pertinente sobre aquello que no les corresponde desde la misma legalidad.</p>	<p>es que con el sector salud es difícil la articulación.</p>		
--	---	---	--	--

	<p>no se enmarca en el mismo grado de prioridad que la salud física, al médico (como puerta de entrada al sistema de salud) solo le interesa atender lo biológico.</p> <p>En salud mental no existe un diagnóstico completo.</p>	<p>Por experiencia propia el profesional de justicia visibiliza la inequidad existente en las instituciones en el trato con los usuarios y la agilización de los procesos, el cual parece depender de su condición social, económica, educativa o política.</p>			
--	--	---	--	--	--

Encuentros

	SALUD MENTAL	PROCESOS DE ATENCION	TRABAJO EN RED	INSTRUMENTO	PSICOLOGO
ANTES	<p>La salud mental es un derecho y por lo tanto se convierte en una obligación para las instituciones.</p> <p>Hay un reconocimiento acerca de que nadie es inmune a vivir uno o varios o fenómenos de salud mental.</p> <p>Para el funcionario o de la defensa civil dentro de los fenómenos de salud</p>	<p>En los fenómenos de intento de suicidio y consumo de sustancias bomberos tiene unas funciones específicas enmarcadas en primeros auxilios médicos, identificación, reporte de casos, trabajo en altura y traslado extrahospitalaria</p> <p>Los funcionarios tienen claro que los usuarios visualizan a las instituciones como posibles alternativas para encontrar soluciones a sus problemáticas, pero la ausencia de una responsabilidad social por el servicio impide su acercamiento y credibilidad por parte de los usuarios, por ello la atención debe enmarcarse desde un compromiso moral y legal.</p> <p>Hay una concepción en los procesos de atención y es que éste se agiliza cuando hay un intermediario con una influencia social, política o económica.</p> <p>En algunas instituciones los procesos de atención se ven limitados por la no estabilidad laboral de los funcionarios.</p> <p>En muchas instituciones, los funcionarios que tienen un primer contacto con el usuario no han desarrollado habilidades que humanicen el proceso de atención, sumado a esto se tiende a discriminar en la calidad de atención por la condición social o económica del usuario.</p>	<p>La red se visibilizó como un espacio que debía estar integrado por funcionarios con capacidad de decisión, además en la que se puedan integrar recursos para las actividades de promoción y prevención y como un espacio de capacitación.</p> <p>El trabajo en red se comprende desde el compromiso y la responsabilidad social.</p> <p>El trabajo en red trae como beneficio el poder direccionar y orientar al usuario claramente.</p> <p>Aun sigue persistiendo la idea de que la red se convierta en una serie de reuniones sin lograrse cambios concretos.</p> <p>Es necesario que las personas que asisten a la red sean constantes en su participación.</p> <p>Desde el Consejo de Política social también se reconocen las responsabilidades que las instituciones tienen con los</p>	<p>Las rutas de atención se perciben como necesarias entre otras razones para dar cumplimiento a la ley y para no desorientar al usuario.</p> <p>Es una necesidad sentida la capacitación en rutas de atención y primeros auxilios psicológicos.</p> <p>El sector educativo desconoce los protocolos de atención en salud mental.</p>	<p>El psicólogo o se reconoce como un líder comprometido con los procesos que redundan en el beneficio de la comunidad.</p> <p>Es necesario o que el rol del psicólogo se especifique dentro de la planta del personal</p>

	mental también se relacionan la prostitución, el analfabetismo y todo aquello que tiene que ver con el servicio humanitario.		<p>procesos de atención en salud mental.</p> <p>El batallón se considera como el mayor beneficiario del trabajo en red para aprovechar los recursos que están por fuera de su hermetismo.</p> <p>Los medios de comunicación se consideran como importantes aliados en la difusión del trabajo en red.</p> <p>Aun los veedores en salud desconfían de un trabajo en red efectivo.</p>		El rol del psicólogo en el sector educativo se enmarca dentro de la asesoría y no en tratamiento terapéutico.
<p>D U R A N T E</p>	<p>Se justifica El fenómeno de la violencia familiar y contra la mujer por un estado de dependencia (económica y emocional).</p>	<p>La red empieza a convertirse en un espacio propicio para que las instituciones expongan sus competencias y delimiten funciones con relación a otras instituciones para organizar los procesos de atención.</p> <p>El servicio se visualiza desde las instituciones como una habilidad del ser humano que mejora las condiciones de vida.</p> <p>Una de las dificultades que se identifican en el proceso de atención es la inasistencia del usuario al proceso por la demora de las eps en la autorización de los servicios.</p> <p>La atención psicológica es entendida como una urgencia.</p> <p>La capacidad instalada en infraestructura en salud mental es limitada tanto en el sector público como privado, pero</p>	<p>El trabajo en equipo favorece la construcción de liderazgo en la comunidad.</p> <p>Las instituciones en las que se evidencia un trabajo en red incluyen a la ESE Municipal Manuel Castro Tovar.</p> <p>La articulación entre los profesionales que atienden los casos en cualquier institución y el equipo de PIC es vital para que el seguimiento y la atención misma sean eficientes.</p>	<p>Las rutas también deben ser informativas y educativas donde se visibilicen servicios puntuales</p> <p>El manual se asume como un instrumento que capacite a todos los funcionarios sin importar profesión o labor.</p> <p>Por parte de PIC se mantiene el</p>	<p>Aunque se reconoce el rol del psicólogo su contratación es escasa.</p> <p>Uno de los roles del psicólogo es el de trabajar por</p>

<p>Algunos médicos reconocen que todos tienen que ver con la salud mental.</p>	<p>no se ve la necesidad para los casos de salud pública sino para las patologías.</p> <p>Otra de las actividades importantes en el batallón, régimen especial son talleres de tipo educativo, promoción y prevención.</p> <p>Otro factor que imposibilita la continuidad en los procesos de atención son los cambios constantes que se hacen desde la política.</p> <p>La defensa civil junto a los primeros auxilios médicos presta servicios de primeros auxilios psicológicos y recomiendan a los usuarios hacer efectivas las denuncias en casos de violencia intrafamiliar.</p> <p>Desde el sector justicia el proceso de atención se ciñe al marco legal.</p> <p>Hay experiencias que evidencian la ausencia de procesos de atención eficaces y oportunos que han conllevado a desenlaces fatales.</p> <p>Hay una comprensión por algunos funcionarios acerca del compromiso por ir más allá de lo estipulado en la normatividad en cuanto a servicios de atención.</p> <p>Aún cuando en los procesos de atención el tema se centraliza en la necesidad de adelantar procesos de tratamiento sigue teniendo un papel muy relevante las actividades y programas de promoción y prevención, lo cual evitaría muchos casos problemáticos en salud mental. Y ayudaría a las mismas instituciones ya que su capacidad de respuesta para atender estos casos es mínima</p>	<p>El trabajo en red se facilita cuando la institución internamente se organiza.</p> <p>El trabajo en red debe partir de un trabajo en equipo al interior de las instituciones.</p>	<p>esquema de las rutas anteriores y es la de ubicar a todas las instituciones en un mismo nivel de atención y sin especificación de sus servicios.</p> <p>Las instituciones comprenden que las que se deben organizar son ellas para de esta forma poder orientar al usuario correctamente.</p>	<p>mejorar las relaciones interpersonales en el ámbito laboral.</p> <p>Una de las habilidades que se reconoce en el psicólogo es la escucha activa.</p>
--	---	---	--	---

	<p>Se menciona como necesario que dentro de los procesos de atención se de un acompañamiento al usuario aún cuando no sea competencia del funcionario o de la institución que recepciona el caso, hasta que otro funcionario o en su defecto institución lo acoja.</p> <p>Otra vía de detección de casos de salud mental es la telefónica y requiere que se le de la misma importancia.</p> <p>En el equipo interdisciplinario del ICBF no se cuenta con psicología clínica y ello implica que no se hace tratamiento.</p> <p>Uno de los pasos que se considera como fundamental en el proceso de atención es el servicio de medicina legal.</p> <p>No hay claridad donde queda el servicio psicológico en el proceso de restitución de derechos adelantados por el ICBF.</p> <p>Se tiene la comprensión que desde la misma normatividad se ponen barreras al acceso a psicología.</p> <p>Dentro de los funcionarios se tiene claro que la violencia familiar es un delito.</p> <p>En el sector justicia y protección no hay claridad frente al proceso de atención, pues para una se requiere de una medida de protección para hacer efectiva la denuncia, y para la otra no es necesario la medida de protección.</p> <p>La única institución de rehabilitación en spa con la que tiene convenio el ICBF está por fuera del municipio y para acceder a ese servicio se necesita contar con el consentimiento de la persona.</p>			
--	---	--	--	--

		<p>Dentro de los tratamientos que se brindan en el municipio se tiene el centro de escucha comunitario, pero es un tratamiento ambulatorio.</p> <p>Dentro del fenómeno de intento y suicidio no se contempla la necesidad de hacer seguimiento a la ideación suicida.</p> <p>Desde los entes de vigilancia y control hay una comprensión de que las inconsistencias y la problemática en salud y específicamente en salud mental son producto del mismo sistema político.</p>			
A H O R A	<p>Desde la legalidad la salud mental es reconocida pero en la práctica no se evidencia su importancia..</p>	<p>En el proceso de atención toda la responsabilidad del seguimiento lo asume Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).</p> <p>Es responsabilidad del funcionario que atiende el caso de violencia o abuso concientizar al usuario de colocar la denuncia como un paso importante del proceso de atención.</p> <p>La oportunidad en la atención de la salud mental requiere contratación de profesionales en psicología en el Municipio.</p> <p>En el proceso de atención, la búsqueda pasiva debe complementarse con la búsqueda activa.</p>	<p>En los casos de denuncia se resalta la responsabilidad que tiene el funcionario para concientizar al usuario en la necesidad de hacerla efectiva.</p> <p>Las instituciones empiezan a reconocerse claramente dentro de las rutas de atención propuestas.</p>	<p>Las rutas de atención son dinámicas y componen la base para desarrollar los procesos de atención – canalización.</p> <p>Se visualiza la responsabilidad permanente por el seguimiento de los casos por parte del Plan de Intervenciones Publicas.</p> <p>Se considera como una necesidad urgente hacer efectivas</p>	<p>Es importante reconocer el rol del psicólogo o como tal indistintamente del campo de acción y tipo de contratación en el que se encuentra laborando.</p>

				las rutas con los aportes de todas las instituciones.	
--	--	--	--	---	--

Grupo Focal

Otras categorías

	SALUD MENTAL	PROCESOS DE ATENCION	TRABAJO EN RED	INSTRUMENTO	PSICOLOGO
--	--------------	----------------------	----------------	-------------	-----------

A N T E S	<p>La salud mental se concibe como una prioridad</p> <p>La salud mental se reconoce como un bien publico en el que adquiere mayor importancia la promoción y la prevención.</p> <p>La comunidad legitima concepciones erróneas acerca de los fenómenos de salud mental, minimizando la problemática.</p> <p>Sin salud mental no hay salud ni bienestar.</p> <p>Hay un desconocimiento general acerca de lo que es la salud mental en un gran número de funcionarios.</p> <p>El fenómeno de mayor prevalencia es la violencia familiar.</p>	<p>El impacto de las estrategias de promoción y prevención no repercuten significativamente en la paliación de la problemática de salud mental.</p> <p>No se niega que las instituciones estén adelantando procesos de mejora en atención pero hay fallas significativas en los mismos.</p> <p>La demanda en salud mental es superior que la capacidad de respuesta institucional.</p> <p>El conocimiento de la organización institucional repercute en la manera como se dan los procesos de atención.</p>	<p>Hablar un mismo lenguaje puede significar la erradicación de legitimaciones erradas en salud mental.</p> <p>Los usuarios son los principales afectados al no existir un trabajo en red institucional que sea operativo.</p> <p>Hay un conocimiento general de lo que hacen las instituciones, sin embargo no hay claridad en cuanto a sus competencias.</p> <p>Respecto al aporte de otras instituciones y la comunicación entre las mismas manifiestan: Las instituciones que muestran mayor articulación son I.C.B.F, comisaria de familia y medicina legal.</p> <p>En los funcionarios existe desconfianza en la conformación de la red, porque se ve como un intento más que no se concreta.</p>	<p>La formación profesional no garantiza una adecuada atención, sino se cuenta con rutas y protocolos de atención claros.</p>	<p>Se sigue asociando desde la comunidad el rol del psicólogo con la enfermedad de la locura.</p> <p>El usuario tiene otras prioridades antes que asistir a consulta psicológica,</p> <p>Dentro de la Ese Municipal Manuel Castro Tovar, se tiene un conocimiento claro sobre el rol del psicólogo.</p> <p>El rol del psicólogo en el sector protección y justicia es muy relevante.</p> <p>El psicólogo no es prioridad para las eps.</p>
D U R A	<p>La salud mental vuelve a ser tema de interés y se reconoce su importancia</p>	<p>La manera como se le atiende al usuario puede minimizar la presión de su problemática.</p>	<p>En el trabajo en red se puede aprender a valorar el trabajo de las demás instituciones, se reconoce su viabilidad y</p>	<p>El mayor desconocimiento en las rutas de atención se presenta en los</p>	<p>Se ve el compromiso del psicólogo aun cuando la temática abordada en compleja.</p>

N T E	<p>porque sin salud mental no hay salud.</p> <p>La salud mental tiene que ver con principios básicos de escucha activa y atención amable.</p> <p>La salud mental se percibe como un tema complicado por la complejidad de sus fenómenos.</p>	<p>Una buena atención parte de dos principios, proteger al usuario y canalizar el caso a quien compete específicamente.</p> <p>Los procesos de atención deben estandarizarse para que todos sepan que es lo que tienen que hacer.</p>	<p>pertinencia y se resignifica la comprensión de la complejidad del trabajo en red en si mismo.</p> <p>Se reconoce que si no hay voluntad política en la operativización de la red, está podrá ser un intento más.</p> <p>El trabajo en red implica el compromiso de todos los actores involucrados para que en la práctica los procesos sean dinámicos. Igualmente requiere flexibilidad y en algunas ocasiones medidas concretas de autoridad y mucha persistencia.</p> <p>El trabajo en red permite actualizar y delimitar las competencias que tiene cada una de las instituciones frente a cada fenómeno de salud mental.</p>	<p>fenómenos de violencia familiar.</p> <p>Considerar la normatividad en la construcción de las rutas genera confianza en el proceso y eficacia en las mismas.</p> <p>Las rutas dan claridad acerca de las competencias y responsabilidad que tiene cada institución frente a cada fenómeno.</p> <p>La temática del instructivo resulta pertinente para complementar y favorecer el quehacer del funcionario en su día a día. El mayor desconocimiento en las rutas de atención se presenta en los fenómenos de violencia familiar.</p> <p>Considerar la normatividad en la construcción de las rutas genera confianza</p>	<p>Es responsabilidad del proceso abrir y cerrar procesos de manera responsable.</p> <p>El profesional de psicología debe imprimir en los procesos empeño, persistencia, innovación, creatividad y un lenguaje sustentado en la autoridad de sus conocimientos.</p> <p>Se asume que la psicología debe estar al servicio de la vida cotidiana.</p>
-------------	--	---	---	--	--

			<p>en el proceso y eficacia en las mismas.</p> <p>Las rutas dan claridad acerca de las competencias y responsabilidad que tiene cada institución frente a cada fenómeno.</p> <p>La temática del instructivo resulta pertinente para complementar y favorecer el quehacer del funcionario en su día a día.</p> <p>El mayor desconocimiento en las rutas de atención se presenta en los fenómenos de violencia familiar.</p> <p>Considerar la normatividad en la construcción de las rutas genera confianza en el proceso y eficacia en las mismas.</p> <p>Las rutas dan claridad acerca de las competencias y</p>	
--	--	--	--	--

				<p>responsabilidad que tiene cada institución frente a cada fenómeno.</p> <p>La temática del instructivo resulta pertinente para complementar y favorecer el quehacer del funcionario en su día a día.</p> <p>El mayor desconocimiento en las rutas de atención se presenta en los fenómenos de violencia familiar.</p> <p>Considerar la normatividad en la construcción de las rutas genera confianza en el proceso y eficacia en las mismas.</p> <p>Las rutas dan claridad acerca de las competencias y responsabilidad que tiene cada institución frente a cada fenómeno.</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>La temática del instructivo resulta pertinente para complementar y favorecer el quehacer del funcionario en su día a día.</p> <p>Tener claridad en el direccionamiento de los usuarios facilita no solo el trabajo desde la oficina sino también el trabajo de campo</p> <p>Las dificultades en la recolección de la información organizacional se debieron a que para algunos funcionarios ésta no se percibía como importante en la construcción de las rutas de atención.</p> <p>La construcción del instructivo facilita la comprensión del que, como y donde hacer frente a cada fenómeno.</p> <p>El instructivo se percibe como un</p>	
--	--	--	---	--

				instrumento útil para multiplicar y compartir la información sobre las rutas de atención en salud mental.	
A H O R A	<p>El reconocimiento que se le ha dado a la salud mental se ve reflejado en una actitud más humanizada y la contratación de profesionales.</p> <p>Hay una mirada más amplia sobre la salud mental.</p> <p>El funcionario reconoce la importancia de cuidar su salud mental toda vez que ella se ve reflejada en su vida cotidiana.</p>	<p>Aunque no se pueda medir concretamente las mejoras en la atención de salud mental, los funcionarios si se manifiestan más seguros en la organización de los procedimientos.</p> <p>Se identifica un vacío entre el plan de intervenciones colectivas y el plan obligatorio en salud, pues la función del psicólogo se limita a la promoción y prevención o al tratamiento cuando el fenómeno ya ha aparecido, pero no se contempla la acción individual dentro del plan colectivo para empezar a mitigar esos casos donde el fenómeno ha empezado a manifestarse.</p>	<p>En general se manifiesta que con medicina legal existe un canal de comunicación que posibilita trabajar articuladamente.</p> <p>Los mismos actores reconocen que el trabajo en red los beneficia a todos y asumen como una tarea propia movilizarla.</p> <p>El trabajo en red está movilizando cambios de mejora en procesos de atención y al interior de las instituciones y en los funcionarios una postura de autoevaluación en cuanto al servicio. Ello se evidencia en la implementación en algunas instituciones de nuevos programas.</p> <p>ICBF se reconoce como parte importante de la red pues tiene la función de ser coordinador y articulador del sistema.</p> <p>El funcionario ahora se muestra más seguro a la hora de brindar las orientaciones frente a que</p>	<p>La elaboración de las rutas de atención favorece significativamente la orientación del usuario frente a cada fenómeno.</p> <p>La construcción del instructivo favoreció el trabajo en red a nivel interno en algunas instituciones y el conocimiento entre ellas.</p> <p>No hay excusas para que los procesos de canalización no se hagan correctamente.</p> <p>El sector educativo al ser ente notificador, debe conocer el instructivo y por ende recibir capacitación en el manejo de las rutas de atención para cada fenómeno.</p>	<p>El rol del psicólogo ya se empieza a perfilar desde las prácticas profesionales.</p> <p>El rol del psicólogo se encuadra dentro de un trabajo en equipo organizado.</p> <p>Se sugiere que la misma normatividad incluya al psicólogo en los equipos interdisciplinarios de todos los sectores toda vez que se comprende al ser humano como un ser biopsicosocial.</p> <p>El rol del psicólogo es tan importante como el del médico que podrían hacer equipo como puerta de entrada al sistema de salud.</p> <p>Es importante concientizar a la comunidad acerca del rol del psicólogo.</p>

		<p>instituciones intervienen o son pertinentes para cada fenómeno.</p> <p>Desde la normatividad se reconoce la importancia del trabajo en red pero se mantiene entre las instituciones la percepción que llegar a ese proceso es desgastante. Sin embargo la experiencia enseña que habrá necesidad de formar red donde sea necesario sobre todo en el ámbito comunitario.</p> <p>El trabajo en red debe convertirse en la brújula que orienta el quehacer de la institución para que de esta forma el usuario sea el mayor beneficiado.</p> <p>Las redes requieren en su conformación líderes.</p> <p>La red adquiere mayor movilización al articularse con redes comunitarias.</p> <p>El trabajo en red se identifica con una dinámica familiar.</p> <p>Se asume como tarea que los conocimientos adquiridos en el trabajo en red deben ser</p>	<p>La construcción del instructivo ha generado tal confianza en las instituciones que se desea convertir en parte de una policita pública.</p> <p>La dinámica institucional a veces cargada de procesos administrativos alejan al funcionario de su razón social dentro de la institución y el instructivo permite retomarla.</p> <p>Se valora en el instructivo su aplicabilidad en la cotidianidad y la claridad en su lenguaje.</p>	
--	--	---	--	--

			transmitidos a otros funcionarios.		
--	--	--	------------------------------------	--	--

MISION INSTITUCIONAL	LECTURA DE SALUD MENTAL
ASMET SALUD Nuestra gestión, que se enmarca en los valores corporativos, contribuye a mejorar las condiciones de vida de nuestros clientes, mediante una atención cálida y oportuna, una moderna infraestructura tecnológica, procesos centrados en la satisfacción del usuario, con un talento humano empoderado y orgulloso de pertenecer a la familia Asmet Salud.	contribuye a mejorar las condiciones de vida de nuestros clientes
MISION EJERCITO NACIONAL: el ejército nacional conduce operaciones militares orientadas a defender la soberanía, la independencia y la integridad territorial, proteger a la población civil, y los recursos privados y estatales, para contribuir a generar un ambiente de paz, seguridad y desarrollo que garantice el orden constitucional de la nación. MISION DIRECCION DE SANIDAD: Garantizar el apoyo de sanidad a la fuerza y la prestación de servicios integrales de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal del ejército y sus beneficiarios. MISION PLAN MAESTRO INTEGRAL EN SALUD MENTAL: Fomentar, mantener y fortalecer la salud mental de los usuarios del (SSFm) a partir de la formulación, ejecución y evaluación de estrategias de promoción, prevención, intervención, rehabilitación e investigación propendiendo por una óptima calidad de vida que coayude al cumplimiento de la misión institucional. MISION PSICOLOGICA MILITAR BR-9: brindar una atención psicológica oportuna y eficaz al personal militar por medio de procesos éticos los cuales apuntan a mejorar la calidad de vida que permite a su vez mejorar competencias y ser competentes. MISION PSICOLIGIA MILITAR BIMAG 27: fortalecer la salud mental del personal que integra el ejército nacional, a partir de la formulación de estrategias de prevención e intervención, orientadas a mantener su capacidad de combate para el cumplimiento de la misión institucional.	<p>proteger a la población civil, y los recursos privados y estatales</p> <p>servicios integrales de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal del ejército y sus beneficiarios.</p> <p>Fomentar, mantener y fortalecer la salud mental de los usuarios del (SSFm) a partir de la formulación, ejecución y evaluación de estrategias de promoción, prevención, intervención, rehabilitación e investigación propendiendo por una óptima calidad de vida que coayude al cumplimiento de la misión institucional.</p> <p>Mejorar la calidad de vida.</p>
COMISARIA DE FAMILIA: No tiene	
BOMBEROS: No tiene	
PERSONERIA: No tiene	
SECRETARIA DE SALUD: No tiene	
CAFESALUD Contribuir al mejoramiento de las condiciones de la salud colombiana a través de la promoción de hábitos saludables, prevención de enfermedades y atención de las mismas, bajo niveles óptimos de calidad.	Contribuir al mejoramiento de las condiciones de la salud colombiana
CAPRECOM	Mejorando su bienestar y calidad de vida.

<p>Prestar servicios de salud y administrar pensiones a la población afiliada en forma integrada, con excelente calidad y transparencia para satisfacer oportunamente las necesidades y expectativas de nuestros clientes mejorando su bienestar y calidad de vida, es nuestro compromiso.</p>	
<p>COMFAMILIAR En la caja de compensación familiar del Huila, comfamiliar Huila EPS-S forjamos desarrollo comunitario, esperando las expectativas de nuestros afiliados garantizando los contenidos plan de beneficios del plan obligatorio en salud subsidiado.</p>	Desarrollo comunitario
<p>COMPARTA Lograr la función de accesibilidad a los servicios en armónica coordinación de competencias y referencia de provisión de oferta y gestión de demanda, controlada con racionalidad y eficiencia; garantizando aspectos como la calidad, el enfoque preventivo y el manejo de los riesgos.</p>	Lograr la función de accesibilidad a los servicios en armónica coordinación de competencias y referencia de provisión de oferta y gestión de demanda
<p>COOMEVA Mantener saludables a nuestros afiliados. Somos un Sector Estratégico de Negocios del Grupo Empresarial Coomeva con vocación de servicio, que contribuimos al crecimiento sostenible de COOMEVA y al bienestar y calidad de vida de las comunidades en las regiones que nos acogen, mediante la diversidad y calidad de un portafolio de servicios en salud, potencializando sinergias en las capacidades humanas, tecnológicas y gerenciales de nuestras unidades estratégicas de negocio y demás empresas vinculadas, en un ambiente de confianza, seguridad y respeto por las personas, la sociedad y el Estado</p>	bienestar y calidad de vida de las comunidades en las regiones que nos acogen
<p>DEFENSA CIVIL La Defensa Civil Colombiana desarrolla planes de gestión del riesgo en desastres, programas de acción social, protección ambiental, a través de sus funcionarios y voluntarios con altos estándares de calidad, para contribuir con la paz los derechos humanos y el progreso del país”.</p> <p>¿Qué hace? Desarrollar planes de gestión del riesgo en desastres, movilización nacional, programas de acción social y protección ambiental.</p> <p>¿Cómo lo hace? a través de los funcionarios y voluntarios, con altos estándares de calidad.</p> <p>¿Para qué lo hace? para contribuir con la paz, los derechos humanos y el progreso del país.</p> <p>¿En qué campos se desempeña la Defensa Civil Colombiana? Emergencia natural, emergencia social y gestión ambiental.</p> <p>La Defensa Civil Colombiana participa en la atención de la emergencia natural: inundaciones, terremotos, incendios forestales, ataque de abejas, accidentes de terrestres, aéreos y fluviales, huracanes, sismos, entre otros; participa en la atención de la emergencia social: desplazados, marginados, pobreza, droga, sida, violencia y medio ambiente, entre otros; así mismo,</p>	Para contribuir con la paz los derechos humanos y el progreso del país”.

Visión

participa de la emergencia ambiental: prevención de la contaminación, reciclaje, reforestación, entre otros.	
EMCOSALUD Somos una empresa de economía solidaria, que trabaja por la preservación de la vida, realizando actividades integrales para el cuidado de la salud y formación del talento humano, con los más altos estándares de calidad, orientada al logro de la satisfacción de sus asociados, trabajadores y clientes, promoviendo la protección del medio ambiente y regida por los más caros principios éticos y morales.	que trabaja por la preservación de la vida, realizando actividades integrales para el cuidado de la salud
ESE MANUEL CASTRO somos una institución pública que presta servicios de salud de baja complejidad, con personal idóneo, calificado y comprometido; con tecnología apropiada y procesos que garanticen la rentabilidad social y financiera.	Procesos que garanticen la rentabilidad social y financiera.
LA FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN ejerce la acción penal y elabora y ejecuta la política criminal del Estado; garantiza la tutela judicial efectiva de los derechos de los intervinientes en el proceso penal; genera confianza y seguridad jurídica en la sociedad mediante la búsqueda de la verdad, la justicia y la reparación.	genera confianza y seguridad jurídica en la sociedad mediante la búsqueda de la verdad, la justicia y la reparación.
ICBF Trabajamos por el desarrollo y la protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias colombianas.	Protección integral y bienestar de las familias colombianas
MEDICINA LEGAL Como institución del Estado Colombiano, prestamos servicios forenses a la comunidad en un marco de calidad, para apoyar técnica y científicamente la administración de justicia, respetando la dignidad de las personas y contribuyendo a restablecer sus derechos.	Restablecimiento De derechos
HOSPITAL Nuestra organización es una Empresa Social del Estado, cuya misión es brindar a la población Sur Colombiana servicios de salud, dignificar la vida, con ética, eficiencia y solidaridad para aliviar el sufrimiento físico y moral, contando con la más alta calidad humana, con personal calificado y la mejor tecnología, respetando creencias, derechos y libertades de nuestros usuarios y estimulando constantemente el crecimiento intelectual y personal de los funcionarios de la empresa enmarcado en la legislación del país y del compromiso social del estado que nos alienta. Prestar servicios con calidad es nuestro objetivo.	dignificar la vida, con ética, eficiencia y solidaridad para aliviar el sufrimiento físico y moral
MALLAMAS EPS INDIGENA: contribuye de manera efectiva a la protección de los derechos a la salud de los pueblos indígenas y comunidades no indígenas, servicios de calidad a todos sus afiliados en condiciones dignas y apropiadas con eficiencia, eficacia, equidad y humanismo, observando y	protección de los derechos a la salud de los pueblos indígenas y comunidades no indígenas

promoviendo el respeto a su estilo de vida, a su integridad étnica y a los valores socioculturales de las comunidades.	
<p>NUEVA EPS</p> <p>Trabajamos constantemente por mejorar y mantener la salud de nuestros afiliados que nos han confiado su bienestar y calidad de vida, basados en modelos integrales de atención del riesgo, colaboradores comprometidos y procesos que aseguren la sostenibilidad en el largo plazo, generando valor a nuestros grupos de interés.</p>	mejorar y mantener la salud de nuestros afiliados
<p>POLICIA NACIONAL de infancia y adolescencia</p> <p>la Policía Nacional es una entidad que integra el Sistema Nacional de Bienestar Familiar. Su misión como miembro del sistema, es garantizar la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes en el marco de las competencias y funciones que le asigna la ley. Tendrá como cuerpo especializado a la Policía de Infancia y Adolescencia (artículo 88 Código de la Infancia y la Adolescencia).</p>	garantizar la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes
<p>SALUDCOOP</p> <p>Somos un Grupo Empresarial, patrimonio del sector cooperativo colombiano, que trabaja de manera permanente por el bienestar de los usuarios y la sociedad, a través de la prestación de servicios de excelente calidad, fomentando el desarrollo humano de todos nuestros colaboradores.</p>	bienestar de los usuarios y la sociedad,
<p>SANITAS</p> <p>Nuestra misión es contribuir al desarrollo de Iberoamérica ofreciendo, mediante tecnología de punta, diversas alternativas de Servicios Integrales de Salud y otros servicios, con el propósito de lograr el bienestar de nuestros usuarios, de generar oportunidades para nuestros empleados, de fomentar el desarrollo para nuestros prestadores de servicios y proveedores, manteniendo el crecimiento económico de la Organización</p>	Servicios Integrales de Salud y otros servicios, con el propósito de lograr el bienestar de nuestros usuarios,
<p>SOLSALUD</p> <p>“Somos una Entidad de Aseguramiento en Salud, que garantiza la calidad de los servicios a sus afiliados, mediante un modelo de atención preventivo, integral y prospectivo, con una Red de Servicios eficiente y un excelente equipo humano calificado y con actitud de servicio”.</p>	la calidad de los servicios a sus afiliados, mediante un modelo de atención preventivo, integral y prospectivo
<p>UNIDAD DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA</p> <p>Garantizar el acceso a una justicia oportuna y eficaz con el fin de encontrar la verdad dentro del marco del respeto por el debido proceso y las garantías constitucionales.</p>	respeto por el debido proceso y las garantías constitucionales

VISION INSTITUCIONAL	LECTURA DE SALUD MENTAL
<p>ASMET SALUD Lograr que en el 2012 se haya generado un impacto positivo en las condiciones de vida de la familia ASMETSALUD con la aplicación de un modelo de gestión ASMET, en el ámbito nacional e internacional, donde el ser humano sea protagonista de su desarrollo integral y el fomento del emprendimiento solidario sea la alternativa del desarrollo social.</p>	<p>generado un impacto positivo en las condiciones de vida de la familia</p>
<p>BATALLON VISION DEL EJERCITO NACIONAL: un ejército legítimo, disciplinario, moderno, profesional, entrenado, afianzado en sus valores, con la moral en alto, capaz de neutralizar las amenazas internas y externas en el cumplimiento de su misión, contribuyendo a la construcción de los caminos de la paz y al desarrollo de la nación.</p> <p>VISION PLAN MAESTRO INTEGRAL EN SALUD MENTAL: consolidar de manera progresiva en los próximos años un modelo de abordaje integral de la salud mental para las fuerzas militares.</p> <p>VISION PSICOLOGICA MILITAR BR-9: la psicología militar BR9 se proyecta en el siglo XXI a llegar a ser un área que brinde una atención integral e interdisciplinaria en salud mental de manera oportuna y eficaz, logrando reconocimiento de un personal integro en cumplimiento y función.</p> <p>VISION PSICOLOGIA MILITAR BIMAG 27: consolidar una cultura institucional de salud mental, desde una perspectiva sistémica que conciba al hombre como ser integral, con capacidad de transformar su realidad en contextos de guerra y de paz inmerso en una organización que se asume como generadora de modelos sociales.</p>	<p>Contribuyendo a la construcción de los caminos de la paz y al desarrollo de la nación.</p> <p>Abordaje integral de la salud mental.</p> <p>Cultura institucional desde una perspectiva sistémica el hombre integral.</p>
<p>BOMBEROS: No tiene</p>	
<p>COMISARIA DE FAMILIA: No tiene</p>	
<p>PERSONERIA: No tiene</p>	
<p>POLICIA: No tiene</p>	
<p>SECRETARIA DE SALUD: No tiene</p>	

<p>CAFESALUD Ser la entidad de prestación de servicios de salud de mayor reconocimiento por su contribución social, calidad y capacidad técnico científica.</p>	Contribución social
<p>CAPRECOM A 2014 seremos una organización consolidada, que garantizará el aseguramiento a 3.500.000 afiliados en especial de los sectores más pobres y vulnerables de la población colombiana, mediante una red de servicios con cobertura a nivel nacional, constituida por instituciones propias acreditadas e instituciones contratadas avaladas en el Sistema de Garantía de Calidad en Salud, con equipos humanos competentes que sirven con calidez y oportunidad; apoyados en tecnologías de información y telecomunicaciones eficientes y confiables.</p>	Red de servicios.
<p>COMFAMILIAR En el año 2013 seremos un grupo empresarial líder en el mejoramiento de la calidad de vida.</p>	Mejoramiento de la calidad de vida.
<p>COMPARTA Ser modelo de administración en seguridad social, basados en los principios básicos de la organización, como la solidaridad, la participación y la eficiencia, constitutivos de un contexto enfocado a la consolidación de un estado comunitario.</p>	Consolidación de un estado comunitario.
<p>COOMEVA Ser líderes reconocidos por mejorar la calidad de vida de los afiliados y comunidades, mediante la prestación de excelentes servicios de salud y el ofrecimiento de productos diferenciados e integrales. Todo lo anterior apoyados en procesos eficientes, desarrollados por personas competentes, motivadas y contributivas, para garantizar la sostenibilidad financiera y generar valor a nuestros grupos de interés.</p>	mejorar la calidad de vida de los afiliados y comunidades
<p>“LA DEFENSA CIVIL Colombiana en el 2014 será una institución líder, moderna, reconocida nacional e internacionalmente en gestión del riesgo en desastres, acción social, protección ambiental, con una cobertura del 100% de los municipios del país, 500.000 voluntarios, 5 escuelas regionales, 1 internacional comprometida con los objetivos del milenio y los derechos humanos”.</p>	Acción social
<p>EMCOSALUD En la próxima década, tendrá asociados, trabajadores y clientes satisfechos y será reconocida por ser la empresa</p>	Mejor modelo de atención en salud Y desarrollo del talento humano de la región.

con el mejor modelo de atención en salud y desarrollo del talento humano de la región.	
<p>ESE MANUEL CASTRO el año 2015, seremos una institución modelo por la prestación de servicios de salud enfocados en la atención humanizada y eficaz, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los usuarios.</p>	Mejorar la calidad de vida de los usuarios.
<p>LA FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN La Fiscalía General de la Nación pondrá en ejecución un sistema de investigación integral, y será reconocida por el diseño y ejecución de políticas públicas vanguardistas que le permitirán enfrentar las diversas formas de criminalidad; su tarea se verá apoyada en la profesionalización del talento humano y el desarrollo y aplicación de herramientas innovadoras de tecnología y comunicación, que garanticen la independencia, autonomía y acceso a la justicia</p>	sistema de investigación integral,
<p>ICBF “Ser ejemplo mundial en la construcción de una sociedad próspera y equitativa a partir del desarrollo integral de las nuevas generaciones y sus familias.</p>	construcción de una sociedad próspera y equitativa a partir del desarrollo integral
<p>MEDICINA LEGAL Ser reconocidos como la institución del Estado Colombiano que direcciona, organiza y controla el Sistema Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, basados en estándares internacionales de calidad, investigación científica y competencias forenses, consolidando la confianza, seguridad y credibilidad entre nuestros usuarios</p>	consolidando la confianza, seguridad y credibilidad entre nuestros usuarios
<p>HOSPITAL En el siglo XXI la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila, será la mejor institución de segundo nivel de atención, que responda a las necesidades de la población prestando servicios de alta calidad con eficiencia, eficacia y calidez, con el mejor equipo en permanente actualización en sus conocimientos y recurso tecnológico disponible en el momento, para proteger y atender la salud de la comunidad que requiera de nuestros servicios, mejorando la calidad de vida. La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila, se ubicará como una de las mejores de su género a nivel nacional, será autosuficiente, altamente productiva, para generar y aplicar recursos con la máxima rentabilidad social y</p>	Prestando servicios de alta calidad con eficiencia, eficacia y calidez mejorando la calidad de vida.

económica que permitirá el desarrollo integral de la población y de los funcionarios.	
MALLAMAS EPS INDIGENA: será una entidad de excelencia altamente competitiva, líder en el aseguramiento del riesgo en salud para los pueblos indígenas y comunidades no indígenas que garantice servicios de calidad a sus afiliados, que tengan en cuenta el saber y las practicas de la medicina tradicional indígena, que le permitan contribuir la permanencia de la entidad étnica y cultural de tales comunidades.	líder en el aseguramiento del riesgo en salud para los pueblos indígenas y comunidades no indígenas
NUEVA EPS Ser reconocidos como la EPS líder en la aplicación de modelos exitosos de gestión y calidad en el servicio, contribuyendo con el bienestar de nuestros afiliados.	Bienestar de los afiliados.
SALUDCOOP Ser el Grupo Empresarial de mayor reconocimiento por su función y compromiso social con Colombia.	Compromiso social con Colombia.
SANITAS Ser reconocidos siempre por nuestro enfoque humano, científico y técnico como el grupo empresarial líder en Iberoamérica, en la prestación de Servicios Integrales de Salud y otros servicios.	prestación de Servicios Integrales de Salud y otros servicios
SOLSALUD EPS S.A En el 2015 será una empresa con mayor presencia nacional, reconocida por el aseguramiento de los servicios de salud y su aporte en el mejoramiento de la salud de sus afiliados, mediante un modelo de atención innovador el cual está basado en relaciones con instituciones de alto nivel, procesos efectivos, propendiendo por: un mejor posicionamiento en el mercado, la satisfacción razonable de sus clientes y la comunidad, así como optimizar la administración de los recursos.	por el aseguramiento de los servicios de salud y su aporte en el mejoramiento de la salud de sus afiliados
UNIDAD DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA ser reconocidos como una entidad del Estado, eficaz en la investigación penal, encontrando la verdad de las conductas punibles con sujeción a la ley y respecto al debido proceso, en procura del restablecimiento del derecho y la justicia restaurativa, afianzando la credibilidad de la ciudadanía en la administración de justicia	en procura del restablecimiento del derecho y la justicia restaurativa

Principios

principio	institución
actitud de servicio	comfamiliar, Solsalud
adaptabilidad	Mallamas
alegría	I.C.B.F
amistad	Saludcoop
amor	I.C.B.F
atención	Mallamas
austeridad	Hospital
autocontrol	Hospital
ayuda mutua	Cafesalud
Bien publico	Caprecom
buena fe	defensa civil, fiscalía general de la nación
calidad	caprecom, Emcosalud, fiscalía general de la nación
celeridad	fiscalía general de la nación
competitividad	Emcosalud, Mallamas
Compromiso	AsmetSalud, batallón, Hospital, Mallamas, Solsalud
comunicación	Emcosalud
confianza	Coomeva
confidencialidad	Hospital
Continuidad	Batallón
creatividad	Hospital
cumplimiento de compromisos	Coomeva
democracia	Cafesalud
Disciplina	Batallón, I.C.B.F
economía	fiscalía general de la nación
efectividad	fiscalía general de la nación
eficacia	Emcosalud, fiscalía general de la nación, Hospital
eficiencia	Emcosalud, fiscalía general de la nación, Hospital
equidad	cafesalud, comfamiliar, Emcosalud, fiscalía general de la nación
equidad	
equilibrio	I.C.B.F
Honestidad	Asmetsalud, cafesalud, Coomeva, Emcosalud, fiscalía general de la nación, Hospital, Mallamas, Saludcoop
Honor militar	Batallón,

igualdad	cafesalud, defensa civil, fiscalía general de la nación
imparcialidad	defensa civil, fiscalía general de la nación, Hospital
independencia	Hospital
innovación	comfamiliar, I.C.B.F
Integración funcional	batallón
integral	AsmetSalud, Emcosalud, Hospital
justicia	Saludcoop
laboriosidad	Saludcoop
lealtad	Hospital, Saludcoop
legalidad	defensa civil
mejoramiento continuo	caprecom, Hospital
moralidad	defensa civil, fiscalía general de la nación
oportunidad	Hospital
participación	comparta, defensa civil, Emcosalud, fiscalía general de la nación
participación del personal militar y su familias	batallón
patriotismo	I.C.B.F
paz	Saludcoop
pertenencia	Hospital
promoción y protección de los derechos humanos	batallón
publicidad	fiscalía general de la nación
Respeto	Batallón, Emcosalud, fiscalía general de la nación, Hospital, Mallamas, Saludcoop, Solsalud
Respeto por la constitución y la ley	Batallón,
responsabilidad y vocación social	cafesalud, caprecom, Emcosalud
responsabilidad	cafesalud, defensa civil, fiscalía general de la nación, Hospital, Mallamas, Saludcoop, Solsalud
sensibilidad social	Mallamas
sentido de pertenencia	fiscalía general de la nación

servicio	Coomeva
Solidaridad	AsmetSalud, cafesalud, comparta, Coomeva, defensa civil, Emcosalud, hospital, Mallamas, Saludcoop
superación	Solsalud
tolerancia	Hospital, Mallamas
trabajo	Mallamas
trabajo en equipo	comfamiliar, Coomeva, Emcosalud, fiscalía general de la nación, Hospital, Solsalud
transparencia	cafesalud, comfamiliar, defensa civil, fiscalía general de la nación, Hospital, Mallamas
trascendencia a si mismo	I.C.B.F
universalidad	Emcosalud



Análisis

Poema "Nueve monstruos"

Y, desgraciadamente
el dolor crece en el mundo a cada rato,
crece a treinta minutos por segundo, paso a paso,
y la naturaleza del dolor es el dolor dos veces,
y la condición del martirio, carnívora, voraz,
es el dolor dos veces,
y el bien de ser, dolernos doblemente.
Jamás, hombres humanos,
hubo tanto dolor en el pecho, en la solapa, en la cartera,
en el vaso, en la carnicería, en la aritmética!
Jamás tanto cariño doloroso,
jamás tan cerca arremetió lo lejos,
jamás el fuego nunca
jugó mejor su rol de frío muerto!
Jamás, Señor Ministro de Salud, fue la salud más mortal
y la migraña extrajo tanta frente de la frente!
Y el mueble tuvo en su cajón, dolor,
el corazón, en su cajón, dolor,
la lagartija, en su cajón, dolor.
Crece la desdicha, hermanos hombres,
mas pronto que la máquina, a diez máquinas, y crece
con la res de Rousseau, con nuestras barbas;
crece el mal por razones que ignoramos
y es una inundación con propios líquidos,
con propio barro y propia nube sólida!
Invierte el sufrimiento posiciones, da función
en que el humor acuoso es vertical
al pavimento,
el ojo es visto y esta oreja oída,





y esta oreja da nueve campanadas a la hora
del rayo, y nueve carcajadas a la hora del trigo,
y nueve sones hembras a la hora del llanto,
y nueve cánticos a la hora del hambre,
y nueve truenos y nueve látigos,
menos un grito.

El dolor nos agarra, hermanos hombres,
por detrás, de perfil,
y nos aloca en los cinemas,
nos clava en los gramófonos,
nos desclava en los lechos,
cae perpendicularmente a nuestros boletos,
a nuestras cartas;

y es muy grave sufrir, puede uno orar...

Pues de resulta del dolor,
hay algunos que nacen, otros crecen,
otros mueren, otros que sin haber nacido, mueren,
y otros que no nacen ni mueren (son los mas).

¡Y también de resultas del sufrimiento,
estoy triste hasta la cabeza,
y más triste hasta el tobillo,
de ver al pan, crucificado, al nabo, ensangrentado,
llorando, a la cebolla,
al cereal, en general, harina,
a la sal, hecha polvo, al agua, huyendo,
al vino, un ecce homo,
tan pálida a la nieve, al sol tan ardío!
¡Cómo, hermanos humanos,
no deciros que ya no puedo
y ya no puedo con tanto cajón,
tanto minuto, tanta lagartija y tanta inversión,





tanto lejos y tanta sed de sed!

Señor Ministro de Salud: ¿qué hacer?

¡Ah!, desgraciadamente, hombres humanos,
hay, hermanos, muchísimo que hacer.

Cesar Vallejo

Hay, hermanos humanos hay tanto por hacer y más aún hay tanto por conocer... como diría el poeta Cesar Vallejo (1939), el dolor cotidiano de la salud mental agarra, envuelve y produce tal sufrimiento que solo se puede preguntar, Señor Ministro de Salud ¿Qué hacer?

Luego de todo este panorama la respuesta aún de los más críticos sería cambiar el sistema de salud... dar a la salud mental la prioridad que merece y necesita, fundamentar en la legalidad su importancia y equilibrar desde la parte medica su relevancia, o como diría TC: “debería haber una ley como hay para la comisaria de familia de tener un equipo interdisciplinario, un psicólogo, una trabajadora social... ojala todas las dependencias tuvieran psicólogo de planta o contratado precisamente a las personas que atendemos público nos ayudaran a tratar este tema de la salud mental. A mí si me gustaría que hubiera una ley que obligara a tener su psicólogo de cabecera para atender de forma más integral a la población”.

Pero no es tan sencillo y menos en un país multicultural como lo es Colombia donde el concepto de salud mental simple y llanamente se ha convertido en parte esencial de un discurso político. De él se desconoce en demasía, un ejemplo concreto en el municipio de Pitalito lo expresa ER: “en el Municipio no se ha hecho un diagnostico en salud mental para georeferenciar”, y JLR complementa: “en Pitalito, no se ha hecho un trabajo serio que arroje estadísticas puntuales de la situación de salud mental, este trabajo que ustedes han adelantado es el primer trabajo serio que sirve de instrumento para mas o menos diagnosticar como esta la salud mental de olvidada y subvalorada”.

Y aunque el mismo sistema político reconoce que la financiación es un factor clave en la puesta en marcha de un sistema de salud mental viable, aún no se hace nada, a sabiendas que este el mecanismo a través del cual los planes y las políticas se traducen en actuaciones, mediante la asignación de recursos ya que sin una financiación adecuada, los planes se quedan en el ámbito de la retórica y de las buenas intenciones.



Sin embargo lo que sí se puede y de hecho se hizo en la presente investigación intervención, fue un primer acercamiento a este tema desde el mismo lema que identifiqué a Leonardo Davinci, gigante del renacimiento "Ostinato Rigore", que invita a la búsqueda de la perfección y la belleza con una obstinación que, al mismo Leonardo le causó grandes sufrimientos y que limitó el de todas maneras increíble número de sus obras. El rigor para la presente investigación fue el apego por buscar todas las posibles explicaciones de lo que se observa y por lo tanto el objetivo básico fue el de informarse mediante la práctica y que la práctica sea informada a través de la investigación.

Obviamente se aporta el conocimiento que la investigación genera, algunos de estos conocimientos son rápidamente aplicables y generan nuevas herramientas de intervención, mejores y más competitivos procesos. Otra parte del conocimiento no es todavía aplicable y sirve para aumentar el acervo científico y cultural de la humanidad. Pero hay otra contribución que la investigación puede dar a la sociedad que no es menos valiosa. Esa contribución se entrega mediante la resignificación que se logró al conformar la red sobre el rol del psicólogo, los procesos adelantados por la misma universidad en cuanto a calidad formativa académica y la redefinición del trabajo en red desde los diferentes sectores intervenidos.

El análisis que se hace a continuación, da cuenta de cuál fue el impacto generado por la conformación de la red operativa institucional "Redescubrir" en cuyo proceso se pudo evidenciar cómo ciertas prácticas sociales respecto a la salud mental se fueron redefiniendo ampliándose la mirada, desde lo institucional y lo profesional sobre el tema y propiciándose un mejoramiento en los procesos de atención a partir de la movilización de un trabajo en red y desde donde se hace la lectura que los recursos destinados a su atención en el Municipio de Pitalito son insuficientes, no porque no existan sino porque la atención se centra en otras necesidades que se han priorizado por encima de la salud mental.

Así pues el trabajo en red al provocar conexiones de agenciar y cogestionar dio la oportunidad de aprender como lo expresa Dabas (1995) que "aislados y desconectados, no tendremos la posibilidad de evaluar nuestros logros, analizar los obstáculos ni generar nuevas alternativas. Conectándonos, dispondremos de la posibilidad de aprender a autogestionarnos y a cogestionar, con el Estado y diversas organizaciones, los recursos que cada comunidad necesita". Es decir, que en efecto la red facilitó el intercambio continuo de ideas, servicios y modos de hacer, propiciando que los mismos involucrados se organizaran, principio



básico del trabajo en red, pues la desorganización no se puede admitir como un elemento constitutivo del ordenamiento social (Humberto Maturana y Francisco Varela, 1984).

Esta conexión cuyo hilo conductor fue la salud mental, es el inicio de este análisis partiendo de la aclaración que el tema resulta de tal extensión y complejidad que cualquier intento de abordaje puede implicar un recorte del mismo en el que muchos aspectos significativos pueden quedar por fuera. Sin embargo, los resultados de esta investigación, modestos pero prometedores, permiten conocer desde la misma participación activa de las instituciones la comprensión que se tenía de salud mental y que marcaba la pauta en las prácticas sociales de sus procesos de atención.

La salud mental en los inicios del proceso era comprendida en términos de enfermedad como lo refieren DC-LM: “nos centramos en el tratamiento de la enfermedad” y lo confirma VRV cuando dice: “los casos se suelen limitar solo a tratamiento psiquiátrico”, lo cual tiene sentido cuando se le relaciona con patologías mentales pero que encuentra disonancia cuando de eventos psicosociales o prioridades en salud pública se trata. Es decir, que en este caso el término enfermedad está relacionado y determinado por una afección orgánica lo que proporciona un punto de referencia para identificar qué tiene la persona y qué se puede hacer con dicha condición (signos y síntomas que tienen la misma evolución y provienen de una causa específica de origen conocido o no, esto según el diccionario Dorlan). En este sentido, la persona es considerada como enferma asumiendo un rol desde lo físico, desde un saber médico. Aquí encajarían fácilmente los trastornos psiquiátricos que contienen una base biológica pero en el caso de los eventos, que para la presente investigación se entienden como fenómenos en salud mental (violencia familiar, maltrato infantil, abuso sexual, violencia sexual, consumo de sustancias psicoactivas e intento y suicidio) que tienen una base psicosocial (fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales) el usuario que experimenta uno o varios de estos fenómenos no encaja en el término de enfermedad y por lo tanto no se sabe qué hacer con él. Esto hace que su condición no sea adecuadamente comprendida e intervenida.

Esto no quiere decir que se halla publicitado la idea de elevar los fenómenos de salud mental a la categoría de enfermedad, situación que resultaría perjudicial para la persona afectada toda vez que se le terminaría por estigmatizar aumentándosele la carga mental que ya trae, según el informe del Ministro de Salud de los Estados Unidos sobre la Salud Mental (1999), el estigma marca de vergüenza, deshonra o desaprobación al individuo que luego es rechazado,





discriminado y excluido de la participación en diversos ámbitos de la sociedad, además, el estigma disuade a las personas a acceder a los recursos y oportunidades de recibir tratamiento y asistencia por parte de los servicios sociales; sino la de comprender la complejidad de la salud mental, que sobrepasa todo concepto de enfermedad, y equilibrarla con la enfermedad física, para eliminar barreras en su atención. En otras palabras, esta concepción incluye varios aspectos como que la enfermedad tiene relación con las patologías psiquiátricas, pero no tiene relación con los fenómenos de salud mental por la complejidad que estos encierra, pero a la vez se busca que dichos fenómenos se comprendan de mejor modo que se les pueda priorizar como se priorizan las enfermedades de carácter físico.

Esta comprensión de enfermedad, según Héctor Sierra (1998) tiene su origen en el siglo XIX la cual giraba en torno al hecho de que la patología mental era siempre la consecuencia de una lesión cerebral. Una mirada basada en el modelo órgano-mecanicista que parte del hecho de la influencia de la medicina general en otros terrenos, donde siempre había una base lesional y la enfermedad mental era la resultante de alguno tipo de lesión. Ahora bien, la comprensión que se tiene de la salud mental entendida desde su complejidad y no solamente desde un aspecto biológico tampoco es nueva, ya en el siglo XIX Freud (citado por el mismo autor) pone en evidencia que la salud mental no obedece solamente al funcionamiento de las estructuras cerebrales, que también el medio, las experiencias concretas, las interacciones con los otros y la historia de cada sujeto, cuentan para entender el por qué de su mayor o menor equilibrio emocional. Comprensión que se complementa recientemente, cuando desde la psicología se entiende la salud mental como un “estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y está logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales”. También se considera un estado normal del individuo (Davini, Gellon De Salluzi, Rossi, 1968). Además el concepto que define la OMS (1958) es que salud es un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

A pesar de contar con estas aproximaciones conceptuales, la salud mental en la práctica sigue permaneciendo en un segundo plano después de la salud física, tal como lo expresan DC-LM: “en la violencia intrafamiliar, por ejemplo, la señora llega con el brazo partido, lo que se hace es tratar la enfermedad, es decir, la parte física pero no se hace seguimiento del motivo por el cual llego golpeada ni de su estado emocional, es decir, tratamos la enfermedad pero no la





causa o el problema que la genera” y que concuerda con lo manifestado por AJ y PP: “al médico solo le interesa atender la parte física: los golpes, las heridas, las contusiones...o porque no ven importante la salud mental los médicos no solicitan asistencia de trabajo social”.

Pero contrario a lo manifestado, la Corte Constitucional considera que el derecho a la salud tiene un rango primordial debido a su relación directa con el derecho fundamental a la dignidad humana, que se considera principio inspirador del Estado Social de Derecho y que esta salud involucra a la salud mental, ello conlleva a comprender que si una persona sufre alguna enfermedad que afecta su integridad física o mental impidiéndole continuar con sus proyectos personales y laborales en condiciones dignas, su derecho a la vida se encuentra afectado, aun cuando biológicamente su existencia sea viable (Rodrigo Escobar, 2008); en este orden de ideas, el goce y disfrute de la salud mental, no se encuentra fuera de la órbita de protección constitucional, ni es un derecho de menor jerarquía frente a la salud física.

A esta misma conclusión llegan los resultados obtenidos por el proyecto Atlas de la OMS (2001), que aunque centrados en las patologías mentales, alertan sobre la subvaloración de la salud mental en comparación con la salud física, y a pesar que el estudio reconoce que la salud mental es tan importante como la salud física y la salud social (componentes esenciales de la vida estrechamente relacionados e interdependientes) para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países, solo una pequeña parte de usuarios reciben siquiera el tratamiento más elemental, y agrega “desgraciadamente, en la mayor parte del mundo no se concede a la salud mental y a sus trastornos la misma importancia que a la salud física. Muy al contrario, han sido objeto de indiferencia o abandono. En parte como consecuencia de esta actitud, el mundo está sufriendo una carga creciente de trastornos mentales y un desfase terapéutico cada vez mayor”.

La prevalencia que se le da a la salud física sobre la mental también puede estar alentada por el mismo marco normativo nacional donde se ha ubicado al médico como puerta de entrada obligatoria a los diferentes niveles de complejidad en atención del sistema de salud (artículo 5 de la Resolución número 5261 de 1994) por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud. A su vez, esta puerta de entrada se puede ver como una barrera de acceso a la atención oportuna y eficaz de la salud mental ya que como mencionan Üstün y Sartorius (1995) los fenómenos de salud mental suelen ser motivo de consulta pero en la mayoría de los casos





estas afecciones no son detectadas; además, la morbilidad psicológica es un aspecto común de las enfermedades orgánicas y la angustia emocional es un hallazgo frecuente (pero no siempre reconocido) de los profesionales de la atención primaria.

Y esto es lo que refiere precisamente JLR: “el médico no está capacitado en temas de salud mental, ellos registran en la epicrisis lo que creen o saben pero desde su saber, capacitados no están”, EF cuando sostiene: “es que al individuo hay que verlo como proceso biopsicosocial, no es solamente su parte de enfermedad, sino su parte biológica, psicológica y social... biopsicosocial... La mayoría de los funcionarios que atienden al usuario no tenían claridad sobre la salud mental”, JM cuando al referirse por el conocimiento y prioridad que se le da a la salud mental por parte de aquellos funcionarios que tienen un primer contacto con el usuario, dijo: “no puedo generalizar tal desconocimiento pero en la mayoría se podría decir que si existe” y AJ y PP: “pero en las historias clínicas no reportan el estado de alteración por causa del consumo de alcohol... y no lo hacen porque seguramente les da pereza llenar la ficha de notificación... en los casos de violencia intrafamiliar, los profesionales de la medicina no hacen identificación de casos... su atención no está articulada con el servicio de orientación psicosocial... el medico solo aborda la condición físico médica, lo mismo pasa con los casos de consumo de sustancias psicoactivas... el médico no notifica... los médicos desconocen el protocolo... ante un caso de accidente de tránsito donde el implicado iba embriagado... y si ellos no notifican pues nosotras no podemos atender... además el hecho de llenar la ficha significa más trabajo para el funcionario”.

Esto concuerda con la revista colombiana de psiquiatría (2004) donde se expone que la primera puerta que tocan las personas con trastornos mentales es la del médico general; sin embargo, su detección, tratamiento y canalización a servicios especializados es insuficiente y que cuando esto es posible, el tiempo que transcurre entre la consulta externa y la consulta especializada, es considerable. En tal sentido el proyecto Atlas (2001) propone, al comprender la relación de la salud mental con la salud física como indisoluble, un enfoque de salud pública integral cuyas acciones pueden reportar beneficios a muchos niveles, donde las soluciones se aborden desde el tratamiento médico y psicosocial encaminados a aliviar los síntomas, disminuir la carga global de los fenómenos reduciendo la mortalidad (por ejemplo, por suicidio u homicidio), la discapacidad, mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de los afectados y sus familias. Esto coincide con la norma más reciente en salud mental, la Ley 1616 del 1 de





enero de 2013, donde se consideran tres aspectos importantes en la atención integral y que se analizan en el contexto del municipio de Pitalito para conocer las prácticas sociales entorno a la salud mental.

Lo primero, es lo referente a la concurrencia del talento humano el cual tiene que ver con actitudes, formación y capacidad; al respecto la ER expresa: “difícilmente se realizan procesos interventivos con permanencia en el tiempo porque el personal es muy susceptible a cambios permanentes”. Otra cuestión que sobresale es la falta de capacitación de los funcionarios en temas de salud mental y aunque dentro de las EPS los puestos de dichos funcionarios tienen denominaciones prometedoras (atención al usuario, gestora de vida sana, promotora de salud, orientadora saludable, auxiliar integral, gestora del riesgo en salud, manejo integral y agente municipal) todos permanecen ajenos a ejercer un rol pertinente que oriente y desate actitudes correctas frente a tal problemática. Respecto a las actitudes, en algunas de las instituciones, se evidencia que la crítica hacia el exterior es equilibrada por la de responsabilidad al interior tal como lo expresa SMC: “se le debe brindar acompañamiento a la víctima sin excepción alguna, no porque viene con la Doctora tal, sino porque es un ser humano y merece respeto, además que es un compromiso moral y legal... es obligación que todas las instituciones nos fortalezcamos, tenemos un mandato legal, es nuestra obligación como ciudadanos, las instituciones debemos brillar, así esté cambiando de funcionarios el proceso se debe seguir”.

Esto quiere decir, que no es prudente desconocer que los funcionarios que tienen un primer contacto con el usuario no han desarrollado habilidades que humanicen el proceso de atención, tal como lo manifiesta SMC: “y es que hay instituciones que no tienen voluntad ni vocación” y por su parte la AT agrega: “hay desmotivación y muchos funcionarios que trabajan por necesidad y un salario”. Aquí se puede percibir que aun en los mismos funcionarios es visible la necesidad de humanizar los procesos tal como lo expresa de nuevo SMC: “aquí nosotras atendemos todos los casos que llegan... así no nos competen se le brinda atención a todo el mundo... se le orienta en los procesos a seguir... aunque a la institución solo le interese lo judicial, las audiencias, las sentencias... nosotras brindamos orientación psicológica y acompañamiento a los casos... y es que la gente viene muy necesitada... por lo menos de alguien que lo escuche... aquí por lo menos se les atiende con amabilidad y se les presta los servicios psicológicos”. Por experiencia propia este profesional del sector justicia visibiliza la inequidad





existente en las instituciones en el trato con los usuarios y la agilización de los procesos, los cuales parecen depender de la condición económica, educativa o política del usuario.

Ahora bien, aunque es evidente tal necesidad, la realidad de esta calidad humanizada contiene un elemento en muchos casos oculto, o mejor, no manifiesto que estanca toda intención de mejora y es el desconocimiento que tienen los funcionarios acerca de la organización institucional (misión, visión y principios) que sustenta, orienta y justifica su razón de ser social y la cual repercute en la manera como se dan los procesos de atención porque si no se conocen las bases del accionar es muy difícil caminar y avanzar en torno a ella. Con respecto al rescate de la filosofía institucional se tienen dos situaciones, una que los funcionarios, muy pocos, conozcan tales cuestiones gracias a que la misma institución los capacita constantemente como dijeron JM y YKR: “porque es que la ESE se preocupa mucho por la capacitación y la formación del profesional, que todo el mundo la conozca”; y dos, que se desconozca dicha filosofía por la razón que sea. Esto quedó evidenciado cuando al realizar las entrevistas y preguntar por este componente organizacional muchos refirieron no conocerla y en el mejor de los casos remitieron a una página en internet para consultar este material.

En el ESE departamental manifestaron no conocer ni políticas ni reglamentos, lo mismo ocurrió con Caprecom (no conoce mucho sobre misión, visión ni historia), en Comparta facilitaron “el manual del usuario” porque no conocen muy bien sobre esos aspectos; en Coomeva, a pesar del interés mostrado por los temas en salud mental, no tienen claridad sobre el componente organizacional excusándose en que la institución es nueva; en Solsalud no se menciona nada al respecto; en la ESE municipal remiten a una página en internet, esto mismo sucede en el ICBF y Sanitas.

Entre las instituciones que mejor manejo tuvieron de la cultura organizacional se pueden contar la Defensa Civil (facilitaron información medio magnético), Bomberos refieren la ley 1575 pero aclaran que está en reforma, la Fiscalía Unidad 30 basados en el Código Penal y Mallamas que además refiere algo de historia de la institución. Pero la reflexión que surge es saber si la adquisición del componente filosófico institucional, para quienes lo conocen, solo se le considera como un requisito más para una auditoria y para ello se retoma de nuevo JM y YKR que concluyen el comentario así: “venia auditoria y que a cualquiera le pudieran preguntar” o se pone al servicio del mismo proceso de atención como expresa EF: “todos los años hay orientación porque hay que capacitar al usuario”. En otras palabras, aparece el convencimiento





de que es necesario ir más allá de la interpretación literal de conocimiento organizacional y avanzar hacia un accionar coherente y cristizador del mismo, en el proceso de atención.

En palabras de William del Toro Díaz (2006) la cultura organizacional, resulta aquí importante, teniendo en cuenta que el conjunto de normas, valores compartidos y formas de pensar, al interior de la institución, marcan el comportamiento de las personas que prestan sus servicios en una organización y que caracterizan o dan una imagen externa de la misma ante sus clientes y el entorno en general. Y que cuando es fuerte y ampliamente reconocida para los miembros de la organización suele citarse como motivo de éxito. Según Schein (1985) este resulta ser el sistema social de la institución que lleva a sus miembros a considerar la manera de hacer las cosas. De ahí la importancia de adelantar el análisis de este componente que para el estudio parte de encontrar los puntos conectores entre las misiones, las visiones y los principios de las instituciones pertenecientes a la red operativa institucional Redescubrir, de las que se puedan extraer elementos que favorezcan la atención de los fenómenos de salud mental y que igualmente pueden servir de indicador para establecer el nivel de importancia que tiene la salud mental desde la institucionalidad.

Es así como en las misiones se resalta que el centro de la razón de ser de la institución son las personas que hacen las veces de usuarios enunciadas con las siguientes palabras “nuestros clientes, población civil, personal del ejército y sus beneficiarios, comunidades, pueblos indígenas, sociedad, familias colombianas, afiliados, niños, niñas, adolescentes y nuestros usuarios”. Por su lado la salud mental, aunque no referida de forma directa a excepción del Batallón que cuenta con un componente filosófico para el área de la salud mental, puede estar inmersa en los propósitos expuestos en las misiones en los siguientes términos: mejoramiento de la calidad de vida y las condiciones de salud, el desarrollo comunitario, el bienestar; la contribución a la paz, los derechos humanos y el progreso del país; generar confianza y seguridad jurídica, dignificar la vida, con ética, eficiencia y solidaridad para aliviar el sufrimiento físico y moral; lograr la función de accesibilidad a los servicios, mejorar y mantener la salud, garantizar protección integral y el brindar servicios de calidad. Y en las acciones de protección, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación; la prestación de servicios integrales de salud, la protección de los derechos a la salud, la preservación de la vida, el cuidado de la salud, la protección integral, el restablecimiento de derechos, la atención preventiva, integral y prospectiva, el respeto por el debido proceso y las garantías constitucionales.



En estos elementos misionales, que definen el marco desde donde operan las instituciones, se expresa de forma sencilla el impacto positivo del accionar institucional en la sociedad, que contribuyen de modo directo en el mejoramiento de la salud mental de sus usuarios; porque como se puede notar, la salud mental no queda por fuera del campo de acción institucional. Pero el desconocimiento misional o el no reconocimiento de la salud mental dentro de la misma, ha hecho que las estrategias, actividades y la concentración de recursos se dirijan hacia otros objetivos. Según Sergio Maya Alemán (2000) si la misión está bien establecida y comunicada, orienta las energías al cumplimiento de cualquier objetivo que se establezca.

Entre tanto los puntos que conectan a las visiones de las instituciones giran en torno a : generar impactos positivos, contribuir a la construcción de caminos de paz, desarrollo y una sociedad próspera y equitativa a partir del desarrollo integral; abordar integralmente la salud mental y al hombre desde una perspectiva sistémica, contar con redes de servicios, mejorar la calidad de vida y la salud, consolidar un estado comunitario, mejorar el modelo de atención en salud, desarrollar el talento humano, consolidar la confianza, seguridad y credibilidad de los usuarios; prestar servicios de alta calidad con eficiencia, eficacia y calidez. Éstos son los términos de acción social en que las instituciones expresan sus sueños, su aporte a la solución de un problema percibido ante el cual se propone una solución novedosa que determina el destino institucional el cual hay que tratar de establecer y luchar por conseguirlo (Maya, 2000). Pero en el tema de la salud mental pareciera que esta visión está todavía lejos de hacerse realidad.

En cuanto a los principios y valores, para Toro Díaz (2006) son factores personales y sociales que se expresan en la cotidianidad y que rigen el accionar de la institución determinando que es lo importante en la misma. Por eso, para las instituciones con injerencia en la atención de la salud mental se propugna por valores y principios como la actitud del servicio, la ayuda mutua, la buena fe, la calidad, la celeridad, el compromiso, la confianza, la continuidad, la eficiencia y la eficacia, la equidad, la honestidad, la integralidad, la justicia, el mejoramiento continuo, la oportunidad, la participación, el respeto, la vocación, la responsabilidad, la sensibilidad social, la solidaridad, el trabajo en equipo, la universalidad, entre muchos otros que expresan la importancia por mantener un clima positivo de atención y la prioridad que se le debe dar a las necesidades que se puedan presentar. Pero la lectura que se hace de este componente y que fue referido por los mismos actores operadores, es que dichos principios y valores se han



deteriorado. Es por esto que se percibe que en las instituciones de asistencia social los funcionarios no se dedican con todas sus fuerzas y responsabilidad a la tarea que se acomete y por ello no hay un compromiso con la calidad, situaciones que conspiran con el cumplimiento de la visión institucional. Como diría Serna Gómez Humbert (1994) “para que sean efectivos los valores y las creencias tienen que ser parte integral de la cultura de una institución. Mediante el liderazgo efectivo, los valores se vuelven contagiosos, afectan los hábitos de pensamiento de la gente, su forma de relacionarse con otros, la tecnología que emplean, las políticas, las reglas, los procedimientos y las descripciones de los trabajos a los que se dedican”. Así cuando los valores son interiorizados se convierten en guías y pautas de conducta.

Se trata entonces, de hacer del componente organizacional una posibilidad que dirija el proceso de atención, en este sentido se retoma a Stone (1994) “que cada tipo de objetivo despliegue distintos recursos”, es decir, que la integridad de la salud mental incluya una atención humanizada, que implica entender aquello que menciona PP cuando señala: “uno no necesita ser profesional para ayudar a alguien, lo que se necesita es escuchar a la persona” y se confirma con lo expresado por TC: “...la actitud del funcionario hacia el usuario para orientarlo y atenderlo de la mejor manera, porque créame que cuando un usuario se va bien atendido se le ha quitado un poco de la carga del problema mental que tiene” y es ratificado por SMC: “se deben tener personas bien capacitadas pues un saludo puede salvar la vida de una persona y una palabra puede evitar un maltrato” de lo cual se puede concluir que una buena atención parte de dos principios, proteger al usuario y canalizar el caso a quien compete específicamente.

A este panorama de falta de atención humanizada, se le suma que los servicios de atención se niegan o se obstaculizan debido al desconocimiento, por parte del funcionario, de la normatividad legal que reglamenta y obliga la prestación de los mismos, así lo hizo saber GIA: “hasta hace poco conozco la obligación con respecto a la protección que se debe brindar a las víctimas de maltrato, hasta apenas hace 8 días en una reunión en la alcaldía fue que me enteré de que era nuestro deber brindar alojamiento y alimentación para las víctimas de maltrato, en realidad de salud mental solo hasta ese día escuche, no recuerdo sobre la normatividad y las leyes que rigen la institución”, AJ y PP al respecto mencionan: “los funcionarios que no conocen de la salud mental... o de su importancia... y que son los encargados de autorizar... no envían a atención psicológica”, AT explica la situación con un ejemplo: “según la Ley 1257 a la mujer víctima de violencia se le debe garantizar la habitación y alimentación a través del Sistema



General de Seguridad Social en Salud... es decir que retomando el ejemplo de la señora al no poder volver a su casa de habitación por temor a ser agredida nuevamente tiene el derecho de recibir protección por parte de la EPS hasta cuando se garantice la seguridad... ella debe solicitar tales servicios a su EPS esta le dice que ellos no tiene esa responsabilidad y me devuelven a la mujer otra vez a la comisaria...”.

Y aunque las instituciones mencionan algunas leyes y su responsabilidad frente a la atención de la salud mental, este no se queda sino como mero discurso porque no se mencionan con puntualidad los servicios que se deben prestar, es más se cae situaciones donde se mencionan números en las leyes que no concuerdan con las reales aspecto que evidencia de nuevo la poca apropiación que existe entre la comprensión del tema y la importancia de la legalidad que la reglamenta, esto se puede entender cuando EYY manifiesta: “estamos reglamentados por la Ley 1245 que obliga a que cuando se encuentran casos de maltrato estamos obligados a brindar hospedaje y alimentación a la víctima y como no se cuenta con un centro para realizar este proceso nosotros debemos contratar un hotel...también encontramos que cuando se encuentran casos de maltrato contratan a un hotel para que brinde hospedaje porque en Pitalito no cuenta con un Centro para esto. Es ahí donde tenemos una barrera que nos impide hacer más” (la ley a la que se refiere es la 1257 y tiene que ver con atención integral a la mujer víctima de violencia), YRP informa: “nuestra institución está obligada por la norma para atender eventos de salud mental”, DC-LM expresan: “la ley 100 es la que determina la función de la EPS” y APC confirma: “teniendo en cuenta la medida en que este dentro del POS”.

La importancia de la normatividad legal en un tema tan complejo es que permite y ubica el accionar tanto de profesionales como de las mismas instituciones y minimiza el sesgo entre el discurso del querer hacer y la responsabilidad en la atención que se debe brindar, toda vez que la política pública nacional apunta a la reducción de la carga que representan los trastornos mentales en la salud de la población y sus consecuencias en el desarrollo social, así como mejorar las capacidades del Estado, las instituciones y la sociedad en general para afrontar la problemática, dentro del contexto del Sistema de Protección Social y el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Según el proyecto Atlas (2001) un requisito básico de la atención de salud mental, en cualquier país, es la existencia de políticas, programas y legislación al respecto. Y aunque Colombia cuenta con una legislación amplia muchas de ellas son recientes o no reconocidas por las instituciones ni mucho menos por los usuarios.



Se entiende entonces que se deben conjugar los recursos políticos con los recursos institucionales donde tal conjugación sea beneficiosa para las propias comunidades, como lo señala Cesar San Juan (1996) “así, el riesgo de delegar toda la responsabilidad en el Estado favorece el desarrollo de la desmovilización social con la consiguiente revalorización de las soluciones individuales y la progresiva reducción de los derechos sociales...Por otro lado debemos reconocer que la solución no debe volcarse en el polo opuesto, una monolítica participación ciudadana ya que el Estado tendería a rescindir unos recursos sobre los que no tiene control directo...”.

El segundo aspecto que se menciona en la atención integral e integrada de salud mental tiene que ver con los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social y está integrada a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas, lo cual se resume, para mayor comprensión y explicación, en infraestructura y procesos de atención. En infraestructura PP expresa: “no hay consultorio para atender a los usuarios... el trabajo se hace inclusive en la cama del paciente... delante de todo el mundo” y respecto a la capacidad instalada para JC: “está muy limitada” y JLR apunta: “las instituciones están quedadas en tecnología, no hay uso adecuado y pertinente de las mismas ni siquiera en los consultorios”.

En el trabajo de campo se pudo apreciar que las EPS, cuya función es organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud que se encuentran en el POS y son las responsables de la gestión de riesgos derivados de la enfermedad general o no ocupacional y podría decirse, el primer acercamiento que tienen los usuarios con el sistema de salud, no cuentan con oficinas acordes con su función, tal es el caso de la EPS Caprecom la cual está ubicada en un lugar no muy visible, sin letreros de distinción que puedan ubicar al usuario y que como mencionó el secretario de salud en la reunión con gerentes de las EPS en la ciudad de Neiva “en la oficina no hay ni computador, ni impresora, ni teléfono... ya que la funcionaria para realizar estas actividades va hasta la secretaria de salud a imprimir y hacer llamadas”. Algunas EPS como Mallamas, Coomeva, Asmet salud, Comparta se encuentran alejadas del centro, lo cual no facilita el acceso de los usuarios. Todo esto evidencia la baja capacidad resolutiva de las instituciones de baja y media complejidad, con factores asociados a la deficiente actualización



del recurso humano, las condiciones de la infraestructura y la forma en que se determina e incorpora la tecnología en estas instituciones. Una vez más se confirma que para la salud en general y para el caso que compete, salud mental, la infraestructura destinada a la atención de enfermedades predomina por sobre la infraestructura para la salud mental.

En cuanto a los procesos de atención como se señala en el módulo “mejora de la calidad de la salud mental” (OMS, 2009), no existen estándares globales de atención. Cada país debería definir el umbral mínimo en relación con el contexto y las condiciones específicas. No obstante, los gestores políticos tienen que decidir cuánto debe mejorar la calidad de los servicios por encima del umbral mínimo (estandarización de la atención) mejorando a su vez la accesibilidad. Para ello es necesario que las instituciones definan su nivel y calidad de atención, tal como lo expresa MAP: “las instituciones que conforman o que conformamos la red cada día tengamos más claridad... aunque yo les digo algo esto tiene que volverse parte de la política pública de los procesos que hayan asumido cada una de las empresas, cada proceso se vuelve una obligación si se estandariza, es decir, si yo como personero, como secretaria de salud, como EPS, como Fiscalía, tengo claro que cuando yo como persona incumplo los deberes como obrero de mi empresa o cualquiera de las situaciones, sé lo que debo hacer... para que sepan que es estandarización les voy a poner el ejemplo que manifiesta McDonald: una hamburguesa aquí en Colombia, en Estados Unidos, excepto las que hacen típicas que tienen nuevos ingredientes como las de México que les echan ají, bueno, chile que llaman ellos... la forma de hacer hamburguesas es la misma aquí, en Europa o en Estados Unidos, los ingredientes sino se les ha hecho un cambio, debe hacerse en la misma forma y en el mismo tiempo, entonces si la Personería, la Fiscalía, cada uno sabe que debe de hacer, le toca que brindar los primeros auxilios lo debe hacer en términos reales, el primer auxilio es transportar y generar una acción”.

Respecto a esta estandarización, uno de los ejes sobre los cuales se organizan los procesos de atención en salud mental para su análisis y abordaje son la promoción y prevención. Las dos estrategias puntuales que parten de la comprensión del ser humano en un contexto mucho más amplio que lo simplemente biológico, no como enfermo sino como persona inmersa en un contexto que lo hace y determina y es que la idea de legitimar cada día más esta relación salud mental - redes sociales, permite pensar este fenómeno "no encadenado solamente a la enfermedad y a los síntomas, suspendido en el vacío, un sujeto biomédico, protagonista de una psiquiatría biológica sino más bien por un sujeto socio histórico” (Pérez citado por Blanco, Díaz,





2006). Y aunque las instituciones manifiestan desde sus competencias y accionar la promoción y prevención tal como lo expresan DC-LM: “trabajamos promoción y prevención, realizamos capacitaciones sobre los deberes y derechos de los usuarios y no hay servicio psiquiátrico” y NYC: “nosotros tenemos un protocolo, también trabajamos con el IEC y realizamos promoción y prevención”, esta se limita a un mecanismo de publicidad tal como lo dejaron ver DC-LM: “solemos brindar información por medio de folletos, por ejemplo de lactancia materna, pero nada más”, VRV: “también brindamos información sobre el tabaquismo a través de carteleras y folletos” y lo ratifica APC: “brindamos información por medio de folletos por ejemplo en el caso de lactancia materna, hacemos promoción... se suministra información a través del medio radial, televisivo, y electrónico”. Pero la norma legal en salud concibe como promoción las acciones, estrategias y actividades, intervenciones y procedimientos intersectoriales y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la salud mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.

No con ello se pretende argumentar que las instituciones no funcionen, ya lo mencionaba SP: “todas las instituciones trabajamos, hacemos”, al respecto VRV resalta: “brindamos información en folletos, hacemos visita domiciliaria, brindamos charlas educativas. En cuanto a violencia intrafamiliar y suicidios, orientamos los grupos sobre a donde se pueden dirigir” y ZO agrega: “ofrecemos servicios tales como charlas educativas” declaración confirmada por SMC cuando expresa: “otro servicio que se presta, por vocación porque no es nuestra obligación, son charlas preventivas... a cualquier comunidad o institución que solicite este servicio... pues yo lo presto”. Sin embargo, pese a los servicios manifiestos los mismos actores operadores hacen la lectura de “se ha dejado de lado mucho, mucho, mucho la parte de prevención y promoción” en palabras de SP confirmadas por JLR al expresar: “todas las instituciones no están haciendo prevención esperan que las personas lleguen muertas para atenderlo... solo hablamos y nos quedamos en tratamiento, pero que pasa con la promoción y la prevención. ¿Las IPS se están preparando para hacer promoción y prevención? no tenemos capacidad instalada por eso la población no está bien atendida” y continua “la capacidad de respuesta de las EPS especialmente, no solo es institucional sino también comunitaria, escolar, laboral, etc. ¿qué pasa con la comunidad?, la educación es la respuesta, pero no se está haciendo”. Este análisis permite





comprender que desde la misma academia donde se forman los profesionales debe proyectarse el desarrollo de habilidades sociales que permitan intervenir humanamente la realidad social y de habilidades que potencialicen las acciones educativas tendientes a fomentar en la comunidad hábitos y conductas de auto cuidado personal, familiar y comunitario, tendientes a desplegar una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía. Y que permita a los usuarios identificar y satisfacer sus necesidades y asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad. Y es que la promoción de la salud como actividades o dispositivos deben ser visualizados en sus principios básicos, para intervenir desde las instituciones ya sean públicas o privadas, se tiene que dar un cambio en la reorientación en los servicios y en las formas de vinculación de éstos con los grupos locales, así como en la capacidad de identificar la acción comunitaria que caracteriza a las poblaciones y esto implica un cambio tanto en la manera en la que los profesionales lidian con la salud y con la enfermedad misma y el cómo entienden el concepto mismo de promoción.

Otro aspecto que se denota en los procesos de atención es que la promoción en el sector educativo se ha limitado a ser una parte más de los proyectos transversales como lo expresa EMG: “en las instituciones hay proyectos que se desarrollan con el fin de abordar la salud mental y son los proyectos transversales; estos son, educación sexual y construcción de ciudadanía, en 1993 salió una resolución, la 3353 del 02 de julio, sobre el proyecto de educación sexual, la cual incluye temas de consumo de sustancias psicoactivas... para los proyectos de estilos de vida saludable hay directrices a nivel departamental”. Aspecto que aunque valioso, pues el encuentro de saberes puede orientar las intervenciones mismas considerando las necesidades sentidas por la comunidad, no es suficiente ni eficaz, pues al ser proyectos transversales, éstos se quedan enmarcados en un cumplimiento curricular que implícitamente obstruye el objetivo puntual de la promoción.

Respecto a la prevención JLR manifiesta: “por la falta de prevención se está llenando la sala de urgencias... Las EPS no hacen plan de intervención al usuario pero deben hacerlo. Esto lo dice la ley... Las EPS dicen mi problema es de II y III nivel, allí es donde se gastan la plata y entonces el nivel I ¿qué? La prevención ¿dónde queda?...”. En tal sentido se encuentra igualmente que la normatividad contiene elementos que no se tienen en cuenta al momento de prevenir. La prevención se entiende como la minimización de la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, sin embargo para la ley 1616 la





prevención primaria del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo, relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos. Entonces surge la misma pregunta si la prevención incluye la participación de las comunidades ¿Dónde están los procesos (no actividades) adelantados con la comunidad?, reflexión que es manifiesta por JLR cuando expresa: “a urgencias están llegando cosas que son estrictamente de prevención... un factor de riesgo tiene otro y otro hasta llegar a la base del problema. Es en la comunidad donde se debe trabajar. No existe estadística pero todo está llegando a urgencias y urgencias es de II nivel”. Al respecto numerosas revisiones y evaluaciones de programas de promoción de la salud mental confirman que la intervención, desde la formación de habilidades comunitarias para salir adelante hasta la escucha cuidadosa de sus necesidades y temores, fortalece las conductas protectoras. Por tal razón, hay que conocerla para organizar las intervenciones desde las instituciones de bienestar social. El incorporar la red en el trabajo de la salud mental y su abordaje colectivo tiene muchas ventajas puesto que las redes son una fuente de apoyo social que se utilizan en las estrategias de prevención y de promoción (Maya, 2007).

En el caso del sector protección y justicia, estos han entendido que la promoción y la prevención, elementos que no están en obligación de hacer (por lo menos desde justicia), se pueden desarrollar desde la misma atención directa que se brinda al usuario o a través de programas y estrategias puntuales que llevan inmerso este componente, así lo afirma AT: “se hace promoción, prevención y atención-orientación” y SMC: cuando agrega: “dentro de la atención que hacemos, pues, se hace promoción y prevención... pero es básicamente atención...”. En el régimen especial igualmente “se prestan servicios de atención en salud mental y que tienen que ver con la vida militar, actividades de promoción y prevención en temas de violencia familiar, consumo de sustancias psicoactivas e ideación suicida” como refiere AV.

De la anterior descripción se pueden hacer un par de lecturas, la primera que aunque se tiene claridad a qué nivel le corresponde la promoción y la prevención, como puntualiza PP: “en el hospital no se hace ni prevención ni promoción... somos nivel II y para eso ya está la ESE Manuel Castro Tovar”, la actividad preventiva está limitada por acciones institucionales aisladas como lo expresa EF: “cada uno en su sitio trata de hacer lo que mejor puede” aspecto que deja notar que el impacto de las estrategias de promoción y prevención no repercuten





significativamente en la paliación de la problemática de salud mental, elementos que serían claves teniendo en cuenta que la capacidad instalada en el municipio es mínima. Y segundo, que desde el sector educación no hay una responsabilidad clara frente a la promoción y prevención de los fenómenos de salud mental.

Ahora bien, la salud mental es de interés y prioridad nacional para el país, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y del mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos y las colombianas, sin embargo el principio de oportunidad que tienen los usuarios en cuanto al acceso a los servicios se ve limitado debido precisamente a que ninguna institución cuenta con una red de servicios integral en el municipio de Pitalito, esto implica que los usuarios se vean obligados a un desgaste continuo de tiempo y dinero, prefiriendo no continuar con los procesos de atención que requieren, así se evidencia en las palabras de NYC: “se realiza el trámite correspondiente, llega el reporte, se ubica al usuario; se realiza la visita y se pasa al primer nivel, luego nuevamente se visita estableciendo la hora y la fecha en que será atendido en este caso por un psicólogo, se orienta para que asista al proceso, pero se sale de nuestras manos cuando ellos no acuden a las citas”. Esta se convierte en una de las dificultades que se identifica en el proceso de atención, la inasistencia del usuario al proceso por la demora de las EPS en la autorización de los servicios y más aún la distancia y el gasto que implica en muchas ocasiones el poder acceder a un tratamiento y/o rehabilitación, pues aunque la norma es clara cuando manifiesta que las EPS deben hacer uso de mecanismos para que las atenciones en salud y de promoción y prevención se efectúen cerca a la residencia del afiliado, con agilidad y celeridad, en la práctica se evidencia que justamente esto es lo que no sucede, en palabras de JLR: “no hay capacidad instalada en las IPS y por eso no hay buena atención y las EPS no cuentan con servicios como el de psicología en el municipio, todo lo tienen en Neiva”. Situación que se evidencia en las declaraciones de DC-LM: “no hay programas, los casos se mandan a la ESE o en otras ocasiones a Neiva”, GIA: “las estrategias y programas se manejan en Neiva... y que todo va dirigido a la central de Neiva que es desde donde opera, básicamente hasta las estrategias y programas se adelantan es en Neiva”, AV: “el centro de familia funciona solo en Neiva”, EYY: “si no se presta el servicio se debe remitir a Neiva a un Centro de rehabilitación, es ahí donde nace una barrera de no poder hacer más... en este proceso nosotros debemos contratar un hotel de aquí de Pitalito para suministrarles vivienda y alimentación, mientras que en Neiva se





encuentra el centro especializado para esto”, NYC: “operamos desde Neiva a nivel del Huila”, VRV: “en cuanto a SPA hacemos promoción, prevención, tratamiento, reparación y visita domiciliaria, ya lo que es vigilancia y gestión integral se hace desde Neiva”, YM: “para SPA se hace tratamiento, reparación, acompañamiento psicosocial y visita domiciliaria, ya vigilancia se hace en Neiva”, APC: “para SPA, intentos de suicidio y violencia intrafamiliar se hace desde la ESE promoción y prevención; desde Neiva gestión integral”.

Como se puede notar, fácilmente se está cayendo en una vulneración de los derechos fundamentales, ahora bien, es importante reiterar que, aunque la ausencia de instituciones de servicios en salud mental en el municipio de Pitalito por sí solo no genera la vulneración de derechos fundamentales, cuando se evidencia que las EPS no garantizan integralmente el servicio o que a pesar de la adecuada calidad de su prestación por diferentes factores, como por ejemplo, su ubicación, pone en riesgo el estado de salud del usuario y ello causa el deterioro de su condición problema, entonces sí se estaría entrando en un camino peligroso de vulneración. Esta situación está en contravía con lo que para el Estado se convierte en la garantía de la salud mental cuando manifiesta que “el Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales” (Ley 1616 de 2013) pero como se puede notar, el tratamiento y la rehabilitación no son servicios accesibles para la población en general. Y en este sentido es necesario de acuerdo a JLR: “que cada institución defina como esta frente a la atención de salud mental”.

Esta misma lectura se hace desde los lineamientos para la política pública en salud mental (2005) cuando se dice que en Colombia se ha reconocido que la organización de los servicios de salud mental presenta deficiencias que afectan su efectividad y la posibilidad de cumplir con los principios del Sistema General de Seguridad Social. En el actual Sistema, las entidades aseguradoras son las responsables de garantizar la red de servicios para sus afiliados. Por lo tanto, más que una red de servicios, lo que existe son redes de distintas instituciones, con debilidades de articulación para responder mejor a sus afiliados. Según Londoño (1997) la prestación de servicios de salud comprende tres aspectos: la estructura organizacional para la prestación de servicios; la producción de servicios que resulta de una relación entre insumos y estructura organizacional; y, finalmente, un producto o resultado que debe corresponder a





cambios positivos en la situación de salud de la población que se beneficia de los servicios, componentes ausentes en el municipio de Pitalito que no son ajenos a la realidad de Colombia, donde la distribución de personal de salud en general es geográfica y numéricamente desigual (González, 2001).

Estas comprensiones entorno a la salud mental han determinado, desde la institucionalidad, algunas prácticas sociales en las que al no lograrse comprender la complejidad de los fenómenos se obstaculiza el establecimiento de modelos integrales de atención, sobre todo en el campo de la salud. Es así como los procesos de atención son entendidos por las EPS como trámites puramente administrativos, según GIA: “manejo más que todo la parte administrativa, porque yo lo que más hago es realizar los trámites y enviar toda la información a Neiva”, igualmente comparten esta posición VRV: “solo se maneja la parte administrativa”; YM: “en casos de eventos de salud mental, no sabemos que hacer... la auxiliar integral solo identifica y notifica”, YRP: “cuando se realiza un examen general y el médico encuentra que él bebe ha sido maltratado a la hora de su valoración; este lo que hace es reportar a las entidades de control” y EF: “cada uno en su sitio trata de hacer lo que mejor puede, pero de todas formas siempre hay falencias”.

Desde estas perspectivas se concibe el proceso de atención como meramente administrativo, entre otros aspectos, porque ese es el perfil ocupacional del funcionario dentro de la EPS, por desconocimiento de la normatividad legal, por falta de servicios contratados y por pérdida de vocación social frente al servicio. Aspectos que los mismos actores operadores reconocen, por ejemplo SP dijo: “tenemos que colocar de nuestra parte y trabajar con lo que hay”, por su lado la AT reafirma: “no se dan cuenta que las personas que llegan a solicitar atención son maltratadas y llegan a la parte donde creen le pueden ayudar y se encuentran con una pared”, del mismo modo SMC reconoce: “también se debe tener en cuenta que no todos los funcionarios tienen el perfil... y es que en estos casos hay que tener tacto”. Se entiende entonces que el recurso humano destinado a la atención de la salud, requiere de una formación y unas responsabilidades inmersas en un proceso de atención que se inscriba desde lo integral, toda vez que la producción de servicios de salud implica una relación directa entre los usuarios y el personal de salud. Un sistema de salud sustentable depende del número y las características de la fuerza de trabajo con que cuente (Health Canadá, 2004).



En el caso de los usuarios que llegan por urgencias, estos si son atendidos de inmediato, dependiendo de la gravedad del paciente así lo confirma YRP: “en casos donde se presenta urgencia, se debe brindar la atención este o no este afiliado y hasta el momento hemos evidenciado esto en los casos que han sido reportados”, lo que si no queda claro es qué servicios integran el proceso de urgencias, lógicamente ya se sabe que desde la parte médica este servicio si es prestado, pero por ejemplo en la IPS de Saludcoop en cuyo servicio de urgencias no cuenta con el profesional en psicología, ya que según JLR: “Saludcoop hace 2 años está estudiando la posibilidad de contratar psicólogo” entonces ¿qué sucede con los usuarios que en medio de su emergencia requieren de esta intervención?. Y así no se cuente con este servicio en la IPS, es obligación de la entidad autorizar los servicios posteriores a la atención de urgencias dentro de las dos horas siguientes a la atención inicial y en el caso de servicios adicionales dentro de las 6 horas siguientes al recibo de la solicitud (decreto 4747 de 2007).

En el caso del Hospital se conoce que en el servicios de urgencia y de hospitalización se cuenta con la intervención de dos profesionales para la salud mental, una trabajadora social y una psicóloga, pero según AJ y PP: “se hace consulta externa cada mes o cada dos meses... se hacen de 2 a 3 sesiones... en el servicio se evalúa el estado mental (conciencia, entendimiento, conducta, personalidad, el aspecto familiar, las facultades mentales)” pero entonces ¿dónde quedan los procesos de tratamiento y de rehabilitación?. Además se debe tener en cuenta que varias de las EPS que tienen dentro de su red de servicios la atención por psicología en el municipio lo han contratado precisamente con el Hospital por ejemplo EYY afirma: “en II nivel se remite a la ESE Hospital”, por su lado NYC comenta: “se realizó un contrato con el hospital San Antonio en II nivel de psicología para que se preste el servicio de atención” y se entiende porque entonces no se cumple con lo postulado por el POS cuando menciona que el usuario tiene derecho hasta 30 sesiones, porque es que una sola psicóloga no alcanza para desarrollar tales procesos, en palabras de PP: “los procesos interventivos de tratamiento se aplican solo a los pacientes que se encuentran en hospitalización por varios días”. Entonces si se acepta que una urgencia es una condición que concluye en discapacidad o muerte si no se trata inmediatamente (manual de urgencias tomo III, 2009), los usuarios que llegan por fenómenos de salud mental constituyen casos de urgencias. Pues la persona llega con alteraciones en su estado de ánimo y del pensamiento que altera su comportamiento y ponen en riesgo su integridad.





Según el manual de urgencias entre las solicitudes que llegan al servicio de psiquiatría están los intentos de suicidio, crisis de angustia, duelos patológicos, depresiones severas, entre otros. Del mismo modo aclara que esta responsabilidad asistencial ha estado a cargo de los médicos generales, incluso las urgencias psiquiátricas y se hace la siguiente salvedad “los médicos involucrados en la atención clínica en un servicio de urgencias requieren conocimientos y experiencia en los siguientes aspectos fundamentales en el campo de la salud mental: realizar diagnósticos diferenciales de comportamientos, manejar crisis psicosociales, entre otras. Y agrega que el proceso de atención médica en los servicios de urgencias está cargado de dificultades como el no contar con protocolos de atención claros y el temor de enviar por error a un paciente que tiene un problema médico a un servicio de psiquiatría, claro está, cuando hay accesibilidad a dicho servicio. Para ello se recomienda que el medico realice su trabajo en conjunto con los profesionales de psicología y trabajo social disponibles en el servicio. Respecto a ello la ley también es clara, en la Resolución 5261 se invita a los médicos de urgencias a obrar de manera prudente y racional en el momento de atender una urgencia. Ahora bien, este mismo artículo da la potestad al médico para definir cuándo se está en presencia de una verdadera urgencia, pues es él quien tiene los conocimientos técnicos para hacer tal definición. En el Decreto 412 se contemplan aquellos casos que llegan a urgencias pero que según el criterio médico no son urgencias, los cuales no se deben dejar sin atención toda vez que la ansiedad con que el usuario enfrenta su estado de “enfermedad” lo llenan de temores lo que amerita una consulta tendiente a minimizar el estrés psicológico, que produce tanto daño como la enfermedad física misma.

Según la guía de urgencias (triage), son consideradas urgencias los pacientes psiquiátricos, los usuarios en crisis (pueden ser crisis del desarrollo, crisis personales y crisis producto de una emergencia o un desastre), los intentos de suicidio, los intoxicados y las víctimas de maltrato. Para los cuales el POS (acuerdo 029 de 2011) cubre las tecnologías en salud.

Otro aspecto relevante que se encontró, es la diferencia que existe extra sectorial e inter sectorialmente respecto a la demanda de fenómenos en salud mental y aunque los tres sectores estudiados (salud, justicia y protección) reconocen la existencia de la problemática, como dijo EYY: “se sabe que la problemática existe”, el establecimiento de la demanda como reconocimiento del mismo es disímil pues para el sector justicia y protección, en palabras de SMC: “la problemática en salud mental es grande” y SP: “...pienso que la problemática es muy



grande...”, CAT: “desde esta institución muchas veces nos quedamos cortos frente a las problemáticas de la población”. Mientras que para las EPS la problemática es mínima así lo expresan YRP: “sin embargo encontramos que en lo referente a salud mental no llegan muchos casos”, EYY: “no hay muchos casos notificados... hasta el momento... ha transmitido 2 pacientes a psiquiatría” y YM “es muy difícil que una persona venga a mí y me cuente por lo que está pasando pues en la mayoría de casos vienen a otras cosas”. Pero dentro del mismo sector salud el Plan de Intervenciones Colectivas reafirma el elevado número de casos como lo confirma YKR: “la capacidad de respuesta institucional... desde la ESE no era suficiente porque... era demasiada la demanda y el recurso era muy poco para poder dar respuesta”.

Esta diferenciación en la demanda de atención, igualmente se ve reflejada en el número de abogados destinados a abordar los procesos judiciales de los enjuiciados por fenómenos de salud mental, pues según PP y EV “hay 12 abogados para los victimarios y 1 solo abogado para las víctimas”. Entonces surgen las siguientes cuestiones ¿si en el sector justicia se recepcionan gran número de demandas, por qué en el sector salud la demanda no es igual? ¿Los usuarios prefieren utilizar solo los mecanismos institucionales de hecho para protegerse porque resultan más efectivos? ¿Desconocen los usuarios los servicios en salud a los que también pueden y tienen derecho a acceder? ¿El sistema de salud no presta servicios de salud mental? Y aquí se pueden analizar varios aspectos, primero que el estigma al que se ven enfrentadas las personas que sufren de fenómenos en salud mental es un obstáculo para el temprano y adecuado tratamiento. Segundo, que el usuario dude de lo que puede recibir del sistema de salud; tercero, que la poca demanda se deba a que el fenómeno no este acompañado de dolencias físicas significativas y cuarto que las EPS (como intermediarias entre el sistema de salud y el usuario) no den prioridad al proceso interventivo de los casos identificados en salud mental. El análisis, que hasta ahora se ha hecho, pone de relieve que el principal afectado por la situación descrita, es el usuario, por supuesto sin descartar que los mismos funcionarios, directivos e instituciones se ven afectados toda vez que se pierde su razón de ser social, pues según Colomer (2006) uno de los factores que intervienen en la salud mental es la forma de prestar la atención y el servicio, es decir, la accesibilidad, la cobertura, el entrenamiento y las actitudes de los profesionales, la oportunidad y la calidad de los servicios.

La definición de salud mental y la descripción general sobre las redes, evidencia que los servicios de salud no son suficientes para enfrentar las necesidades en este campo. Y que además



si se pretende hacer un abordaje de la salud mental desde una perspectiva integral, necesariamente se debe identificar el apoyo social que se teje en las diferentes redes institucionales que tienen injerencia en ella, pues los procesos de atención en la salud mental ni comienzan ni acaban en el sistema de salud. El cuidado de la salud en general y de la salud mental no es un ámbito exclusivo del sistema sanitario formal. La población antes, durante y después de recibir atención en los centros de salud, protagoniza procesos de auto-atención y atención colectiva por otras instituciones que deben ser identificadas e incorporadas como un recurso más en la producción social de la salud mental (Aurora Sánchez Monge, “redes sociales y salud mental una alternativa para la intervención”).

De ahí, que la conformación de la red, desde un inicio fuera percibida en cuatro sentidos; primero, como una alternativa para hacer frente a la problemática de salud mental en el municipio como lo afirmaron DC-LM: “la red es muy necesaria porque actualmente existen muchas problemáticas en salud mental”; segundo, una necesidad de articulación interinstitucional, en los términos de AT: “mire la necesidad del trabajo en Red... aquí me llevo un caso, hace poco, de una señora víctima de violencia conyugal, ante la gravedad de la situación yo puse en contacto EPS a la cual pertenecía la usuaria, pero ésta me la devolvió” y de AV: “la operatividad de la red es muy necesaria porque desafortunadamente al no trabajar intersectorialmente no se da el impacto social de lo que cada institución hace”; tercero, como la promotora de una alta corresponsabilidad institucional y de beneficio así lo hicieron saber ALE: “es necesario la corresponsabilidad entre las instituciones” y AV: “el ejército sería el mayor beneficiario, somos muy ignorantes en procesos de donde orientar a la persona por que siempre se tienden a centralizar” y cuarto, como el espacio perfecto para la promoción, concertación y unificación de un mismo lenguaje en torno a la salud mental, lo cual repercutiría en la erradicación de legitimaciones erradas en salud mental como refieren YKR: “la responsabilidad de desmitificar la salud mental es de todos, dar la información clara es responsabilidad de nosotros como instituciones por eso debemos hablar el mismo lenguaje” y SM “es muy necesario e importante la articulación de las instituciones y poder ofrecer un servicio de calidad a los usuarios”.

Esto teniendo claro que las redes sociales institucionales se comprenden, en esta investigación, como organizaciones gestadas y constituidas para cumplir con objetivos específicos, que satisfagan necesidades particulares del sistema usuario; necesidades que son





puntuales y deben ser canalizadas dentro de organismos creados para tales fines (Chadi, 2000). Aclaración conceptual que se hace necesaria debido a que el concepto de trabajo en red estaba permeado por conceptualizaciones diferentes, por un lado las EPS al referirse al trabajo en red lo relacionaban con una reunión por ejemplo NYC narró: “cada mes hacemos una reunión de medio día donde asisten policía, Inder que no va, la secretaria de salud, los rectores de colegios, hogares FAMI”, o con una organización de usuarios, así lo hizo saber igualmente NYC: “tenemos liga de usuarios como red de apoyo”, por otra lado era relacionada como una actividad de integración como dijo YRPO: “nos integramos en las actividades con stand en el parque, por ejemplo, en el mes de la salud, lactancia, el mes de la mujer, adulto mayor”, o como una colaboración, en palabras de ES: “apoyamos la alcaldía en cuanto a promoción y campañas para violencia intrafamiliar, desde el hospital se reportan muchos casos centinelas, canalizamos, colaboramos con todos los programas que llevan a cabo la secretaria de salud, ESE y hospital y acompañamiento”, NYC “se hace acompañamiento en violencia intrafamiliar en conjunto con la ESE y secretaria de salud... todo está ligado con secretaria de salud no manejan independiente... creo que las otras instituciones hacen lo mismo que nosotros” y SMC “hacemos acompañamiento a los frentes de seguridad organizados por la policía”.

Por otro lado, algunas instituciones se referían al trabajo en red como actividades de convocatorias, activación, articulación y/o redireccionamiento como mencionaron ER: “convocamos la comunidad para capacitar. Manejamos un grupo de niños del barrio porvenir y popular. Hacemos redireccionamiento a las entidades de atención. En ocasiones nos apoyamos con el ICBF”, SM: “nuestro deber es activar las redes de servicios, Registraduría, educación, salud, etc.”, ALE: “dentro de la atención a las familias se da asesoría y asistencia orientada a activar las redes, con comisaria de familia nos hemos articulado solo para ver si en el caso de violencia conyugal se han atendido. Seguimiento en este caso”. Y en el mejor de los casos se le considera como un insumo técnico simplemente de conversaciones y decisiones como sugirió ALE: “la red sería una mesa técnica del consejo de política”.

Sin embargo, las reuniones, organizaciones de usuarios, la colaboración, acompañamiento, actividades de convocatorias, activación, articulación y/o redireccionamiento, o aún las mesas técnicas no se pueden entender como un trabajo en red, pues esto sería solo una parte importante del mismo, ya que pensar en red para facilitar las ligazones reconstructivas del tejido social no puede estar guiado por una actitud voluntarista, como precisa SMC: “otro servicio que se presta,





por vocación porque no es nuestra obligación, son charlas preventivas... a cualquier comunidad o institución que solicite este servicio” sino que requiere un pensamiento acerca de la complejidad misma del ser humano. Esto indica, en términos de Morin, citado en el módulo Paradigmas de la Investigación Social (2009), que para dicha complejidad no se puede asumir lo humano como un ser ordenado y simple, al que se puede controlar y dominar, sino que es necesario comprenderlo como un ser multidimensional con el que se puede dialogar y negociar, en el que se integra la realidad social, en el que se articulan variados dominios, y en el que se reconoce a su vez su imperfección y la incertidumbre. Según Pascal, citado por la misma fuente, reconocer que todas las cosas son “causadas y causantes, ayudadas y ayudantes, mediatas e inmediatas, y que todas subsisten por un lazo natural e insensible que liga a las más alejadas y a las más diferentes”. Entonces lo complejo es aquello que se comprende como un tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados, presentando la paradoja de lo uno y lo múltiple, ese tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones y azares que constituyen el mundo fenoménico.

Y aunque los actores operadores en su lenguaje reconocen la necesidad de la atención humanizada, esta necesidad evidencia que en la práctica esta no se da, situación que se puede explicar desde la psicología social, toda vez que, según Claudia Andrea Paredes (2007), las creencias y actitudes no siempre guían la conducta, es decir, que a veces no hay una relación consistente entre ellas no actuándose en coherencia. Pero estas creencias y actitudes de favorecer una atención humanizada, guiarían la conducta de atención si el usuario es asociado fuertemente a una evaluación que trate de abarcar la complejidad de la situación del mismo, valorando su riesgo de vulnerabilidad, la urgencia de sus necesidades, la intervención de un tercero que lo oriente adecuadamente y que necesita ser atendido desde lo físico, lo mental y lo jurídico. Y retomando a Fazio y sus colegas (citado por la misma autora), una estrategia para acceder con rapidez a dicha evaluación es permitir precisamente que los sujetos expresen una y otra vez sus opiniones. Esta accesibilidad puede predecir la conducta en mayor medida.

El trabajo en red entonces, debe comprenderse desde el compromiso y la responsabilidad social, como reconoce AT: “para esto debe haber compromiso... no se debe esperar hasta que ellos quieran colaborar, se debe participar de manera activa, la asistencia no debe ser delegable, porque en varias oportunidades mandan personas que no saben y desconocen del tema”.



Todo esto sustentado en que las respuestas asistenciales (reuniones, charlas, acompañamientos, colaboraciones, etc.) atienden la urgencia de la situación, pero un análisis de la demanda muestra que en muchas ocasiones, con el argumento del necesario socorro se tiende a reforzar los caminos individualizantes, esto se percibió en las palabras de YRP: “nosotros tenemos importantes ventajas al contar con una red propia en cuanto a clínicas, personal, grupos, mejores estándares de calidad y posicionamiento” y la realidad de las demandas de atención por parte de los usuarios requieren una integración en una acción institucional que las encauce. Las demandas de ayuda circunstancial no pueden prevalecer sobre las de índole específicamente jurídicas, económicas, políticas, sociales e institucionales que sólo pueden ser enunciadas en la medida en que se inventen y construyan diferentes tipos de reagrupamiento y se facilite la promoción de nuevos procesos instituyentes como resulta ser el trabajo en red, entendido como una estrategia que habilita el relacionar las producciones sociales con las practicas institucionales que en ella se despliegan. Esto permite deducir entonces, que no es bueno apresurarse y querer pasar por encima de los acontecimientos sino poder habitarlos y ofrecer redes y dispositivos continentales, que permitan desplegar los hechos reales y no solamente lo que las propias prácticas institucionales intentan producir (Osvaldo Saidon, citado por Najmanovich, 1995).

El concepto de trabajo en red estaba impulsado por una ilusión: el hecho de que si las instituciones se reúnen y reflexionan, solucionan los problemas que las aquejan como refirió PP: “porque en otros años se ha hecho el mismo intento y no pasan de ser reuniones donde cada uno socializa lo que hace y no más... no pasa nada... no se mejoran las cosas”, pero bien se sabe que esto no necesariamente ocurre así, pues todo trabajo en red, comprende tres períodos, gestación, desarrollo y cierre. Y el hecho de que el desarrollo y cierre no se concluyan, no quiere decir que no existió un trabajo en red sino más bien, que el mismo se limitó a reuniones. Se ve entonces, una vez más que aquello que se conceptualiza termina evidenciándose en una práctica social que permitió comprender que si había renuencia por parte de la gran mayoría de los funcionarios por el intento de conformar una red, no era necesariamente debido a fracasos en otros intentos sino más bien por la construcción de prácticas colectivas que se habían formado alrededor del trabajo en red y de quienes participan en ella.

Y es que la noción de red no es un objetivo en sí mismo, sino que es como metáfora, parte de una metodología para la acción que permita mantener, ampliar o crear alternativas deseables





para los miembros de esa organización social. Cuanto más se abran esas alternativas, más verán los miembros de esa organización a la experiencia como una construcción solidaria de su “red” y más se verán a sí mismos como sujetos en esa red social. La noción de red es una invitación a verse a sí mismo como un participante reflexivo y no como el “objeto social” de una “masa humana” (Marcelo Pakman, 1994), AT lo postula de la siguiente manera: “internamente todos nos tenemos que reorganizar” y MB: “es bueno que cada institución revise qué está haciendo y cómo lo está haciendo”.

Ahora bien, siguiendo al autor referido, el termino trabajo en red es aplicable a dos fenómenos diferentes: por una parte, a un grupo de interacciones espontaneas que pueden ser descritas en un momento dado y que aparecen en un cierto contexto definido por la presencia de ciertas prácticas más o menos formalizadas; por otra parte, puede también aplicarse al intento de organizar esas interacciones de un modo más formal, trazarles una frontera o un límite, poniéndoles un nombre y generando, así, un nuevo nivel de complejidad, una nueva dimensión. Respecto al primer fenómeno, la conformación de la red paso a formar parte de una historia que ya estaba en curso, que ya empezó en esa prehistoria de interacciones más informales que establecieron de por sí las instituciones en su diario accionar y que por qué no decirlo tuvieron su inicio en esos intentos fallidos de red (reuniones) y esto se reconoce al evidenciar que algunas instituciones tenían conocimiento de las funciones de otras gracias al proceso de canalización que realizaban, conocimiento que no necesariamente es trabajo en red, pero si conforma la historia de lo que podría ser, como dijeron YRO: “de ahí conocemos algunas de las funciones de otras instituciones”, VRV: “conozco algunas de las instituciones y sus funciones”, EYY: “en algunos casos nos articulamos con Picachos; ellos nos ayudan y nos apoyan en todo, son nuestro grupo de apoyo aquí en Pitalito, son nuestro soporte”, SMC: “se les pone en contacto con otras instituciones, como la Comisaria y la policía, con quienes trabajamos articulados” y PP: “en los casos de menores detectados con problemas de violencia intrafamiliar son remitidos al programa IAMI... con ellos desde psicología se trabaja resiliencia y factores protectores... desde el trabajo social se trabaja contexto, familia y causas... la valoración y el concepto diagnostico se pasa a IAMI y ellos avisan a Comisaría de Familia o ICBF... y ellos se apersonan del caso. Si el caso no es de reportar se le da al usuario una orientación sobre las otras instituciones donde puede encontrar protección o donde puede denunciar el caso” entre otras tantas observaciones en las





que se comprende que las instituciones de las cuales se tenía mayor conocimiento para el trabajo en red son la ESE municipal Manuel Castro Tovar, Secretaria de Salud, ICBF y medicina legal.

Igualmente y como práctica social de trabajo articulado se tenía conocimiento de otros organismos, así PP lo expresó: “esta el Shadai para pacientes que salen de hospitalización pero deben continuar un tratamiento y no tienen donde hospedarse, este servicio es a modo de hogar de paso... intervenciones para consumidores de alcohol y otras sustancias, se trabaja en coordinación con alcohólicos anónimos”. Esto notando que aunque se reconocía su labor, también se tenía claridad en que no eran instituciones de tratamiento y rehabilitación de los consumidores. Así mismo, el desconocimiento de las funciones de otras instituciones, que se hizo evidente en mayor magnitud, como ratificó ZO: “no conozco de las funciones de otras instituciones ante estos eventos” hacen parte de esa prehistoria, como diría Pakman (1994), de raíces múltiples, de caos creativo, de prácticas aún no homogeneizadas, trascendiendo la homogeneidad surgida con la “fundación oficial” del sistema, lo cual es una fuente siempre abierta de recursos para iniciar el trabajo en red.

Respecto al segundo fenómeno, intento de organizar esas interacciones de un modo más formal, trazarles una frontera o un límite, poniéndoles un nombre y generando, así, un nuevo nivel de complejidad, una nueva dimensión la conformación de la red comprendió dos momentos, primero que los actores operadores compartieron una visión y reconocieron una actitud frente al trabajo en red. La visión hizo referencia a una apreciación de la complejidad, de la necesidad del acuerdo y de la negociación como bases del proceso, una nueva óptica de negociación que contribuyó a aumentar los niveles de eficiencia/eficacia deseados y por ello de participación, en este sentido SMC recomienda: “una red se debe personalizar... porque hasta el celador decide en ocasiones a quien se le preste atención”, al igual que AT: “se debe realizar un acuerdo con las cabezas visibles” y MB: “creería que deberíamos de tener conductos regulares directamente al gerente oficial, dirigiéndose directamente a la cabeza y averiguar que están haciendo y en qué forma lo están haciendo”. Llegándose aún más lejos como refiere ALE: “debe ser parte del Consejo de política Social”.

Y la actitud asociada a esta visión fue la valorización y el despliegue de la iniciativa para la resolución de los problemas que afectan la cotidianidad, la colaboración y la solidaridad como instrumentos eficaces para la acción, como reconoce PP: “no se necesita ser psicólogo, para ayudar, desde nuestro lugar de trabajo ya podemos empezar, cualquiera de nosotros puede





ayudar para que la problemática de salud mental sea menor” y la exposición de alternativas en las formas de abordar dichos problemas, en palabras de AT: “es importante invitar a los medios de comunicación, a los periodistas que nos ayuden a difundir nuestro trabajo, puesto que ellos ejercen el control social”, actitud que conlleva a reconocer que la red cumple su carácter de organización de sujetos humanos materializados en instituciones sólo en la medida que encarna un proyecto utópico, no como meta futura, sino como espacio presente, no como ideal, sino como fundamento básico de lo humano. (Marcelo Pakman, 1994) y donde se reconoce que aunque los apósitos tecnológicos no aseguran la comunicación efectiva y los vínculos tecnológicos no crean de por sí comunidades. Éstos hacen parte importante en la creación de mundos-redes para dar forma a las interacciones humanas e institucionales (Alejandro Piscitelli, citado por Najmanovich, 1995).

En este sentido y con la intención de generar un nuevo nivel de complejidad, una nueva dimensión, fue necesario reconocer que la conformación de la red debía empezar por considerar un amplio sistema de relaciones institucionales y no como se percibía en una sola actividad de remisión y direccionamiento, como lo dijeron SMC: “lo que aquí no se judicializa se orienta a otras instituciones y en algunos casos se realizan conciliaciones... en algunos casos se hace acompañamiento o remisión ya sea la URI, al ICBF o a Medicina Legal” y SM: “cuando hay niños con consumo, se hace un trabajo con entidades... intentos de suicidio se direccionan a la defensora de familia y se envía a la ESE municipal Manuel Castro Tovar”. Donde los conocimientos sobre las funciones y competencias de las otras instituciones no eran suficientes como recordaron JM: “digámoslo en general la protección a los menores... ICBF... ¿sí? Que lógicamente ellos tienen que ver con la protección... eso es lo que ellos hacen... y con la Comisaría de familia... pues que... era de protección... que ello se encarga de eso y pare de contar” y YKR: “conocía vagamente la función de las otras instituciones, o sea, muy vagamente. Uno tenía el concepto que si es menor de edad, entonces ICBF, si es violencia, Comisaría. Pero no conocíamos las competencias de ICBF o Comisaría más allá”. Y hasta donde se llega a reconocer que las instituciones con las que resultaba más difícil articularse era el sector salud como refirió ALE: “es difícil articular con salud”.

Otros aspectos que permeaban el trabajo en red, es que algunos funcionarios unos a otros desde la institucionalidad se solían ver como indolentes ante el dolor y la necesidad del usuario así anotó JM: “para las instituciones es fácil sacar gente les dicen eche para allá, eche para allá,



eche para allá. No puedo generalizar pero creo que en la mayor parte es así” y SMC: “las instituciones lo que hacen es victimizarlos, los remiten a otras instituciones sin encontrar solución o atención... aquí llegan personas que han pasado hasta por tres instituciones y nadie ha hecho nada por ellos... otras veces, cuando hacemos acompañamiento a los casos me toca hablar directamente con los directores de las instituciones porque los otros funcionarios no agilizan los procesos... y entonces ahí sí atienden y agilizan los procesos”. Igualmente que los procesos de atención –canalización que se lograban adelantar eran producto de un contacto personal del funcionario y no de un trabajo en red, como cuenta EF: “yo sí porque... por lo que... la psicóloga de nosotros es de acá... y además tengo varia gente conocida acá trabajando... pues si conocía los servicios, de pronto de la Fiscalía porque también tengo conocidos que trabajan allá, Medicina legal...por que el doctor Tejada trabaja en Saludcoop y con la Secretaria de salud porque a todos los conozco”. De otro lado, el desconocimiento y demora en la notificación y canalización de los casos, era una constante, elementos que se perciben en CAT cuando refirió: “en esta canalización es donde nos quedamos cortos, porque no sabemos quiénes deben atender a las personas que identificamos como consumidoras de drogas o menores en la prostitución”, AV al reconocer: “por ejemplo no sabemos si hay violación a donde enviar”, EV al señalar: “cuando los casos llegan al ICBF se demoran en reportar el caso. Todos los casos que conozcan las Comisarias e ICBF deben ser inmediatos” y EYY al mencionar: “se realizan las citas y el acompañamiento, aunque es difícil volver a encontrar estos casos por que desde la ESE no se notifica”.

Todo ello reveló una vez más la complejidad de las relaciones operativas dentro de las instituciones y entre ellas, que en la mayoría existían conflictos acerca de la definición de las tareas realizadas y que las confrontaciones no se limitaban a problemas políticos puntuales o a estilos retóricos en los procesos de atención – canalización, sino que abarcaban prácticas sociales enraizadas en sistemas de atención ya establecidos. Ahora bien, aunque la conformación de la red estuvo rodeada por actitudes que en su momento implicaron la ausencia de las conexiones esenciales en la cooperación requerida en el trabajo en red, todos coincidieron al considerar que los usuarios serian los principales afectados al no existir un trabajo en red institucional que fuese operativo y que sólo esta estrategia podía evitar que los usuarios transitaran de institución en institución sin encontrar una atención oportuna y eficaz a su





situación, conclusión enunciada por SM: “la comunidad necesita que las instituciones se organicen y ofrecer un servicio de calidad”.

La red se perfiló entonces como un modo espontaneo de organización en un plano de consistencia que no solo pretende proteger la comunidad de los riesgos, sino crear las condiciones para enfrentarlos (Osvaldo Saidon, citado por Najmanovich, 1995) y una posibilidad de intervención que considera el desarrollo de capacidades en todas las personas y en todas las organizaciones intervinientes, así lo hizo saber AT: ”es importante que se construya un equipo con relación a los eventos, como teatro, títeres y actividades que también se realicen para los funcionarios de las instituciones como una posibilidad de cambiar de ambiente y de descanso para enfrentar las emociones fuertes producto del estrés laboral, aprovechando la red para esto”.

Sin embargo la conformación de la Red, en sus inicios, requería de manera urgente la construcción de una ruta de atención que direccionara todo el trabajo en red, desde los procesos de atención canalización, en palabras de YKR “hay una ruta de atención del año 2010, que pues, no es operativa, no es clara y por lo tanto no se aplica, creo que aquí tenemos una... Si nosotros, no las entendemos, que tenemos algunos conocimientos formativos mucho menos las personas del común, es necesario tener una ruta que sea operativa y clara”. Desde el inicio de esta conformación, la construcción de las rutas fue la necesidad primordial manifiesta, pues tal como lo expresa AT: “entonces retomando el ejemplo de la usuaria que saco yo con conocer la ley si los que tienen que hacerla efectiva la desconocen, no es fácil salir mal y llegar a la parte donde cree uno que lo pueden ayudar y terminar peor sin encontrar una salida, por lo que considero importante la ruta de atención, que cada institución tenga claro su portafolio de servicios, pues la ley se tiene que cumplir”. Como se puede evidenciar había un desconocimiento general tanto en operatividad como en normatividad y su aplicación frente a las rutas de atención en salud mental que dificultaban y obstaculizaban los procesos de atención-canalización tal como lo expresa CAT: “frente a la atención desconocemos las rutas de atención y canalización” y complementa JLR: “en las instituciones no hay claridad en la ruta para la problemática de salud mental”, de la misma forma ES ejemplifica tal situación cuando enuncia: “muchas veces nos preguntaban bueno, mire que nos pasó tal cosa que puedo hacer o que no puedo hacer y obviamente nosotros, o por lo menos yo, no tenía el conocimiento de hacia dónde dirigirlo, entonces como que contaba las cosas y uno mejor vaya a tal parte o en el hospital o en tal parte



le dan razón, o vaya a la ESE pase con el médico o con el psicólogo, a ver como lo empiezan a llevar”.

Ningún sector estaba ajeno a este desconocimiento, incluso el sector educación ente notificador en un CVE realizado manifestó: “nosotros no conocemos los protocolos de atención en salud mental”, igualmente aunque el perfil profesional da herramientas que se convierten en ventajas frente al cómo realizar los procesos de atención – canalización tal como lo manifestó YKR: “eso también depende de la formación, yo a partir de tercer semestre vi clínica en los procesos de salud mental, y tengo una formación antecedente que me permite manejar los casos, pero obviamente con la experiencia que uno va adquiriendo uno va aprendiendo que hacer con este, o con el otro”, esto no es suficiente y no garantiza una adecuada atención, sino se cuenta con rutas y protocolos de atención claros. Esto se confirma con el análisis que hacía el profesional JLR cuando declara: “el medico general se encuadra en lo físico, capacitado no está, él maneja sus conocimientos propios de su profesión, la cual le da herramientas, pero no tiene claridad o desconoce qué hacer porque no hay rutas de atención claras”.

Todo ello, debido a que la ruta que existía, presentaba una estructura que no era clara respecto a la responsabilidad puntual de cada institución frente a cada fenómeno, e incluso estaban vinculadas instituciones que nada tenían que ver con los procesos de atención según la normatividad, tal es el caso de Alcohólicos Anónimos; ni existía un flujo de información que facilitara su comprensión y donde mucho menos, se explicaba claramente cual era el recorrido que el usuario debía seguir, pues esta ruta presentaba a todas las instituciones como notificadoras, a las IPS nivel I y nivel II como atención y el seguimiento a cada caso no se mencionaba. De ahí que JLR manifestara: “las rutas también deben ser informativas y educativas donde se visibilicen servicios puntuales”. Bajo estas consideraciones, las rutas de atención se percibieron como necesarias entre otras razones para dar cumplimiento a la ley y garantizar el principio de oportunidad y accesibilidad a que tienen derecho los usuarios en salud mental. De igual forma los funcionarios manifestaron la importancia de que junto a las rutas de atención se abrieran espacios para aprender a hacer uso de ellas y mejorar la calidad en su atención, así lo hizo saber JRS al afirmar: “es importante que se nos capacite, sobre qué debemos hacer en estos casos, en primeros auxilios, que hacer, como orientarlo a apoyo psicológico”.



Ahora bien, la definición de psicología que oriento este proceso investigativo interventivo es el expuesto por el código deontológico y bioético en su artículo primero, el cual apunta: “la psicología como ciencia sustentada en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, grupos y organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida”.

Concepto que arroja elementos puntuales para determinar que aún éste se enmarca dentro de un conjunto de prácticas sociales que minimizan su importancia, desvían su funcionalidad o generan confusión en cuanto a sus objetivos interventivos, entre ellas están: la no diferenciación entre psicología y psiquiatría, la si diferenciación entre psicología clínica y social y los mitos y creencias legitimados por la misma comunidad frente a la psicología como ciencia. En este sentido se encontró que en los funcionarios que tienen injerencia en el tema de la salud mental se suele confundir psicología con psiquiatra tal como se puede ver en las palabras de YC: “no contamos con psicólogo, los casos de alteraciones u enfermedad mental se remiten a la unidad de psiquiatría en Neiva, se trabaja desde un enfoque inicial”; nótese que tal como se mencionó en el análisis de salud mental, los funcionarios aún conciben los eventos (para la investigación fenómenos) dentro de la comprensión de alteraciones u enfermedad mental y ello ha provocado que no haya una diferenciación en algunas instituciones sobre el rol del psiquiatra y el del psicólogo y que en algunos casos es importante el abordaje interdisciplinar pues ambos, al trabajar conjuntamente pueden dar respuesta y soluciones a las patologías que se les presentan.

La Psicología y la Medicina son disciplinas independientes cuyo campo de estudio e intervención es distinto, así como distinta es su manera de describir y explicar los problemas de los que se ocupan, el psiquiatra es médico y como tal su objeto de estudio es la enfermedad, en este caso, mental (psicopatología) por su parte el psicólogo, estudia la mente humana. Y ambos profesionales se aproximan al fenómeno de los "problemas mentales". Sin embargo, el psiquiatra lo hace desde una perspectiva médica más biológica (Myriam Rocha, 2011). En contrapartida a esta situación, para el sector protección y justicia si existe claridad que la rama de la psicología que se encarga comúnmente de los trastornos mentales se denomina psicología clínica y/o psicoterapia, lo que hace que se diferencie el rol del psicólogo clínico con el



psicólogo social y se manifiesta que en sus intervenciones, tal como lo apunto AT: “se brinda servicio de asesoría psicológica, no se hace terapia clínica porque el perfil profesional es social” y lo complemento la docente con función orientador de las institución educativa Departamental al decir: “mi función como psico-orientadora es de asesoría más no de tratamiento y terapéutica”.

Así pues, se aclara que la diferencia entre psicología clínica y psicología social es que el objeto de estudio de la primera es el individuo y sus problemas internos, mientras que la segunda trata fundamentalmente el tema de la dinámica grupal, de los vínculos, las comunicaciones, las interrelaciones que se generan entre los individuos cuando se agrupan con un objetivo común; también estudia lo que acontece en el ámbito individual, pero no con el énfasis que le da la psicología clínica (Escuela de Psicología del Social del Sur, 2004). Otro aspecto que ha permeado la comprensión de la psicología y por lo tanto el rol del psicólogo hace referencia a mitos, prioridades y creencias tradicionales que la comunidad tiene; respecto a los mitos JM expresó: “todavía hay muchos mitos sobre el psicólogo”; sobre las prioridades SP reflexionó: “si yo tengo una cita con psicología pero a la vez tengo una reunión con familias en acción, pues la persona prefiere ir a la reunión”; y respecto a las creencias tradicionales ZO explica: “en nuestra cultura se utilizan otros medios, algunos eventos para luego si remitirlos a un psicólogo, recurriendo como primera instancia a nuestros medios tradicionales”

Desde luego, es necesario aclarar que estás practicas no se están exhibiendo como inadecuadas, pero si permiten comprender que a pesar de que los grupos indígenas asentados en el municipio de Pitalito, comparten un mismo espacio geográfico con la comunidad, existen diferentes cosmogonías que hacen que la conceptualización de la causa y de la cura de la enfermedad sea abordada y tratada de diferentes formas. Cabe anotar que en Colombia, hasta ahora no existe ninguna documentación rigurosa sobre las prácticas médicas indígenas con relación a los trastornos mentales; lo que se encuentra son fragmentos de experiencias separadas en tesis de pregrado, postgrado, en artículos, y en alguno que otro texto. Álvaro Roberto Vallejo Samudio (2006) Bajo estas premisas valiosas la investigación intervención comprendió que no es fácil construir el conocimiento de manera aislada, sin el aporte conjunto de aquellos que tienen el “autoridad sobre el tema”, como tampoco es tarea sencilla hacer una investigación intervención sin la “participación” de aquellos a quienes va dirigida. En este orden de ideas, se manifiesta una vez más que la psicología debe estar al servicio de la comunidad en su vida





cotidiana, pues ella es una de las ciencias que favorece la comprensión del ser humano como un ser biopsicosocial, más allá de mitos, prioridades y creencias tradicionales definidas, pues la psicología pretende superar enfoques basados en las carencias y las patologías, para asumir un papel proactivo y autónomo del individuo, convirtiéndose éste en agente activo del cambio, tanto en el papel de la intervención en situaciones de crisis, como en la prevención de las mismas, de cara a maximizar sus habilidades y competencias de análisis y transformación de su realidad social.

A propósito de esta función, y recurriendo a los principios expuestos por el código, el cual reza “los psicólogos mantendrán los más altos estándares de su profesión. Aceptarán la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y pondrán todo el empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta”. Aquí vale la pena mencionar que desde el primer encuentro realizado el 19 de octubre del año 2012 algunos funcionarios resaltaron el compromiso no de los psicólogos investigadores, sino el compromiso que se evidenció como profesionales al atreverse a generar y desarrollar verdaderos procesos interventivos e investigativos, ello se puede evidenciar en lo que expresa SMC: “nos sentimos honrados por el beneficio que se dará a la comunidad por parte de ustedes que han asumido con responsabilidad y liderazgo este proceso, pues esto se tomara como ejemplo y modelo para otros municipios” y lo ratifica LEB al anotar: “la temática es compleja, pero la han asumido con responsabilidad”.

Y es que definitivamente un factor que se evidencia en la gran mayoría de las instituciones es la comprensión de la importancia del psicólogo debido precisamente a su rol y compromiso con los procesos tanto individuales como colectivos. Esto se evidencia desde la misma normatividad que por ejemplo para el sector protección se exige como equipo interdisciplinario la contratación del psicólogo, y las instituciones han cumplido con este requisito para operar tal como lo expresaron en su momento AT: “Nosotros contamos con un psicólogo social” y SP: “pues allá siempre ha sido muy relevante el rol del equipo psicosocial porque nosotros tenemos que darle las herramientas a un Defensor de Familia para que se tomen decisiones o una medida”. Igualmente desde la ESE Municipal, Nivel I de complejidad y la personería se tiene claro tanto la función como la importancia del psicólogo tal como lo hizo saber YKR cuando aportó: “lo que yo he sentido desde la E.S.E. se tiene muy claro lo que nosotros hacemos. Si un medico identifica una violencia: psicólogo, si un medico identifica intento: psicólogo. Por la demanda del psicólogo, el concepto de la psicología tiene alguna aclaración, he sentido que es





claro el concepto del psicólogo sobre todo en los demás” y TC cuando expone: “el psicólogo es una persona tanntnn... importante”.

Para quienes no parece ser importante y menos necesario, es para el sector salud específicamente para las EPS e IPS, pues tal como se puede asegurar en los relatos de los mismos funcionarios, ninguna Eps cuenta con un profesional de la psicología, así lo enunciaron YC: “no contamos con psicólogo”, EF: “en el caso de las Eps es un proceso enseguida luego de que llega violencia y todo eso, y llega un intento de suicidio, y todo lo que le compete a un psicólogo, el problema es que el psicólogo no está contratado acá... o sea la gente por no ir allá para el proceso o va una sola vez y no vuelve”. Ahora bien, aunque todas han contratado con el Hospital, IPS Departamental San Antonio, éste cuenta con un psicólogo, esto aclarando que como lo manifiesta AJ y PP: “el servicio de psicología es nuevo en el Hospital... el rol del psicólogo no aparece dentro de la planta de personal... no hay pruebas ni baterías para aplicar”, lo que denota la poca o nula importancia que ha tenido este campo de acción dentro de los mismo procesos interdisciplinarios, sumado a ello una clara deficiencia en cuanto a capacidad de respuesta frente a la demanda, pues como lo expresa SM: “Hay más demanda de usuario y menos profesionales. Hay sobrecarga laboral”. Por su parte Emcosalud (Régimen especial) Policía y Batallón si cuentan con el servicio del profesional de la psicología JC manifiesta: “Contamos con psicólogo en nuestra sede, el procedimiento se realiza cuando el médico evalúa el paciente en situaciones donde se evidencia eventos de salud mental entonces se deriva al psicólogo.

Ahora bien, aunque la panorámica en la Ips hospital es alarmante debido también a que es el centro de recibo de todo el sur del Huila, existe otro que resulta inquietante en cuanto a la responsabilidad social institucional y es el caso de la IPS Saludcoop la cual según datos de la secretaria de Salud lleva dos años estudiando la posibilidad de contratar un psicólogo, y en palabras de la misma YRP: “Los servicios que ofrecemos son con el médico general, por el momento no hay psicólogo, pero se está contratando” entonces, se puede mencionar que aunque se registra la importancia del psicólogo su contratación y vinculación laboral en las Eps e Ips aseguran lo contrario. Sumado a ello, en algunas Eps, algunas funciones propias del psicólogo están siendo asumidas por jefes de enfermería tal como lo manifiesta APC: “la jefe de enfermería se encarga de la vigilancia a los casos de violencia intrafamiliar”.

Irónicamente y como ejemplo, el sector educación por su parte y ya desde la legalidad ha asumido un rol comprensivo que patenta la importancia del psicólogo y gracias a ello, desde el



año 2010 las instituciones cuentan con la contratación y vinculación oficial de psicólogos desarrollando la función de docente con función orientadora, sin embargo desde la secretaria de educación, EM expresó: “no se evidencia una articulación entre los psicólogos que ejercen como docentes con función orientadora, lo que resulta indispensable a la hora de detectar casos de algunos de los fenómenos de salud mental”. Quizás la carga laboral, la complejidad de la temática en educación y otros factores no han favorecido que estos profesionales orienten su accionar teniendo en cuenta que independientemente del área en que se desempeña el psicólogo en el ejercicio tanto público como privado, pertenece privilegiadamente al ámbito de la salud, motivo por el cual se considera también como un profesional de la salud esto según lo estipulado en el párrafo del artículo 1 del código de la psicología. Aspecto que genera la urgente necesidad de involucrar a los docentes con función orientadora en los procesos de atención y mejoramiento de la salud mental del municipio.

Hasta aquí se hace el análisis de lo encontrado en el momento del antes en la conformación de la red operativa institucional Redescubrir y a continuación se expone lo alcanzado en los momentos del durante y el ahora en cuanto a las nuevas comprensiones que se han generado debido al trabajo en red en las categorías analizadas, es decir, el concepto de salud mental, los procesos de atención, el trabajo en red, el instrumento elaborado y el rol del psicólogo. Esto aclarando que el proceso no ha finalizado entrando en la fase de socialización del instrumento entre las instituciones, su publicación y la puesta en marcha del proceso de atención-acogida-canalización.

Gracias al proceso de conformación de la red operativa y a los primeros pasos en su movilización, el concepto de salud mental ha logrado comprenderse de mejor modo en su complejidad y los actores operadores se han concientizado del impacto que genera no valorar su importancia, tanto así que se reconocen como vulnerables a padecer un fenómeno de salud mental, en palabras de SMC: “nadie está exento a caer o que nuestra familia caiga en cualquiera de estos fenómenos” y de JC: “todos en algún momento tenemos que ver con la salud mental” apreciaciones que tiene coherencia con lo expuesto por la OMS (2004) “salud mental es materia de interés para todos y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental”. Estas reflexiones permiten ver que los mismos funcionarios advierten la magnitud que encierra la salud mental y terminan de perfilar su importancia concluyendo que sin salud mental no hay salud así lo dejó saber JM: “la salud mental es todo, si la salud mental no está bien nada está





bien, que se aparenta pues pero... La salud mental es ese proceso, por decirlo, conjunto de nuestra vida”.

Es tan relevante el tema que se percibe desde el mismo lugar de trabajo como una necesidad del funcionario el cuidar su propia salud mental toda vez que esta se refleja en su accionar dentro de la institución según YKR: “yo creo que la salud mental es tan esencial que dependiendo de ese bienestar o ese malestar en el que yo me envuelvo o en el que estoy, se va a ver reflejado en el ámbito laboral, en relaciones personales, familiares. La salud mental es el equilibrio... el equilibrio” necesidad que confirma SP al mencionar: “yo decía en el encuentro pasado que es importante que también todos los que trabajamos en salud mental cuidemos nuestra salud mental y que una de las formas es precisamente que lo hagamos con redes... de deportes, en la parte espiritual, vida social, miles de cosas porque tenemos que cuidar nuestra salud mental... porque en un palo de naranjas no se pueden dar mangos”. Apreciaciones que tiene coherencia con Alba Luz Pinilla representante a la cámara (2011) quien postula dentro del derecho a la salud mental, su conexidad con la vida y la integridad personal porque la afectación de esta salud conduce a la disminución de las condiciones de vida digna, al poner en riesgo entre otras cosas la capacidad de relacionarse en sociedad. Igualmente el mismo hecho de hablar sobre redes de familias, recreativas, espirituales, etc. se admite que las redes se consolidan, en su mayoría, sin poderse establecer con precisión cuándo se crean ni quién las inicia, es decir, el hecho de detectarlas de este modo, confirma que las redes por lo general ya funcionan gracias a que las relaciones comunitarias en su quehacer cotidiano pueden, de modo espontáneo, en algún momento, articular en una red sus relaciones, al respecto Morillo de Hidalgo (2000) considera que “es evidente que las redes sociales preexisten en muchos casos a la intervención y lo que ésta hace es revelar, o mejor aún develar su existencia reconociéndolas y haciendo a sus integrantes conscientes de ellas y de sus potencialidades de acción”.

En estos momentos los actores operadores priorizan tanto la salud mental que proponen que la tarea ahora a seguir es que la comunidad se concientice, al igual que ellos lo hicieron, en torno a la importancia de esta salud, pues según ellos mismos la comunidad legitima concepciones erróneas acerca de los fenómenos de salud mental que hacen que la problemática se minimice, según YKR: “todavía hay que desmitificar las violencias... las personas creen que es mejor dejarse pegar. Hay que concientizarlos, o sea las violencias son desatendidas”. Es tan amplia la nueva mirada que se tiene ahora en torno a la salud mental, que los actores operadores coinciden





en afirmar que la problemática vuelve a ser tema de interés, por eso TC no duda en decir: “con la conformación de la red afloro el tema de salud mental, anteriormente no se mencionaba, no se miraba y resulta que el tema es tan importante”. Lo anterior quiere decir que el trabajo en red si permitió ampliar la mirada en torno al tema de la salud mental y los fenómenos que la componen por eso EF menciona: “yo pienso que ahora los funcionarios si tienen claridad de la salud mental” y JRS al expresar: “ahora se ve con más importancia el tema de la salud mental y sea reforzado esa primera atención que hay que brindarle a las personas y todo el apoyo que se les pueda dar”.

En el caso de la salud mental al lado de la salud física surgen propuestas interesantes, que a nivel normativo por ahora no son posibles, pero que evidencian el nivel de importancia que ha adquirido el tema, en este orden de ideas MAP propone: “que el usuario que llegue en crisis o que manifieste querer acceder al servicio de psicología que pase directamente al psicólogo y una vez atendido que se haga el proceso de facturación, mejor dicho, que el usuario no salga de la institución sin obtener una primera atención... que este ejercicio por lo menos se empiece hacer aquí con las instituciones de la Red”, esta idea surge como respuesta a lo expresado por PP: “yo he visto que la psicóloga no atiende a los usuarios que vienen y le solicitan el servicio porque no han facturado, entonces ella les dice vaya y facture y vuelve, pero estos usuarios nunca vuelven. Y es que el paciente con tantos problemas que llega no tiene cabeza para ponerse hacer trámites”. Dos posiciones que concuerdan con lo expuesto por en el informe del Ministro de Salud de los Estados Unidos sobre la Salud Mental (DHHS 1999) cuando refiere que la consiguiente incapacidad o imposibilidad de recibir tratamiento refuerza las actitudes destructivas de baja autoestima, aislamiento y desesperanza que ya padece el paciente. La sugerencia del médico MAP es estudiada, pero según la doctora Lina, profesional de la secretaria de salud esto no es viable toda vez que la ley es muy clara en dos cosas, una que quien hace la remisión al servicio de psicología es el médico y dos que se debe facturar este servicio antes de prestarse la atención porque las IPS corren el riesgo que luego las EPS no paguen el servicio.

TC sugiere otra alternativa que muestra el interés por equilibrar la priorización de la salud mental con la salud física: “escuchando a la doctora yo considero que antes de entrar al médico debería estar hablando primero con el psicólogo o la psicóloga para detectarle algunas falencias o problemáticas que tenga y desde ahí se pueda empezar a plantear la solución... pues se dice además que muchas enfermedades tienen su origen en la mente”. De este modo, se empieza a





reflexionar sobre la importancia que adquiere la salud mental al lado de la salud física invitando a quienes hacen las leyes a incluir al psicólogo dentro de un equipo interdisciplinar como puerta de entrada al sistema de salud, esto concuerda con lo expuesto en el código deontológico y bioético de la psicología donde refiere que “la definición de salud por parte de OMS; en la que se subraya la naturaleza biopsicosocial del individuo, que el bienestar y la prevención son parte esencial del sistema de valores que conduce a la sanidad física y mental, que la psicología estudia el comportamiento en general de la persona sana o enferma. Se concluye que, independientemente del área en que se desempeña en el ejercicio tanto público como privado, pertenece privilegiadamente al ámbito de la salud, motivo por el cual se considera al psicólogo también como un profesional de la salud”. Es decir, que se reconoce que el psicólogo en su rol profesional busca transformar las realidades humanas para mejorar la calidad de vida y que estas transformaciones se empiezan a generar desde el primer contacto que el usuario tiene con el mismo.

Frente a esta declaración MAP hizo saber: “entonces yo si considero que es bueno, a partir del ejercicio que hemos hecho, que podamos plantearle a un Hernán Andrade, a un Carlos Augusto, a un Gechem, a una Consuelo, a Carlos Ramiro a... cualquiera de ellos... que presentemos una propuesta para que la acción del psicólogo no quede solo como Plan de Intervenciones Colectivas”. Esta propuesta es coherente con lo recomendado en el Proyecto Atlas (2001), donde se expone que los marcos legales deben ser estudiados cuidadosamente, toda vez que uno de los obstáculos para la difusión de intervenciones eficaces contra los trastornos mentales y conductuales son precisamente las legislaciones que genera numerosas dificultades en el acceso y la equidad, al lado de la falta de servicios o su escasa calidad.

Del análisis anterior se deduce que la salud mental es otro de los tantos temas en salud general que no se salva de las incompetencias del sistema de salud colombiano, ya lo decía el poeta Cesar Vallejo (1939) “hermanos humanos hay tanto por hacer y más aún hay tanto por conocer...el dolor cotidiano de la salud mental agarra, envuelve y produce tal sufrimiento que solo se puede preguntar, Señor Ministro de Salud ¿Qué hacer?”. Pero como sostiene la Fundación FES Social (2005) para incluir el componente de salud mental es necesario que el SGSSS redefina su contenido, y mientras esto ocurre no se puede esperar a que el sistema cambie para que las instituciones cambien porque mientras tanto los fenómenos en salud mental seguirán aumentando y la carga psicosocial generada terminara por rebasar los pocos recursos





que se tienen para hacerles frente. Para ello se retoma lo expuesto por Cesar San Juan (1996) cuando sustenta que no se debe delegar toda la responsabilidad al Estado, es decir, que se pueda empezar a mejorar la situación a partir de lo que se tiene, en términos de la teoría ecológica (Bronfenbrenner, 1979) desde el postulado de la influencia que reciben los unos a los otros en los cuatro niveles de interacción es pertinente mostrarse de acuerdo que la culpa no es del Estado sino de todos. Y en este sentido el Atlas recomienda que el personal de salud general reciba formación en las competencias esenciales de la atención de salud mental. Dicha formación asegura el uso óptimo de los conocimientos disponibles para el mayor número de personas y posibilita la aplicación inmediata de medidas de intervención. Por lo tanto, la salud mental debe ser incluida en los planes de formación, con cursos de actualización que aumenten la eficacia de los servicios de salud generales en el manejo de los trastornos mentales.

Los anteriores avances advierten que el concepto de salud mental está yendo más allá de la mera enfermedad y sugieren identificar ya sea para evaluarla o para desarrollar políticas y programas otros indicadores tales como el bienestar subjetivo, autonomía, competencia, reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente tal como lo manifiesta Carl Rogers (citado por Najmanovich, 1995) la salud mental se debe entender como una conducta madura como sinónimo de normalidad. Lo claro ahora es que para los funcionarios y las mismas instituciones la dimensión mental tiende a expresarse como un estado y una capacidad. Como estado es una condición de completo bienestar físico, mental y social y en este caso no tendría una diferencia sustancial con el concepto de salud en general. Y como capacidad supone la posibilidad de interactuar para promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las habilidades mentales y el logro de metas individuales y colectivas congruentes con el momento vital, la cultura y la sociedad de manera justa y equitativa.

En cuanto a los procesos de atención, en el tema de la infraestructura aún no se observan logros puntuales, solo cabría mencionar que durante el proceso de conformación y movilización de la red, la ESE inició los estudios correspondientes para contemplar la posibilidad de habilitar el servicio de psicología clínica en sus instalaciones, habilitación que en este momento tiene el visto bueno por parte de la secretaria de salud Departamental teniendo en cuenta que el servicio es de II nivel y la ESE Manuel Castro Tovar es de I nivel, pero con la justificación que en el municipio las IPS de II nivel carecen del servicio, se ha dado vía libre para que esta institución lo habilite. Pero el trámite no es sencillo, además el estudio de viabilidad y factibilidad, en





términos económicos, aún se encuentra en desarrollo, esto para poder iniciar obras de construcción. No se puede decir que este avance sea un logro debido a la conformación de la Red, pero en una reunión que se tuvo con el secretario de salud, el gerente y el profesional del área técnica y científica de la ESE municipal, para exponer la propuesta de la Red (los avances logrados y las necesidades identificadas), estos funcionarios reafirmaron la necesidad de hacer la consulta para conseguir la habilitación. Ahora bien, según YKR: “desde la ESE Manuel Castro Tovar... se ha aumentado la contratación de profesionales que puedan llevar a cabo estos procesos. Además se ha generado el Centro Integral de Escucha Comunitario, que también da respuesta a la atención de la salud mental. Yo creo que en todos estos asuntos la ESE le ha dado la prioridad a una atención adecuada”.

Donde sí se han generado cambios significativos es en la capacitación del talento humano y en el establecimiento o mejor aclaración, de las responsabilidades de las instituciones frente a los procesos de atención, por ejemplo quedo claro que el seguimiento a los fenómenos de salud mental es responsabilidad del Plan de Intervenciones Colectivas PIC de la ESE Manuel Castro Tovar, así las otras instituciones hagan seguimiento a sus casos PIC por razones contractuales debe dar información sobre los mismos, función que confirma uno de los profesionales del Centro de Escucha: “el seguimiento lo debe hacer el PIC desde que inicia hasta que el procesos finaliza”. En los fenómenos de violencia familiar, entre los que se contempla el abuso sexual, la violencia sexual y la violencia conyugal, se debatió la responsabilidad que tiene el funcionario de hacer saber mediante oficio de tal situación a la autoridad competente, en este caso la Fiscalía General. Esto por aclaración que hace AT, como también en su momento lo hiciera MB: “el código 906 en el cual se establece que no es conciliable la violencia intrafamiliar, violencia conyugal más específicamente”.

Después de un largo debate entre legalidad, ética y secreto profesional, responsabilidad ciudadana y social se llegó a la siguiente reflexión: es importante que el profesional que aborde el caso, durante el encuadre en la consulta refiera las condiciones en las cuales la confidencialidad y el secreto profesional se pueden mantener, pues se puede revelar la información obtenida en consulta siempre y cuando el no hacerlo conlleve a daños en el propio usuario(a) o a otras personas, por solicitud de una autoridad, cuando el usuario(a) se encuentra en incapacidad física o mental o cuando se trate de niños. Así el usuario(a) se informa bajo qué condiciones se podrá manejar la información dejándose por sentado que la divulgación de la





misma no tiene nada que ver con faltas éticas o profesionales, sino que tiene que ver con normas legales que así lo requieren por el bien de todos. Esto también tiene coherencia con el principio del mal menor, pues en estos casos siempre entran en juego otros derechos fundamentales y el de otras personas, así el mal menor sería que el usuario(a) se sienta vulnerado por parte del profesional, pero el mal mayor sería que a raíz de mantener en secreto dicha información se agrave el fenómeno, dejando secuelas psicológicas y físicas peores. También se consideró importante comunicar al usuario la necesidad de notificar el caso a la Secretaría de Salud municipal mediante el diligenciamiento de la ficha de Vigilancia Epidemiológica, información que será utilizada por el Plan de Intervenciones Colectivas PIC para hacer el respectivo seguimiento del caso habiendo o no notificación hacia la autoridad competente (Instrumento temático metodológico para el direccionamiento y accionar eficaz de la Red Operativa Institucional “Redescubrir”, 2013).

De este modo se concluyó que es responsabilidad del funcionario, que atiende dichos fenómenos, concientizar al usuario(a) de hacer conocer a la autoridad competente su caso como un paso importante del proceso de atención. Siguiendo a Najmanovich (1995) así cobró valor el sentido de sentirse responsables frente a dichos fenómenos sociales, entendiendo que la responsabilidad surge del trabajo en red adelantado, por el hecho de compartir un mismo espacio y un mismo conocimiento. Como se aclaró anteriormente, no se pueden medir concretamente las mejoras que hasta ahora se han dado en los procesos de atención de la salud mental pero los actores operadores si manifiestan sentirse más seguros en la organización de los procedimientos.

Algo interesante que ocurrió en medio de la construcción de las rutas y el análisis que se hacía de la red de servicios y de la capacidad instalada, es que se identificó un vacío de servicios entre Plan de Intervenciones Colectivas y el Plan Obligatorio en Salud, pues la función del psicólogo, según se dijo, se está limitando a la promoción y la prevención cuando el fenómeno no ha aparecido, o al tratamiento cuando el fenómeno ya es una realidad de urgencia, pero no se está contemplando aquella población que se encuentra en medio de estas dos situaciones, es decir, aquellos casos donde el fenómeno ha empezado a manifestarse pero que no revisten gravedad y para quienes la promoción y la prevención se quedan cortas, pues es necesario intervenir de manera individual, según MAP: “que presentemos una propuesta para que la acción del psicólogo no quede solo como PIC o como cuando ya tiene el problema y se deja un hueco, PIC colectivo y la parte curativa, y sobre todo que queda en segundo nivel, aunque el





primer nivel ya lo puede habilitar, pero queda el hueco de lo que estamos hablando promoción y prevención, y es que PIC no puede realizar acciones individuales o no debe, lo pueden hacer pero camuflada y en términos de lo que paga una EPS no me deja y en términos de lo que paga el municipio por la 425 del PIC tampoco puede. Se puede camuflándolas en medio de las actividades colectivas... miren por ejemplo no más un tema que son dos al mismo tiempo, el intento y el suicidio, cuántos de estos pelaos en la época de joven o del adulto joven tal vez se hubiera diagnosticado a tiempo y actuar a tiempo, si la psicóloga lo hubiera intervenido en el momento en que se hizo la consulta en el programa del joven...”

Como se puede notar los programas y actividades de promoción y prevención siguen siendo temas importantes en la atención de la salud mental, a pesar que el tema de interés giro en torno a los servicios de tratamiento, esto teniendo en cuenta que las rutas de atención son para aquellos casos en los que ya se presenta la problemática y donde el tratamiento y la rehabilitación son un paso fundamental. Del mismo la intervención del psicólogo se justifica en el campo de la salud, toda vez que el rol de este profesional pasa por entender las realidades colectivas e individuales para de ahí generar propuestas, es decir, que se reconoce que la función diagnóstica del psicólogo permita realizar intervenciones coherentes y pertinentes a esas necesidades.

Por otro lado, en el campo del talento humano hasta el momento se evidencia que la humanización en la atención, que se hace cuando el usuario tiene es primer contacto con la institución, ha mejorado, pero no solo por la humanización sino también, en palabras de TC: “por lo menos uno que medio orienta, lo que pasa entonces es... la actitud del funcionario hacia el usuario para orientarlo y atenderlo de la mejor manera, porque créame que cuando un usuario se va bien atendido se le ha quitado un poco de la carga del problema mental que tiene” y EF: “puedo orientar y canalizar, como servidora y funcionaria debo llevar la persona donde la persona que sí lo debe atender, si el caso no me compete o no tengo conocimiento de cómo ayudar”. Es decir, que se entiende que en la atención juegan un papel relevante la actitud y el deseo sincero de querer servir.

Con respecto al trabajo en red, durante la conformación de “Redescubrir” se quiso evitar el peligro de híper-organizar, de trazar bordes demasiado firmes, de quitar la ambigüedad creativa que suele estar en las raíces informales de toda “red institucional” e igualmente el pecar por defecto, es decir, colocar la confianza en un espontaneísmo que resultara ser caótico, por ello se respetaron los espacios y decisiones de participación institucional, lo cual en su momento





pareció inmovilizar la conformación de la red, así lo manifestó MAP: “el proceso previo que habían hecho seguramente muy bien por la parte que iban, pero yo si los veía como en el centro de un remolino, teniendo toda una conceptualización y unas bases estadística y de un proceso bien hecho llegaron a un dique el cual ustedes no podían cruzar, los veía que no iban a traspasar ese dique o a salir de ese remolino”. Pero contrario a ello el trabajo realizado pretendió provocar momentos de reflexión, por supuesto basados en la normatividad y la responsabilidad social, que no fueran percibidas como imposición u obligaciones, sino por el contrario permitiendo que fuesen los mismos miembros de las instituciones quienes definieran y delinearán su participación respecto al trabajo en red, aspecto que luego de un año de proceso, de ir y venires, de múltiples ausencias y relativas presencias se logró como lo confirma TC: “ahora la tarea es nuestra, de movilizar la red, ojalá todas las instituciones nos empoderáramos de este trabajo y obviamente que lo replicaran todos los días por el bien del público que atendemos, ojala hayan decisiones o... que todas las instituciones nos tomemos esto como un código para que de ahora en adelante trabajemos de lado de las otras instituciones y no se dejen de lado esos esfuerzos, que se tome la red como propia y trabajemos en torno a la salud mental”. Lo cual tiene sentido con Freitas y Montero citadas por Montero (2003) y retomadas por Marcela Granada Avilés (2011) cuando postulan que un aspecto importante en el funcionamiento de las redes es considerar que ellas tienen un ritmo propio, que responde a las características propias de cada institución, a la historia de los actores operadores, a las circunstancias del contexto y del momento y al estilo del trabajo que éstas tengan.

Ello porque desde el inicio y durante la conformación se tuvo presente que en las redes institucionales siempre están los que tienen que hacer parte y los quieren hacer parte y que en el trabajo en red en lugar de culpar a otros por lo que no hacen o hacen mal, es necesario responsabilizarse por las mismas cosas. Es decir, los investigadores se hicieron responsables de cómo participaba el otro, eligieron que ofrecerle como alternativa, negociando, siendo flexibles para poder co-construir con las instituciones un futuro prometedor de todo el ejercicio tal como lo indica Eloisa Primavera (1990). En tal sentido se pretendió que la conformación de la red encarara la participación responsable orientada por la obediencia y el compromiso como elemento constitutivo central y como terreno de aprendizaje forzoso para quienes querían lograr efectos deseados en el mejoramiento de un trabajo articulado o por quienes simplemente debían hacer parte.



Con esta postura se logró entonces que el mismo compromiso y actitud institucional constituyera una nueva dimensión en la definición y significado del trabajo en red, que permitiera pensar la sociedad desde un punto de vista teórico, tomando la red como el nivel más elevado para tratarla (Bronfenbrenner, 1979) en palabra de MAP: “y es que hay que construir, en el caso de la salud, redes que sean propias de cada una de las veredas, de cada uno de los barrios y en este momento lo llamamos unidades de tamizaje en salud. Este tipo de unidad o esas personas dentro de la comunidad pueda que tengan una función específica en la junta de acción comunal o en el organismo accional representativa puede ser el comité pro-vivienda, a veces son las amas de casa, el que tenga mayor legitimidad y representatividad dentro de la comunidad, no es crear redes y redes sino mirar cuales son las necesarias y cuales son las que se afianzan unas con otras y a la hora de la verdad termina conformando una sola red que es la sociedad”. Expresiones que reafirman que sólo a través de un trabajo en red es posible resaltar qué reacciones o intervenciones en los diversos niveles de organización pueden repercutir sobre la globalidad del sistema.

En este sentido en la conformación de la red se dio una revalorización del “otro”, ese otro que aunque diferente y hasta conflictivo, posibilita la acción y el crecimiento, estas acciones se dieron a conocer a modo de pedidos, ofertas y promesas, como lo mencionaron PP: “una de las situaciones es que a veces los médicos no piden apoyo del trabajador social, es necesario que nosotros intervengamos en toda la familia” y MAP: “debe existir un enlace entre el psicólogo del PIC y cualquiera de los profesionales que ya han hecho la intervención, haciendo un seguimiento posterior a los procesos”. A demás de crear posibilidades, como lo afirmó YKR: “ahorita ya se hace comunicación directamente con medicina legal... porque cuando yo estaba en salud mental no... yo creo que el ejercicio de la red permitió que todas las instituciones nos conociéramos mutuamente cuales eran las funciones u objetivos de unos y ya poder identificar, bueno para este caso a donde puedo dirigir. Creo que ese ejercicio se logro gracias a este proceso” y lo declararon OG: “en los casos de denuncia la institución que recepciona debe notificar a Fiscalía y si ve que el caso se sale de las manos se debe decirle a otro profesional que le haga seguimiento... nosotros como agentes hacemos la identificación del caso y hacemos acompañamiento desde el inicio hacia el final tal como se visualiza en la ruta” y EF: “pienso que se han implementado muchas cosas”. Con esto se evidencia que la red intensifico la frecuencia de las relaciones entre los diferentes nodos de la misma, pero se advierte de todos





modos, siguiendo a Freitas y Montero citadas por Montero (2003) y retomadas por Marcela Granada Avilés (2011), que dichas relaciones pueden cambiar en todos los puntos o ser diferentes en algunos respecto de los otros. Es decir, algunos actores operadores dentro de la red pueden tener mayor identificación entre sí y por ello mantener relaciones más intensas y frecuentes sin que ello afecte la dinámica de la red. En este mismo orden de ideas, es común la presencia de varias redes menores dentro de una más amplia, ya que cada miembro de ésta puede pertenecer a otras redes que en un momento dado pueden vincularse con los objetivos, estrategias y metas de la red mayor.

Así se concluye que gracias a esta conformación las instituciones empezaron a reconocerse claramente dentro de las rutas de atención propuestas, la articulación entre los profesionales que atienden los casos en cualquier institución y el equipo del Plan de Intervenciones Colectivas PIC, y a su vez, este último se reconoció como importante para que el seguimiento y la atención misma fuesen eficientes. De otro lado se permitió actualizar y delimitar las competencias que tiene cada una de las instituciones frente a cada fenómeno de salud mental, visibilizando de esta manera la responsabilidad tanto de funcionarios como de cada una de las instituciones ante estos fenómenos. Es decir, se alcanzó a establecer, que una red es sinónimo de interacciones donde, en términos de Najmanovich (1995), las cosas no “son” sino que “devienen” en ellas. La red Operativa Institucional es lo que las instituciones internamente logran construir y reproducen al articularse unas con otras. En tal sentido, las propiedades ya no están en las cosas sino entre las cosas, en el intercambio. Desde esta nueva mirada, se consiguió la comprensión de dos aspectos; primero; desde el punto de vista biológico el ser humano no ha cambiado mucho en los últimos años, lo que sí cambia profundamente es lo social y a ese cambio se deben ceñir las relaciones institucionales dejando de pensarse y verse a sí mismas como hechos aislados, por que todo lo que rodea o es un sistema en sí mismo o es parte de un sistema mayor, tal como lo expresó TC: “parte de lo que ahora hace falta es fortalecer la red de la mejor manera posible, porque de verdad que trabajar en equipo es algo muy satisfactorio y se miran los resultados y además todo va a redundar en beneficio del usuario, mejorar problemas... problemáticas en salud mental”.

Y Segundo, que el trabajo en red como alternativa para mejorar la atención en salud mental en el municipio no es una mesa técnica, una reunión, una colaboración u otro concepto producto de una idea, sino un devenir necesario, así lo hizo saber MAP: “la experiencia nos enseña que



habrá necesidad de formar red donde sea necesario” en las interacciones entre las instituciones que tienen injerencia en ella.

La conformación desde esta perspectiva cambió la mirada individualista y se aprendió a valorar el trabajo de las demás instituciones, reconocer su viabilidad, pertinencia y resignificar la comprensión de la complejidad del trabajo en red en sí mismo, en palabras de SP: “entonces yo sé que todas las instituciones son supremamente valiosas, yo pienso que todas hacemos un gran esfuerzo”, esto sin desconocer por supuesto que el proceso por su misma complejidad podría resultar desgastante como lo comprende LEB: “no es fácil trabajar con instituciones y hacer red es muy complicado, se que es un trabajo bastante difícil”. Reconociendo igualmente la responsabilidad, no con los servicios ofertados por parte de cada institución sino con los procesos de atención-canalización orientados por una atención humanizada, así lo advierte TC: “desde la personería lo que se busca con el contacto con las demás entidades, lo que se busca es el mejorar ¿cierto? la atención al usuario, es de asesorar para que no se limite el funcionario a decir es que eso no me corresponde vaya a otro lado, entonces es cierto, no me corresponde, pero que me tome la molestia de averiguar para asesorarlo y orientarlo y para que ese usuario llegue realmente a donde tiene que llegar y no tenga que pasar por todas las dependencias, entonces en ese ejercicio esta la personería”.

Ahora bien, dada la complejidad de las prácticas sociales institucionales, aun en el caso ideal de no contar con la mala voluntad de algún participante, temor que anota TC: “el primer obstáculo para hacer efectivo el trabajo en red es la voluntad política”, los actores operadores reconocen la necesidad de una ética de dichas prácticas que no se pierdan en principios morales abstractos y conlleven a implementar estructuras que permitan una evaluación permanente y la movilización de recursos necesarios para regular y corregir las practicas allí donde y cuando sea necesario, elementos que se hacen evidentes en el comentario de MAP: “en mayo y en noviembre de cada año vamos hacer un seminario sobre inducción sobre todo lo logrado dentro de la red y los quehaceres de cada uno de los actores porque de lo contrario vamos a cometer errores, si uno no la asume como algo mecánico pero racionalizado, se le puede olvidar, puede ser mas mecánico que racionalizado”, esto teniendo en cuenta que el sistema en el transcurso puede presentar interacciones facilitadoras, inhibidoras y transformaciones internas que llevan a afirmar las hipótesis de totalidad compleja no totalmente especificable.





Igualmente, algunos actores operadores reconocen que desde la normatividad se insta a conformar redes, pero al continuar considerándolas como reuniones, acompañamientos o mesas técnicas de conversación se mantiene la percepción que llegar a ese proceso es desgastante y por ello se propone crear una sola red para todo, donde se puntualicen funciones, cuando todo resulta ser complejo tal como lo mencionó JM: “yo soy sincera... a nivel personal yo no estoy de acuerdo con tantas redes porque al igual son las mismas instituciones que de alguna forma en salud están involucradas, las mismas instituciones que están en salud mental son las que utilizamos para otros eventos... entonces yo si partiría de una sola red donde se delegue al personal que este a cargo de cada evento. Es que tanta red eso no funciona, porque es que hoy es la red de salud mental, mañana es la de salud sexual, mañana es otra y eso desgasta, hay muchas vueltas para una sola cosa. Yo la verdad, a mi me parece, yo le decía al doctor que esta misma red es para conformar un solo comité de salud mental, que no sea un comité de drogas, un comité de suicidio, un comité... esta bien nos lo exigen, de alguna forma nos lo exige el departamento, nos lo exigen por decretos que tenemos que cobijar eso, pero nosotros también podemos justificar que tenemos una sola red y manejamos ahí todos los eventos. Yo diría que más que conformar otra red es la de dar información de la red a otras instituciones”. Propuesta que va en contra vía de la misma naturaleza humana, pues la vida interna de un sujeto está determinada en gran medida en las redes en las que está inmerso. Este asidero del sujeto que va desde las redes primarias que marcan sus primeros trazos internos, hasta las institucionales que lo sostienen y le brindan bienestar, debe ser considerado en las intervenciones de la salud pública. La idea de legitimar cada día más esta relación salud mental - redes sociales, permite pensar este fenómeno “no encadenado solamente a la enfermedad y a los síntomas, suspendido en el vacío, un sujeto biomédico, protagonista de una psiquiatría biológica sino más bien por un sujeto socio histórico” (Pérez citado por Blanco, Díaz, 2006).

Además que dada la complejidad de los fenómenos de salud mental, no podría y no sería viable, abordarla solamente como tema de un trabajo en red, como señala Aron (2007) “los marcos teóricos que manejamos para comprender el comportamiento de las personas se han ido ampliando cada vez más, hasta incluir, además del individuo, las relaciones que este establece con otros. En primer lugar se incluyeron las interacciones, luego el contexto familiar más próximo, la familia extensa y, finalmente, se desarrollan modelos teóricos que permitieron incluir esta conceptualización a unidades sociales más amplias: dentro de estos modelos, se



incluye la consideración de las redes sociales además que la alta demanda de cumplimiento administrativo pareciera indicar que los profesionales de la salud muchas veces están actuando como sustitutos de las redes naturales”. De ello se desprende y se retoma que la red adquiere mayor movilización al articularse con redes comunitarias tal como lo propuso MAP: “una persona que tiene todo el perfil... una persona que salga en representación de ese barrio o de esa comuna o de esa área geográfica para que conformando redes en salud, ellas puedan manejar diferentes temas empezando, así como hicieron ustedes aquí en las capacitaciones, en primeros auxilios por lo menos una persona que sepa que hacer con una cortada, una quemadura, poner una inyección, muchas veces se van de una vereda a otra buscando una persona que les ponga una inyección cuando es algo tan elemental y lo digo yo porque ya lo hemos hecho en varios municipios inclusive aquí en el mismo Pitalito, y es enseñar a aplicar una inyección, lo importante es saber, tener la intención y en una sola tarde se puede aprender aplicar una inyección, bueno, pero volvamos al caso, esta red unida a una red de comunidades organizadas puedan servir, que esas personas cuando se enteren, cuando sepan de cualquier evento en salud mental, que desde luego la persona se capacitó en estos temas pueda informar a la red de salud mental o sobre casos que sean médicos pueda actuar e informar a las promotoras o en este caso a la secretaria de salud municipal para que se hagan las acciones respectivas”.

Lo anterior denota que si bien las redes son una fuente de apoyo social que no son valoradas como corresponde en las intervenciones para fortalecer la salud mental de los colectivos sociales, a través del ejercicio investigativo interventivo se logró maximizar la relevancia que estas redes comunitarias, con un respaldo institucional, pueden alcanzar. Se logró entonces que el objetivo que se tenía como red, el de fortalecer el intercambio de saberes y experiencias para dar respuesta a una necesidad social: la salud mental. En este sentido Aron (2007) quien cita a Canals y Haro (1995-2000) reconoce que las redes sociales en salud son actividades o dispositivos de atención que, a través de su autogestión, construyen sus propios dispositivos de atención sanitaria y de protección social, donde participación de las comunidades representa una vía mediante la cual puede concretarse dicha meta. Esto significa que desde la red operativa Institucional Redescubrir, ahora se comprende la importancia que tiene en convocar a las comunidades para otorgarle un sentido de corresponsabilidad en el tema de la salud mental.

Ahora bien, entre otros avances alcanzados el ICBF se reconoció como parte importante de la red, pues tiene la función de ser coordinador y articulador de otros sistemas de atención tal



como lo mencionó SP: “y tratando de vincular más cuando el ICBF es un articulador del sistema nacional de bienestar”; igualmente se propició la movilización de cambios en la mejora de los procesos de atención al interior de las instituciones y en los funcionarios una postura de autoevaluación en cuanto al servicio lo cual se evidencia en la implementación en algunas instituciones de nuevos programas, ejemplo de ello EF expresa: “inclusive ahora se implementó un programa para adolescentes... un programa amigable con los adolescentes para abordar esa población vulnerable”. Como gran alcance, la conformación de la red dejó impreso en los actores operadores, que conformar una red no es fácil y resulta complicado sostener la participación de los distintos actores sociales involucrados, una vez que disminuyen las condiciones iniciales de motivación y entusiasmo o simplemente el interés de la mayoría de los participantes, pero que con la persistencia se mantiene la motivación necesaria para seguir adelante, tal como lo expresó MAP: “esta mañana lo hablábamos con el alcalde justo con el tema del cambio y voy a tomar de ejemplo el que el pone en las reuniones: cuando el río crece y llega y se lleva una o dos casas... donde esta la casa que se llevo ahí pasó, pero en todo el trayecto del río se ven no mas las muestras sino hizo mayor daño. Pero cuando un chorro pequeño o una gota empieza, empieza, empieza, empieza y sigue generando o daño algo bueno eso queda por mucho tiempo y esa persistencia es la que termina haciendo cosas muy positivas y espero que el resultado final de la aplicación de todo el proyecto, es decir de toda la red, sea la mejor forma de mostrarle a ustedes, a la universidad y a todos que todo este trabajo de verdad a valido la pena, valorando todo lo que ustedes ha hecho, todo el esfuerzo”; así mismo LEB asegura “pero de verdad me sorprendió que no hayan cambiado que hayan persistido porque es que esto, esto no es fácil”, refiriéndose al proceso realizado por los investigadores con la Red. Esto corrobora lo que Najmanovich, Dabas, Pakman, Klefbeck, Sluzki y muchos autores más quienes concuerdan que el trabajo en red implica el compromiso de todos los actores involucrados para que en la práctica los procesos sean dinámicos. El trabajo en red debe convertirse en la brújula que orienta el quehacer de la institución para que de esta forma el usuario sea el mayor beneficiado.

Y parte de esta brújula, como orientadora del proceso, se consolida en el instrumento construido “instrumento temático-metodológico para el direccionamiento y accionar eficaz de la red operativa institucional “Redescubrir”, en el cual se incluyó información práctica sobre elementos psicosociales y de otro tipo, para facilitar una atención humanizada, prestación de





primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis, rutas de atención, componente filosófico de la red y las fichas de caracterización institucionales como un primer acercamiento al establecimiento de los recursos con los que cuenta el municipio para hacer frente a los fenómenos de salud mental.

Durante la construcción del instrumento dentro del trabajo operativo el cual pretendió dar respuesta al mejoramiento de los procesos de atención de salud sobre todo en la concreción de las rutas de atención y de las fichas institucionales, se pudo evidenciar que el mismo constituyó una respuesta coherente a algunas de las necesidades planteadas en el proceso de la conformación de la Red como la falta de una atención humanizada, la no claridad en los procesos de atención, la falta de capacitación de los funcionarios y el desconocimiento de la normatividad legal.

En cuanto a la atención humanizada, la información consignada en el instrumento fue considerada como oportuna para complementar y favorecer el quehacer del funcionario en su día a día como lo mencionó EF: “sí, está muy completo, abarca todos los eventos, qué se debe hacer con cada caso. Orienta a cualquier persona que no tenga conocimiento del tema y la orienta inmediatamente... abre y empieza a buscar lo que necesite”, es más se considera como pertinente para que se capacite cualquier funcionario sin importar su profesión o labor y comprenda con facilidad el qué, el cómo, el dónde y el para qué a la hora de hacer frente a cada fenómeno. Comentarios y comprensiones que evidencian que el contenido del tema 2 “una atención-acogida humanizada” del capítulo II, facilita el desarrollo de actitudes y comportamientos que hacen más amable al funcionario a la hora de encontrarse cara a cara con el usuario y que resultan sencillos y prácticos.

Por otro lado el instrumento facilita información acerca de la prestación de los primeros auxilios psicológicos y lo que se debe y no se debe hacer durante una intervención en crisis, además recopila una serie de situaciones con las que frecuentemente se puede encontrar el actor operador y unas recomendaciones en casos específicos de salud mental, complementadas con orientaciones de lo que es posible hacer en su abordaje. También expone de modo general aspectos conceptuales de los fenómenos en salud mental (definición, características, consecuencias y prevención) para comprender la magnitud de los mismos y facilitar su distinción. A partir de esta información los funcionarios pueden aminorar su falta de conocimiento frente a los fenómenos de salud mental y desarrollar una sensibilidad ante los



mismos para abordarlos. Lo anterior como respuesta a la necesidad de falta de capacitación, como lo dejaron saber en su momento ES: “nos dieron más conocimientos sobre... todos los casos, cómo prestarle los primeros auxilios... o sea más como la atención que se debe, qué debemos y qué no debemos de hacer al usuario. Esa parte si me gusto yo creo que deberíamos continuar con eso, porque vamos a saber en sí como llegar al usuario” y MAP: “pero que nosotros sepamos con claridad que debemos de hacer, que no debemos hacer, la forma en la que debemos de hacer... que eso se halla generado o se esté generando es muy importante”.

A su vez el ejercicio de construir conjuntamente las rutas de atención, partiendo de unas rutas ideales (construidas por los interventores siguiendo la normatividad legal y las competencias obligadas que debe asumir cada una de las instituciones), facilitó no solo la visibilización de responsabilidades y la exposición de marcos legales, sino el esclarecimiento en los procesos de atención. Es decir, que las instituciones en el ejercicio de verse en una posición dentro de la ruta ideal con unas funciones específicas reevaluaron, de algún modo, su accionar y sus competencias y las de las otras instituciones, estableciéndose su capacidad real de respuesta para que de modo concertado cada uno propusiera donde debía ser ubicada y con qué servicios en comparación con las demás instituciones, al respecto JM afirmó: “las respuestas están dadas... el proceso ha sido muy positivo... ha sido la oportunidad para conocernos y mejorar los procesos y las rutas de atención”.

Entre los procesos y servicios que se lograron aclarar, y que al inicio del proceso no estaban delimitados, están los servicios reales que presta ICBF y su diferenciación en competencias con Comisaría de Familia. Pues según la norma ICBF debe prestar servicios de tratamiento y rehabilitación pero en Pitalito no se cuenta con estos servicios, tal como afirmó SP: “ICBF activa el sistema de salud para que los usuarios accedan a estos derechos... ICBF solo hace restitución de derechos de menores de edad... psicología solo es para evaluar el daño emocional del usuario”. Y la diferenciación por competencias territoriales para las dos instituciones de protección donde se clarifico que Comisaría de Familia interviene en el fenómeno de violencia conyugal y maltrato infantil, cuando éste es producto de la mencionada violencia, en el fenómeno de abuso sexual cuando el presunto abusador es uno de los cónyuges y en violencia sexual. Y el ICBF en los casos de maltrato infantil y abuso sexual producto de otras situaciones y en el consumo de sustancias psicoactivas y el suicido cuando el implicado o el afectado es un menor de edad.



En el sector justicia se hizo la aclaración que la Fiscalía unidad 30 responsabilidad para adolescentes, solo le compete judicializar los casos cuando el sindicado es un menor de 14 años de edad. En este sentido las rutas dieron claridad acerca de las competencias y responsabilidad que tiene cada institución frente a cada fenómeno favoreciendo significativamente la orientación del usuario, en palabras de los mismos funcionarios como lo expresaron ES: “entonces por eso nosotros como que en eso si tuvimos esa ayuda pues porque ya con el rutero uno se da cuenta como que a donde hay que dirigir al usuario” y EF: “le da a uno más claridad en cuanto a que se debe hacer... cuando llegaba un paciente uno sabía que había, que tenía que notificar, que tenía que ir a medicina legal pero habían procesos que se quedaban como espere haber; ahora hay un concepto claro de lo que se debe hacer con las personas y todo eso... porque esto es para nuestro bienestar aprender cómo se remite que las instituciones sepan cómo es la red para poder aplicar más a la comunidad y servir más a la comunidad y prestarle un mejor servicio a la comunidad”. Acotaciones que dejan ver que de ahora en adelante no hay excusas para que los procesos de canalización no se hagan correctamente.

Para poder llegar a estos resultados, el ejercicio partió de la evaluación que se hizo a la ruta de atención existente en el municipio y de su revisión se consideró necesario que la nueva ruta especificara el proceso para cada fenómeno, esto con la finalidad de puntualizar las instituciones con injerencia en cada una, toda vez que no son las mismas instituciones las que atienden todos los fenómenos, como aparecía en la ruta evaluada. Del mismo modo, para guiar y aclarar la circulación del usuario(a) en cada ruta, se anexó la explicación paso a paso del proceso de atención-acogimiento-canalización convirtiendo el material en una herramienta no solo orientadora sino también informativa y educativa con lo cual se le dio respuesta a la sugerencia de JLR: “las rutas también deben ser informativas y educativas donde se visibilicen servicios puntuales”.

La explicación paso a paso del proceso con los servicios puntuales que recibe el usuario(a), elemento innovador en estas nuevas rutas, incluyó una serie de aclaraciones aportadas por los mismos actores operadores por ejemplo AT: “es muy importante que aparezca en la ruta una aclaración que diga que la Fiscalía recibe denuncia, es decir, actúa en la parte penal para sancionar al agresor y Comisaria de Familia hace restablecimiento”, entre muchas otras aclaraciones. A partir de estas indicaciones, se construyeron las rutas de maltrato infantil, abuso sexual y violencia conyugal, dando cubrimiento a los procesos de atención que se percibían



como menos claros como denunció LEB: “son los eventos que de pronto estaban como volando y que no se les estaba haciendo un seguimiento, de pronto, oportuno y quedaban ahí... bueno esto a quien le corresponde ¿A comisaria? ¿A la ESE? ¿A quién? En ese sentido si me pareció muy oportuno porque estábamos precisamente con esos casos que... ¿Quién se hace responsable? ¿Cuál es el acto a seguir con ellos? Eso sí me pareció muy valioso, esos casos estaban relativamente sueltos porque, a pesar de que la ESE tenía que hacerles los seguimientos esos casos quedaban como ahí. Entonces me pareció muy valiosa la reunión... pero así mismo también el compromiso social que tiene cada institución y cada persona que recibe el caso. Y me pareció muy oportuno hacer la aclaración hasta donde yo como institución puedo llegar y a quien se lo puedo remitir para que siga el proceso y no se quede como estancado ahí”.

Sobre el ejercicio se generaron debates, inconformidades, disgustos, diferencias y como lo expresaron algunos “ataques” directos a la institucionalidad finalmente se comprendió que la norma es clara pero la capacidad de respuesta se queda corta frente a lo exigido en la misma, y por ello se debe trabajar articuladamente con lo que se tiene, propiciándose el mejoramiento en los procesos de atención desde la organización de las instituciones para que de esta forma se pueda orientar al usuario correctamente. De todas formas, se espera que con la impresión del instructivo y su socialización, no solo a las comunidades sino también a gerentes y figuras políticas influyentes, se priorice la necesidad de adelantar mejoras en la infraestructura y la prestación de los servicios obligatorios, es más se propone por TC “sea constituido y llevado a política pública en todo el escenario de la administración municipal o de todo el municipio”. Esto demuestra que en el instructivo, gracias a su construcción conjunta, las instituciones depositan su confianza para empezar a generar mejoras.

Otra manera de medir el impacto del instrumento se puede apreciar a partir de las respuestas que dieron las instituciones que habían mostrado más compromiso y tenían más conocimiento del proceso, y que por lo tanto habían comprendido de mejor modo la complejidad que encierra cada fenómeno, al inconveniente que PIC veía en las rutas propuestas expresada por NA cuando mencionó: “las rutas podrían tener problemas pues tiene una puerta de entrada y podrían ser muchas ya sea el I.C.B.F, Comisaria, etc... no se pueden imprimir varios afiches”. Para este equipo de trabajo las rutas eran poco manejables y nada prácticas para la comunidad la cual quedaría “confundida” con tantas rutas, una sola puerta de entrada desconociéndose que todas las instituciones pueden detectar y canalizar, y la explicación paso a paso genera mucha





información que no es posible financiar para su divulgación, críticas en las que se puede apreciar que la comprensión que se tenía del esquema de ruta de atención era la de ubicar a todas las instituciones en un mismo nivel de atención y sin especificación de sus servicios (como aparecía en la ruta anterior).

Pero ante estas observaciones se escucharon voces de protesta, ya que lo que se requería, en primera instancia era que esa información quedara clara para las instituciones y el instrumento en ese sentido respondía adecuadamente “no me importa que lo entienda la comunidad, sino las instituciones, la comunidad siempre va, pregunta y sugiere pero las instituciones no tienen capacidad de respuesta institucional, nos marca la normatividad, el desorden lo tenemos las instituciones no la comunidad” así lo hizo saber JLR. Lo anterior permite evidenciar diferentes posturas que se tenía frente a la ruta de atención y que gracias al proceso realizado se logró una construcción conjunta, aclaradora, organizada y con el fundamento legal, social e institucional, pertinente en la implementación de una mejora significativa de la misma. Del mismo modo, los funcionarios comprenden las rutas como “flujogramas” dinámicos en su operativización, es decir, no como camisas de fuerza rígidas en su aplicación, sino por el contrario flexibles, en palabras de JLR: “no solamente es tener este flujograma, este tiene que ser dinámico, la idea es que se operativice... estas serían las líneas gruesas”. De este modo las rutas se aprecian como los lineamientos generales para darle un orden a la atención y bajo esta orientación tener presente que así como son de complejos algunos casos, su atención será compleja no siendo esto una condición para la no atención.

Ahora bien, con respecto a que se percibe “una sola puerta de entrada y al final la intervención del PIC”, los actores operadores vuelven y reflexionan, en palabras de JLR: “la ruta debe ser dinámica, PIC debe retroalimentar todo el proceso de la ruta... no es lo vuelvo a ver cuando la persona viene, de resto no me preocupo por el paciente” y entre otros comentarios en los que se ve como necesario esquematizar la ruta ordenadamente de forma horizontal y vertical (no como en la ruta anterior donde no se podía ver un orden de intervención) no para que primen unos servicios más que otros, o donde las responsabilidades institucionales recaigan sobre unas instituciones más que en otras, sino para tratar de sintetizar en una gráfica todo el proceso de atención de tal modo que visualmente se pueda contemplar un orden. De todas formas dentro del instructivo se incluyeron una serie de aclaraciones entre las cuales se estipula que la activación de las Rutas de Atención las puede hacer cualquier institución, organización





y/o sector que tenga conocimiento de casos de fenómenos de salud mental. Es decir, que la detección de los casos puede darse desde instituciones diferentes a las que aparecen en la Ruta pero que cumplirán la función de orientadora primaria en la activación de la atención, canalizando al usuario(a) hacia la institución y servicio que competa según se muestra en las rutas.

Estas rutas, asumidas desde la teoría general de sistemas (Bertalanffy, 2001), dan cuenta que las instituciones operan en una red de relaciones, que obliga a los actores operadores a pensar, de ahora en adelante en términos de redes. Al percibir, en el esquema de la ruta una red de relaciones, se describen también competencias y niveles de atención, en las que no hay partes más fundamentales que otras. Ninguna de las propiedades de ninguna parte de la ruta es fundamental; todas se derivan de las propiedades de las demás partes y la consistencia total de sus interrelaciones determina la estructura del trabajo en red. Siguiendo el pensamiento sistémico de Fritjof Capra (1996) las propiedades de la ruta son sistémicas, del conjunto, que ninguna de las partes tiene por sí sola, que emergen de las “relaciones organizadoras” entre las partes.

Respecto a la crítica hecha a la explicación del paso a paso, una crítica pensada más desde el “gasto” que generaba su publicación y no desde su funcionalidad, fue replanteada pidiéndose que no se descartara tal información sino que se contemplaran otras opciones para hacer de ese material algo útil, toda vez que esa descripción permite comprender el flujograma, el orden de intervención de las instituciones y los servicios puntuales que recibe el usuario(a), evitándose de este modo el desgaste del usuario(a) acudiendo de institución en institución a ver que le pueden brindar y de las instituciones mismas que lo rebotan a donde creen que les compete, en estos términos se explicó por ES: “muchas veces nos preguntaban bueno mire que nos pasó tal cosa que puedo hacer o que no puedo hacer y obviamente nosotros, o por lo menos yo, no tenía el conocimiento de hacia dónde dirigirlo. Entonces como que contaba las cosas y uno mejor vaya a tal parte o en el hospital o en tal parte le dan razón, o vaya a la ESE pase con el médico o con el psicólogo, a ver como lo empiezan a llevar”. Las preocupaciones y el afán de PIC, fundadas más en el cumplimiento de metas para llenar informes, permiten observar que la dinámica institucional a veces cargada de procesos administrativos aleja al funcionario de su razón social dentro de la institución, pero el instructivo y el mismo trabajo en red le permitió retomarla.





Desde la inclusión del marco legal en la concreción del instrumento, también se puede medir su impacto, por ejemplo el acuerdo 029 (en el sector salud) obligo a los interventores a elaborar dos rutas de atención para cada fenómeno, pues según la norma había una atención especializada para la población menor de 18 años de edad y para los mayores de 59, desde este acuerdo es que se suele decir “población POS y población no POS” según esté o no cubierta por el sistema de seguridad en salud en términos de edad. En este sentido una ruta correspondía para los POS y otra para los no POS cuyos procesos de atención eran diferentes. Las rutas se socializaron haciendo esta distinción y los actores operadores las aprobaron sin hacer ninguna aclaración, pero cuando la secretaria de salud se vinculó de lleno con el proceso uno de sus profesionales hizo la aclaración que según el acuerdo 032 esa distinción ya no operaba, pues este acuerdo unificaba al POS, en sus palabras: “todos ahora somos POS, ya no se tienen en cuenta las edades”. Con esta nueva información se eliminaron las rutas “no POS” que al ser socializadas de nuevo haciendo la aclaración del acuerdo 032 tampoco se tuvieron retroalimentaciones por parte de los actores operadores. Ante esta situación y al preguntar por qué ningún funcionario nunca menciona el acuerdo 032, solo el 029, JLR responde: “ellos si la conocen solo que con esa actitud dejan ver que no quieren que los demás se enteren de esa responsabilidad que ahora tienen”.

El ir teniendo en cuenta el componente legal e ir ajustando las rutas a lo encontrado en la ley generó confianza en el proceso y por ende credibilidad en el mejoramiento de los procesos de atención como quedo expreso por LEB: “lo que se hizo en cuanto a capacitación y en cuanto a norma, porque nos basábamos era en la norma”. Es de resaltar que entre las otras normas que resultaron útiles para el ejercicio están las leyes 1257, 906, 599, 100, 360, 1098, 1542, los decretos 3039, 412, 4747, 5261, 4840 y la resolución 5261 entre otras. Como se puede notar la construcción de las rutas permitió la visibilización de un amplio marco legal de salud, justicia y protección que para no olvidar y seguir con la socialización se anexo en el capítulo IV en las fichas de cada institución según correspondieran. Pero a su vez buscando con ello que sirviera de herramienta para que las instituciones mismas se presionen entre sí en el cumplimiento de la normatividad y el desconocimiento de la ley ya no sea una excusa para obstaculizar los procesos de atención. De acuerdo con Kelly (1966, 1971, 1986), esta visibilización puede ir generando cambios en uno de los sistemas que necesariamente afectará a los otros sistemas en un flujo de interdependencia.





Al lado de esta normatividad se resume la ficha institucional de caracterización de cada una de las instituciones pertenecientes a la red, donde se presentan aspectos filosóficos, funcionales, operativos, recursos, servicios, niveles de atención y datos de contacto, esto con el fin de hacerlos visibles y ponerlos al servicio de otras instituciones, además que el poder acceder a esta información le permite al actor operador(a) identificar qué otras instituciones pueden complementar su atención, en cada uno de los fenómenos detectados y facilitar la movilización de las instituciones a la hora de concertar y articular acciones sectoriales para la promoción y la prevención, aprovechando recursos humanos y materiales. Para poder concretar la información de las fichas fue necesario que cada institución se “redescubriera” a nivel interno rescatando toda su filosofía institucional, este “redescubrir” invitó a retomar y visibilizar la razón de ser institucional, en un proceso de retroceso, de volver al punto de partida, a ese punto de identificación, reconocimiento y apropiación de la responsabilidad social y la cultura organizacional (filosofía, soporte conceptual y legal) que sustenta, mueve y da horizonte a cada institución; ejercicio que permitió que algunas instituciones se empoderaran de manera más concreta del conocimiento de la cultura organizacional de su institución por ejemplo SP comentó: “pues de tener conocimientos uno los tiene. Pero lo que pasa es que como en mi institución es tan dinámico y cada nada sube una nueva modificación, un decreto, una cosa... uno de pronto no... por no ser uno abogado pues uno no vive como pendiente de eso. Pero el ejercicio permitió a nivel de equipo una revisión cuidadosa y actualizarme más”.

En suma el instrumento se convirtió para los actores operadores en la guía orientadora de la secuencia atención-canalización en las que se articulan y coordinan los procedimientos de variadas instituciones que anteceden y que siguen su intervención, esta utilidad se describió en los siguientes términos según ES: “nos dieron más conocimientos... hasta como los podíamos direccionar”, utilidad aplicable al trabajo de oficina y al trabajo de campo. Y aunque hasta ahora no se ha estudiado la estrategia publicitaria para dar a conocer esta información a la comunidad, el instructivo se percibe como un instrumento útil para multiplicar y compartir la información sobre las rutas de atención en salud mental “cuando yo no podía ir, iba mi compañero, pero al otro día nos sentábamos y decíamos mire tratamos tales casos y se manejan así vamos a seguir haciendo eso”, así lo hizo saber ES; ejercicio que permite valorar en el instructivo su aplicabilidad gracias a la claridad en el lenguaje utilizado.



Finalmente otro aspecto que se vio mejorado es que a partir del capítulo I ¿Quiénes somos? del instrumento se organizó todo el componente filosófico de la red como una institución, bajo la cual se le otorga a la misma su razón de ser, que le permita constituirse en una entidad con funciones propias y con reglas de actuación, esto para evitar que la red “Redescubrir” se convierta en un intento más fallido, en palabras de PP: “en las que no se concluye ni pasa nada, y las cosas siguen igual o peor”. Este componente organizacional, construido desde el trabajo en red, fue puesto a consideración de los mismos funcionarios quienes no realizaron ninguna retroalimentación, lo que permitió evidenciar que las consignas del sentir de los actores/operadores frente a una organización puntual como grupo se había logrado esto se puede ver en la afirmación de EF: “resulta muy pertinente organizarnos así con tanta claridad”. Esta organización sigue los conceptos básicos de relación y orden, funcionalidad y finalidad de la teoría general de sistemas (Bertalanffy, 2001), en el primer concepto se expone que las entidades, relaciones y sucesos presentan una organización, donde el orden (espontáneo o diseñado con un propósito) significa que existen conexiones, implicaciones, restricciones, causas-efectos, expresadas con leyes o reglas. En el segundo concepto se incluye la especificación de lo que hace el sistema (para qué es útil) de modo detallado, en este caso un sistema teleológico, es decir, pensado con un propósito, una meta o finalidad, diseñado con un objetivo. Pero donde igualmente se tuvo en cuenta la propiedad de la flexibilidad, que según Itriago e Itriago (2000) se convierte en un factor que aglutina, pues la rigidez de principios o de estructuras, en el fondo constituye una restricción o exclusión. Mientras más flexible sea una red, mayores serán sus posibilidades de crecimiento. No obstante, la flexibilidad no puede llegar al extremo de difuminar los objetivos de la red. La red tiene que tener un norte, claro y objetivo, que sea a su vez el polo de atracción y congregación. Así expuesto, la informalidad pudo haber llevado a la red a transformarse en un conjunto de relaciones desarticuladas; pero al lograrse encausar como estructura, se espera que llegue a convertirse, como ya lo está haciendo, en una institución que pueda romper con la dinámica cotidiana de las relaciones marcadas por la desmotivación y el temor al compromiso. Por ello se estructuró de manera formal su organización y su establecimiento para precisar de roles, días y periodicidad de encuentros, entre otras.

Según se puede percibir el objetivo del instrumento, con sus cuatro capítulos (Filosófico ¿Quiénes somos?, Temático ¿Qué debo conocer para desarrollar mi trabajo?, Metodológico





¿Cómo puedo desarrollar mi trabajo? y Operativo ¿Con qué recursos contamos?) está cumpliendo con sus finalidades, al respecto SP expresa: “el manual es muy bueno” y JM señala: “sí muy bueno”, esto entendiendo que todavía hace falta su socialización a la comunidad, pues este se creó con la finalidad de ofrecer elementos básicos y claves, de orden teórico y metodológico, que orienten el quehacer del profesional en salud para que se brinde una atención humanizada, oportuna e integral como lo ameritan los fenómenos en salud mental comprendiendo que sus afectados(as) se encuentran en condición de vulnerabilidad y desorientación y que necesitan esclarecer su situación y quién les oriente y acompañe en el proceso de atención-acogida-canalización hasta su recuperación. Para ello, se requiere que el profesional que recibe las demandas de atención cuente con un conocimiento previo sobre dichos fenómenos que le permitan entender y visualizar la situación del usuario(a) para determinar qué apoyos requiere y conocer las instituciones que pueden atenderlo (cuál es el trabajo que realizan, cómo acercarse a ellas o qué requisitos cumplir). Se percibe tan valioso y útil el material concretado que no se quiere dejar perder, así lo hizo saber TC: “¿ese material se va a llevar a una cartilla?”, las instituciones están ansiosas de poder contar con el instructivo en físico para tener fácil acceso al mismo.

En últimas la creación del instructivo se enmarca desde la teoría sistémica (Bertalanffy, 2001), en un intento por recoger una visión global e interaccional de todos los factores, variables, contextos y condiciones que influyen en la atención y abordaje de los fenómenos de la salud mental. Del mismo modo corresponde con el principio básico de “funcionalidad y finalidad” para especificar lo que cada institución hace y la forma como lo hace. Y tiene a su vez, que ver con lo que propone Kelly (1966, 1971, 1986) en uno de sus ejes básicos, el principio de recursos cíclicos, para que las instituciones empiecen hacer uso de los medios de los cuales dispone, sean estos físicos, humanos, estratégicos, cualidades personales y todos aquellos elementos que dinamizan la atención en salud mental. Pero también con el principio de la adaptación, toda vez que las instituciones tendrán que adaptarse en función de su capacidad de respuesta y de los recursos con los que puede disponer de los demás entes. Así, se daría una relación directa entre los recursos y la adaptación: a mayores recursos mayor adaptación. La idea es clarificar y ampliar en dicho instrumento la totalidad de los recursos existentes.

Quedó también explícita la necesidad de hacer efectivas las rutas con los aportes de todas las instituciones, sobre todo en el sector educativo, ya que como ente notificador, debe conocer





el instructivo y capacitarse en el manejo de las rutas de atención para cada fenómeno. Necesidad manifiesta del siguiente modo por MAP: “hacer efectivas las rutas ya” y JM: “organizar, informar y educar a la comunidad en general... por ejemplo educación con los psico-orientadores están locos en algunas cuestiones, porque si él no sabe cómo actuar ¿sí?... para curarse en salud ellos están haciendo cosas que lo están complicando, un ejemplo rapidito hay un intento de suicidio y era lo que yo les decía a ustedes, una cosa es la ideación suicida con un plan suicida otra cosa es un intento de suicidio y eso no quedo claro, o mejor perdón eso no lo tienen claro ellos entonces notifican a la secretaria de salud, notifican a la ESE, notifican... y están notificando un caso que prácticamente se ha complicado. Que hemos encontrado nosotros en este momento que hay muchos eventos e intentos de suicidio que no son intentos de suicidio porque es una ideación. Nosotros necesitamos informarles a ellos darle a conocer las rutas, que sepan cómo lo van hacer. Por ejemplo esta semana se presentó un caso y la orientadora, y es a uno de los casos que le estamos haciendo seguimiento, un caso de intento que había sido notificado al hospital y a nosotros o sea un caso notificado dos veces... ahora lo urgente es darlo a conocer a las otras instituciones en este caso las instituciones educativas, orientadores, rectores, coordinadores porque son las que en este momento están... actuando mal”.

A su vez el proceso en la conformación de la red, dejó notar el compromiso del psicólogo aun cuando la temática abordada es compleja. Pues tal cómo lo manifestó en su momento LEB: “mi percepción fue es algo bien complicado, pero de alguna forma me gusto porque como sabia que era un trabajo de grado tenían que iniciarlo y terminarlo y me pareció excelente que lo hayan iniciado y que hayan pensado en esa alternativa porque hubieran podido tomar otra, pues la verdad me gusto mucho el compromiso que ustedes tienen con este evento”. Estas apreciaciones dejan notar dos aspectos puntuales, el primero que la actitud del profesional debe construirse en el proceso de formación, es decir, que aún siendo psicólogos en formación la comunidad pueda evidenciar el compromiso de la profesión, pues el rol del psicólogo ya se empieza a perfilar desde las prácticas profesionales tal como lo manifestó ES: “pues nosotros pensábamos que como ustedes eran estudiantes solamente iban a presentar su trabajo en si y que iban a dejar de pronto que otra persona cogiera el rutero o siguiera con la misma táctica. Pero cuando ya los vimos a ustedes así... que ya se hubieran retirado de la universidad y siguieron en eso, con el compromiso” y lo confirma JRS al declarar: “yo iba a opinar lo mismo que la niña de Comfamiliar, todos tuvimos esa sensación de pronto de que ustedes iban a abandonar el proceso





cosa que no sucedió porque la temática es tan difícil... pero en el transcurso nos hemos dado cuenta que están muy comprometidos, son los mas comprometidos con esto, de verdad y es muy bueno el proceso, es gratificante”. y dos, que es responsabilidad del psicólogo abrir y cerrar procesos de manera responsable demostrando habilidades de persistencia, innovación, creatividad y un lenguaje sustentado en la autoridad de sus conocimientos tal como lo expuso EF: “realmente los felicito, los felicito de verdad porque esto es una combinación, como dice el doctor Marco Aurelio, de un esfuerzo, de una persistencia, de un trabajo en equipo organizado y por eso no solamente nos retroalimentaron, nos capacitaron y nos dieron sus conocimientos sino que además hicieron gran trabajo y por eso los felicito”.

En tal sentido Miller citado por Hombrados en su alocución presidencial de la A.P.A. presentaba la psicología como una forma de promover el bienestar social. La principal preocupación de Miller fue la escasa contribución que los psicólogos habían hecho a la mejora del bienestar humano, incluso menos de lo que el conocimiento sobre la conducta podría justificar. Para el autor las ciencias sociales han de perseguir el desafío social y han de proporcionar una guía en la búsqueda de nuevas soluciones personales y sociales. Los psicólogos además de extender y profundizar en el conocimiento de los fenómenos sociales, mentales o conductuales han de incorporar, de alguna forma, este conocimiento a los grandes cambios sociales que se están viviendo. Es necesario estudiar mejor cómo enfrentarse a este desafío social. Concluye Miller su alocución con estas palabras: “reconozco que muchos de nosotros considerarán a estas ambiciones como retórica vacía. Puede que piense que los psicólogos nunca estarán dispuestos para esto y que nosotros deberíamos quedarnos en nuestros laboratorios hacer nuestras cosas. El público resolverá sus propios problemas sin nosotros. Quizá semejante escepticismo esté justificado. Por otra parte, que esto sea difícil no es una excusa para rendirse. De alguna forma lo inalcanzable es el mejor objetivo a perseguir. Continuemos con nuestra lucha para que la psicología avance como un medio de promoción del bienestar humano, cada uno a su manera. Respecto a mí no puedo imaginarme que nosotros no podamos hacer algo más relevante para el bienestar humano, el descubrir la mejor forma de dar la Psicología a los demás es el mayor desafío que pueden encontrar la nueva generación de psicólogos”. Así pues, el artículo de Miller supone una vuelta a esa vocación aplicada, al compromiso social, al bienestar, que ya se encuentran en los mismos orígenes de la ciencia social (Comte, Saint-Simón, Marx, etc.).



La psicología ahora es comprendida en gran magnitud pues se reconoce, que ésta debe estar al servicio de la comunidad en su vida cotidiana, tal como lo expresa EF cuando dice: “yo pienso que la psicología es muy importante porque nosotros somos integrales, biopsicosociales y en cualquier momento de nuestra vida nosotros también necesitamos que alguien nos escuche desde otra perspectiva no solo como el medico, entonces pienso que es una profesión muy valiosa y tan importante porque es como la parte integral del individuo como tal, porque no solamente somos la enfermedad o la parte biológica sino también la parte psicológica y social por eso el individuo se debe ver integral”. Y en este sentido el rol del psicólogo, ahora es mucho más mencionado, mejor comprendido y valorado aún más, debido a que se reconoce la habilidad para mejorar las relaciones interpersonales en el ámbito laboral, desarrollar trabajo en equipo y adelantar verdaderos procesos que conlleven a transformaciones sociales que propendan por una vida saludable en la colectividad, así lo expreso TC: “el psicólogo es una persona tan importante, y aprovechando que aquí está el doctor Marco Aurelio, en todos los estamentos administrativo y yo estaba pensando ahora que debería haber una ley como hay para la Comisaria de familia de tener un equipo interdisciplinario, un psicólogo, una trabajadora social... ojala todas las dependencias tuvieran psicólogo de planta o contratado precisamente a las personas que atendemos público nos ayudaran a tratar este tema de la salud mental. A la personería puede llegar una persona, como decía la doctora con ideación suicida y uno no sabe bien de eso y resulta que no la atendemos bien se fue y se suicidó porque no hubo quien detectara esa falencia de esa persona. Por ejemplo en la personería no nos compete tener un psicólogo pero al saber que atendemos público desde cualquier competencia debería haber psicólogo. A mí si me gustaría que hubiera una ley que obligara a tener su psicólogo de cabecera para atender de forma más integral a la población”.

Ahora bien, aunque el rol del psicólogo gracias a la conformación de la red y al ejercicio investigativo interventivo realizado, se ha expuesto en toda su complejidad, importancia y necesidad y aun cuando la ESE Municipal Manuel Castro Tovar ha ampliado su contratación con más profesionales de la psicología y gracias al estudio que permitió que se avalará la contratación para hacer atención psicológica desde el nivel I de complejidad, la contratación de los psicólogos sigue siendo en el municipio muy escasa respecto a la demanda y situación mental de la comunidad laboyana.





El rol del psicólogo es tan importante como el del médico que podrían “hacer equipo como puerta de entrada al sistema de salud, así lo hizo saber TC cuando dijo: “escuchando a la doctora yo considero que antes de entrar al medico debería estar hablando primero con el psicólogo o la psicóloga para detectarle algunas falencias o problemáticas que tenga y desde ahí se pueda empezar a plantear la solución... pues se dice además que muchas enfermedades tienen su origen en la mente”. Se sugiere entonces que desde la misma normatividad se incluya al psicólogo en los equipos interdisciplinarios de todos los sectores toda vez que se comprende al ser humano como un ser biopsicosocial. Así lo expuso TC: “esto no es un trabajo más de grado de la universidad y pare de contar. Entonces desde ahora es importante darle a conocer al congreso como una política social para que perdure a través del tiempo”.

Otro logro que se alcanzó es visibilizar dos grandes situaciones, la primera que según NM hace referencia a los docentes con función orientadora cuando manifiesta: “es importante involucrar a los psicoorientadores en el proceso” debido precisamente por lo que manifiesta JM cuando dice: “era lo que decía el psiquiatra cuando vino a dar la capacitación, que desafortunadamente no hubo una buena participación de la localidad, y era la invitación que el hacía a los orientadores de los colegios, hagamos a partir de, dijo él textualmente de 10° y 11° tamizajes en salud mental para identificar esos procesos y evitar alguna situación después, ahí de alguna manera estamos nosotros haciendo esa parte de prevención entonces creo que somos muy importantes aunque se comentan errores, porque se están cometiendo” y la segunda con la necesidad que existe de concientizar a la comunidad acerca del rol del psicólogo, pues como continua JM: “hay algo muy especial en el proceso que yo vengo haciendo en el ejercicio de mi profesión y es que tenemos unos mitos, la gente tiene muchos mitos, y en el proceso que estamos haciendo en los colegios con docentes, alumnos, papás nosotros les decimos cuando usted tiene dolor de cabeza o una diarrea ¿para dónde se va? Derechito al médico ¿verdad? Pero si esta triste ¿para donde se va? Se encierra ¿Dónde debería ir? Buscar a una persona que le ayude a un profesional. Eso es lo que les estamos diciendo para evitar los eventos, para identificarlos. Entonces la gente ya se esta acercando al psicólogo como un amigo, un orientador y no como el cura locos que es la idea que tiene la gente, yo no estoy loco entonces para que ir al psicólogo. Entonces la profesión se vuelve útil para los demás”.

De este modo el ejercicio del psicólogo, más que un “amigo”, un “orientador” o el “cura locos”, debe ser percibido como una profesión guiada por criterios científicos, sustentada en





procesos investigativos e interventivos rigurosos caracterizados por la responsabilidad y el mantenimiento de altos estándares de calidad, conseguidos gracias a la puesta en práctica de las competencias que cualifican al profesional, a su prudencia y su precaución siempre en busca del bienestar de los usuarios, es decir, ejerciendo sus funciones respetando siempre los principios y las normas de la ética profesional y con sólido fundamento en criterios de validez científica y utilidad social.

Desde esta investigación intervención el rol del psicólogo, en la aplicación e indicación del conocimiento psicológico y de sus técnicas, confirmó su participación relevante en las actividades del diseño, ejecución y dirección de investigaciones científicas, en este caso, destinada a la aplicación del conocimiento que contribuye a la comprensión y aplicación de su objeto de estudio; en la fundamentación, diseño y gestión de los diferentes procesos que permiten una mayor eficacia de los grupos y de las organizaciones; en la asesoría y consultoría para el diseño, ejecución y dirección de programas, en los campos y áreas en donde el conocimiento y el aporte disciplinario y profesional de la psicología sea requerido o conveniente para el beneficio social; y en el diseño, ejecución y dirección de programas de capacitación y educación no formal en las distintas áreas de la psicología aplicada. Lo anterior en coherencia con lo expuesto en la Ley número 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de la psicología.

Para dar cierre a este análisis, a continuación se relacionan las metáforas que los actores operadores pertenecientes a la Red Operativa Institucional “Redescubrir”, que se vincularon al proceso no solo interventivo sino también investigativo, refirieron para describir de modo más concreto el impacto que generó la conformación de la red, en un intento por querer medir en elementos tangibles todo el proceso, trasladando el sentido de lo literal, de lo exacto, de lo propio a voces figuradas en las que se les da un nueva idea a las palabras que literalmente significan, en virtud de una comparación tácita, de las que se pueden inferir los sentidos dados al proceso para ejemplificar y facilitar su comprensión. El desarrollo de este ejercicio (momento 3 del grupo focal), permitió evidenciar aquello que postula Najmanovich (1991) cuando dice que los seres humanos conviven en un universo vincular en evolución, donde cada sujeto se relaciona con él atravesados por la emoción, actividad que le da el reconocimiento de co-creador del mundo en el que vive a merced de su propia interacción compleja con lo real. Y la misma autora refiere dos metáforas para dar cuenta del paso de lo mecánico a lo complejo: “ha comenzado a



gestarse una cultura que no piensa el universo como un reloj, sino como archipiélago de orden en un mar de caos”. Con este modelo, se confirma aquello que Lakoff y Johnson (1991) hacen al analizar las relaciones entre lenguaje y pensamiento, planteando que “nuestro sistema conceptual ordinario, en términos del cual pensamos y actuamos, es fundamentalmente de naturaleza metafórica”. Es decir, que no sólo hablamos con metáforas sino que pensamos a través de ellas. Aunque el término ha sido utilizado por distintos autores, en este trabajo la metáfora es concebida como un procedimiento guía de un proceso cognitivo-perceptual (ya que desde nuestra perspectiva en los humanos la experiencia perceptual es ya una experiencia cognitiva). En el ejemplo de la física clásica, el reloj expresa la idea de un mecanismo invariable, exacto y predecible, que puede ser desmontado y estudiado pieza por pieza y su funcionamiento explicado por el de sus partes componentes; y sólo merced a un salto metafórico se le puede atribuir estas propiedades al universo como un todo.

Con estas aproximaciones los actores operadores compararon el proceso de conformación de la Red como un “rompecabezas donde cada ficha que sería cada institución... tiene su espacio, tiene su lugar ¿sí? No puede ir otra en ese espacio porque cada institución tenemos una operatividad una función definida y que si en algún momento una de esas fichas se nos pierde ya toda la red o el rompecabezas no sería completo ¿cierto? Y cuando tengamos todo el rompecabezas armado hemos cumplido nuestro objetivo y que hay la satisfacción de un proceso que se ha hecho y que está a disposición de todos... Las fichas serían las 26 instituciones que conformamos la red... 26 ficha que tienen los colores de cada institución... rojo, blanco, naranja... Todas las fichas tienen muchos colores pero están unidas para formar una sola imagen, un solo objetivo y la imagen sería dos manos entrelazadas”. Desde esta metáfora, se entiende que en la red todas las instituciones son necesarias para poder configurar un todo articulado, donde cada institución con sus competencias y servicios aporta para formar una imagen, la imagen del servicio con responsabilidad social, de la unidad, de la solidaridad. Pero donde a su vez, se respeta y se admite la diversidad institucional representada en un todo multicolor que en esta metáfora da cuenta de roles y profesiones (rojo-bomberos y naranja-defensa civil para los organismos de socorro; y el blanco-enfermera para los profesionales de la salud) condiciones que según Morillo de Hidalgo (2000) hace parte de las funciones de una red, la de aceptar la diversidad, el respeto y el reconocimiento de la legalidad por y del otro, a la vez que busca el consenso sobre ciertos objetivos comunes.





Si se piensa en un rompecabezas se piensa en términos de sistemas pues el juego inicia en un sistema en desorden que se puede transformar en orden para reorganizarse en un nivel de mayor complejidad, y se habla de un orden lo que no implica equilibrio, al igual que el desequilibrio no se equipara con el desorden, pues en el equilibrio no hay novedad ni alternativa. En este sentido el rompecabezas da cuenta que la red lejos de un equilibrio busca más bien un comportamiento no lineal con muchas soluciones complejas posibles. Así mismo, las propiedades de las fichas como partes, no son propiedades intrínsecas ya que éstas sólo pueden entenderse desde el contexto del todo mayor, el rompecabezas. Lo que se domina aquí parte es meramente un patrón dentro de una inseparable red de relaciones, que encajan una con otra. Esta metáfora quiere ilustrar que se dio un cambio de las partes al todo, de los objetos a las relaciones.

La red también fue comparada con el mismo ser humano “lo compararía con el ser humano porque lo mira uno integral desde todos los aspectos, desde lo biológico, lo psicológico y lo social... que también está conformado por montones de células que en este caso somos las 26 celulitas que no mas tenemos, y que conforman a ese ser humano y el objetivo va hacer el ser humano... la salud mental... se supone que el cerebro es el intelecto uno lo ubicaría en el cerebro pero de todas formas en todo el cuerpo porque a veces hay personas que se enferman psicológicamente para que otra persona los escuchen y no necesariamente me duele la mano sino simplemente quiero ir al médico para que me escuche. Entonces pienso que es integral no es tomar la cabeza, tomar el brazo... uno va al médico y le miran solamente el sitio y no tiene en cuenta otros factores sino que tomar el individuo integral”. En esta metáfora, se vuelve a retomar el hecho que la red está constituida por partes que se integran para formar un todo, pero se le agrega el lado humano del trabajo en red, pues lo humano es relativo a lo comprensivo, lo sensible, lo familiar, lo afable, al lado humano del hombre, que a través de su accionar se propone hechos benéficos para con sus semejantes con lo cual se entiende que la red a aportado a la mismo hecho de “hacerse humano” desde la función contractual que desempeñe el actor operador, que se afirma en un sujeto, como un ser con atributos específicos, que es capaz de algo, en este caso, de servir. De este modo se comprende que por ser quien somos (pertenecientes a una red) se puede y se debe hacer algo o portarse de tal o cual manera en pro de los demás, en pro de otras vidas. Otras vidas que se aceptan no solo como materia viva, de estructura molecular, sino como sujetos integrales y complejos, donde no se pueden separar sus componentes para estudiarlo y atenderlo. Por ello se respeta y se tiene en cuenta su modo de





existencia, sus preocupaciones, costumbres y comportamientos, sus circunstancias, su entorno, sus relaciones, sus facultades, sentimientos, maneras de pensar, de representarse el mundo de la vida, los mitos, las tradiciones, la cultura, los imaginarios, la autopercepción, las representaciones sociales, los temores y seguridades, los valores, las actitudes y su subjetividad para favorecer su desarrollo integral: “la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El mundo subjetivo no es más que una puntuación dentro de las secuencias repetitivas de interacción en un contexto que le da sentido” (Peláez, Cañón, Noreña, 2007). Esta metáfora pone de manifiesto una perspectiva construccionista que da una lectura psicosocial en la que se trasciende la visión de un yo individual, reconociendo, más bien, a un individuo de relaciones, en este sentido se aborda al ser humano en términos de recursos y talentos más que de centrarse en los déficit o las patologías. Esto significa que ser el humano se entiende, igualmente como un proceso de interacción que suceden a partir de variables sociales, psicológicas y biológicas entre personas, entre estas y los grupos sociales e instituciones con unas características y accionar específicos que incide positiva o negativamente en las mismas.

En otra de las metáforas se puede evidenciar como el trabajo en red, efectivamente en sus inicios generó entre los convocados y convocadas resistencias hacia el proceso pero que finalmente se percibió su necesidad y utilidad “yo lo compararía como con un limón porque en primera instancia usted mira el limón y no le produce... es ácido pero después que usted lo prepara le hecha hielito, azúcar queda una deliciosa limonada. Al comienzo ya lo hablábamos estábamos como prevenidos pero ya cuando se empezó a endulzar con las instituciones, con la voluntad, con la disposición, con los servicios se convierte en algo agradable, algo bueno para el usuario... esta limonada estaría en un recipiente no tan pequeño, de un tamaño más o menos grande porque estaríamos todas las instituciones. Y en segundo lugar para que se conserve y se mantenga en un recipiente que sea de plástico... el recipiente con la limonada estaría en todas las instituciones que cada institución tenga un recipiente”. Y no sorprende la anterior comparación, toda vez que hay muchos ejemplos que muestran como la conformación de redes puede generar en sus inicios apatías, para ello se retoma a Auerswald citado por Najmanovich (1995) quien comenta en su “recuento de lógicas y lógicas para el trabajo en red” la siguiente experiencia: “casi desde el comienzo del cotejo de las listas de tareas presentadas por las instituciones se hizo claro que, si se apuntaba a ofrecer un servicio integral de atención, era necesario estar en condiciones de desarrollar algunas tareas importantes. Nadie, sabía cuántas





eran, y al principio nadie se atrevía siquiera a mencionarlas, por temor a que significara más trabajo para la propia institución o para otras. Cuando cambio la atmosfera, los miedos parecieron disiparse”.

Tanto la metáfora como la experiencia compartida, permiten entender que hay procesos psicosociales, como mencionan Freitas y Montero citadas por Montero (2003) y retomadas por Marcela Granada Avilés (2011), que obstaculizan o desvirtúan el proceso de las redes, y en la metáfora se pueden extraer algunas de estas como son las desconfianza, la desesperanza y la rigidez del pensamiento organizativo. Si se asume que la confianza es el deseo y la disposición para entablar y sostener una relación de intercambio recíproco con “otro” en un plano de igualdad, el que algunos miembros de la red desconfíen de la capacidad de los otros para responder adecuadamente a las demandas, sobrecarga algunos puntos de la red y debilita otros. Esto quiebra la posibilidad de intercambio y, en consecuencia, obstaculiza el proceso y el alcance de los objetivos. En cuanto a la desesperanza, esta viene aprendida de fracasos anteriores que hicieron crecer el convencimiento que no existen estrategias que permitan alcanzar los logros planteados. Y la rigidez de pensamiento organizativo se debe a que durante mucho tiempo las personas se han habituado a funcionar bajo el liderazgo de otros, naturalizándose la idea que la participación requerida es mínima pues ya hay alguien que es capaz de resolver las dificultades. Esto produce aislamiento y separación, dificultándose la generación de nuevos modos de intercambio que favorezcan la optimización de los recursos.

Pero como lo narra la metáfora, estos obstáculos fueron salvados gracias a que el mismo proceso de la conformación de la red y los primeros pasos en su movilización, se propiciaron las condiciones para que todos los actores operadores participaran de tal modo que percibieran que los logros alcanzados se debían también a sus intervenciones. Además el hecho de evitar las imposiciones y en lugar de ello promover y proteger los valores de la igualdad y la responsabilidad social dejó claro que era preciso contar con la participación de todas las instituciones convocadas. En esta metáfora, al igual que en las anteriores, vuelve y se reconoce la diversidad que se mezcla para conformar un todo, ya no en términos de fichas o células, sino en términos de ingredientes, de cosas que entran en contacto con otras en un compuesto (la bebida). Pero no en una mezcla que homogeniza sino en una combinación compleja que no podría explicarse desde el abordaje de cada uno de los ingredientes, sino que los trasciende para formar algo muy diferente, tanto en características como en propiedades. La comprensión



que se tenía del trabajo en red como algo que iba a traer más trabajo (lo ácido) cambio para dar paso a un pensamiento en red que aliviana las cargas tanto para las instituciones como para los usuarios, facultad que tiene el “limón” que a pesar de tener sabor ácido igualmente es jugoso y comestible.

Finalmente la metáfora de la cometa, cierra este análisis, una alegoría a partir de la cual se pueden extraer otro tanto de elementos que dan cuenta del impacto generado por la conformación de la Red Operativa Institucional “Redescubrir” y lo que falta por hacer: “yo lo compararía con, algo que hemos hecho en estos días con los hijos, y son las cometas. Una cometa es algo tan fácil de hacer lo importante es que vuele. Su parte básica es una estructura que va unida por algo que la mantenga firme, y luego hay que ponerle algo que cuando llegue el viento pueda levantarla: un plástico, una tela o lo que sea. Y esa cubierta debe estar pegada a la estructura para que se mantenga como una sola cosa. Necesita algo que la estabilice que son los vientos, o la cola, o algunos penachos para sostenerla... eso depende de la forma porque algunas no lo necesitan. Y desde luego la cuerda que posibilite hacerle la resistencia con el viento. Y si de verdad está hecha la cometa bien, se eleva y aun esta mejor cuando la cometa se mantiene allá pidiendo piola, entonces a medida que pida se le va dando y para poderla sostener usted no solamente le suelta sino que también le cobra para elevarla más, elevarla más y ella sigue pidiendo, sigue pidiendo y se puede ir muy lejos hasta que llega un momento en que no hay cuerda suficiente, al cuerda se revienta y se va. Y en este proceso, creo que la cometa aún está en el suelo... ya está hecha pero no está terminada, la cometa está terminada cuando uno la hecha a volar y termina pidiendo más cola, necesita más alerones o está lista para que siga su camino. Está hecha pero no está terminada... Para unir todos los elementos de la estructura de la cometa se necesita del pegante de unión de todos los elementos, puede ser la cruz o el octogonal unido a la cubierta... desde luego cuando no se hecha buen pegante, o se les cose, cuando está arriba la cometa empieza a fallar... uno ve que si la tela es estilo carpa o paracaídas esa tela no se daña ni se rasga, se mantiene en el aire. El pegante tiene que ser algo que en verdad resista el viento. Ese pegante que lleve ahí o esa costura deben ser bien establecidos, de muy buen material. En este caso, en primer lugar las personas y los que están involucrados en este momento pero solo se mantendrá unida una red en la medida en que esa misma persistencia del ahora se mantenga, se mantenga en el tiempo, seguirnos reuniendo, seguir induciendo a los otros a que asistan a esta red porque de lo contrario se nos va a olvidar y cuando nos pregunten qué

se debe hacer en cada etapa, que debe hacer la Fiscalía, o que debe hacer el médico, que debe hacer el psicólogo... se nos olvidó... Por experiencia sé que la forma más adecuada para la cometa es la de forma de cruz, esa estructura permite no solamente estabilidad sino belleza... se le puede agregar una cola larga y a los lados los alerones y la cometa se ve muy bonita porque cuando se eleva se mueve la cometa y se mueven los alerones y en la cometa se le pueden poner varios colores. En cada triángulo se le puede pegar un color diferente o dos... La cometa de la red tendría los colores de la guacamaya... Hay una manifestación clara en latinoamericana... Bolivia manifiesta en su bandera los colores de la diversidad y a nivel del occidente la diversidad de la población LGTBI ellos usan mucho estos colores pero estos colores para nosotros, para los latinoamericanos son más de los indígenas o aborígenes donde se expresa la diversidad del planeta y de las mismas personas porque ellos integran tierra, aire... bueno, todos los elementos de la Pachamama incluidos nosotros. Esos deberían ser los colores...

Al final de la cuerda estaría la red de la comunidad organizada, somos nosotros, esas comunidades que le colaboran al que tiene un problema. No es toda la sociedad, pero todos debemos estar pendientes pero sí somos nosotros los llamados de alguna manera a ser líderes.

La construcción de una cometa, no por ser un juego de niños, es la comparación que se hace con el proceso que se tuvo en la red, toda vez que en la construcción de ambas, se requiere de precisión y planeación, pero a su vez de flexibilidad que es la que permite ir añadiendo más elementos como sea necesario e ir ajustando cosas según se vayan requiriendo. En esta cometa, la red se percibe como un sistema de relaciones entre los actores operadores que se abren a otras personas y a otras instituciones entre las cuales se forman ligazones con fines de una utilidad general, como diría Morillo de Hidalgo (2000) un sistema abierto abiertos que está en constante cambio, que potencia a sus integrantes y que satisface una serie de necesidades y expectativas, todo ello gracias al reconocimiento y puesta en acción de los recursos y fortalezas que se poseen para el logro de una mejor calidad de vida de la población que se atiende.

Para construir la cometa, fue necesario que los actores operadores colocaran sus recursos internos al servicio propio y de los demás, a la vez que se enriquecieran con los ofrecidos por los otros actores operadores, siendo todos útiles para alcanzar los objetivos de la red, para lograr elevarse. A su vez, se reconoce que no todos cumplen las mismas funciones, sino que se hace necesario que cada cantidad que forma parte de la red pueda concentrarse en aquello que es su misión específica delegando en otra aquellas funciones que son parte esencial de su contenido





institucional. Es en esta medida que Morillo de Hidalgo (2000) prevé el aumento de la eficiencia y la eficacia en el logro de las metas y objetivos. Pero cada cantidad puesta al servicio necesita estar adherida a los otros servicios ofrecidos de tal modo que se dé un verdadero trabajo en red, porque de este modo, al estar unidos unos servicios con otros no quedará espacio alguno, o vacíos en los procesos de atención. La alusión del pegante, igualmente invita a realizar acciones con decisión y esfuerzo.

En la hechura de esta cometa se ejemplifican algunos de los procesos psicosociales que permiten la formación exitosas de redes y que pueden fortalecer su actividad como son la disipación del temor al compromiso, porque es posible y útil participar de diferentes maneras y a través de diferentes puntos de conexión y porque al introducir elementos de afectividad y contacto directo entre los actores operadores se facilita el entusiasmo por la tarea; la maximización de los procesos de socialización de la información (Dabas, 1993), el favorecimiento de la inclusión social, el respeto del otro y de otras maneras de pensar, así como la apertura hacia nuevas ideas y nuevas soluciones; la potenciación, fortalecimiento y aprovechamiento de recursos materiales y humanos; la mejor distribución de responsabilidades, estrategias y tareas; y la no multiplicación de esfuerzos innecesarios.

Si se imagina la cometa se tendrá que ésta es un armazón que tiene las propiedades de ser muy ligera y que puede ser elevada sirviendo como medio de diversión requiriéndose para su vuelo estable, asumir tareas y responsabilidades, distribuir el poder en todos y cada uno de los puntos de unión y perseverar en la tarea de hacerla volar. Y a cometa ya está construida pero no se ha echado a volar, esto es un mostrarse de acuerdo con la necesidad imperiosa de pasar a la acción, de traducir todo ese esfuerzo en la producción de bienes y servicios teniendo como beneficiarios a los usuarios vivencian un fenómeno de salud mental.

Como se deja saber en esta última metáfora el trabajo aún no termina, se tiene listo el armazón, se cree que se ha utilizado el pegamento suficiente, se han hecho unos primeros intentos de vuelo, pero aún hace falta entrar de lleno en el proceso de la movilización, fase que se desarrollará a partir de la publicación del instrumento en el que se han puesto las esperanzas para que se empiecen a propiciar mejoras en las capacidades de instituciones y funcionarios para hacer frente a los fenómenos de salud mental, que se agravan día a día. Y aunque no se pretende que esta sea la única solución o la solución salvadora, sí resulta ser una alternativa tentadora y bien fundamentada, además piense en algo, qué resultaría más temeroso, apostarle a una idea



novedosa o carecer de acciones estratégicas y sistemáticas para actuar. Así, la alternativa de la red le apuesta al mensaje claro y unívoco que se hizo desde la tribuna del Día Mundial de la Salud: la salud mental, demasiado tiempo descuidada, es fundamental para el bienestar general de las personas, las sociedades y los países, y exige nuevos planteamientos en todos los frentes.

Se espera entonces, que después de un trabajo juicioso, ético, riguroso y profesional enmarcado en la responsabilidad social, la Red Operativa Institucional “Redescubrir” se pueda unir a las voces de la OMS, que desde el año 2001 viene llamando la atención de la opinión pública sobre los temas de la salud mental y la necesidad de establecer estrategias claras y coherentes encaminadas a corregir el desfase que existe entre las urgentes necesidades del presente y las posibilidades reales de acción a fin de reducir la carga de los fenómenos en salud mental. La red, al centrarse en estos fenómenos sirve de iniciativa para concientizar a funcionarios, instituciones y gobierno en la necesidad de incrementar la capacidad de respuesta y mejorar la calidad y eficacia de los servicios preventivos y de tratamiento. Y que como reza el lema adoptado por el nuevo Programa Mundial de Acción en Salud Mental de la OMS, “cerremos la brecha y mejoremos la atención”. En este sentido los resultados de esta investigación intervención, como ya se anotó, modestos pero prometedores, se arriesga por concluir que es el trabajo en red la iniciativa que mejor responde al propósito de elaborar una estrategia de carácter general que sirva para mejorar la situación actual de los servicios de salud mental y que se traduce en acciones concretas.

Conclusiones

A partir de la realización de la presente investigación, se puede relacionar las siguientes conclusiones:

- A través de la técnica de revisión documental y la entrevista y a pesar de las dificultades por la no participación comprometida de algunas instituciones se logró caracterizar a 26 de las 27 instituciones participantes de la red en fichas institucionales que se consignaron en el instrumento y que facilitan la identificación de responsabilidades, competencias, recursos, servicios, normatividad y filosofía institucional, de este modo se visibiliza la injerencia específica que tiene cada una de ellas frente al tema de la salud mental. Esto también como mecanismo para evitar que se obstaculicen o estancuen los procesos de atención por desconocimiento de los mismos funcionarios.

- Se lograron identificar prácticas sociales como:

La exclusión del otro: en términos de salud mental se tiende a excluir al usuario por considerar que su condición no es una prioridad, el caso es tan complejo que sobrepasa los recursos institucionales, el actor operador no está preparado para atender a usuarios en situaciones de crisis y porque se desconocen los recursos existentes en el Municipio.

La inequidad en el acceso a oportunidades: no todos los usuarios tienen la posibilidad de aprovechar las oportunidades en servicios que ofrecen las instituciones, ya que para poderlas aprovechar lo que hace falta es tener “un padrino político” o instaurar un recurso legal que haga posible el beneficio de la oportunidad.

El autoritarismo: predomina una manera arbitraria en la aplicación de las normas. La ley se aplica para el que no tiene poder o para el que no tiene conocimiento, esto hace que el actor operador que se siente con algún poder sobre el usuario, a la hora de realizar la atención dificulte el acceso a los servicios evitando el cumplimiento de la ley o aplicándola de manera intransigente.

La minimización de los derechos del otro: hay pérdida de la capacidad de asombro e indignación por el sufrimiento del otro no siendo de interés defender sus derechos y peor aún si resulta ser un usuario recurrente entonces interesan son sus obligaciones.



La eliminación de lo emocional: en busca de una pretendida objetividad profesional el actor operador se ha alejado de sus emociones, aspecto que lo vuelve tosco y frío, cuando lo cierto es que, en materia de salud mental, las mejores decisiones se toman integrando el aspecto emocional e intelectual.

La atención enmarcada en un proceso administrativo: el proceso de atención se limita a un trámite de documentación no habiendo espacio para el desarrollo de la empatía y la escucha activa.

La no representación: las instituciones y sus funcionarios son quienes representan al usuario, es decir, quienes acopian su voz, opinión, anhelo y necesidad. Pero cuando el actor operador no se toma la tarea ni siquiera de conversar con su representado, dándole la importancia que el hecho requiere, sucede que en lugar de dar presencia se duplica la ausencia.

El desconocimiento de las capacidades personales: a los actores operadores les cuesta creer en sus capacidades dudando de las fuerzas presentes y de su creatividad, estándose más dispuestos a perder que a ganar. esta duda e incredulidad a truncado el entusiasmo de un mejor estar, de un mejor sistema, contribuyendo a que se desarrolle una falsa conciencia de lo que son y creyendo que se depende de alguien que tiene más poder para mejorar desde su propio accionar.

La sensación que la situación en salud no la cambia nadie: en una sociedad en la que se ha tejido sutilmente una estructura de relaciones centralistas y paternalistas, se espera que los cambios provengan por decisiones tomadas en los más poderosos para que el resto del sistema cambie.

Desarrollo de una cultura de la desconfianza: a partir de las prácticas sociales mencionadas se extiende un sentimiento de desconfianza, el usuario duda de la institucionalidad y las instituciones dudan a la hora de priorizar la atención en salud mental. De este modo se socavan los vínculos y se debilita la trama social.

Frente a estas prácticas, el aporte de la red operativa institucional Redescubrir, desde la acción psicosocial enmarcada en el proceso investigativo realizado se puede valorar en:

La exclusión del otro: el haber logrado que el tema de la salud mental volviera a ser tema de interés permitió que de algún modo la atención de estos fenómenos se priorizara en un mismo nivel con la salud física, gracias a que los actores operadores ahora cuentan con unas herramientas claves para desarrollar atenciones humanizadas, la prestación de primeros auxilios





psicológicos y el conocimiento de los recursos reales con que cuenta el Municipio, que aunque siguen siendo insuficientes, los que existen pueden ser utilizados en beneficio de los usuarios.

La inequidad en el acceso a oportunidades y el autoritarismo: con la visibilización de las competencias y responsabilidades de cada una de las instituciones y el marco legal que las rige se posibilita el reconocimiento en el cumplimiento sin intermediarios y se evita que la ley sea aplicada de manera intransigente ya que ésta entra a ser parte de un conocimiento interinstitucional.

La minimización de los derechos del otro y la atención enmarcada en un proceso administrativo: aunque directamente no se trabajó el tema de la defensa de los derechos, el ejercicio de los encuentros en torno a la red y la construcción colectiva del instructivo facilitó la sensibilización de los actores operadores frente a la magnitud de vulnerabilidad en la que se encuentran los usuarios que vivencian un fenómeno de salud mental lo cual conlleva a que su motivación sea el servicio humanizado y no solo el cumplimiento de tramites de documentación.

La eliminación de lo emocional y la no representación: el rescate del desarrollo emocional se dio a partir del reconocimiento de la empatía, proceso que partió de ver al ser humano desde tres dimensiones, biológico, psicológico y social y en ese sentido se comprendió el llamado a todos los actores operadores para ofrecer una atención más humanizada, respetuosa y ética frente al ejercicio de su profesión, esto como elemento importante en la prestación de un servicio de atención, es decir en la interacción actor operador –usuario, además desde el auto-cuidado que debe tener el funcionario de su propia salud mental.

El desconocimiento de las capacidades personales y la sensación que la situación en salud no la cambia nadie: desde el mismo reconocimiento de la escasez de los recursos los actores operadores se concientizan acerca de que los cambios se deben empezar a generar desde su mismo accionar potencializando atenciones humanizadas y comprendiendo el principio de la responsabilidad. Lo cual rompe el paradigma de buscar quien asume una intervención específica cuando desde cada especificidad institucional y profesional se puede brindar una atención oportuna.

Desarrollo de una cultura de la desconfianza: a partir del trabajo en red, las instituciones demuestran mayor credibilidad en los procesos que adelanta cada una de las otras instituciones, debido a que ahora no existe un desconocimiento de las responsabilidades y el aporte social que tiene cada una frente al tema de la salud mental; sentimiento que se espera se extienda al usuario,





es decir, que con la socialización del instrumento construido y de la nueva forma de operar en red los usuarios tengan una mayor credibilidad en la institucionalidad.

- A través de la técnica del grupo focal adelantado con los actores operadores se analizó la pertinencia de la red operativa institucional en el desarrollo de los procesos de atención. Análisis que arroja:

Frente a la desorganización, la red se perfiló como la mejor alternativa que encauza acciones en beneficio del trabajo intersectorial, toda vez que permitió identificar puntualmente cuáles eran las instituciones que tenían injerencia en la atención de la salud mental (con objetivos en común) para articularlas adecuada y eficazmente.

Frente al desconocimiento que existía de las funciones, competencias y capacidad de respuesta real de las instituciones la red logró visibilizar las funciones, delimitar competencias y corroborar que los recursos en la salud mental son escasos.

Ante la necesidad de humanizar los procesos de atención, la red se convirtió en el espacio propicio para compartir experiencias y conocimientos frente al estado de vulnerabilidad en que llegan los usuarios y la responsabilidad que tienen los actores operadores frente a cada caso manifiesto.

- Ante la necesidad de organizar los procesos de atención, la conformación de la red materializó la elaboración del instrumento temático metodológico el cual aportó a la estructuración y consolidación de la misma como un equipo de trabajo organizado con directrices claras de funcionamiento y operatividad que comparte unos objetivos comunes y aclara y unifica el panorama de cada intervención frente a cada fenómeno de salud mental.

- Aunque la conformación de la red y los primeros pasos en su movilización no surgió de modo espontáneo; los resultados hasta ahora obtenidos otorgan un alto valor a la necesidad de adelantar procesos de atención articulados y no a la urgencia de notificar casos, al liderazgo en todos los niveles de atención, a un compromiso con el trabajo en equipo, con el cambio, el de disponer recursos materiales y talento humano, una capacidad para desarrollar objetivos comunes interinstitucionales con variación de participantes y con una inclusión integral de los fenómenos de salud mental.

- La información que se consigna en el instrumento, propicia que los actores operadores establezcan un mismo lenguaje para operar que facilita el trabajo en red desde el proceso de la atención-acogimiento-canalización. Y un sentido de pertenencia e identidad con el trabajo en





Red, a partir de los conocimientos adquiridos que se reflejan en sus prácticas sociales de atención.

- Las rutas de atención visibilizaron las competencias de las instituciones, delimitaron funciones y aclararon el procedimiento a seguir en cada uno de los fenómenos.

- En todas las misiones, visiones y principios de las instituciones pertenecientes a la red operativa institucional Redescubrir, se exponen elementos conceptuales implícitos y explícitos que favorecen la atención de los fenómenos de salud mental, y aunque el tema no aparece referido puntualmente su visibilización permitió retomar la responsabilidad social y la necesidad de una atención humanizada coherente con el componente filosófico. Es decir, que la interiorización de dicho componente se convirtió en las guías de actuación y pautas de conductas en las prácticas sociales de atención.

- Se corrobora que muchas veces la preocupación por la dinámica interna de las instituciones no permite reconocer el accionar de las otras instituciones que comparten no solo objetivos comunes, sino también servicios y recursos. Y que aunque se reconoció que cada institución puede abordar de manera diferente los procesos de atención, el trabajo en red concientizó sobre la necesidad de abordarlos integralmente, mejorando la intervención de todos.

- Se logró que las funciones de los actores operadores se percibieran como acciones dentro de una red de relaciones facilitándose el intercambio de lo que ellos mismos y sus instituciones construyen y hacen diariamente en torno a la salud mental.

- El trabajo en red produjo nuevas formas de conexión a partir de las cuales se produjeron nuevos modos de relación entre las instituciones y entre los actores operadores, conocimientos y afectos que propiciaron nuevas posibilidades de atención, nuevos espacios de trabajo, la adquisición de responsabilidades sociales y nuevas ideas de intervención.

- Se identificaron, desde el modelo ecológico, los siguientes factores de riesgo y protectores, que interactúan de nivel en nivel, frente al trabajo en red y la eficiencia de los procesos de atención:

Factores de riesgo:

Microsistema: el desconocimiento de la razón de ser institucional.

Mesosistema: el establecimiento de relaciones interinstitucionales a manera de colaboración, apoyo y/o acompañamiento. Las relaciones interpersonales poco humanizadas con el usuario.



Exosistema: el desconocimiento o la aplicación intransigente de la norma legal.

Macrosistema: la comprensión no adecuada de la complejidad que encierran los fenómenos de salud mental.

Factores protectores:

Microsistema: contar con elementos filosóficos en las misiones, las visiones y los principios institucionales que favorecen el trabajo en red y la atención humanizada en salud mental.

Mesosistema: el reconocimiento de la necesidad y de la obligación normativa de adelantar acciones articuladas necesidad que redundan en beneficio del usuario.

Exosistema: la claridad de la normatividad frente al abordaje integral de la salud mental.

Macrosistema: la concientización que la salud mental es una cuestión de todos.

- A través de los encuentros de capacitación, sensibilización y concientización se logró potenciar en los actores operadores habilidades que favorecen la atención-acogida-canalización humanizada, el incremento de las relaciones entre las instituciones y articular sus acciones en las rutas de atención, con lo cual se evidencia que a través del trabajo en red es posible mejorar y aprovechar los recursos existentes para mejorar la calidad de vida de los usuarios.

- Se reconoció como elementos fundamentales del quehacer del psicólogo una intervención enmarcada en el compromiso social, la persistencia en los procesos adelantados, la organización y la ética.

- Se logró que el rol del psicólogo desde el ámbito social, se reconociera como profesional que facilitó y que se convirtió en intermediario para potencializar procesos psicosociales, organizar a la comunidad y con sus conocimientos adelantar procesos educativos de transformación social.

- Se vio favorecido el concepto de los estudiantes Unadistas, toda vez que el trabajo desarrollado, dejó entre ver el compromiso, la responsabilidad social y una formación académica que da respuesta a las realidades y necesidades sociales de la región y del país.

- La profesión del psicólogo se percibió como una necesidad dentro de la interdisciplinariedad en los temas de salud, justicia, protección y educación, toda vez que esta aporta y complementa a la comprensión y abordaje de un ser humano biopsicosocial.



Referencias bibliográficas

AGUILAR I, María José; ANDER-EGG, Ezequiel. (1995). Diagnóstico Social. Editorial Lumen, Buenos Aires Argentina.

AGUILAR, Wilson, BENAVIDES, Marcela, LOZANO F, Norma Rocío. (2010). Manual del Usuario Software sivigila.

ALCADIA, Municipal de Oporapa. Proyecto de salud mental, Departamento del Huila, 2007. Obtenido el 25 de julio del 2013 de http://www.oporapa-huila.gov.co/apc-aa-files/35636535363235333133333563366436/Proyecto_Salud_Mental.pdf

ALVAREZ, Beatriz E. (2010). Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar”. México.

ARISTIZABAL BOTERO, Carlos Andrés. (2008). Guía didáctica y modulo teoría y metodología de investigación. Fundación Universitaria Luis Amigo.

BECERRA MEZA, Ariel. (2005). Weinborn de la calle. Estudio descriptivo y analítico relacional de los Programas respaldados por sename, encargados de Intervenir con niños, niñas y adolescentes explotados Sexualmente en la región metropolitana, Chile.

BECOÑA, Elisardo. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Chile, obtenido el 20 de marzo de 2013 de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/bases.pdf>

Boletín de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En Washington, D.C. 11 de octubre de 2005. “Día de la salud mental”. Simposio “Salud mental y física durante toda la vida”. Obtenido en http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora21_nov05.htm

BONILLA C. Elssy. RODRIGUEZ S. Penélope. (1997). Más allá del dilema de los métodos. Grupo Editorial Norma, Uniandes, Ediciones.

BRONFENBRENNER, Urie. (1979). The Experimental Ecology of Human Development. Cambridge, Mass. Harvard University Press.

CAMPOS A. Adalberto. Estudio de salud mental, Departamento Santander Colombia. Obtenido el 22 de julio del 2013 de





<http://www.onsm.gov.co/images/stories/estudios/ESTUDIO%20DE%20SALUD%20MENTAL%20DEL%20DEPARTAMENTO%20DE%20SANTANDER%20COLOMBIA.pdf>

CARRAZANA, Valeria. El concepto de Salud Mental en Psicología Humanista Existencial. Universidad Católica Boliviana, 2002, obtenido en <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v1n1/v1n1a01.pdf>

CASTRO J. Fidel Guillermo. (2010). Módulo Intervención Psicosocial en la Comunidad. Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades, Programa de Psicología. UNAD. Bogotá.

COLLAZOS G. Hernán. (2006). Modulo técnicas de investigación. UNAD.

COLOMER, Concha. (2006). Promoción de la salud y cambio social. Ed. Masson S.A, Barcelona.

Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo número 029 de 2011 “Por el cual se sustituye el acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud”. (2011).

CONTRERAS P. Blanca. (2009). Módulo Paradigmas de la Investigación Social. Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades, Programa de Psicología. UNAD. Bogotá.

DABAS Elina; NAJMANOVICH Denise. Redes el lenguaje de los vínculos hacia la construcción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Paidós, Buenos Aires, 1995.

Definición de evento. Microsoft® Encarta® 2009. © 1993-2008 Microsoft Corporation. Tomado el 12 de marzo del 2013 de: <http://definicion.de/evento/>

DI BATTISTA, Rubén O. Centro integral de salud psicofísica. Universidad Católica de la Plata. Obtenida en http://psicologia.5u.com/salud_mental_por_ruben.htm

DIAZ LEAL, Laura A. Investigadora del Centro de Psiquiatría y Neurofisiología Clínica, A. C (CEPNEC)

DURKHEIM, Emile. (1897). El suicidio. Ediciones Akal, España.

Estadísticas Minisalud. Lecciones por causa externa .Obtenido el 23 de marzo de 2013 de <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/Documents/documento/153-155.pdf>

FUENTES P. Fernando, Frases celebres sobre la unidad y el trabajo en equipo. Obtenido en <http://www.emprendovenezuela.net/2012/02/frases-celebres-sobre-la-unidad-y-el.html>, 2011.





GAITAN Q. Bernardo José, PALACIO S. Ivarth. SANTOS H. Andrés Felipe. Departamento del Huila evaluación de los objetivos de Desarrollo del Milenio cuenta regresiva 2015. Universidad del Rosario, Huila.

GARCIA M. María del Carmen. Apoyo a la salud mental de los huilenses. Obtenido el 20 de junio del 2013 de: <http://www.atma-psicologia.com>

Garnfinkel PE, Goldblomm DS. Mental Health, getting beyond stigma and categories, Bulletin of de World Health Organization, 2000.

GRANADA AVILES, Marcela (2011). Módulo-material didáctico del curso académico Psicología Comunitaria. Facultad de ciencias sociales y humanas, Programa psicología social comunitaria. UNAD. Bogotá.

GRIJALBA, Edurne Alonso (2007). Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: validación empírica de un programa de tratamiento. Madrid.

GUALTERO REYES, Martha Lucía; ORJUELA GUERRERO, Alexandra; GONZÁLEZ LIZARAZO, Lyda Mariana y otros (agosto 2008). Equipo Investigativo del Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo. La salud mental en Colombia. Obtenido el 5 de marzo del 2013 de: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/i1_2008.pdf

GUZMAN PANIAGUA, Hernando (2012) S.O.S por la Salud mental en Colombia, obtenido el 3 de julio del 2013 de: <http://www.periodicoelpulso.com/html/1208ago/general/general-14.htm>

HOLGADO RAMOS, Daniel; MAYA JARIEGO, Isidro (2010). 1 caso práctico: el trabajo en red profesional en salud mental infanto-juvenil, Barcelona. Obtenido el 1 de agosto del 2013 de: http://evoluntas.files.wordpress.com/2010/10/caso7_trabajored.pdf

Información DANE. Tomado el 12 de enero del 2013 de: <http://www.dane.gov.co>

Información general de Batallón Magdalena. Tomado el 21 de noviembre de 2012 de: <http://www.disanejercito.mil.co/?idcategoria=3613>

Información general de Defensa Civil. Tomado el 2 de noviembre del 2012 de: <http://www.defensacivil.gov.co/>

Información general de E.S.E municipal Manuel Castro Tovar. Tomado el 15 de octubre de 2012 de: <http://esmanuelcastrotovar-pitalito.gov.co/>

Información general de EPS Asmetsalud. Tomado el 26 de noviembre de 2012 de: www.asmetsalud.org.co





Información general de EPS Caprecom. Tomado el 20 de octubre de 2012 de:
www.caprecom.gov.co/

Información general de EPS Comfamiliar. Tomado el 17 de octubre de 2012 de:
http://comfamiliarhuila.com/salud/comfamiliar_eps/

Información general de EPS Comparta. Tomado el 5 de octubre de 2012 de:
www.comparta.com.co/

Información general de EPS Coomeva. Tomado el 15 de octubre de 2012 de:
<http://eps.coomева.com.co/>

Información general de EPS Emcosalud. Tomado el 10 de octubre de 2012 de:
www.emcosalud.com

Información general de EPS IPS Cafesalud. Tomado el 24 de octubre de 2012 de:
www.cafesalud.com.co/

Información general de EPS IPS Saludcoop. Tomado el 29 de octubre de 2012 de:
www.saludcoop.coop

Información general de EPS Mallamas. Tomado el 23 de octubre de 2012 de:
www.mallamaseps.com.co/

Información general de EPS Sanitas. Tomado el 15 de noviembre de 2012 de:
www.colsanitas.com/portal/web/eps-sanitas

Información general de EPS Solsalud. Tomado el 13 de noviembre de 2012 de:
www.solsalud.com.co/

Información general de ESE Hospital San Antonio de Pitalito. Tomado el 19 de octubre del
2012 de: <http://hospitalpitalito.gov.co/v2/>

Información general de Fiscalía de infancia y adolescencia. Tomado el 13 de octubre del
2012 de:
[http://www.ramajudicial.gov.co/csj/downloads/UserFiles/File/BOYACA/INFORMACION_G
ENERAL/Sistemaderesponsabilidadpenalparaadolescentes.pdf](http://www.ramajudicial.gov.co/csj/downloads/UserFiles/File/BOYACA/INFORMACION_GENERAL/Sistemaderesponsabilidadpenalparaadolescentes.pdf)

Información general de Fiscalía General de la Nación, Tomado el 11 de noviembre de 2012
de: www.fiscalia.gov.co

Información general de Instituto Nacional de Medicina Legal. Tomado el 22 de noviembre
de 2012 de: www.medicinalegal.gov.co





Información general de Nueva EPS. Tomado el 18 de octubre del 2012 de:
www.nuevaeps.com.co/

Información general de Policía Nacional. Tomado el 20 de octubre de 2012 de:
<http://www.policia.gov.co>

Información general del Instituto Colombiano Bienestar Familiar ICBF Tomado el 16 de noviembre de 2012 de: [www.icbf.gov.c](http://www.icbf.gov.co)

Información general del Municipio de Pitalito. Tomado el 15 de octubre del 2012 de:
<http://www.pitalito-huila.gov.co>

LONDOÑO DE LA CUESTA, Juan Luis (Ministro de Salud). Resolución número 5261 de agosto 5 de 1994, por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud. (1994).

LOPEZ IBOR, Juan J. (1995). DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España. Publicado por GARCIA ALVAREZ, Roberto. Obtenido el 18 de julio del 2013 de: <http://es.scribd.com/doc/23938115/DSM-IV-en-espanol>

LÓPEZ, Ángeles. Artículo basado en el informe de la revista “The Lancet”, publicado en Madrid el 04 de agosto de 2007.

MACÍAS P. Luz Elena. (2004). Suicidio en adolescentes. Obtenido el 5 de agosto del 2013 en: <http://monografias.com/trabajos10/suiad/suiad.shtml>

Ministerio de la protección social y fundación FES Social (2005). Lineamientos de política de salud mental para Colombia. Editado por Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social / 2005. Cali.

Ministerio de la Protección Social, (octubre 2005). Guía para la planeación del componente de Salud Mental en los Planes Territoriales de Salud. Bogotá. Obtenido el 8 de junio del 2013 de: <http://www.minproteccionsocial.gov.co>

Ministerio de la Protección Social. Guías para Manejo de Urgencias 3a Edición Tomo III, Grupo Atención de Emergencias y Desastres. Convenio Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina FEPAFEM, Bogotá, D. C., Colombia (2009).

Ministerio de protección social. Ley número 1090 de 2006, septiembre 06. “Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones”. Colombia (2006).



Ministerio de Protección Social; Comisión Nacional de Reducción de Demanda de Drogas. Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas. República de Colombia, Bogotá D.C. Abril del 2007. Obtenido el 20 de marzo del 2013 de <http://www.descentralizadrogas.gov.co/portals/0/Politica%20nacional%20SPA.pdf>

MONROY GUTIÉRREZ, Einar Iván (octubre 2011), compilador. Línea de investigación. Escuela de ciencias sociales artes y humanidades, Programa de psicología. UNAD.

NAJMANOVICH, Denis. “La metamorfosis de la ciencia” (1991), “Paradojar” (1992), “la ciencia de fin de siglo” (1991), “y dónde están los hechos” (1993), “del reloj a la red. Nuevas metáforas que enseñan a ver el mundo” (1993), “Del tiempo las temporalidades” (1994).

NAJMANOVICH, Denise. (1999) Redes el Lenguaje de los Vínculos, Hacia la Reconstrucción y el Fortalecimiento de la Sociedad Civil. Paidós, Buenos Aires.

Observatorio Nacional de Salud Mental y Drogas (2011). Sistema único de indicadores sobre consumo de sustancias psicoactivas (SUISPA). Obtenido el 25 de julio del 2013 en <http://www.onsm.gov.co>

Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Obtenido el 16 de julio del 2013 en: <http://www.who.int/whr/2001/es/>

Organización Mundial de la Salud (2001). Proyecto Atlas: Cartografía de los recursos de salud mental en todo el mundo. Capítulo 1 “La salud pública al servicio de la salud mental”. Capítulo 3 “Resolver los problemas de la salud mental”.

Organización Mundial de la Salud (2010). La OMS simplifica el tratamiento de los trastornos mentales y neurológicos. Obtenido el 15 de julio del 2013 en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_health_20101007/es/

Organización Mundial de la Salud (octubre 2011). Salud mental: un estado de bienestar. Obtenido el 12 de junio del 2013 en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

PALACIO BETANCOURT, Diego. Decreto número 4747 de 2007 “Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”. Ministerio de la Protección Social. Bogotá, D.C., (2007).





PALADINES CH, Leidy Yurani; OROZCO S, Magda Lorena; ROJAS N, Pablo Andrés (2013). Instrumento Temático - Metodológico para el direccionamiento y accionar eficaz de la Red Operativa Institucional "Redescubrir". Edición No 1. Pitalito (Huila).

PAREDES, Claudia Andrea (2007). Curso de psicología social. Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades, Programa de psicología UNAD. Bogotá.

PINILLA, Alba Luz (2011). El derecho a la salud mental.

POSADA VILLA, José. La salud mental de los colombianos, en crisis. Obtenido el 15 de marzo del 2013 de: <http://m.elespectador.com/noticias/salud/articulo-234929-salud-mental-de-los-colombianos-crisis>

POSADA VILLA, José; AGUILAR GAXIOLA, Sergio A; MAGAÑA, Cristina; GOMEZ, Luis Carlos (2003). Estudio Nacional de salud mental. Colombia. Obtenido el 8 de marzo del 2013 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v33n3/v33n3a02.pdf>

PRIETO RODRIGUEZ, Adriana (1998), OMS. Temas de actualidad salud mental: situación y tendencias. Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Terapias, Facultad de Medicina. Obtenido el 20 de marzo del 2013 de http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unal.edu.co%2Findex.php%2Frevsaludpublica%2Farticle%2Fdownload%2F18462%2F19826&ei=1_lbUpiFOYGgkA&usg=AFQjCNEYh-V7P-qWmjfq-E11Kz-ZGzRTfw&bvm=bv.53899372,d.eW0

PRIMAVERA, Heloisa (1990). Introducción a la epistemología Constructivista: el pensamiento de Humberto Maturana y el Diseño Ontológico de Fernando Flores, en Cuadernos de la Facultad de Ciencias Humanas, Series Comunicaciones y Aportes, Tandil, UNICEN.

RIZO, Marta. MIDEPLAN, Chile. Recursos institucionales para la atención de población vulnerable en materias de justicia y salud mental. Obtenido el 15 de julio del 2013 de: http://www.chilesolidario.gob.cl/administrador/arc_doc/8294773894bb2740febd1c.pdf

RODRIGUEZ, Diana María (Diciembre 2009). El trabajo en red como estrategia para la implementación de los procesos comunitarios del componente de salud mental en la atención primaria en salud (APS), Bogotá D. C. Obtenido el 20 de julio del 2013 de: <http://www.minsalud.gov.co/rea%20de%20trabajo%20colaborativo/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud%20-%20APS/ESTRATEGIA%20COMUNITARIA%20SM%20EN%20APS.pdf>





S.A. (2012, 11). Una Filosofía Humanista De La Educación. Recuperado el 11 del 11 de 2012, de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Una-Filosof%C3%ADa-Humanista-De-La-Educaci%C3%B3n/6156949.html>

S.A. NUEVOS RUMBOS, Factores y señales de Riesgo. Obtenido el 27 de septiembre del 2013 en: <http://www.nuevosrumbos.org/factores-y-senales-de-riesgo/>

SANCHEZ MONJE, Aurora. Redes Sociales y Salud mental: una alternativa para la intervención, Universidad de Costa Rica.

SANTOS CALDERÓN, Juan Manuel; CÁRDENAS SANTAMARÍA, Mauricio; CORREA PALACIO, Ruth Stella y otros. Ley 1616 del 21 de enero de 2013, “Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones”. Congreso de Colombia, Bogotá D.C.

SANTOS CALDERÓN, Juan Manuel; ECHEVERRY GARZÓN, Juan Carlos; SANTA MARÍA SALAMANCA y otros. Ley 1438 De 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá, D. C.

SARACENO, Benedetto (2002). Programa mundial de acción en salud mental de la OMS. Organización Mundial de la Salud. Suiza.

SAXENA, Shekhar (2001). Atlas: recursos de salud mental en el mundo. Determinantes de la Salud Mental y Poblaciones, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud, Ginebra Suiza.

Secretaria de Salud Departamental (2008), Informe epidemiológico salud mental, Huila.

The Journal of the American Medical Association, JAMA. (2001 - 2003).

TORO DIAZ, William (2006). Módulo Planeación Estratégica. UNAD.

TORRES DE GALVIS, Yolanda. Primer estudio poblacional, Medellín (2011-2012). Obtenido el 24 de julio del 2013 de <http://www.onsm.gov.co/revista/index.php/cesonsm/article/view/12/pdf>

URIBE VÉLEZ, Álvaro; PALACIO BETANCOURT, Diego. Decreto número 3039 de 2007 “Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública” 2007-2010. Ministerio de la Protección Social. Bogotá D. C.

URREGO MENDOZA, Zulma; OROZCO Adriana; ACUÑA Stella; REYES Amalia (2002). Diseño, implementación y sistematización de una experiencia demostrativa del modelo de salud mental basado en la comunidad en la red suroccidental de Bogotá, D.C. Obtenido el 10





de marzo del 2013 de http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1140627_Informe-Dra--Zulma-Urrego-ULTIMO-MARZO-10-2003.pdf

VALENCIA, Chistian (2011). Suicidios en el Huila, obtenido el 15 de abril del 2013 en: http://www.opanoticias.com/actualidad/suicidios-en-el-huila-_10474

WAN, Deborah; FRANCIOSI, Patt; ABBOTT, Max (2012). World Federation for Mental Health, Día Mundial de la Salud Mental.

WIKIPEDIA, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, obtenido el 15 de julio del 2013 en: http://es.wikipedia.org/wiki/Manual_diagn%C3%B3stico_y_estad%C3%ADstico_de_los_trastornos_mentales

WIKIPEDIA, Suicidio, obtenido el 25 de junio del 2013 en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>



Anexos

Anexo I

Guías de actividades, salida de campo y encuentros

Anexo II

Diarios de campo

Anexo III

Pruebas pre y post sobre primeros auxilios psicológicos

Anexo IV

Registro de asistencia de visitas institucionales y entrega de invitación

Anexo V

Registro fotográfico

Anexo VI

Instrumento Temático-metodológico para el direccionamiento y accionar eficaz de la Red Operativa institucional "Redescubrir"

Anexo I

Guías de actividades, salida de campo y encuentros

Guía de actividades primera salida de campo									
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconocer las instituciones. - Obtener información sobre el componente filosófico y normativo desde donde opera la institución. - Comprender las prácticas sociales de las instituciones que evidencian la necesidad del trabajo en red. - Identificar prácticas sociales institucionales y factores que los sustentan en la atención de los fenómenos de salud mental. 									
<p>Requerimientos específicos de información:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normatividad legal en materia de salud mental. - Misión, visión, principios y demás aspectos filosóficos del quehacer institucional. - Percepción del actor operador respecto al trabajo en red y la atención de la salud mental. 									
<p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista con guía: <div style="text-align: center;"> <p>INFORMACIÓN BÁSICA DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL DE LA INSTITUCIÓN”</p> </div> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:</td></tr> <tr><td>DIRECCIÓN:</td></tr> <tr><td>TELÉFONO:</td></tr> <tr><td>GERENTE O DIRECTOR:</td></tr> <tr><td>CORREO ELECTRÓNICO:</td></tr> <tr><td>FUNCIONARIO QUE ENTREGA LA INFORMACIÓN:</td></tr> <tr><td>CARGO:</td></tr> <tr><td>REPRESENTANTE EN LA RED:</td></tr> <tr><td>TELÉFONO DE CONTACTO:</td></tr> </table>	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	GERENTE O DIRECTOR:	CORREO ELECTRÓNICO:	FUNCIONARIO QUE ENTREGA LA INFORMACIÓN:	CARGO:	REPRESENTANTE EN LA RED:	TELÉFONO DE CONTACTO:
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:									
DIRECCIÓN:									
TELÉFONO:									
GERENTE O DIRECTOR:									
CORREO ELECTRÓNICO:									
FUNCIONARIO QUE ENTREGA LA INFORMACIÓN:									
CARGO:									
REPRESENTANTE EN LA RED:									
TELÉFONO DE CONTACTO:									
<p>ASPECTOS A CONSULTAR:</p> <p>MISION: VISION: PRINCIPIOS: SERVICIOS EN SALUD MENTAL: MARCO LEGAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observación y registro en diario de campo. 									

Actividades realizadas durante la primera salida de campo
<p>Plan básico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contacto informal con el funcionario y/o profesional encargado del área de la salud mental o con funciones a fines dentro de la institución. 2. Reflexiones sobre cómo el funcionario percibió el proceso investigativo y su interés en la misma.
<p>Acciones adelantadas:</p>



- Socialización de la propuesta investigativa (¿Para qué? ¿Por qué? ¿Cómo?).
- Percepción del funcionario y/o profesional frente a la propuesta (viabilidad, necesidad, inquietudes y sugerencias).
- Desarrollo de la entrevista para indagar la información requerida: información básica de la cultura organizacional de la institución” y para conocer el quehacer de la institución frente a los fenómenos de salud mental, sus problemáticas, dificultades, requerimientos, y demás subjetividades que sustentan las prácticas como funcionarios y como institución.

Balance general:

- Se hizo un acercamiento a la caracterización de cada una de las instituciones.
- Se obtuvo un perfil general de las actividades que cada uno de ellas realizan en torno a la salud mental.
- Se encontraron datos claves para desentrañar las subjetividades en materia del trabajo en red y la atención de los fenómenos de salud mental.

Guía de actividades segunda salida de campo

Objetivos:

- Establecer las competencias institucionales en materia de salud mental.
- Establecer los niveles de atención de las instituciones (según marco legal consultado y referido por el actor operador en la primera entrevista).
- Recabar información sobre el componente filosófico y normativo desde donde opera la institución.

Requerimientos específicos de información:

- Normatividad legal en materia de salud mental.
- Misión, visión, principios y demás aspectos filosóficos del quehacer institucional.
- Percepción del actor operador respecto al trabajo en red y la atención de la salud mental.

Instrumentos:

- Entrevista estandarizada:

SALUD MENTAL																			
INSTITUCION:																			
FENOMEEO						NIVELES DE ATENCION													
		D	O	I	C	Ps	Pr	M	Tra		Ap	V	S	Pm	Pp	Pl	R	Vd	
									Dx	Rc									
VIF	MI																		
	VC																		
	AS																		
SPA																			
Su																			
OTRO																			

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (VIF).

MALTRATO INFANTIL (MI).

VIOLENCIA CONYUGAL (VC).

ABUSO SEXUAL (AS).

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA).

SUICIDIO (Su).

DETECCION (D): existencia de la demanda del usuario.

ORIENTACIÓN (O): se les informa a los usuarios sobre las posibilidades o alternativas de

solución de sus problemas y demandas.

IDENTIFICACIÓN (I): de las instituciones que aportarán y complementarán la atención psicosocial.

CANALIZACIÓN (C): remisión del caso, se transmite el caso a las instituciones correspondientes.

NIVELES DE ATENCIÓN:

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA (Ps):

- Fomento de capacidades que permitan a los usuarios identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y participar en el control social para la mejoría de las condiciones del entorno con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía.

- Acciones que impulsan la participación, sensibilización y educación a través del desarrollo de estrategias que fomentan hábitos y conductas de auto cuidado personal, familiar y/o comunitario. Estas acciones promueven el reconocimiento temprano de los problemas, bajo la idea de reducir los factores de riesgo asociados, que inciden negativamente en el bienestar de las personas, familias y comunidades.

- Procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo o informativo, individual o colectivas, intra y extramurales, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, y a modificar o suprimir aquellos que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en salud, como también a proveer y estimular y concretar la participación social en el manejo y solución de sus problemas de salud.

PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS (Pr):

- Minimización de la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño a través de estrategias operativas orientadas a garantizar el acceso de la población a servicios de salud de calidad de protección específica, detección temprana y atención integral de los eventos de interés.

- Realización de actividades o servicios tendientes a evitar la prevalencia o profundización de los factores de riesgo.

- Intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo, relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

Para sustancias psicoactivas: Dado que la meta del eje prevención es evitar/prevenir el inicio y uso indebido de sustancias psicoactivas en cualquier momento del ciclo vital es necesario operar sobre condiciones o variables contextuales, situacionales, familiares e individuales que incrementan el riesgo y la vulnerabilidad frente al inicio y mantenimiento del uso sustancias lícitas e ilícitas, en particular aquellas que son más predictoras del riesgo y aquellas que se pueden intervenir con los recursos que se tienen o que es posible potenciar.

MITIGACIÓN (M) en sustancias psicoactivas: busca reducir los efectos negativos de los riesgos, tanto antes de que se materialicen como cuando ya lo han hecho y se han convertido en “daños”. Para cumplir con las metas se necesita intervenir las condiciones que inciden en que haya transición a patrones de mayor compromiso con el consumo, la instalación de un estilo de vida o la ocurrencia de riesgos y daños producidos por patrones de uso nocivos para la salud por exceso de auto indulgencia, porque se trivializan las consecuencias o porque catalizan conductas sexuales o prácticas de uso de alto riesgo.

TRATAMIENTO (Tra): recuperación de la salud y superación de los daños ocurridos en los individuos y las poblaciones, mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico y rehabilitación, y a los programas y redes de protección social.

DIAGNOSTICO (Dx): establecimiento del grado de complejidad del problema o necesidad. El diagnóstico da respuesta a quiénes son los afectados, las soluciones que se han intentado, el deterioro que el problema ha generado en la persona o familia, el grado de cronicidad, presencia de riesgo vital asociado, existencia de otros problemas asociados, existencia de intervención previa de otra institución.

RECUPERACIÓN (Rc) o SUPERACION (sustancias psicoactivas): intervención directa sobre el problema, con el objetivo de buscar un abordaje certero y una resolución efectiva. Esto requiere de un nivel de trabajo profesional especializado y de la voluntad del afectado para involucrarse en un proceso de más largo plazo.

En la superación se busca aliviar el “choque” cuando ya se ha producido. Este eje pretende ofrecer los medios que permitan afrontar adecuadamente la situación de consumo y transitar hacia la búsqueda de una salida o “superación”. Las estrategias de superación hacen referencia al tratamiento, la rehabilitación y la inclusión social de quienes han desarrollado un trastorno por dependencia a una o varias sustancias o presentan un patrón de consumo problema en ausencia de dependencia.

ACOMPañAMIENTO PSICOSOCIAL (Ap): apoyo especializado. Esta complementariedad del trabajo, se da desde una atención multidisciplinaria que tiene por objetivo, tratar y/o contener psicológicamente a los afectados/as, debido a los problemas o conflictos emocionales que puedan generarse durante ese proceso.

VIGILANCIA (V): recolección, análisis, interpretación y divulgación sistemática de información, y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida.

SEGUIMIENTO (S): monitoreo del curso que ha tomado la atención recibida por el usuario en la institución receptora. El seguimiento busca entregar apoyo o contención, y se hace con los profesionales que atienden el caso, como con los usuarios.

PRIMEROS AUXILIOS MEDICOS (Pm): acciones de emergencia para reducir los efectos de las lesiones, estabilizar signos vitales y psicológicos del usuario.

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS (Pp): atención, información, orientación y asesoramiento para atender las situaciones de crisis.

PATROCINIO LEGAL (Pl): representación legal de demandas u otras acciones legales, ante los tribunales de justicia, por parte de un profesional abogado/a.

REPARACION (R): restauración en el usuario, de su dignidad e integridad como sujetos y de la capacidad de hacer un ejercicio efectivo de los derechos que les han sido vulnerados.

VISITA DOMICILIARIA (Vd): atención extra hospitalaria que busca una solución a los problemas de salud desde su domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos y/o auxiliares del área de la salud y la participación de su familia.

- Observación y registro en diario de campo.

Actividades realizadas durante la segunda salida de campo

Plan básico:



1. Contacto formal con el funcionario y/o profesional encargado del área de la salud mental o con funciones a fines dentro de la institución que atendió la primera entrevista.
2. Reflexiones sobre la percepción del funcionario frente a la visibilización de las competencias y normas legales que los rige.

Acciones adelantadas:

- Desarrollo de la entrevista para indagar la información requerida: la institución que cosas hace, que tareas ejecuta y para qué sirven en torno a la atención de los fenómenos de salud mental, y continuar con la exploración de subjetividades que sustentan las prácticas como funcionarios y como institución en el mismo tema.

Balance general:

- Se avanza en la recolección de información sobre las percepciones acerca de la atención de la salud mental.
- Se reúnen otras características institucionales.

Guía de actividades tercera salida de campo

Objetivos:

- Conocer actividades de promoción y prevención en materia de salud mental.
- Establecer los recursos materiales y el talento humano con que cuenta la institución.

Requerimientos específicos de información:

- Percepción del actor operador respecto al trabajo en red y la atención de la salud mental.

Instrumentos:

- Entrevista informal.

LINEA DE ACCION	PROGRAMA	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	RECURSOS

- Observación y registro en diario de campo.

Actividades realizadas durante la tercer salida de campo

Plan básico:

1. Contacto formal con el actor operador.
2. Reflexiones sobre la percepción del funcionario frente a la visibilización de las actividades de promoción y prevención en materia de salud mental.

Acciones adelantadas:

- Desarrollo de la entrevista para indagar la información requerida: recursos humanos y materiales (se incluyendo actividades, procedimientos, intervenciones, insumos, dispositivos, medicamentos y tecnologías para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) y continuar con la exploración de subjetividades que sustentan las prácticas como funcionarios y como institución frente a la salud mental.

Balance general:

- Se avanza en la recolección de información sobre las percepciones acerca de la atención de la salud mental.





- Se termina de reunir las características institucionales para realizar su caracterización final.

Guía actividades para los encuentros

Objetivos:

- Encuentro 1: socializar la situación en salud mental según diagnóstico elaborado y sensibilizar entorno al rescate de la responsabilidad social.
- Encuentro 2: capacitar en “trabajo en equipo con mentalidad de red”.
- Encuentro 3 y 4: socializar las competencias y servicios de cada una de las instituciones para visibilizar la capacidad de respuesta.
- Encuentro 5, 6, 7 y 8: socializar la propuesta de ruta de atención (flujograma) para ir la ajustado según sugerencias de los actores operadores.
- Encuentro 9: capacitar en primeros auxilios psicológicos.
- Encuentro 10: grupo focal.

Requerimientos específicos de información:

- Percepción del actor operador respecto al trabajo en red y la atención de la salud mental desde su propio accionar y desde el accionar de las demás instituciones.

Instrumentos:

- Observación y registro en diario de campo.
- Grupo focal.

Anexo II

Diarios de campo

A continuación se encuentra información que fue recolectada a través de la técnica de la entrevista, la cual como se verá a continuación fue consignada dentro de diarios de campo (instrumento) de cada una de las instituciones que fueron visitadas entre el mes de octubre y noviembre del año 2012 (Ver anexo 1 guía de actividades primera, segunda y tercera salida de campo).

Diarios de campo de visitas

PARTICIPANTES: Pablo Andrés Rojas.
INSTITUCIÓN: Defensa Civil
LOGROS/RESULTADOS
<p>El funcionario que tiene dentro de sus funciones la competencia de la salud mental en la Defensa Civil es el jefe de talento humano, voluntario Cristian Alexander Torres.</p> <p>- Este funcionario se muestra amable y ante la socialización de la propuesta interventiva ve la necesidad de la misma, pues comenta que desde esta institución muchas veces se quedan cortos frente a las problemáticas de la población, considera que esto se debe al desconociendo de las rutas de atención y canalización.</p> <p>De la misma forma en lo referente a los servicios que prestan expresa que “ellos si prestan servicios de atención frente a algunas situaciones especiales de salud mental”.</p>



- Frente a las preguntas de tipo cultural y organizacional de la institución, el funcionario facilito, en medio magnético, la información que se imparte a los voluntarios en el curso de inducción (información de la Defensa Civil Colombiana de la Escuela Internacional “Carlos Lleras Restrepo”).

- Dentro de lo “lenguajeado” por el funcionario durante la entrevista se encontró:

“la salud mental se trabaja desde el servicio humanitario”, “las problemáticas que se atienden tienen que ver con la drogadicción y la prostitución”.

“aquí hacemos campañas preventivas, campañas de mitigación, además de la identificación de casos y su canalización... en esta canalización es donde nos quedamos cortos, porque no sabemos quiénes deben atender a las personas que identificamos como consumidoras de drogas, o menores en la prostitución”.

“la identificación es externa e interna. La externa se hace porque la comunidad nos informa de los casos (ya sea por vía telefónica, acercándose a las oficinas o informando a los voluntarios cuando estos hacen trabajos comunitarios) o porque los mismos voluntarios saben de ellos. Y la interna cuando identificamos casos aquí mismo entre nuestros voluntarios”.

“hay un programa llamado Clubes que está en procesos de implementación”

“Frente a los casos de violencia familiar, intoxicados por drogas e intentos de suicidio, realizamos atención primaria prestando los primeros auxilios”, “los servicios que se prestan son gratuitos y para toda la comunidad de Pitalito”.

Entre la información recolectada se encuentra:

Población específica: pobres y quienes han sufrido una crisis humanitaria. Los que sufren, los que lloran, los que han perdido su techo, su pan, sus seres queridos por los incendios, por las inundaciones, por los terremotos, por los accidentes. A los pobres y marginados, los desplazados, las madres cabeza de familia, a los abandonados que buscan a diario y con penuria la manera de vivir.

A quienes están dirigidos los programas de acción social: niños, adolescentes, persona mayor, discapacitados, ETS, embarazo y aborto precoz, madres cabeza de hogar, violencia, privación de la libertad, víctimas del conflicto armado, desplazados, desarraigados, pobreza, indigencia, damnificados, lesionados.

- El funcionario se comprometió a ser el actor/operador representante de la Defensa Civil en la Red.

PARTICIPANTES: Magda Lorena Orozco Suárez
INSTITUCIÓN: I.C.B.F
LOGROS/RESULTADOS
- La funcionaria que recibe la visita es la Coordinadora zonal, doctora Alba Luz Erazo.



- La coordinadora recibe la exposición de la propuesta y aunque muestra cierta incertidumbre con la misma, la recibe manifestando que es un intento de organización viable pero que debería estar dentro del Consejo de política social.

Manifestó que la red como propuesta sería una mesa técnica para el consejo y que por lo tanto deberíamos asistir a uno de ellos para darnos por enterados. Igualmente menciona que es necesario que todas las instituciones hablen el mismo lenguaje para que no perjudiquen al usuario.

- Frente a las preguntas de tipo cultural y organizacional de la institución, la funcionaria manifiesta que el I.C.B.F es una institución comprometida con el medio ambiente y por ello manejan en lo mínimo papelería, que si deseamos conocer la institución podíamos ingresar a la página web www.icbf.gov.co.

- Dentro de lo “lenguajeado” por el funcionario durante la entrevista se encontró: Amabilidad pero no interés relevante, la funcionaria manifestó que es muy importante lograr un trabajo conjunto y sobre todo en temas de salud mental.

“El ICBF dentro del marco de calidad de la institución tiene una estrategia permanente de innovación y cambio.

“Es necesario la corresponsabilidad entre las instituciones”

“Dentro de la atención a las familias se da asesoría y asistencia orientada a activar las redes”

“El ICBF activa los servicios de EPS, salud, etc.”

“el ICBF Restablece derechos, garantiza derechos”

“No todos los casos de salud mental deben venir al ICBF”

“Cuando hay niños con consumo, se hace un trabajo con entidades”

En cuanto a normatividad “el ICBF se rige por la ley 1098” .

Cuando de talento humano se trata señala Sonia Mosquera en otra entrevista realizada:

Existen 5 profesionales:

1 Técnico: es el responsable de todo el canal escrito, virtual, telefónico, etc.

2. Trabajadora social: hace todo lo de constatación de vulnerabilidad de derechos solo inicial. No toma decisiones, direcciona los casos y quien puede tomar la decisión es el defensor de familia de protección. Llena una ficha de siviliga, hace un informe, sube su informe y lo direcciona a la defensora de familia.

2 Profesionales de tiempo completo.

Trabajadora social

Psicóloga (gestora de datos) da información-orientación y direcciona en sistema.

1 Psicóloga: ½ tiempo como gestora de datos y ½ tiempo de perfil de supervisora. La supervisora hace definir qué informes mensuales de todo ingreso de peticiones y estar pendientes de indicadores en término de ley.

Su función es supervisar y verificar que se dé respuesta a cada petición que ingresa al centro zonal. Mandar recordatorios por correo electrónico, si se vencen según la ley hacer acciones de mejora. No es asesoría clínica.

Dentro de lo “lenguajeado” por Mosquera se encuentra:

“Si se hace seguimiento, se abre un PARD, se hace un proceso administrativo de restablecimiento de derechos, esto lo hace el O2”

“Hay más demanda de usuario y menos profesionales, hay sobrecarga laboral”
 “Muchas veces la falta de propiedad por un servidor público se generaliza”
 “el ICBF no tiene nada que ver con adultos”
 “Cada equipo tiene 3 profesionales”.
 “En los servicios se hace acompañamiento psicosocial y las actividades se celebran a través de los operadores y HCB05 FAMI”.
 “Aquí se hacen remisiones y se explicitan las acciones a través del seguimiento”.
 “Es difícil articular con salud, son temas inmediatos y observados, que quedamos cortos” en caso del tema administrativo.
 “Las EPS deben ceñirse y cumplir con sus funciones de psicología de los abusados”.
 “Con comisaria de familia nos hemos articulado solo para ver si en el caso de violencia conyugal se han atendido, se hace seguimiento en este caso”.
 “Nuestro deber es activar las redes de servicios, Registraduría, educación, salud, etc.”.

“En intentos de suicidio: Se direcciona a la defensora de familia y se envía a la E.S.E Municipal Manuel Castro Tovar, I.C.B.F solo hace constatación del caso y se remite a salud, ahora saber si ¿salud le ofreció la parte terapéutica al menor? y no se hace acompañamiento familiar”.

- Luego de dar cumplimiento a los objetivos, la funcionaria menciona que ella revisa con el equipo y luego informa quien será el actor/operador representante del ICBF en la red.

PARTICIPANTES: Pablo Andrés Rojas.
INSTITUCIÓN: Fiscalía de infancia y adolescencia
LOGROS/RESULTADOS
<p>- Las funcionarias que tiene dentro de sus funciones la competencia de la salud mental en la Fiscalía son la fiscal de infancia Sandra Milena Claros Ardila y la psicóloga Marleny Benavidez, quienes son funcionarias de la Unidad de Fiscalía 30 responsabilidad para adolescentes.</p> <p>Las funcionarias se muestran amables y ante la socialización de la propuesta de red ven la necesidad de la misma, pues comentan que los casos que ahí se atienden son tan complejos que se requieren un trabajo interdisciplinar, además que son de atención inmediata.</p> <p>- Frente a las preguntas de tipo cultural y organizacional de la institución, la fiscal facilito información encontrada en el Código Penal Colombiano, donde se reglamenta el funcionamiento institucional. A demás proporciono otro documento de donde se extrajo la visión, la misión, política de calidad y objetivos de calidad.</p> <p>- Dentro de lo “lenguajeado” por las funcionarias durante la entrevista se encontró:</p> <p>“La fiscalía es un ente acusador... que adelanta procesos judiciales” “La problemática en salud mental es grande”</p>

“Aquí nosotras atendemos todos los casos que llegan... así no nos competan se le brinda atención a todo el mundo... se le orienta en los procesos a seguir... se les pone en contacto con otras instituciones, como la comisaria y la policía, con quienes trabajamos articulados”

“Aunque a la institución solo le interese lo judicial, las audiencias, las sentencias... nosotras brindamos orientación psicológica y acompañamiento a los casos... y es que la gente viene muy necesitada... por lo menos de alguien que lo escuche... pero las instituciones lo que hacen es victimizarlos, los remiten a otras instituciones sin encontrar solución o atención... aquí llegan personas que han pasado hasta por tres instituciones y nadie ha hecho nada por ellos... aquí por lo menos se les atiende con amabilidad y se les presta los servicios psicológicos”.

“Y es que hay instituciones que no tienen voluntad ni vocación... me refiero a los funcionarios... y es que en estos casos hay que tener tacto... que porque es un campesino no se le atiende bien, no se le agilizan los procesos... a mi me ha pasado que me toca presentar mi carnet como fiscal y entonces dicen hay si hay que atender ya a la doctora... y entonces ¿qué pasa con la gente del común?... otras veces, cuando hacemos acompañamiento a los casos me toca hablar directamente con los directores de las instituciones porque los otros funcionarios no agilizan los procesos... y entonces ahí se atienden y agilizan los procesos”

“Nuestra competencia es con la infancia y la adolescencia... es decir, los casos para judicializar niños y adolescentes que han cometido delitos... pero aquí llega de todo y todo se atiende... yo no soy psicóloga (dice la fiscal) pero yo oriento a la gente desde un servicio más espiritual”.

“Lo que aquí no se judicializa se orienta a otras instituciones y en algunos casos se realizan conciliaciones”.

“En los casos de abuso sexual, se judicializan los casos cuando el implicado o abusador es un menor de edad... en los casos diferentes se hace acompañamiento o remisión ya sea la URI, al ICBF o a Medicina Legal”

“Dentro de la atención que hacemos pues se hace promoción y prevención... pero es básicamente atención... la prevención la hacemos a través de la Policía de Infancia y Adolescencia”.

“Otro servicio que se presta, por vocación porque no es nuestra obligación, son charlas preventivas... a cualquier comunidad o institución que solicite este servicio... pues yo lo presto”

“Hacemos acompañamiento a los frentes de seguridad organizados por la policía”.

“Todos los servicios que aquí se prestan son gratis”.

“Hay un programa a nivel de la fiscalía que opera desde el CTI Neiva, pero que si se requiere se puede pedir para Pitalito, y se llama “Futuro Colombia” la coordinadora es Claudia Andrea Mora y los teléfonos son 320 499 34 81 y 872 37 71... si quieren la pueden llamar y pedirle la información acerca del programa”.

“Considero que los medios de comunicación ejercen un control social”, por lo tanto creen que deberían ser invitados a los encuentros.

Población específica: menores infractores.
 - Al finalizar las entrevistas las funcionarias se comprometen a ser las actoras/operadoras representantes de la Fiscalía en la Red.

PARTICIPANTE: Pablo Andrés Rojas.

INSTITUCIÓN: Cuerpo de Bomberos Voluntarios de Pitalito

LOGROS/RESULTADOS

El funcionario que se buscó como primer contacto fue al subteniente Labrador, pues según la doctora Yuliana, él era la persona que en reuniones anteriores en la E.S.E. había asistido como representante de esta institución.

Al este subteniente se le socializo la propuesta y ante la necesidad de indagar la información requerida, me puso en contacto con el teniente Faiver Cruz Correa.

- El teniente se mostró amable y ante la socialización de la propuesta de red en el tema de salud mental, refiere que su institución no tiene competencia en esos eventos, que no realizan atención, por eso considera que no es necesaria su vinculación en la Red.

- Al seguir indagando por los servicios que se prestan desde la institución, el teniente refirió lo siguiente:

“prestamos servicio de ambulancia extrahospitalaria, es decir, cuando hay accidentes de tránsito... aunque este servicio no debería prestarse desde Bomberos, sino que es responsabilidad del hospital y del INTRA, la secretaría de salud municipal pues nos puso esa tarea... pero no debería ser así... desde la Red debería aclararse ese asunto... y que ustedes nos ayuden a que la secretaria entienda eso... cuando hay accidentes somos nosotros los primeros en prestar la atención pre hospitalaria”.

- Al profundizar en el fenómeno del intento de suicidio el teniente comenta:

“cuando hay casos de intento de suicidio, y la persona se encuentra en una parte alta, es decir, que intenta tirarse de un tercer piso, de un árbol, o de una torre... somos los Bomberos quienes atendemos estos casos en primera medida... pues estas situaciones se convierten en trabajos de altura... y son los Bomberos los encargados y quienes están capacitados para hacer esos trabajos”.

Frente a esta respuesta se le hace entender al Teniente que entonces la institución si hace atención en salud mental, pues esos casos son ellos los que atienden en primera medida al usuario. Y que por lo tanto si deben hacer parte de la Red.

- Ahora bien, cuando el Teniente refirió el servicio de ambulancia para los accidentes de tránsito se le indaga que si hay casos en que los accidentados se encuentran en estado de embriaguez, ante lo cual el afirma que sí y además menciona “nosotros prestamos primeros auxilios médicos a las personas accidentadas por consumo de sustancias”

Entonces de nuevo se le hace saber que ellos hacen atención a personas intoxicadas por consumo de sustancias psicoactivas, lo que de nuevo los vincula a la Red. El manifiesta



“Si... entonces si debemos estar en la Red”, concluye el Teniente. “A demás nosotros también hacemos identificación de casos de salud mental y los reportamos”.

- Cuando se le pide la información institucional, dice que lo mejor es que consulte la Ley 1575 del 21 de agosto de 2012 donde se estipula el reglamento para los Bomberos en Colombia.

- El funcionario se comprometió a designar a uno de sus voluntarios como representante de los Bomberos en la Red.

PARTICIPANTES: Magda Lorena Orozco Suárez

INSTITUCIÓN: Secretaria de Educación

LOGROS/RESULTADOS

La funcionaria que atendió la solicitud de visita en la secretaria de Educación fue la psicóloga Estrella Morales Grillo.

La psicóloga se mostró desde un inicio muy interesada por la visita, y ante la socialización de la propuesta manifestó su preocupación por el incremento de eventos de salud mental en el Municipio. Manifiesta que “es muy necesaria e importante la articulación de las instituciones y el poder ofrecer un servicio de calidad a los usuarios.

- Frente a las preguntas de tipo cultural y organizacional de la institución, la funcionaria facilito, medio magnético.

- Dentro de lo “lenguajeado” por la funcionaria durante la entrevista se encontró:
 “El Ministerio de Educación ha permitido el nombramiento de docentes con función orientadora (psicólogos) nombrados para la función de responsables de la salud mental en la comunidad educativa”

“De las quince (15) instituciones existentes en el municipio, solo ocho (8) cuentan con este docente”.

“En las instituciones hay proyectos que se desarrollan con el fin de abordar la salud mental y son los proyectos transversales; estos son: educación sexual y construcción de ciudadanía”

“En 1993 salió una resolución la 3353 del 02 de julio, sobre el proyecto de educación sexual, la cual incluye temas de consumo de sustancias psicoactivas”

“Para los proyectos de estilos de vida saludable hay directrices a nivel departamental”

“Hay un decreto que reglamenta las funciones del docente con función orientadora”

“En las instituciones no hay claridad en la ruta para la problemática de salud mental”

“no se evidencia una articulación entre los psicólogos que ejercen como docentes con función orientadora”

“La secretaria de educación no adelanta programas de prevención en salud mental”

Luego de dar cumplimiento a los objetivos de las visitas institucionales la funcionaria se comprometió a ser el actor/operador representante de la Secretaria de Educación en la red.

PARTICIPANTES: Pablo Andrés Rojas.

INSTITUCIÓN: E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito





LOGROS/RESULTADOS

La funcionaria que tiene dentro de sus funciones la competencia de la salud mental en el Hospital es la psicóloga Andrea Jaramillo. La funcionaria se muestra amable y ante la socialización de la propuesta de red ve la necesidad de la misma, pero sobre todo en lo referente a la identificación de casos.

- Frente a las preguntas de tipo cultural y organizacional de la institución, la funcionaria manifiesta no conocer políticas ni reglamentos.

- Toda la información que se recolecta es de tipo verbal, durante la entrevista también participa la trabajadora social Piedad Pertuz. Dentro de lo “lenguajeado” por las funcionarias se encontró:

“En los casos de violencia intrafamiliar, los profesionales de la medicina no hacen identificación de casos... su atención no está articulada con el servicio de orientación vocacional... el medico solo aborda la condición físico médica”

“Lo mismo pasa con los casos de consumo de sustancias psicoactivas... el médico no notifica... los médicos desconocen el protocolo... ante un caso de accidente de tránsito donde el implicado iba embriagado... al médico solo le interesa atender la parte física: los golpes, las heridas, las contusiones... pero en las historias clínicas no reportan el estado de alteración por causa del consumo de alcohol... y no lo hacen porque seguramente les da pereza llenar la ficha de notificación... o porque no ven importante la salud mental... y si ellos no notifican pues nosotras no podemos atender... además el hecho de llenar la ficha significa más trabajo para el funcionario”

“Desde el trabajo social se trabaja en torno al núcleo familiar...hay un trabajo social en urgencias y otro en hospitalización”, “trabajo social si hace visita domiciliaria”.

“No hay consultorio para atender a los usuarios... el trabajo se hace inclusive en la cama del paciente... delante de todo el mundo”

“En el servicio se evalúa el estado mental (conciencia, entendimiento, conducta, personalidad, el aspecto familiar, las facultades mentales)”

“El servicio es más familiar que de pareja”

“Se hace consulta externa cada mes o cada dos meses”

“Se hace seguimiento”

“Solo se hace atención, no se hace ni prevención ni promoción... somos nivel 2 y para eso ya está la E.S.E. Manuel Castro Tovar”

“En los casos de intentos de suicidio los usuarios como que no entienden la magnitud del asunto... se les atiende y se les programan nuevas citas pero no vuelven... como al paciente lo dan de alta desde la parte medica ellos creen que ya todo está solucionado”.

“En los casos de menores detectados con problemas de violencia intrafamiliar son remitidos al programa IAMI... con ellos desde psicología se trabaja resiliencia y factores protectores... desde el trabajo social se trabaja contexto, familia y causas... la valoración y el concepto diagnostico se pasa a IAMI y ellos avisan a Comisaría de Familia o ICBF... y ellos se apersonan del caso”



“Si el caso no es de reportar se le da al usuario una orientación sobre las otras instituciones donde puede encontrar protección o donde puede denunciar el caso”

“Casi no los remitimos a la policía porque como que la gente no cree en la policía”

“La atención se hace solo por remisión medica... pero a veces se hace sin este requisito”

“Los funcionarios que no conocen de la salud mental... o de su importancia... y que son los encargados de autorizar... no envían a atención psicológica”

“No hay protocolos para la atención psicológica”

“El servicio de psicología es nuevo en el Hospital... el rol del psicólogo no aparece dentro de la planta de personal...no hay pruebas ni baterías para aplicar”, “el programa de psicología lleva 3 años, desde el 2010”.

“Se atiende a las personas que tienen EPS”

“Se cobra dependiendo el nivel de los subsidiados”

“Yo hice una investigación (dice la trabajadora social) sobre el consumo de sustancias psicoactivas tomando como información los casos detectados desde aquí... fue una buena investigación, yo la socialice y todo pero no se hizo nada... espero que esta idea de Red si sea efectiva... porque en otros años se ha hecho el mismo intento y no pasan de ser reuniones donde cada uno socializa lo que hace y no más... no pasa nada... no se mejoran las cosas”

“La información sobre el marco legal, funciones y demás, si le toca con el subgerente técnico científico”

- En otra de las entrevistas realizadas se logró conocer los servicios de trabajos social y psicología más específicamente:

Servicios desde el trabajo social:

Familiar: orientación y sensibilización, para facilitar tramites en atención y servicios.

Trabajo social en urgencias.

Servicio social en hospitalización: atención humanitario con suministro de ropa, útiles de aseo, alojamiento (como en el Shadai para pacientes que salen de hospitalización pero deben continuar un tratamiento y no tienen donde hospedarse, este servicio es a modo de hogar de paso), transporte. Se hace valoración por consulta externa si el medico lo remite, pero también se hace atención si necesidad de remisión médica. Los procesos interventivos de tratamiento se aplican solo a los pacientes que se encuentran en hospitalización por varios días.

Visitas domiciliarias: solo en caso de pacientes abandonados.

Intervenciones para consumidores de alcohol y otras sustancias, se trabaja en coordinación con alcohólicos anónimos.

Servicios desde la psicología:

Familiar

Evaluación del estado mental.

Consulta externa.

Seguimiento.

Sesiones de 2 a 3.

Atención en psicología.

Se hace orientación de los casos

Atención y apoyo estrategia IAMI: complicaciones conductuales que no favorezcan la lactancia materna, patologías comportamentales que afecten el bienestar materno y neonato, negligencia materna; intervención en crisis (muerte perinatal o recién nacido, pacientes cuyo diagnóstico, tratamiento o pronóstico pueda generar alteraciones a nivel comportamental; muerte accidental).

Que no hace: prevención y promoción.

Otras de las aclaraciones que agrega la trabajadora social son:

- “No hay protocolo de los eventos de salud mental”
- “Trabajo social no hace consulta externa, pero si hace visita domiciliaria”
- “Se realiza psicoeducación”.
- “La ficha epidemiológica la llenan los médicos”.
- “Manual de funciones no hay”.
- “Falta demasiada sensibilización frente a los fenómenos de salud mental”.
- “Hay 11 abogados victimarios y 1 solo abogado para la víctima”
- “La ley es inoperante”
- “Los médicos casi no solicitan asistencia de trabajo social”

Luego de dar cumplimiento a los objetivos, las funcionarias se comprometen a ser las actoras/operadoras representante del Hospital en la Red.

PARTICIPANTES: Magda Lorena Orozco Suárez
INSTITUCIÓN: Secretaria de Salud
LOGROS/RESULTADOS
<p>El funcionario que manifestó tener dentro de sus funciones la competencia de la salud mental en la Secretaria de Salud es el Profesional James López Ruiz.</p> <p>Este funcionario se muestra muy amable y ante la socialización de la propuesta de red manifiesta la urgencia que desde la secretaria de salud se tiene, desde su experiencia y desde la realidad de la vida cotidiana señala que “es hora de trabajar en red”.</p> <p>- Frente a las preguntas de tipo cultural y organizacional de la institución, el funcionario facilito, la misión y visión de la administración Municipal, menciona que la Secretaria de Salud como dependencia no tiene este tipo de organización.</p> <p>- Dentro de lo “lenguajeado” por el funcionario durante la entrevista se encontró: “La Secretaria de Salud se estructura con base a la resolución 0425 del 2008” “La secretaria se organiza en seis ejes programáticos. 1 eje de aseguramiento; 2 eje de prestación y desarrollo de servicios de salud; 3 salud pública que es el eje más grande y contiene: vigilancia epidemiológica, siviigila, estadísticas vitales, salud ocupacional, 4 promoción social, 5 prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales, 6 Emergencias y desastres (Gestión del riesgo).” “Cada eje programático tiene un manual de funciones y generalmente esta a cargo de un profesional”. “La salud pública tiene o desarrolla 10 proyectos” “Ahora las ARS se llaman EPS subsidiadas”.</p>

“Por razones que parecieran ser políticas no hay profesionales en salud ocupacional”
 “No hay capacidad de respuesta institucional en eventos de salud mental en ninguna institución”

Luego de dar cumplimiento a los objetivos, el funcionario se comprometió a ser el actor/operador representante de la Secretaria de salud en la Red.

PARTICIPANTES: Pablo Andrés Rojas.

INSTITUCIÓN: Comisaría de Familia

LOGROS/RESULTADOS

Las funcionarias con competencias de la salud mental en la Comisaría de Familia son la comisaria Amparo Trujillo y la psicóloga Aura Leonor Pérez

Las funcionarias se muestran amables y ante la socialización de la propuesta de red ven la necesidad de la misma, sobre todo la comisaria quien pone al tanto situaciones que ejemplifican la necesidad del trabajo en Red, y la necesidad que las instituciones se reconozcan entre sí, para hacer visible sus funciones y competencias.

- Frente a las preguntas de tipo cultural y organizacional de la institución, la comisaria designa a la psicóloga para esta tarea. Sin embargo ella manifiesta de manera muy general algunas de sus competencias en salud mental. Ella refiere que “Misión, visión, no hay”.

- Dentro de lo “lenguajeado” por la funcionaria durante la entrevista se encontró:
 “Aquí nuestra función es la restitución de los derechos de niños, niñas y adolescentes, recepción de casos de violencia intrafamiliar... y en general se atiende a toda la población”
 “Los casos se reciben de todas las formas... porque el usuario viene o porque es remitido por otras instituciones”.

“Se brinda servicio de asesoría psicológica”

“Otras acciones tiene que ver con la erradicación del trabajo infantil, la celebración del día de la familia, del mes del niño y la niña, apoyo a la mujer maltratada, programa Haz Paz, capacitaciones a estudiantes y a padres e familia”

“Mire la necesidad del trabajo en Red... aquí me llevo un caso, hace poco, de una señora víctima de violencia conyugal, ante la gravedad de la situación yo puse en contacto a usuario con la EPS a la cual pertenecía la usuaria, porque según la Ley 1257 a la mujer víctima de violencia se le debe garantizar la habitación y alimentación a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud... es decir que la señora al no poder volver a su casa de habitación por temor a ser agredida nuevamente tiene el derecho de recibir protección por parte de la E.P.S. hasta cuando se garantice la seguridad, desde la vía legal, médica y psicológica... pero la usuaria al solicitar tales servicios a su E.P.S. esta le dice que ellos no tiene esa responsabilidad y me devuelven a la mujer otra vez a la comisaria... entonces que saco yo con conocer la ley si los que tienen que hacerla efectiva la desconocen”

- En cuanto a los servicios específicos en salud mental se mencionan:



“Recepción y atención de casos de violencia intrafamiliar: violencia conyugal y violencia entre pares... maltrato infantil no está dentro de nuestras competencias... el abuso sexual se canaliza a fiscalía”

“A los casos de nuestra competencia se les hace una amonestación, se fija una resolución y se hace terapia solo para pareja... hasta 3 asesorías... es un trabajo de apoyo”

“Se hace rehabilitación basado en comunidad... es decir que se conforma un grupo de parejas y con ellas se trabaja a manera de grupo de apoyo”

“Se brinda servicio de asesoría psicológica: no se hace terapia clínica porque el perfil profesional es social”

“A los casos se les hace seguimiento”

“Cuando se identifican casos de ideación suicida, entre los usuarios que acuden a la comisaria a exponer sus casos, estos se remiten a la E.S.E. al programa de salud mental o a la secretaria de salud... lo mismo pasa con el consumo de sustancias psicoactivas... pero solo se canalizan si los usuarios mencionan las problemáticas”

“Se hace promoción, prevención y atención-orientación... asesoría psicológica y jurídica”

“Se hace control de ingreso a adolescentes en establecimientos de venta y consumo de sustancias psicoactivas... decreto 081 de 2012”

“Maltrato infantil no se maneja, le corresponde al ICBF”.

“Los servicios que se prestan son gratuitos y para toda la comunidad de Pitalito”.

Población específica: comunidad en general.

Luego de dar cumplimiento a los objetivos propuestos, la funcionaria se comprometió a ser el actor/operador representante de la comisaria de familia en la Red.

PARTICIPANTES: Magda Lorena Orozco

INSTITUCIÓN: PERSONERÍA

LOGROS/RESULTADOS

Se comunica a la funcionaria el motivo de la visita, ella nos comunica con el personero municipal doctor Teodosio Carvajal.

- En cuanto a personal se refiere que “en el Municipio de Pitalito, la personería solo cuenta con el Personero y una secretaria”, “en el momento hay dos funcionarios que están por seis meses y los coloca la alcaldía, para recibir declaraciones de desplazados”.

- Entre los servicios referenciados se encuentra:

“Existe en el Municipio de Pitalito el CRA ANTIGUA UAO Unidad De atención y orientación a desplazados”.

“En los casos de abuso sexual, se recibe la queja se manda a medicina legal y a la fiscalía”.

“Mi función tiene que ver con los derechos humanos”

“Atiendo a todos los ciudadanos respecto a las quejas relacionadas con la vulneración de los derechos y la atención integral de las víctimas de violencia”



“Recibo la queja y hago el trámite a la institución que corresponde, recibo denuncias de toda clase”.

“No contamos con apoyo psicosocial”

“No conozco el centro de escucha y los del PIC deberían de enviarme un informe sobre lo que hacen pero no lo hacen”.

El funcionario se muestra muy interesado y disponible para cualquier acción que se pueda llevar a cabo para favorecer el trabajo en red.

Luego de dar cumplimiento a los objetivos se establece que el mismo personero será quien asista a los encuentros de la red.

PARTICIPANTES: Magda Lorena Orozco

INSTITUCIÓN: Policía de infancia y adolescencia

LOGROS/RESULTADOS

Se comunica al funcionario Octavio Riveros el motivo de la visita y es el quien suministra la información solicitada.

- El funcionario reflexiona “las instituciones si conocen, no ejecutan por negligencia, falta de estructura y talento humano”, “no se ha hecho un diagnóstico para georeferenciar”, “existe un formato del plan de trabajo pero no se diligencia, somos muy susceptibles a cambios”.

- En lo referente a la articulación “en ocasiones nos apoyamos con el I.C.B.F”, también “Se realiza control operativo con comisaria de familia y E.S.E para niños y jóvenes en sitios de expendio de alcohol”.

- En cuanto a las acciones de promoción y prevención refiere:

“Se dictan capacitaciones a nivel comunitario”

“Se realizan campañas preventivas de consumo de sustancias psicoactivas”.

“Existe un programa llamado abre tus ojos”. Manejan 32 temáticas de prevención.

“Manejamos cine en el barrio para la ocupación del tiempo libre y prevención de suicidios”.

“Manejamos un grupo de niños del barrio porvenir y popular”.

“En los colegios se hacen actividades para la prevención del suicidio, del consumo de sustancias psicoactivas y de la actividad delictiva”.

“Convocamos la comunidad para capacitar”.

“Los servicios se prestan, desde la solicitud de la comunidad”.

Dentro de lo “lenguajeado” por el funcionario en cuanto al servicio se encontró:

“La policía hace atención inmediata de casos”.

“Se prestan servicios judiciales y comunitarios”

“Hacemos redireccionamiento a las entidades de atención”.

“No se hace seguimiento”. La ley no exige que la policía haga seguimiento, por lo tanto no lo hacen.

“No tenemos autoridad para asignar cupos, para los niños que han sido vulnerados sus derechos”.

Población específica: comunidad en general.

Luego de dar cumplimiento a los objetivos se acuerda que se determinara la persona que pueda asistir a los encuentros.

PARTICIPANTES: Magda Lorena Orozco

INSTITUCIÓN: Medicina legal

LOGROS/RESULTADOS

Se comunica al doctor Jorge Luis Chavarro médico forense el motivo de la visita y es el quien suministra la información solicitada.

- En cuanto a normatividad se encuentra:

“Según lo establecido por la Ley 938 de diciembre de 2004, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses tiene entre sus funciones básicas, la de definir los reglamentos técnicos que deben cumplir los distintos organismos y personas que realicen funciones periciales asociadas con medicina legal y ciencias forenses, y ejercer el control sobre su desarrollo y cumplimiento”.

- En cuanto a su forma de operar expresa:

“En lo clínico son todos los reconocimientos medico legales: informes técnicos medico legales, esto es con los vivos, se hacen informes de lesiones personales, sexológicos, estados de embriaguez, estados de salud, examen ginecobstetricos, dictamen de edad”.

“Cuando se sospecha que hay tortura se hace uso del protocolo de Estambul, y cuando hay homicidio o maltrato de una autoridad a un civil”, “Por ejemplo, los falsos positivos, el protocolo de Minnesota”.

“En el caso de las embarazadas que están encarceladas tienen derecho a tener casa después de siete meses de embarazo”, “los encarcelados pueden salir a pagar la deuda en casa por estado de salud”.

“En la parte clínica están las analogías, es decir no veo al enfermo sino que con base a una historia clínica se conceptúa, y se da un dictamen”, “la analogía se hace en heridos”

“Otras funciones que brindamos son la asesoría con todos los médicos de los 8 municipios, se hacen charlas de capacitación”.

“Los médicos rurales no hacen exámenes sexológicos”, “se exige la calidad del dato y que se haga de acuerdo a la ley”.

“Los policías mandan sin documento al usuario o paciente y se debe hacer una solicitud del reconocimiento”, “y si el paciente está hospitalizado debe llevar la historia clínica y el documento de identidad”.

“La policía debe remitir a la URI unidad de reacción inmediata, luego se hace una valoración y el reconocimiento médico legal”.

- En cuanto a fenómenos específicos en salud mental dentro de lo “lenguajeado” por el funcionario se encontró:

“En abuso sexual se hace el dictamen técnico médico legal sexológico, de acuerdo a los reglamentos técnicos y guías o literatura sobre cómo es la descripción anatómica”, “el reglamento técnico pide el preámbulo”

“El procedimiento es así: medicina legal envía a psicología a la IPS o a la fiscalía para que se prepare la menor o el menor para el examen pero si a pesar de la preparación la niña no se deja mirar, lo más importante es la anamnesis, el relato”.

“En violencia sexual hay que educar a las mamás”, “en los casos de urgencias cuando es de noche, la policía o urgencias está obligado a hacer el examen sexológico para tomar las evidencias”. “Supuestamente no lo deberían enviar, pero lo envían, aun habiendo hecho ya el examen”.

“Los médicos hacen exámenes de estado de embriaguez y sexológico en la noche”.

“Cuando los casos son urgentes los exámenes sexológicos se deben hacer antes de las 72 horas”, “Cuando ha pasado más tiempo de las 72 horas, lo mandan a medicina legal, el policía o patrullero le dice al paciente que se presente a la URI y que lleve la epicrisis”, “antes de esto debe haber una orden judicial”

“Medicina legal va a las audiencias”.

“En maltrato infantil se realiza todo con orden judicial”, “los casos pueden venir de la sijin, la URI, y el I.C.B.F”

“Se revisa la historia, que paso, porque paso, cuando paso”, “se da el dictamen de las lesiones” “Este dictamen pasa a fiscalía URI”

“Lo remiten a la EPS y se le dice a la víctima, dígame a su papa que aparte de la sanción vaya a psicología”

“En SPA, generalmente se envían los que están en la cárcel, la fiscalía pide que determine si el señor es adicto o drogadicto y se toma una muestra de orina, esto según la ley 30”, “a veces el menor que cogen con más de la dosis personal” “se hace el examen y se deriva a la autoridad de psicología y psiquiatría forense en Neiva”

“En violencia conyugal se manda a psicología, se le recomienda a la autoridad que preste ayuda oportuna”, “y se le dice a la gente que nadie le debe pegar”, “que esa ley es severa”, “Las lesiones personales con antecedentes son más demoradas”.

“En intentos de suicidio el usuario ingresa al hospital, se remite a psicología forense o psiquiatría” “el intento de suicidio es un delito”

“En suicidio se hace necropsia”

Este funcionario se encuentra muy comprometido y muestra gran sensibilidad con los fenómenos de salud mental.

Finalmente, luego de dar cumplimiento a los objetivos se acuerda que se determinara la persona que pueda asistir a los encuentros.

PARTICIPANTES: Magda Lorena Orozco

INSTITUCIÓN: Fiscalía General de la Nación

LOGROS/RESULTADOS

Se comunica a la funcionaria Doctora Edilsa Valencia de cargo policía judicial, el motivo de la visita y es ella quien suministra la información solicitada.

- En cuanto a información organizacional se encontró:

El cuerpo Técnico de Investigación (CTI): Es un grupo armado investigativo, al servicio exclusivamente de la Fiscalía General de la Nación, ayuda a ésta en definir políticas y estrategias para la Policía Judicial, en temas de investigación criminal, servicios forenses, de genética y en la administración de la información técnica y judicial que sirva para investigaciones penales. El CTI planea, organiza, dirige, controla y ejecuta las funciones de Policía Judicial de la Fiscalía, organiza y controla el cumplimiento de las políticas y estrategias de investigación, servicios forenses, de genética y de administración de la información útil para las investigaciones penales. Además de promover el intercambio de información entre las distintas ramas de la fuerza pública

- Dentro de lo “lenguajeado” por la funcionaría durante la entrevista se encontró:

Para los casos de abuso y violencia sexual el procedimiento a seguir en la fiscalía es el siguiente:

“Se inicia el proceso penal, se recepciona la denuncia y se remite la victima a medicina legal, dependiendo si presenta lesiones que ameriten un atención médica se remite a urgencias”.

“Si el agresor es un menor de edad según el código de infancia y adolescencia es un caso que le compete a la unidad de Infancia y Adolescencia y si el agresor es mayor de edad le compete a la Fiscalía”

“Generalmente en los casos de delitos sexuales quienes acuden a la vivienda o realizan las capturas en fragancia es la policía de vigilancia y de acuerdo a la constitución cualquier persona que presencie el delito puede y está obligado a capturar”.

“La valoración psicológica le corresponde al I.C.B.F y su tarea es establecer el daño emocional y psicológico que el menor recibe por el caso”.

“En el caso de que la fiscalía reciba el caso y el abusado es un menor de edad, se remite a medicina legal y con un oficio de notificación, la persona a cargo del menor debe ir al I.C.B.F a presentar este oficio” “el I.C.B.F debe realizar visita a esta persona, aunque no se

sabe cuántas sesiones realiza el I.C.B.F con la persona”, “cuando el menor regresa de medicina legal se le hace la entrevista judicial mediante el formato del “SATAC” (Capacitación para manejar víctimas de delitos sexuales) cuyo objetivo es obtener las circunstancias de tiempo, modo y lugar de los hechos” “el agresor se reconoce en la denuncia y en este momento el caso pasa a un proceso por parte del fiscal correspondiente, este establece una orden judicial, revisa el proceso y si es necesario lo remite a la policía judicial”.

“Cuando los casos llegan al icbf se demoran en reportar el caso”.

“Todos los casos que conozcan las comisarias e icbf deben ser inmediatos”.

“Lo ideal es que cuando haya abuso sexual se vaya a la fiscalía”.

“En los casos de que la denuncia llegue a la policía de infancia y adolescencia, la encargada de dar apertura al caso es la policía judicial, ellos deben elaborar un oficio para que el caso vaya a medicina legal” “es de aclarar que a Infancia y adolescencia no le competen los mayores de 14 años”.

“Cuando el fiscal necesita valoración psicológica se remite a comisaria” “a veces no hay ese compromiso”.

“Dentro de la fiscalía se necesita un seguimiento por psicología, pero no lo hay”, “es urgente un equipo interdisciplinario: trabajador social y psicólogos”.

“La fiscalía es más represivo al agresor”.

“Existe en Pitalito un abogado para las víctimas y cerca de 12 para los agresores”, “existe un representante de víctimas, un abogado, para mayores de edad”.

“Se tiene un concepto errado en la comunidad suele suceder que llegan personas a la fiscalía solicitando cosas como “yo quiero que mi hija la examine un médico para ver si le hicieron algo”, “si no hay penetración y desgarrar o sangrado para ellos no es grave”, “muchos casos no se denuncian porque no hay acceso carnal”

Los tipos de acceso son:

Acceso carnal abusivo: cuando hay un grado de familiaridad con el menor.

Acceso carnal abusivo agravado: familia sanguínea

Acceso carnal violento: cuando se ejerce violencia para cometer el acto.

Acto sexual abusivo con menor de 14 años.

Acto sexual abusivo agravado

Acto sexual violento.

“Todos estos tipos de acceso deberían ser conocidos por la comunidad, pues la Ley orgánica 10/95, código penal: delitos contra la vida e integridad corporal, título I al VII habla del delito contra la integridad corporal”.

“En el código penal se encuentran los delitos contra la integridad física y moral”.

Para los casos de violencia intrafamiliar el procedimiento a seguir en la fiscalía es el siguiente:

“Cuando hay varios delitos se hace una judicialización por el delito más grave, lo que se conoce como agravantes”.

“Si la persona esta lesionada físicamente se envía a valoración médica a urgencias y a medicina legal”.

“Se suele presentar que las instituciones están deshumanizadas”.

“Cuando hay citas de conciliación, éstas se realizan en la sala de atención al usuario SAU”, “las conciliaciones las hace una asistente” “en la fiscalía no hay psicóloga”.

“Cuando existe conducta delictiva, es decir existen lesiones acuden a comisaria de familia”, “se quedan con muchos casos donde hay conductas tipificadas como delitos, con tratamiento judicial”.

“Cuando el que causa la agresión es un menor es responsabilidad de la Unidad de infancia y adolescencia” “la fiscalía procesa mayores de edad”

“El CTI entrevista como policía judicial no como psicología”, “esto lo debe hacer el I.C.B.F y las EPS que deben contratar servicio psicológico”

Para los casos de maltrato infantil el procedimiento a seguir en la fiscalía es el siguiente:

“Mediante un oficio o se pide que exponga el caso al ICBF, se revisa el caso y mediante un análisis se establece si hay conductas que ameritan ser judicializadas”.

En Intento de suicidio no se enteran.

Para los casos de suicidio el procedimiento a seguir en la fiscalía es el siguiente:

“La fiscalía realiza inspección técnica al cadáver”, “dentro del proceso se demuestra si es suicidio u homicidio inducido”

“Se entrevista a los padres o círculo más cercano”.

“Se investigan las labores de vecindario”

“Hace unos años se llevaba unas fichas que se mandaban a la secretaria de salud, ahora no hay conocimiento de si eso se sigue haciendo o no”.

“Son actos urgentes cuando estamos de turno y se hacen dentro de las 36 horas”, “se elabora un informe ejecutivo, con fotos, descripción, y elementos que se recauden y se entrega a asignaciones que es la oficina que hace el reparto de las diligencias”.

En consumo de sustancias psicoactivas.

“No actuamos si lo capturan con la evidencia de droga sí”, “pero de intervenir ese tipo de personas no está dentro de las competencias de la fiscalía”.

“La fiscalía no hace seguimiento”.

“La Fiscalía no realiza promoción y prevención”.

“Tenemos un programa que se llama Futuro Colombia”.

Nota: Cuando una persona coloca una denuncia el representante dentro de todo ese proceso es el fiscal que es abogado, si por ejemplo ese proceso hay que hacer una revisión a otra estancia o apelación, sigue siendo el fiscal el representante del caso. Pero si esa persona quiere hacer, una demanda de tipo civil, familiar, laboral, administrativa. La fiscalía no tiene competencia.

Se acuerda que la persona que asistirá a los encuentros es la misma funcionaria.

PARTICIPANTES: Magda Lorena Orozco Suárez

INSTITUCIÓN: Batallón

LOGROS/RESULTADOS

La funcionaria que tiene dentro de sus funciones la competencia de la salud mental en el batallón es la psicóloga Alejandra Valderrama.

La doctora se mostró muy amable e interesada y ante la socialización de la propuesta expresó “el batallón sería el más beneficiario”. Manifiesta igualmente que la operatividad de la red es muy necesaria porque desafortunadamente al no trabajar intersectorialmente no se da el impacto social de lo que cada institución hace.

- Frente a las preguntas de tipo cultural y organizacional de la institución, la psicóloga manifestó que debía solicitar permiso para facilitar dicha información.

- Dentro de lo “lenguajeado” por la psicóloga durante la entrevista se encontró:

“El batallón es una institución muy hermética”

“El batallón tiene en salud un régimen especial”

“Desde el batallón no se sabe dar información en salud mental a la población que no es militar”

“El día 17 de noviembre se celebrara el día del batallón saludable y en este espacio sería muy importante el trabajo de la red operativa”

“Al batallón le interesa mostrarse a la comunidad”

“El ejército es muy celoso, pero esta red es muy necesaria”.

“Cada día más la población es más vulnerable, la prevención es muy importante”



“El ejército es el mayor beneficiario, se queda corto, somos muy ignorantes en procesos donde orientar a la persona porque se tiende a centralizar en la ese hospital de Neiva, por ejemplo no sabemos si hay violación a donde enviar. El batallón se muestra muy hermético y no da cuenta de lo que sucede alrededor de la vida militar”.

“El centro de familia funciona solo en Neiva, llegan muchos casos de VIF se hacen incorporaciones de manera obligada.

“Es importante hacer un seguimiento a los soldados que después de vivir todo un proceso militar vuelven a ser personas común y corrientes y llevan consigo traumas postraumáticas”

- En cuanto a los servicios a fenómenos específicos de salud mental menciona:
“se prestan servicios de atención en salud mental y que tienen que ver con la vida militar”.
“actividades de promoción y prevención en temas de violencia familiar, consumo de sustancias psicoactivas e ideación suicida”.
“en consumo de sustancias psicoactivas no se hace recuperación ya que no contamos con centros de rehabilitación necesarios para esa problemática”.

Población específica: personal militar y sus familias.

Luego de dar cumplimiento a los objetivos propuestos la psicóloga se comprometió a ser el actor/operador representante del batallón.

PARTICIPANTES: Leidy Yurani Paladines - Alexander Revelo Soto
INSTITUCIÓN: SANITAS
LOGROS/RESULTADOS
<p>Se comunica a las funcionarias que atienden el motivo de la visita, como se encuentra ocupadas se acuerda otro horario de atención. Se acude al horario establecido y se encuentran Dennis Claros y Laura Morales, se muestran muy cordiales y empáticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En cuanto a la filosofía organizacional se encontró que de la misión y visión no habla y recomienda que esta información se encuentra disponible en la pág. web; www.colsanitas.com. - De la historia menciona “lleva más de 30 años y que funciona con otros países” y en cuanto al clima organizacional ella manifiesta “somos dos funcionarias, comprometidas con nuestro trabajo, nuestra relación la califico como excelente”, “somos muy profesionales a la hora de cumplir nuestras funciones específicas”, “aunque cada una cumpla una función ambas debemos estar informadas y capacitadas en todo”, “todo lo que sabe ella lo sé yo y todo lo que se yo lo debe saber ella”. - En cuanto a normatividad “la ley 100 que es la función de la EPS y “contamos con un portafolio de servicios”

En cuanto a conocimiento de otras instituciones menciona “en las reuniones que hemos ido a la alcaldía nos capacitan sobre las funciones de otras instituciones pero considero que existe una gran presión social y que de esas reuniones no pasa nada mas siempre terminan escuchándose más problemáticas”.

- En su forma de operar expresa:

“Operamos desde Bogotá es nuestra sede principal a nivel nacional, pero cada entidad es autónoma desde el lugar donde este” “tiene acceso a los servicios toda la gente que este afiliada, trabajadores dependientes e independientes que estén afiliados y al día con sus pagos”.

- Dentro de lo lenguajeado por las funcionarias se encuentra:

“Es muy necesario porque actualmente existen muchas problemáticas en salud mental”

“Trabajamos promoción y prevención, realizamos capacitaciones sobre los deberes y derechos de los usuarios y no hay servicio psiquiátrico”

“Se ofrecen servicios como el de la detección temprana de jóvenes, planificación familiar, control de crecimiento y del adulto mayor desde la parte médica, ya si es el caso se pasa a manos de un psicólogo, remitiendo al hospital en 2 nivel”

“Nos centramos en el tratamiento de la enfermedad; se mide por perfil, cuando se presentan situaciones de dengue por ejemplo se atiende en nivel alto a los usuarios, se hacen campañas y además se brinda información al respecto (pegan información en la pared), es decir tratamos la enfermedad pero no la causa o el problema que la genera”

“En la violencia intrafamiliar por ejemplo la señora llega con el brazo partido lo que se hace es tratar la enfermedad es decir la parte física pero no se hace seguimiento del motivo por el cual llego golpeada ni de su estado emocional”

“Estamos obligados a brindar los medicamentos para el tratamiento, hacemos reparación en cuanto a la desintoxicación”

“En cuanto a intentos de suicidio y suicidio hacemos promoción, tratamiento, reparación, gestión integral y acompañamiento psicosocial”

“En SPA hacemos tratamiento, reparación, terapia, gestión integral y patrocinio legal”

“En violencia intrafamiliar se hace tratamiento, reparación, gestión integral y acompañamiento psicosocial”

Luego de dar cumplimiento con los objetivos propuestos se invita a las funcionarias a hacer parte de la red y se establece que cualquiera de las dos puede asistir a los encuentros.

PARTICIPANTES: Leidy Yurani Paladines - Alexander Revelo Soto

INSTITUCIÓN: Saludcoop EPS

LOGROS/RESULTADOS

Se comunica a la funcionaria que atiende el motivo de la visita, ella nos remite con la persona a cargo de la dirección general considerada como la persona idónea para brindar esta información. La Doctora Yeimi Rocio Pérez recibe muy amablemente y se muestra muy interesada y presta a suministrar la información que se solicita.

- En cuanto a la historia, filosofía y clima organizacional expresa:



“La institución lleva 16 años en el mercado de las EPS, es una de las más solidas a pesar de las circunstancias que hemos enfrentado, establece importantes ventajas al contar con una red propia en cuanto a clínicas, personal, grupos, mejores estándares de calidad y posicionamiento y agradecemos la confianza que ha sido depositada por nuestros usuarios durante todos estos años”.

“Entre los factores importantes encontramos las actividades que solidifiquen en cuanto a valores y principios, capacitación por áreas, en donde se está evaluando constantemente las responsabilidades que debe cumplir cada funcionario, de la misma forma se propicia el sentido de pertenencia, se realizan fiestas de navidad, eventos del niño por ejemplo en este mes se está realizando un evento para los hijos de todos los funcionarios de Saludcoop, todo esto se hace con el fin de que los funcionarios se sientan como una gran familia, para mi manejamos un clima organizacional adecuado”

Al analizar la entrevista realizada se encuentra cierta empatía y cordialidad, está muy bien informada sobre la organización, se muestra segura y capacitada, sobre el funcionamiento de la institución aunque cuando se pregunta sobre la misión y la visión indica que se indague en la pág. web www.saludcoop.com en los demás aspectos si brinda información, sin embargo se encuentra que en lo referente a salud mental no llegan muchos casos.

- En cuanto a normatividad se rigen por “la ley 100 del año 1993”

“Nuestra institución está obligada por la norma para atender eventos de salud mental. En casos donde se presenta urgencia, se debe brindar la atención este o no este afiliado y hasta el momento hemos evidenciado esto en los casos que han sido reportados, de ahí conocemos algunas de las funciones de otras instituciones”.

- En cuanto a los servicios que se ofrecen manifiesta:

“Los servicios que ofrecemos son con el médico general, por el momento no hay psicólogo, pero se está contratando”.

"empleamos promoción y prevención en eventos de salud mental mediante campañas inducidas en todos los usuarios y en todas las edades, incluso desde que están en el vientre”.

Por ejemplo se realiza actividades de:

- Control y desarrollo
- Peso y talla
- Formación
- Examen general
- Adultos mayores a los que se le realiza un seguimiento.

“cuando se realiza un examen general y el médico encuentra que él bebe ha sido maltratado a la hora de su valoración; este lo que hace es reportar a las entidades de control”



“cuando existen casos de maltrato o suicidio se reporta a un ente de control o a una línea amiga que existe en el momento, se dirige a la clínica y se hace el respectivo procedimiento”.

“Para intentos de suicidio, SPA, y violencia intrafamiliar se hace promoción, prevención, tratamiento, reparación, vigilancia, gestión integral y acompañamiento psicosocial”

“Nos integramos en las actividades con stand en el parque, por ejemplo en el mes de la salud, lactancia, el mes de la mujer, adulto mayor, no hacemos visitas domiciliarias se hace remisión a consulta psicológica, se hace acompañamiento psicosocial y se hacen campañas generales de promoción y prevención”

Luego de dar cumplimiento a los objetivos propuestos se acuerda que la persona delegada para asistir a los encuentros sea Lida Castro, aunque no se muestra claridad en su decisión pues menciona a otros jefes inmediatos, por lo que se establece que la nota llegue dirigida a la propia institución.

PARTICIPANTES: Leidy Yurani Paladines - Alexander Revelo Soto
INSTITUCIÓN: Mallamas EPS (Indígena)
LOGROS/RESULTADOS
Se comunica a la funcionaria Zenaida Ome el motivo de la visita, ella se muestra muy interesada, pero un poco dudosa al suministrar la información.
- Cuando se habla de la misión ella menciona que “su misión es brindar servicios con calidad con el fin de satisfacer al usuario, (pero luego busca leer un libro)”, muestra cierta inseguridad y desconfianza a la hora de suministrar la información, por tanto pide copia del oficio de presentación de la ESE Municipal (se le hace entrega) para enviarlo a Neiva.
- En cuanto a la historia se muestra muy bien informada y habla con gran seguridad “el nombre de la institución corresponde al apellido de un indígena que fue muy importante y de quien nació la idea de crear esta institución, en su honor se le coloca este nombre, viene de Nariño desde la conformación de 17 cabildos”
- En el clima organizacional manifiesta que no interactúa con más funcionarios. En cuanto al conocimiento de las funciones de otras instituciones manifiesta no conocerlas.
- Se considera que algunos aspectos importantes fueron mencionados, tales como que “se recurre en primera instancia a nuestros medios tradicionales, debido a que en nuestra cultura se utilizan cuando existen eventos, es decir que primero se utilizan estos medios y luego se remite al psicólogo”.
- Con respecto a la salud mental ofrecen servicios tales como:
“En nuestra cultura se utilizan otros medios tradicionales (chamal) y luego si se remiten a un psicólogo”. “primeramente se analiza el caso por el médico tradicional que hace vigilancia y se busca quien es el más culpable y se aconseja”



“Realizamos charlas educativas, promoción y prevención en compañía de la ESE Municipal y la secretaria de salud”

“Para intentos de suicidio, SPA, y violencia intrafamiliar se hace promoción, prevención, tratamiento, reparación, vigilancia, gestión integral y visita domiciliaria”.

“En SPA se realizan charlas educativas con la liga de usuarios”

“En intentos de suicidio una comunera nuestra realiza un trabajo interno, también se hacen charlas educativas para la prevención, tanto a niños o adultos todo lo manejamos con esta estrategia.”

“En cuanto a información, invitamos a los usuarios a participar en los eventos realizados para promover los estilos de vida saludable”

Luego de dar cumplimiento a los objetivos se acuerda que quien asistirá a los encuentros es ella misma pues es quien cumple con todas las funciones.

PARTICIPANTES: Leidy Yurani Paladines - Alexander Revelo Soto

INSTITUCIÓN: ASMETSALUD EPS

LOGROS/RESULTADOS

Se procede a comunicar a las dos funcionarias que se encuentran sobre cuál de las dos podría brindar información. Luego se decide que sea Nelcy Yolanda Calderón; gestora del riesgo en salud, quien se muestra interesada y presta a suministrar la información que se solicita.

En cuanto a información sobre la entidad y el clima organizacional manifiesta:

“Nuestra institución se basa en la salud, solidaridad y participación, empezó en el cauca, por esa misma razón se nombró como Asociación Mutual Esperanza del Tambo”.

En cuanto a la misión, visión y principios es difícil conocer más a fondo por que es nueva, y no posee mucha información aunque estos si se encuentran en un cuadro visible en la sala de recibo.

“En Pitalito está conformada por 4 funcionarios, como somos cuatro funcionarios cada uno se dedica a su función y manejamos una buena relación entre todos”.

Entre los procedimientos que se llevan a cabo y forma de operar refiere:

“Se realiza el trámite correspondiente, llega el reporte, se ubica al usuario; se realiza la visita y se pasa al primer nivel, luego nuevamente se visita estableciendo la hora y la fecha en que será atendido en este caso por un psicólogo, se orienta para que asista al proceso, pero se sale de nuestras manos cuando ellos no acuden a las citas”

“Operamos desde Neiva a Nivel del Huila y en cuanto a los ejes temáticos pueden acceder quienes estén vinculados, por el momento se hace el trámite y no se cancela por los servicios”

“Se realizó un contrato con el hospital San Antonio en 2 nivel de psicología para que se preste el servicio de atención”.

“Como red de apoyo, tenemos liga de usuarios”

-En cuanto a la normatividad dice que trabajan un protocolo, pero no nombra ninguna ley. “Nosotros tenemos un protocolo también trabajamos con el EIC y realizamos promoción y prevención, hacemos salidas rurales”. “Tratamos de ubicar diferentes grupos poblacionales”. A nivel de EPS se les exige una programación mensual.

-Cuando se habla del conocimiento sobre el funcionamiento de las otras instituciones: Nombra algunas de ellas, pero a la vez no muestra claridad diciendo “Creo que hacen lo mismo que nosotros”. Menciona que “cada mes hay una reunión al medio día donde asisten policía, inder que no va, la secretaria de salud, los rectores de colegios, y hogares fami”.

En los casos específicos de salud mental:

Manifiesta que ella es quien se encarga de realizar las visitas en los casos que son reportados y de orientar a las personas que deben recibir atención para que asistan al proceso.

Menciona que la EPS llega hasta donde el usuario lo permite, pero puede visualizarse que de acuerdo a la responsabilidad que implica el trabajo en red respecto a responsabilidad social no es totalmente cierto.

“Se realiza seguimiento en casos de violencia intrafamiliar, se ubican y se hace la respectiva visita, por ejemplo yo realice una visita a un caso de maltrato a una gestante”.

“Para intentos de suicidio, SPA, y violencia intrafamiliar se hace; vigilancia desde la E.S.E Manuel Castro Tovar y se hace promoción, prevención, tratamiento, reparación, gestión integral, acompañamiento psicosocial y visita domiciliaria”

“Se hace acompañamiento en violencia intrafamiliar en conjunto con la E.S.E y Secretaria de salud (todo está ligado con secretaria de salud no manejan independiente)”.

Luego de dar cumplimiento a los objetivos se acuerda que sea Nelcy Yolanda Calderón gestora del riesgo en salud quien asista considerada como la persona idónea.

PARTICIPANTES: Leidy Yurani Paladines - Alexander Revelo Soto

INSTITUCIÓN: Comfamiliar Huila EPS -IPS

LOGROS/RESULTADOS

Se realizó la entrevista con el Doctor Willinton quien atiende de manera muy cordial; se procede a socializarle el motivo de la visita; él se muestra muy interesado y nos comunica con Elizabeth Sánchez para que ella nos brinde esta información.

Elizabeth habla de la historia refiriéndose a el año en que fue creada la institución “en 1966 en Medellín y en el Huila fue creada su sede en 1972”, así como también habla del clima organizacional en donde da a conocer que cuando ellos ingresan a laborar se les presentan las reglas que deben cumplir y que su convivencia con sus demás compañeros es muy buena, pues cada quien debe cumplir con sus responsabilidades.

En cuanto a la ley ella dice: “Mi compañero el que se encarga de las leyes no se encuentra, él les podría brindar mejor información sobre eso”.

Cabe señalar que en cuanto a la Visión tiene más claridad que en los otros aspectos, en cuanto a la ley no tiene conocimiento a la normatividad que los rige.

En lo concerniente a salud mental refiere:

“Los programas que adelantan son brigadas en compañía de la alcaldía y la secretaria de salud, y ante estos eventos los reportan y orientan hacia un psicólogo”.

“No hay programas establecidos, cada mes nos mandan la programación que debemos hacer”, “tenemos 38 mil afiliados”.

Las herramientas metodológicas son en su mayoría charlas.

“Apoyamos la alcaldía en cuanto a promoción y campañas para violencia intrafamiliar, desde el hospital se reportan muchos casos centinelas, canalizamos, colaboramos con todos los programas que llevan a cabo la secretaria de salud, E.S.E Y Hospital, capacitamos sobre los temas de salud, drogadicción, y madres gestantes y hacemos seguimiento”

“Para intentos de suicidio, SPA, y violencia intrafamiliar se hace promoción, prevención, tratamiento, reparación, vigilancia, gestión integral, acompañamiento psicosocial y visita domiciliaria”

Se invita a la funcionaria a hacer parte de la red y al mismo tiempo que la persona encargada de asistir se encargue de difundir la información dentro de toda la organización. Por lo tanto se acuerda que quien asistirá a los encuentros es ella misma desde su función de orientadora saludable de profesión auxiliar de enfermería.

PARTICIPANTES: LeidyYurani Paladines - Alexander Revelo Soto

INSTITUCIÓN: Solsalud EPS

LOGROS/RESULTADOS

Se informa a las dos funcionarias Eliana Yiseth Yasno y Yina Vanesa Medina sobre el motivo de la visita y lo que se quiere lograr; al inicio muestran cierta duda e inseguridad sobre la información que se quiere recopilar, pero luego de aclararlas muestran una actitud de interés y se perciben prestas a suministrar la información que se solicita.

- Cuando se les indaga sobre la filosofía institucional, no hablan mucho de ello, lo cual muestra que hay cierto desconocimiento de su misma institución.
- En cuanto al clima organizacional refieren “Pues solo somos las dos y nuestra relación es muy buena, cada una realiza la labor pero ambas sabemos y estamos capacitadas en todo” y de la historia refieren “La entidad promotora garantiza la salud desde hace 25 años”.

- Sobre su forma de operar menciona: “la entidad promotora tiene su sede en Neiva, no hay contrato con el Hospital, estamos intervenidos hasta enero, solo hay dos funcionarias en la Sede de Pitalito que somos nosotras dos como agentes Municipales PYP, somos



auxiliares de enfermería responsables y capacitadas en brindar la información correcta, y ya las decisiones las toma la regional gerente Huila”.

- En lo concerniente a los servicios en salud mental que presta esta EPS manifiestan:

“Se ofrecen servicios de primer nivel desde la ESE Municipal y opera desde la Nacional de Bucaramanga y la Nacional de Neiva (Jefe de vigilancia)”

“En 2 nivel se remite a la ESE Hospital, Hasta el momento la ESE Municipal ha transmitido 2 pacientes a psiquiatría” .Analizando la entrevista se comprende que a veces se suele confundir o limitar que cuando se habla de salud mental hacen más referencia a psiquiatría. “Hacemos seguimiento a los casos notificados, se realizan visitas domiciliarias, se remite a secciones de psicología, se lleva un control, se realizan las citas y el acompañamiento, aunque es difícil volver a encontrar estos casos por que desde la ESE no se notifica”

“Si no se presta el servicio se debe remitir a Neiva a un Centro de rehabilitación, es ahí donde nace una barrera de o poder hacer más”

“Pueden acceder los usuarios subsidiados y contributivos, y no se paga por participar”

“En algunos casos nos articulamos con picachos; ellos nos ayudan y nos apoyan en todo, son nuestro grupo de apoyo aquí Pitalito, son nuestro soporte”.

- En cuanto a servicios a fenómenos específicos mencionan:

“En lo referente a SPA hacemos promoción, prevención, tratamiento, reparación, vigilancia, gestión integral, acompañamiento psicosocial, y visita domiciliaria. El patrocinio legal se hace desde Neiva”

“En intentos de suicidio se hace promoción, prevención, tratamiento, reparación, vigilancia, acompañamiento psicosocial y visita domiciliaria”

“en violencia intrafamiliar brindamos información a través de volantes y como receptores tratamos de encaminarlos a secretaria de salud (doctor James) para que se capten quienes pueden hacer parte de los programas”

“Hacemos acompañamiento a secretaria de salud, en algunas caminatas, aeróbicos y en las jornadas de capacitación remitimos a los jóvenes, invitándolos a que asistan”

En cuanto a la drogadicción dicen “se sabe que la problemática existe” para prevenirla realizamos brigadas administrando con la comunidad”, confirman que desde su labor lo que deben hacer es remitir, también hacer seguimiento a los casos que son notificados, “realizamos la cita y el acompañamiento”.

-En cuanto a la normatividad manifiestan:

“no hay muchos casos notificados” reconocen “es nuestra obligación desde la ley 1245 (ley 1257 es a la que se refieren) brindar protección, alimentación y hospedaje hasta que se termine el proceso con la víctima de maltrato intrafamiliar, luego nombran la ley 1257 del 2008 y 029 del 28 de diciembre del 2011 (pero revisando un libro para estas dos últimas que nombran)”,

“como no se cuenta con un centro para realizar este proceso nosotros debemos contratar un hotel de aquí de Pitalito para suministrarles vivienda y alimentación, mientras que en

Neiva se encuentra el centro especializado para esto, hasta el momento recibimos el caso de una materna a quien le hicimos visita domiciliaria.”

- Se realiza la invitación a las dos funcionarias, para que asistan a estas reuniones, ellas manifiestan que cualquiera de las dos que asista se encargara de informarle a su compañera todo lo que se informe. Ellas se ponen de acuerdo entre las dos y deciden que la encargada de asistir será Eliana Yiseth Yasno o en el caso de que ella no pueda asistir Yina Vanesa Medina será quien asista, todo dependerá de cuál de las dos tenga menos ocupaciones.

PARTICIPANTES: Leidy Yurani Paladines - Alexander Revelo Soto
INSTITUCIÓN: Estudios e Inversiones medicas ESIMET “Cafesalud” EPS IPS
LOGROS/RESULTADOS
<p>Se procede a comunicar a la funcionaria que atiende el motivo de la visita, ella nos remite a la persona que considera idónea para brindarnos esta información como es la Doctora Yulieth Castellón.</p> <p>En cuanto a la filosofía organizacional nombra entre los principios “los valores éticos y la eficacia”, en la misión habla de “servicios con calidad y eficiencia” y en cuanto al clima organizacional que “es muy bueno, cada quien cumple con sus responsabilidades y manejamos un manual de funciones”.</p> <p>En lo concerniente a operatividad manifiesta: “Operamos desde la sede central, manejamos un protocolo”.</p> <p>- En cuanto a los servicios que ofrecen menciona: “Servicios de consulta externa a usuarios con consulta ambulatoria” “Realizamos campañas, por ejemplo el día del corazón” “Hacemos promoción y prevención, también detección”. “Nos contamos con psicólogo, los casos de alteraciones u enfermedad mental se remiten a la unidad de psiquiatría en Neiva, se trabaja desde un enfoque inicial”, su puede entender que existe una comprensión de salud mental solo en casos de psiquiatría</p> <p>En el transcurso de la entrevista no suministra mucha información se muestra muy insegura y desconfiada y en cuanto a la normatividad habla de la siviligila y notificación voluntaria, pero no conoce sobre las responsabilidades de otras instituciones.</p> <p>- En otra de las entrevistas realizadas se logra recoger información sobre fenómenos específicos en salud mental, que es suministrada por Esmeralda Fernández quien es la encargada de asistir a los encuentros: “Para intentos de suicidio, SPA, y violencia intrafamiliar se hace promoción, prevención, tratamiento, reparación, vigilancia, gestión integral y acompañamiento psicosocial” “Nos integramos en las actividades con stand en el parque, por ejemplo en el mes de la salud, lactancia, el mes de la mujer, adulto mayor, no hacemos visitas domiciliarias se hace</p>



remisión a consulta psicológica, se hace acompañamiento psicosocial y se hacen campañas generales de promoción y prevención”

Luego de dar cumplimiento a los objetivos, la Doctora Yulieth Castellón acuerda que la persona delegada para asistir a los encuentros es una de las enfermeras auxiliares, recomienda que la nota vaya dirigida a ella que es la coordinadora médica y es quien decide quien va “porque aquí se trabaja por turnos”.

PARTICIPANTES: Leidy Yurani Paladines - Alexander Revelo Soto

INSTITUCIÓN: Caprecom EPS

LOGROS/RESULTADOS

Se comunica a la funcionaria el motivo de la visita quien es la directa encargada de suministrar información además de que es la única funcionaria, Gloria Inés Aguilera recibe muy amablemente, se muestra muy interesada y presta a suministrar la misma, manifestando que es muy necesaria la conformación de la red ya que conoce muy poco sobre el tema de salud mental. Se encontró que la institución no está muy visible y su infraestructura no está en buenas condiciones.

- En cuanto a la cultura organizacional refiere que “como es nueva y lleva un año laborando no conoce mucho sobre la misión, visión, historia” y en cuanto al clima organizacional es la única funcionaria que atiende en la oficina, manifiesta “me encargo de todo en la oficina, (hasta de hacer el aseo), cumplo con todas las funciones y no interactúo con más compañeras”.

- En salud mental manifiesta que las estrategias y programas se manejan en Neiva, que hasta hace poco conoce su obligación con respeto a la protección que se debe brindar a las víctimas de maltrato señala “hasta apenas hace 8 días en una reunión en la alcaldía fue que me entere de que era nuestro deber brindar alojamiento y alimentación para las víctimas de maltrato. En realidad de salud mental solo hasta ese día escuche, porque yo lo que más hago es realizar los trámites y enviar toda la información a Neiva”.

En cuanto a la normatividad que rige la institución “no recuerdo la normatividad que rige mi institución”

Dentro de lo “lenguajeado” por la funcionaria se encuentra:

“Me encargo más que todo de la parte administrativa”

“Todo va dirigido a la central de Neiva que es desde donde se opera, básicamente hasta las estrategias y programas se adelantan es en Neiva”.

Cabe resaltar que ella se muestra muy cordial y tranquila a la hora de suministrar la información y demuestra cierto interés por participar en la conformación de la Red.

En cuanto a los fenómenos específicos menciona:

“Se realizan muy pocas visitas domiciliarias, promoción y prevención se hace con la E.S.E Municipal Manuel Castro Tovar, ella es la encargada a nombre de caprecom acá en Pitalito”

“Para SPA, Intentos de suicidio y violencia intrafamiliar se hace promoción, prevención, tratamiento, reparación, acompañamiento psicosocial y visita domiciliaria, ya gestión integral se hace desde Neiva y vigilancia desde la E.S.E Manuel Castro Tovar”



Al dar cumplimiento a los objetivos propuestos, ella por su lado manifiesta que le gustaría participar pero que se debe mandar un oficio dirigido a Neiva para que le den permiso de cerrar la oficina, como única funcionaria esta Gloria Inés Aguilera por lo tanto ella sería la encargada de acompañarnos en la Red.

PARTICIPANTES: Leidy Yurani Paladines - Alexander Revelo Soto

INSTITUCIÓN: COMPARTA EPS-S

LOGROS/RESULTADOS

Se comunica a las funcionarias que atienden el motivo de la visita, ellas se muestran un poco inquietadas, pero al conocer la propuesta de red se muestran interesadas y prestas a brindar información. Se acuerda que quien responderá la entrevista es Viseth Rosario Velásquez

En cuanto a la historia y el clima organizacional refieren:

“La EPS Comparta tiene sus inicios en 1993, lleva 19 años de creada y su lema es comunidad participación transparencia administrativa”, “somos 2 las funcionarias que empleamos como agentes sociales administrativos, que tenemos la función de garantizar y envían todo lo que tiene que ver con los usuarios, que hacen parte de esta sede” “Nuestra relación e interacción es muy buena, y nuestras responsabilidades y funciones se manejan por igual”.

En lo referente a filosofía organizacional se encuentra: que cuando se indaga por la misión, visión y principios de la organización se dirigen a buscar libros e incluso nos regalan “el manual del usuario” para que nos informemos, ellas no conocen muy bien sobre estos aspectos.

- En lo concerniente a la normatividad mencionan la ley 415. De la misma manera se comprende que “la institución está obligada a prestar servicios en salud mental y pueden acceder todos los usuarios que lo requieran y estén vinculados a esta institución”.

- En cuanto a salud mental mencionan “Se brinda atención en salud mental, según las necesidades que se visualizan, pero más que todo manejamos la parte administrativa”, también se suele limitar solo a tratamiento psiquiátrico.

Cuando se indaga por otras instituciones se reconocen algunas de ellas y sus funciones.

- De su forma de operar expresan:

“Ofrecemos una red de servicios, se brinda psicología en el 2 nivel remitiendo al Hospital, por ejemplo cuando hay maltrato el médico valora (físico) y luego se remite al hospital en donde prestan el servicio”

“Canalizamos y hacemos promoción y prevención en eventos de salud mental”.

- En cuanto a los fenómenos específicos de salud mental manifiesta:

“En cuanto a SPA hacemos promoción, prevención, tratamiento, reparación, y visita domiciliaria, ya lo que es vigilancia y gestión integral se hace desde Neiva”

“Para intentos de suicidio y violencia intrafamiliar hacemos prevención, tratamiento, reparación, vigilancia, gestión integral, acompañamiento psicosocial y visita domiciliaria”
“Brindamos información en folletos, hacemos visita domiciliaria, brindamos charlas educativas en cuanto a violencia intrafamiliar y suicidios, orientamos los grupos sobre a donde se pueden dirigir, además también brindamos información sobre el tabaquismo a través de carteleros y folletos”

Luego de dar cumplimiento los objetivos, se responsabiliza a Viseth Rosario Velásquez promotora de salud como la persona que asistirá a los encuentros y se encargara de informar y comunicar.

PARTICIPANTES: Leidy Yurani Paladines - Alexander Revelo Soto

INSTITUCIÓN: EMCOSALUD IPS

LOGROS/RESULTADOS

Se comunica a la funcionaria que atiende el motivo de la visita, ella remite a la persona que considera idónea para brindar esta información. El doctor Jesús Castro coordinador médico nos recibe muy amablemente, le damos a conocer la propuesta de red, se muestra muy interesado y presto a suministrar la información que necesitamos con gran seguridad.

- Cuando habla de la historia nos expresa:

“Es una institución que presta sus servicios a los educadores (docentes-usuarios) es decir presta un servicio de régimen especial, nació como asociación tiene una amplia cobertura, (fidiusaria) actualmente ha cambiado pues se ha asociado al Tolima, Cundinamarca y Putumayo”.

- En cuanto al clima organizacional “se han establecido límites y protocolos, se brinda atención al personal, se inculcan valores como el respeto, compañerismo, responsabilidad, y solidaridad, así como también tenemos un equipo de trabajo ideal, empleamos una comunicación inmediata y somos flexibles, por ejemplo cuando los empleados necesitan un permiso y al mismo tiempo así como se es flexible se exige calidad en el cumplimiento de las funciones, como un equipo de trabajo ideal”.

-En cuanto a normatividad, reconoce como obligación “la atención en salud integral, bajo el régimen contributivo especial ley 100”, también menciono unos “pliegos de petición”; en cuanto a la accesibilidad “tienen accesos los maestros Sudbeneficiarios”.

- En cuanto a la forma de operar “nuestra sede central está en Neiva, en Pitalito y otros municipios esta contratados con las ESE”.

Se reconoce que está muy bien capacitado e informado, refleja seguridad, aunque a la hora de suministrar información baja su mirada, y contesta rápidamente en su afán de salir a una reunión.

En lo concerniente a salud mental manifiesta:

“Contamos con psicólogo en nuestra sede, el procedimiento se realiza cuando el médico evalúa el paciente en situaciones donde se evidencia eventos de salud mental entonces se deriva al psicólogo”

“Los casos de psiquiatría se remiten a Neiva, en donde existen equipos multidisciplinarios que cuentan con diferentes profesionales en donde se captura y se hace el respectivo seguimiento”.

“Cualquier situación de promoción y prevención se deriva al psicólogo que atiende y que está contratado en nuestra institución”.

Luego de dar cumplimiento a los objetivos, se acuerda que el responsable es el Doctor Jesús Castro a quien debe ir dirigido el oficio.

PARTICIPANTES: Leidy Yurani Paladines - Alexander Revelo Soto
INSTITUCIÓN: Nueva EPS
LOGROS/RESULTADOS
<p>Se comunica a la funcionaria Amanda Patricia Cerón (secretaria) el objetivo de la visita. Ella se muestra muy amable.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En cuanto a la historia pronuncia: “Esta institución viene de una trayectoria iniciada en el antiguo seguro social, se nombra como Nueva EPS el 1 de agosto del 2008”, añade “en la revista semana ocupamos el puesto No 23, es una de las mejores empresas”. Desconoce al manual de funciones y nombra solo una parte de la misión. - En lo que concierne al clima organizacional menciona: “las relaciones interpersonales pues hasta el momento las manejamos muy bien, no hemos tenido inconveniente, somos 3 funcionarios los que hacemos parte de esta sede”. - En la normatividad que rige la institución se expresó: “la ley 100 - el POS”, “como institución estamos obligados con respecto a la norma a prestar servicios ante estos eventos”. - Dentro de lo “lenguajeado” por la funcionaria se encontró: <ul style="list-style-type: none"> “la nueva EPS realiza las autorizaciones desde Bogotá más que desde Neiva, los que se benefician son directamente los usuarios y su núcleo familiar y se cancela una cuota moderadora de \$ 2.200 esto depende del rango” “manejamos más que todo la parte administrativa” “hasta el momento solo se presentó 1 caso de violación”. “No existen programas en salud mental”. - En cuanto a los servicios en fenómenos específicos de salud mental se encontró: <ul style="list-style-type: none"> “No contamos con servicios de psicología dentro de la institución; los casos se mandan a la ESE o en otras ocasiones a Neiva”.

“Brindamos información por medio de folletos por ejemplo en el caso de lactancia materna”.

“hacemos promoción y la jefe de enfermería se encarga de la vigilancia a los casos de violencia intrafamiliar, teniendo en cuenta la medida en que este dentro del POS”

“Se suministra información a través del medio radial, televisivo, y electrónico, se hace acompañamiento a Secretaria de salud y E.S.E Municipal Manuel Castro Tovar en promoción y se realizan visitas domiciliarias en violencia intrafamiliar”

“Para SPA, intentos de suicidio, y violencia intrafamiliar se hace desde la E.S.E promoción y prevención; desde Neiva gestión integral, así como también se hace tratamiento, reparación, vigilancia, acompañamiento psicosocial y vista domiciliaria”

Luego de dar cumplimiento a los objetivos la funcionaria dice que la persona idónea para asistir es la Doctora Sisneth Rojas coordinadora encargada.

PARTICIPANTES: Leidy Yurani Paladines - Alexander Revelo Soto

INSTITUCIÓN: Coomeva EPS (Cooperativa de Medico Vallunos)

LOGROS/RESULTADOS

Se comunica a la funcionaria que atiende, el motivo de la visita. Jessica Murcia atiende de manera muy cordial, ante la socialización de la propuesta de red ella se muestra muy interesada. En cuanto a ubicación de la institución no existe un aviso grande que permita visibilizar con más facilidad la institución.

En cuanto a información organizacional se encontró que no está visible la misión y visión, no tiene conocimiento sobre la normatividad y al mismo tiempo no tiene claridad sobre la misión, visión, aunque es de tener en cuenta que es nueva (Consulta libro). Muestra gran interés por “aportar y apoyar a quienes estén pasando por cualquiera de los eventos en salud mental”.

En cuanto a historia “nació en el Valle del Cauca” y en lo concerniente a clima organizacional “no interactúo con la otra funcionaria porque ella pasa la mayor parte de su tiempo en la calle cumpliendo con otras funciones y llega en horas de la tarde 5:00 PM, por lo que no interactuamos mucho.

Cuando se habla de salud mental ella expresa: “No tengo acceso directo con la persona que pueda presentar algún caso, pues es el médico quien ve si hay necesidad de que el paciente sea orientado por un psicólogo o no; excepto cuando la persona viene y me comenta su caso por ejemplo: hubo un caso de anorexia en donde remití a la joven a psicología pero esta persona no acudió, entonces es muy difícil que una persona venga a mí y me cuente por lo que está pasando pues en la mayoría de casos vienen a otras cosas”

En lo que concierne a los fenómenos de salud mental se encuentro según lo “lenguajeado” por la funcionaria:

“En los casos de eventos de salud mental, no sabemos qué hacer”, “IEC no se hace”, “como auxiliar integral solo identifico y notifico”.

“Cuando se presentan eventos de salud mental como hay convenio con el Hospital se lleva el proceso al psicólogo”

“Para violencia intrafamiliar y intentos de suicidio se hace tratamiento, reparación, vigilancia, gestión integral, acompañamiento psicosocial y visita domiciliaria”

“Para SPA se hace tratamiento, reparación, acompañamiento psicosocial y visita domiciliaria, ya vigilancia se hace en Neiva”

“En cuanto al SPA, tenemos el programa de control del joven hacemos acompañamiento psicosocial y visitas domiciliarias, en violencia intrafamiliar, se remite, se hacen visitas domiciliarias, seguimiento y vigilancia”

Se invita a la funcionaria a hacer parte de la red y al mismo tiempo que la persona encargada de asistir se encargue de difundir la información dentro de toda la organización. Se acuerda que quien asistirá a los encuentros es ella misma, pues es quien “cumple con todas las funciones”.

Diarios de campo encuentros con profesional de la salud, elaboración de rutas

OTROS ENCUENTROS DEL EQUIPO EJECUTOR EN LA PARTICIPACION DE OTRAS REUNIONES.
FECHA: 2012 - 2013
PARTICIPANTES: Pablo Andrés Rojas, Magda Lorena Orozco, Leidy Yurani Paladines.
LOGROS/RESULTADOS
<p>En el concejo de política social se conoció uno de los programas que se lideran desde el I.C.B.F, el cual se denomina trabajar es cosa de grandes. Al mismo tiempo que las EPS deben brindar alimentación, protección y tratamiento a las víctimas de violencia intrafamiliar según la normatividad.</p> <p>En el cove es decir el comité de vigilancia epidemiológica realizado el 25 de febrero del 2013 se encontró que los docentes con función orientadora manifestaron desconocer los protocolos de atención en salud mental. También se encontró según lo expresado por la psicoorientadora del colegio departamental que su función como psicoorientadores era de asesoría más no de tratamiento, ni terapéutica.</p> <p>En los encuentros con el doctor James López Ruiz funcionario de la secretaria de salud, este expreso: “la capacidad de respuesta de las EPS especialmente, no solo es institucional sino también comunitaria, escolar, laboral. Etc... ¿qué pasa con la comunidad?...la educación es la respuesta”</p> <p>“Los estándares de calidad son eficacia, eficiencia y efectividad”.</p> <p>El veedor de salud, menciona “ojala sea efectivo lo de la red”.</p> <p>“El observatorio de salud mental lo conocen las instituciones pero no se ejecuta”.</p> <p>“La política cambia y no hay continuidad en los programas”.</p> <p>“Por la falta de prevención se está llenando la sala de urgencias”.</p>

“Es necesario capacitar a porteros, celadores, personal de facturación, para que sepan a donde enviar los casos...y medir la capacidad de aprendizaje y atención”.

“Se necesitan psicólogos, no se necesita ser profesional para ser psicólogo”.

“La problemática de atención es muy grande”.

“No hay capacidad instalada en las IPS y por eso no hay buena atención”.

“Es necesario que cada institución defina como esta frente a la atención de salud mental”.

“Muchas veces la problemática en cuanto al personal es el sistema de contratación laboral”.

“La EPS no hacen plan de intervención al usuario pero debe hacerlo. Esto lo dice la ley. Decreto 1011”

“Las EPS dicen mi problema es de 2 y 3 nivel, allí es donde se gastan la plata ¿y entonces el nivel 1 qué?”

“A urgencias están llegando cosas que son estrictamente de prevención”.

“Un factor de riesgo tiene otro y otro hasta llegar a la base del problema”.

“No existe estadística pero todo está llegando a urgencias y urgencias es de II nivel”.

“El médico general se encuadra en lo físico, capacitado no está”.

“El medico en la epicrisis de urgencias va a escribir lo que él considera o cree, no está capacitado”.

“La realidad es donde nos ha metido este sistema neoliberal, la salud está en sentido de privatización, creando intermediarios como son las EPS, con todo el poder de hacer lo que quieren, el ministerio manda plata a entes territoriales y estos contratan a las IPS...tratan de sobrevivir a través de una contratación y una facturación para brindar una red de servicios”.

“Un sistema es una estructura en acción. A los médicos se les está olvidando lo que tienen que hacer, el plato sucio se lo echan al psicólogo, pues le echan la culpa de que el paciente no se tome los medicamentos”.

“Es importante educar a los médicos generales para que sepan detectar cualquier tipo de violencia y orienten al psicólogo”.

“Todas las instituciones no están haciendo prevención esperan que las personas lleguen muertas para atenderlos”.

Diarios de campo encuentros



En seguida se encuentra información consignada en diarios de campo de cada uno de los encuentros que fueron realizados durante la conformación y movilización de la red. (Ver anexo 1 guía actividades para los encuentros).

1 ENCUENTRO DEL EQUIPO EJECUTOR	
FECHA: Octubre 19 de 2012	
PARTICIPANTES: Pablo Andrés Rojas, Magda Lorena Orozco, Leidy Yurani Paladines, Alexander Revelo Soto	
Objetivo: socializar la situación en salud mental según diagnóstico elaborado y sensibilizar entorno al rescate de la responsabilidad social.	
Objetivos específicos: Sensibilizar al equipo ejecutor frente al tema de responsabilidad social respecto a los fenómenos sociales de salud mental. Exponer las generalidades de red institucional y sus características. Dar a conocer la funcionalidad de la red operativa institucional “Redescubrir” (fases).	
Material de apoyo: Audiovisual, diapositivas	
LOGROS/RESULTADOS	
<i>Presentación del equipo interventor:</i>	
La doctora Yuliana Karoli Reyes psicóloga externa del proceso académico y líder del programa de salud mental en La E.S.E Municipal Manuel Castro Tovar del Municipio de Pitalito hace una breve presentación de los interventores de psicología estudiantes de la Universidad Nacional Abierta y A Distancia UNAD y habla un poco sobre lo que se quiere lograr con este encuentro.	
Actividad 1: realización de la dinámica: “el carrusel: Se inicia con un ejercicio lúdico para romper el hielo con todos los asistentes y en medio de cada actividad se hace una serie de preguntas, a manera de introducción en el tema, tales como: Diga su nombre y la institución a la que representa. Comente su labor en la institución. Diga lo que más le gusta de la institución que representa.	Cada participante interactuaba con su compañero(a) y compartían las respuestas a estas preguntas, generando una relación de confianza. Como conclusión de esta actividad, los mismos funcionarios afirmaron que desconocían las actividades y responsabilidades que las otras instituciones tenían frente a la atención de los fenómenos en salud mental.

<p>Cómo ve su institución dentro de 5 años. Comente cómo ve usted la situación actual de salud mental. Como usuario que le gustaría que cambiara en la atención en salud mental. Dígale un piropo a su compañero resaltando una cualidad.</p>	
<p><i>Sensibilización sobre responsabilidad social.</i></p>	<p>Se hace una reflexión, se sensibiliza y concientiza sobre la responsabilidad social.</p>
<p><i>Socialización de diagnóstico de salud mental (por qué están allí y como está la problemática en salud mental en Pitalito).</i></p>	<p>Se realiza una socialización sobre la panorámica por la cual atraviesa el Municipio en cuanto a salud mental y las graves consecuencias que deja el no brindar una atención integral desde un trabajo articulado.</p>
<p><i>Socialización de la propuesta de red (fases del proceso)</i></p>	<p>Los temas que fueron tratados son: Que es una red. Importancia de la Red. Que es una institución. Que es una red de apoyo institucional. En qué consiste la propuesta. Cuál es el objetivo de la propuesta. Como está organizada. Que surge de todo este proceso. (Manual). Finaliza este momento con una reflexión.</p>
<p><i>Breve explicación sobre el marco legal.</i></p>	<p>Se da una corta explicación sobre el marco legal que rige la propuesta del trabajo en red, es decir el Decreto 3039.</p>
<p><i>Debate, varios, compromisos, acuerdos, y tareas asignadas para el próximo encuentro.</i> Se da inicio a la discusión, aportes y demás que quieran hacer todos los delegados de las instituciones.</p> <p>Inicia la Doctora Amparo Trujillo Vargas Comisaria de familia expresando “No es fácil salir mal y llegar a la parte donde cree uno que lo pueden ayudar y terminar peor sin encontrar una salida, por lo que considero importante la ruta de atención”, “hay desmotivación y muchos funcionarios trabajan por necesidad y un salario”, “no se dan cuenta que las personas que llegan a solicitar atención son maltratadas y llegan a la parte donde creen le pueden ayudar y se encuentran con una pared”, “no se está direccionando correctamente a los usuarios, porque no se tiene claridad sobre a donde dirigirlos”.</p>	

Agrega “cada institución debe tener claro su portafolio de servicios”, “la ley se tiene que cumplir”.

Nos recomienda que “como red es importante que se articulen todas las instituciones y que dentro de todas estas también exista una red para cuando la persona llegue se dirija y encuentre orientación”, “de esta manera se direcciona al lado donde le pueden brindar atención”, “claro está si se tiene claro a donde se debe dirigir”.

“Es importante aclarar al usuario(a) que no se le da solución a su problema si no que poco a poco se puede orientar y ayudar a salir de estos eventos”, “para esto debe haber compromiso”.

En cuanto a la propuesta de red manifiesta: “considero viable la conformación de la red, pero debería de realizarse un encuentro con todas las cabezas visibles de cada institución”. “Cada quien tiene su propia posición, maneja sus aspectos y su portafolio de servicios”.

Además menciona la importancia de que este proceso se haga en otros municipios.

Interrumpe, Sandra Milena fiscal de infancia y adolescencia muestra interés en apoyar esta red, sin embargo pronuncia “siempre se hacen reuniones pero de ahí no pasa, no avanza, y no se construye”

También aclara que la fiscalía no hace prevención, sino que son acusadores, señala que “se están descargando muchas cosas; funciones que a nosotros no nos corresponden”.

En cuanto al trabajo en red menciona “una red se debe personalizar, porque hasta el celador decide en ocasiones a quien se le preste atención”.

En lo concerniente a la atención refiere “se le debe brindar acompañamiento a la víctima sin excepción alguna”, “no porque viene con la Doctora tal, sino porque es un ser humano y merece respeto, además que es un compromiso moral y legal”.

“Por ejemplo el programa Haz Paz como compromiso de por vida”.

Para la red propone “se debe tener un esquema, en donde firmen los gerentes o jefes directos que se comprometan a actuar, para esto se hace necesario vincular a la policía”, “propongo que para la próxima reunión se ponga un sello de autoridad, que obligue a las instituciones a vincularse”, “no es si quiero tiene”.

Reitera la necesidad de que “entre todos nos apoyemos, pues cualquiera de nosotros puede ser la víctima”, “porque nadie está exento a caer o que nuestra familia caiga en cualquiera de estos fenómenos”.

Recalca que “se debe realizar un acuerdo con las cabezas visibles”.

Luego agradece por el compromiso que hemos adquirido con esta propuesta en el Municipio.

- Nuevamente la comisaria Amparo Trujillo menciona que “no se debe esperar hasta que ellos quieran colaborar, se debe participar de manera activa”, “la asistencia no debe ser

delegable, porque en varias oportunidades mandan personas que no saben y desconocen del tema”.

“Me parece que es importante que se construya un equipo con relación a los eventos, como teatro, títeres, y actividades que también se realicen para los funcionarios de las instituciones como una posibilidad de cambiar de ambiente y de descanso para enfrentar las emociones fuertes producto del estrés laboral, aprovechando la red para esto”.

“Es importante invitar a los medios de comunicación, a los periodistas que nos ayuden a difundir nuestro trabajo, puesto que ellos ejercen el control social”.

- Los interventores exponen que información llevaría el manual, así como se pide la colaboración en facilitar documentos, normas legales y portafolio de servicios.

- La Comisaria Amparo Trujillo menciona “el decreto 029, manual de convivencia, políticas públicas del Municipio de Pitalito”.

- Entra a interactuar la doctora Alejandra Valderrama se muestra muy motivada “el ejército sería el mayor beneficiario”, “el ejército se queda corto, somos muy ignorantes en procesos de donde orientar a la persona por que siempre se tienden a centralizar, y las únicas instituciones con las que trabajamos son la E.S.E Manuel Castro Tovar, Hospital y Neiva”, “el batallón es hermético, no se da cuenta de su alrededor”, “nos quedamos cortos y las familias quedan insatisfechas”, “hemos encontrado casos de personas con escasos recursos, que no han recibido educación y son analfabetas que se ven obligados a prestar servicio así no quieren”, “el ejército debe estar organizado”.

- Por su parte la doctora Sandra Milena Claros fiscal menciona “es obligación que todas las instituciones nos fortalezcamos, tenemos un mandato legal, es nuestra obligación como ciudadanos”, “las instituciones debemos brillar, así esté cambiando de funcionarios, el proceso se debe seguir”.

“Nos sentimos honrados por el beneficio que se dará a la comunidad por parte de ustedes que han asumido con responsabilidad y liderazgo este proceso, pues esto se tomara como ejemplo y modelo para otros municipios”, “se debe tener en cuenta que no todos los funcionarios tienen el perfil”, “se debe tener igualdad, así como se atiende a un profesional, de la misma forma se debe atender a una persona del común”.

Menciona “se deben tener personas bien capacitadas”, “pues un saludo puede salvar la vida de una persona y una palabra puede evitar un maltrato”.

- Participa la Doctora Sonia Mosquera del I.C.B.F “se debe conocer el organigrama de cada institución para saber a quién contactar o con quien me puedo dirigir”, “pues nosotros no tenemos ni voz ni voto”, “es la coordinadora quien nos dice en que momentos podemos participar en la prevención con el trabajo que aporta a la red como tal”, “nosotros trabajamos en el eje de prevención directa a los usuarios”.

-Alexander Torres funcionario de departamento humano de la Defensa Civil menciona “al igual que los bomberos llevamos muy poco tiempo integrando la parte de salud mental, nos encontramos con problemáticas como prostitución, alfabetismo, pero antes que todo debemos ver como se está manejando la salud mental”, “por ejemplo en Isnos se realiza solo un censo de damnificados, pero no se revisan los daños ocasionados en la parte mental”.

“porque en ocasiones los psicólogos están de vacaciones y no se encuentran disponibles para atender un evento que se presente”.

-Por su parte José Reinel Samboni representante del Cuerpo de Bomberos menciona “hicimos parte importante de la línea amiga en su inicio, pero fallo, nosotros hacíamos la atención directa con el paciente, pero tuvimos problemas con el psicólogo porque en ocasiones no se encontraba o era un domingo y no se podía interrumpir su día de descanso”. “Es importante que se nos capacite, sobre qué debemos hacer en estos casos, en primeros auxilios, que hacer, como orientarlo a apoyo psicológico”. “Por ejemplo: la familia de Isnos que sufrió una calamidad, hasta el momento no ha recibido apoyo psicológico”.

-Interactúa la Doctora Marleny Benavides de la fiscalía “estoy de acuerdo con la tarea y el compromiso de ustedes, creería que deberíamos de colocar conductos regulares directamente al gerente oficial, dirigiéndose directamente a la cabeza y averiguar que están haciendo y en qué forma lo están haciendo”, “se han hecho muchos avances, es importante mirar las competencias de cada institución”.

-La agente municipal Eliana Yiseth Yasno representante de la EPS Solsalud manifiesta “en realidad nosotros no tenemos ni voz ni voto en la toma de decisiones, pues esto se hace más directamente con el gerente, porque desde nuestra función de agentes municipales eso se nos sale de las manos”, “pero estamos a su disposición y prestas a colaborar en lo que necesiten”.

-Finalmente la Doctora Yuliana psicóloga externa del proceso recuerda “el compromiso y la responsabilidad que deben tener cada una de las instituciones, como obligación y responsabilidad social”.

-Se dan los agradecimientos a todos los asistentes al 1 encuentro y se invita a un próximo encuentro del cual aún no se define la fecha.

2 ENCUESTRO DEL EQUIPO EJECUTOR

FECHA: Noviembre 19 de 2012

PARTICIPANTES: Pablo Andrés Rojas, Magda Lorena Orozco, Leidy Yurani Paladines, Alexander Revelo Soto

OBJETIVO: ofrecer desde la red, capacitación en la temática de trabajo en equipo con mentalidad de red para la atención de los fenómenos de salud mental.

Material de apoyo: Audiovisual, diapositivas

LOGROS/RESULTADOS



<p><i>Video vuelo de gansos.</i></p> <p><i>Historia de las herramientas.</i></p>	<p>Se inicia con el video #1:http://www.youtube.com/watch?v=X_MKgUU9vKE</p> <p>Se hace una reflexión y se muestran unas diapositivas que representan el vuelo de los gansos y la historia de las herramientas.</p> <p>“Bueno, ustedes ya conocen o creo que en su mayoría han escuchado hablar de la historia de cómo los gansos vuelan en v para apoyarse, y demuestran el trabajo en equipo, también creo que han escuchado la historia de las herramientas que discuten por quién es el primero y al final descubren que todos son importantes porque conjuntamente logran hacer un hermoso mueble”.</p> <p>“Ya todos conocemos y hemos hablado de trabajar en equipo y cuando vemos estos videos de ayuda y colaboración mutua que inmediatamente se asocian al trabajo en equipo hasta nos sale la lagrima y todo, nos conmovemos y las fibras más íntimas de nuestro ser son tocadas y tomamos la decisión de ser determinados y empezar a trabajar en equipo; pero resulta y he aquí el gran punto que queremos tocar, que esa sensación que nos producen todas estas charlas, historias, videos toca solamente nuestra fibra emocional, nuestras emociones, y como ustedes lo saben las emociones no son confiables, las emociones son de muy corta duración, porque generalmente terminan, cuando el estímulo que las provoca, desaparece”</p> <p>“Etimológicamente, el término emoción significa el impulso que induce la acción, en psicología se define como aquel sentimiento o percepción de los elementos y relaciones de la realidad o la imaginación, que se expresa físicamente mediante alguna función fisiológica como reacciones faciales o pulso cardíaco, e incluye reacciones de conducta como la agresividad, el llanto”, “las emociones ayudan a identificar diferentes aspectos de las situaciones que estamos viviendo, que pueden pasar desapercibidos a nuestra consciencia, permiten conocerse uno mismo y ayudan a relacionarnos con los que nos rodean”.</p> <p>“Entonces, salimos muy motivados y decididos trabajar en equipo pero cuando llegamos al campo de acción, dígame el colegio, el trabajo, la empresa y en este caso la institución, toda esa fuerza, esa energía y toda esa decisión ufffffffff desaparece ¿por qué? porque esas emociones no han sido procesadas por un nivel de razonamiento, y además porque todo aquello que me hablaron de trabajo en equipo es solo una parte de lo que aquello realmente implica”.</p> <p>“Me voy a explicar mejor, la persona sale de un taller sobre trabajo en equipo, sale muy motivado a trabajar, a poner de su parte, a hacer el esfuerzo de si hay que caminar una milla, él está dispuesto a caminar dos, pero resulta que cuando llega a su lugar de acción se encuentra con infinidad de situaciones que no se consideraron en tales charlas y entonces todo ese entusiasmo se va al piso y es que mis respetados actores / ejecutores trabajar en equipo es mucho más que hacer las cosas juntos, eso es bonito, es hermoso en realidad el hecho de que a ver todos a recoger las sillas, todos vamos a limpiar la casa, a ver vamos todos a mover este obstáculo,</p>
--	---

	<p>ahhhhhhhhhh eso es bello pero no lo es todo, eso es una mínima parte de lo que significa trabajar en equipo”.</p> <p>“Y hoy nuestro objetivo es salirnos de este encuadre en que por nuestra necesidad emocional hemos vivido y queremos que a partir de este encuentro esas emociones provocadas porque obviamente se van a provocar sean las herramientas para empezar a pensar en red, es decir a pensar de manera diferente”.</p>
<p><i>Que es un grupo y que es un equipo.</i></p> <p><i>Que es el trabajo en equipo.</i></p> <p><i>Cuáles son los factores que favorecen y que obstaculizan.</i></p>	<p>“Vamos a empezar por decir que no es lo mismo trabajo en grupo que trabajo en equipo; alguno me puede dar un ejemplo de las diferencias que existen entre uno y otro? hoy eso todos los vamos a tener muy claro”.</p> <p>“Desde que nacemos estamos en un grupo, mama-bebe, primer triangulo: la familia, la escuela, los amigos, etc. y desde la filogénesis desde tiempos remotos el ser humano se agrupa: pre histórico, revolución industrial, revolución tecnológica, etc”</p> <p>“En este sentido y entendiendo que nosotros estamos hablando y queriéndonos movilizar como red, y que red simplemente es una manera diferente de pensar, vamos a considerar algunos elementos que nos permiten ubicarnos en la comprensión más holística del concepto de trabajo en equipo”.</p> <p>Hablar de red, es hablar de vínculos, es hablar de trabajo en equipo o trabajo en grupo? Ustedes que piensan? Heloisa H Primavera que es una de las autoras citadas por Denise Najmanovich y Dabas, en el libro la red: el lenguaje de los vínculos sostiene que el vínculo de las redes siempre será lo que se quiera. Nada es obligatorio ni forzoso. Todo es posible. En las redes siempre están los que tienen que hacer parte y los quieren hacer parte. Haciendo referencia a dos cosas supremamente importante: la de la obediencia y la del compromiso. “En este sentido, queremos hacer un alto y exponer nuestra intención por sacar adelante este proyecto, esta es una de esas propuestas que mueven los más profundos deseos por hacer parte de aquellos actores obsesivos por cambiar el mundo. Ilusos, soñadores, no importa cómo nos llamen, nunca seremos lo que no somos, así los demás digan muchas cosas, y nos negamos rotundamente a caer en el círculo vicioso de padrinos políticos para poder ejercer y para poder hacer un trabajo de calidad. Por ello, estamos dispuestos a trabajar conjuntamente con quienes estén dispuestos a pensar de un modo diferente, a pensar en trabajo en equipo, dejando prejuicios y actitudes que solamente dejan ver el egoísmo en el que el sistema nos ha envuelto”.</p> <p>Según el equipo Inspectorial de Comunicación Inspectoría San Francisco de Sales Buenos Aires – Argentina (ABA), el proyecto “Trabajo en equipo con mentalidad de red” se enmarca en el proceso de investigación, reflexión, acción y evaluación (IRAE) señalado como opción de identidad institucional.</p> <p>Es cierto que el concepto de trabajo en equipo no es nuevo para las ciencias que el comportamiento de las organizaciones. Sin embargo el modo de entender qué significa el trabajo en equipo ha evolucionado, pasando de una</p>

visión meramente instrumental a otra en la que lo que realmente importa no es tanto el equipo de trabajo sino el aprendizaje en equipo.

Este aprendizaje se convierte en el pilar de la mentalidad de red y la cultura de trabajo en equipo. El estadounidense Peter Senge, experto en “aprendizaje organizacional”, habla de capturar la esencia de la dinámica de los grupos humanos, su “alineamiento”. Este “funcionar como una totalidad” permite, a su vez, afinar la capacidad del equipo para pensar y actuar sinérgicamente, en plena coordinación y con sentido de unidad. Para visualizar esta idea podríamos echar mano a una analogía entre la dinámica de los equipos de trabajo y el cuerpo humano. Así, la “química” de los integrantes de un equipo de trabajo debe tener su fundamento en la capacidad de alineación de los miembros del equipo, que no es otra cosa que “pensar con la misma cabeza”, como sucede con el cuerpo humano, cuyas diferentes partes están integradas en un mismo organismo y actúan coordinadamente, a pesar de su diversa naturaleza y función a cumplir.

Seguimos hablando y enmarcando nuestra propuesta de conformación de red en trabajo en equipo con mentalidad de red y en este sentido podemos tomar lo que para José Luis Trechera Herrero, el trabajo en equipo significa, según este autor el trabajo en equipo es una herramienta, es talante (actitud) y talento (aptitud o habilidad). Trabajar en equipo no es sólo un estar juntos y que cada uno haga lo suyo. No es una mera suma de aportaciones individuales. Trabajar en equipo es un cuidado especial para realizar una actividad laboral y compartir un conjunto de valores. Es un espíritu que anima un modo de relacionar las personas que lo constituyen. Es un estilo que está basado en la confianza, la comunicación, la sinceridad, la responsabilidad, el compromiso. Es asumir el resultado de equipo como propio. Es planificar y realizar conjuntamente las tareas. Es solucionar los conflictos como una oportunidad de enriquecimiento mutuo, que conlleva una actitud de aprendizaje permanente. Es un talento y sobre todo un “talante”. Una actitud.

Es cierto que el concepto de trabajo en equipo no es nuevo para las ciencias que el comportamiento de las organizaciones. Sin embargo el modo de entender qué significa el trabajo en equipo ha evolucionado, pasando de una visión meramente instrumental a otra en la que lo que realmente importa no es tanto el equipo de trabajo sino el aprendizaje en equipo.

¿Qué significa trabajar con mentalidad de red?

Es difícil verbalizar, ya que el secreto de una red de sugerencias, no su tamaño, tiene que ver con el significado no basta una agenda de contactos.

La expresión “mentalidad de red” apunta a un crecimiento participativo y coherente precisamente en el “campo del equipo” en gestión. Para el diccionario, “red” significa “conjunto y trabazón de cosas que obran a favor de un fin”.

	<p>Parafraseando la explicación del diccionario, podemos inferir que “red” alude al conjunto de presencias con fuerte sentido de pertenencia distribuidas en varios lugares que responden aun mismo carisma teniendo como meta un mismo fin.</p> <p>Trabajo en equipo y mentalidad de red son estadios que comprometen la vida “El trabajo en equipo”, en resumen, significa llegar a captar la visión de un lugar en la vida y profundizarla. “Con mentalidad de red” significa comunicar a los cuatro vientos la vida descubierta y sumarla a la de otros que persiguen la misma inquietud.</p> <p>Es importante destacar que “equipo de trabajo” no es sinónimo de “grupo de trabajo”. Sin embargo, un grupo suele ser el primer eslabón en el proceso de evolución que puede experimentar un colectivo de trabajo con miras a convertirse en un equipo de trabajo con mentalidad de red.</p>
<p><i>Cierre.</i></p>	<p>Los participantes se muestran muy motivados y expresan sus agradecimientos por las actividades realizadas.</p> <p>Finalmente se establecen acuerdos sobre el próximo encuentro.</p>

3 ENCUENTRO DEL EQUIPO EJECUTOR

FECHA: Diciembre 23 de 2012

PARTICIPANTES: Pablo Andrés Rojas, Magda Lorena Orozco, Leidy Yurani Paladines, Alexander Revelo Soto

OBJETIVO: Socializar los servicios y competencias institucionales para visibilizar la capacidad de respuesta institucional y dar inicio a la construcción de la ruta integral operativa frente a los fenómenos de salud mental.

Material de apoyo: Audiovisual, diapositivas

LOGROS/RESULTADOS

Saludo y bienvenida

Reflexión “Cualquier parecido con la realidad... Pura coincidencia”

- Se habla de la ficha de caracterización institucional de la cual se hace una breve explicación de su contenido el cual constara de 4 capítulos:



Información básica: cuadro de información básica de la institución (nombre de la institución, carácter, campos de acción, a que pertenece, dirección, teléfono, gerente o director, pagina web, correo electrónico, funcionario que entrega la información, cargo, representante de la red, teléfono de contacto).

Información organizacional: misión, visión, principios, normatividad (marco legal de la institución).

Información específica en salud mental: servicios referidos por el actor operador y según normatividad.

Recursos institucionales: cuadro de niveles de atención de fenómenos específicos de salud mental, recursos humanos y materiales.

- Socialización de la capacidad de respuesta institucional, a cargo de la defensa civil. Se procede a la socialización de competencias institucionales por parte del jefe de talento humano de la Defensa Civil Alexander Torres.

Entre lo “lenguajeado” por el actor operador se encontró.

“La línea de Acción de la defensa civil es la acción social humanitaria, recibimos Orientaciones dadas por el mayor y estamos articulados con la Cruz Roja y Bomberos, además de atender los desastres, brindamos nuestro apoyo a los damnificados”.

“Hemos sido capacitados en primeros auxilios psicológicos para brindar estos a las víctimas desde nuestra labor como rescatistas”, “Nosotros prestamos los primeros auxilios psicológicos como rescatistas, no importa si la persona está sucia, si el socorrista muestra repudio la persona no se va a sentir bien”

“Si se da el caso donde exista violencia intrafamiliar, es que me está pegando, le decimos que denuncie a la fiscalía”.

“En cuanto al personal de psicología hay dos psicólogos en el Huila que nos colaboran”.
“Hacemos orientación”.

- Interrumpe la Doctora Andrea Jaramillo del Hospital San Antonio de Pitalito preguntando si la defensa civil brindan atención psicológica.

A lo cual responde Alexander Torres “en psicología en el Municipio de Pitalito no contamos con atención inmediata, pero la defensa civil puede hacer el contacto”.

“En desastres, y en intentos de suicidio brindamos atención primaria, identificamos y prestamos los primeros auxilios, remitimos y llevamos”.

- Participa la doctora Piedad Pertuz del Hospital San Antonio de Pitalito “no podemos llamar una intervención a un caso por ejemplo en donde a un niño lo llevaron al hospital desnudo temblando, llamaron a policía de infancia y adolescencia pues los tres niños

eran abusados... eso fue una demora, lo llevaron para la casa y ahí estaba el abusador, era el papa, no sirvió de nada”.

- Dentro de este espacio se mencionó el programa DARE y la fundación PICACHOS y CHADAY.

Se habla de la necesidad de capacitar al actor operador(a) en primeros auxilios psicológicos para que estén en capacidad de escuchar a los usuario(as) y los orienten.

Se expone el tema de la emergencia social (todos aquellos que componen los fenómenos sociales). A la vez uno de los actores expone el caso de Nelson piquiña, “no teníamos donde enviarlo y no sabíamos que hacer”.

- La Doctora Piedad Pertuz menciona que con los casos que llegan de consumo de sustancias ella establece contacto con Chaday.

- Aporta la doctora Marleny Benavidez de la fiscalía de infancia y adolescencia “todo está muy claro, el código lo dice desde los 10 a los 14 años”, “llevamos a cabo el proceso de judicialización aunque también capacitamos y escuchamos a la persona (muestran responsabilidad social)”, “investigamos si es evidente que hay un caso de violencia”.

Se realizan algunos aportes para la elaboración de la ruta, con cambios y sugerencias de acuerdo a algunas leyes.

Se brinda un compartir.

Se establecen compromisos, acuerdos y varios: para el próximo encuentro será el Hospital quien socialice sus competencias.

Finaliza este encuentro con agradecimientos por la asistencia.

4 ENCUESTRO DEL EQUIPO EJECUTOR

FECHA: 3 de marzo del 2013

PARTICIPANTES: Pablo Andrés Rojas, Magda Lorena Orozco, Leidy Yurani Paladines.

Objetivo: socializar las competencias y servicios de cada una de las instituciones para visibilizar la capacidad de respuesta y construir la ruta integral operativa a los fenómenos de salud mental (continuación).

Material: Audiovisual, diapositivas

LOGROS/RESULTADOS





Se utiliza la misma dinámica del encuentro 3, implementándose la presentación de una obra de títeres sobre la red.

Luego se hace una breve presentación sobre el objetivo del encuentro.

Socialización de competencias por parte de la trabajadora social Piedad Pertuz del Hospital San Antonio de Pitalito.

Entre lo “lenguajeado” por la actora operadora se encontró:

Ella sensibiliza sobre “el compromiso que tenemos como seres humanos en calidad de servir”.

“No hay esa comprensión del personal que hay en Urgencias, nosotras como trabajadoras hacemos intervención, visitamos paciente a paciente para atenderlos porque son muchos los usuarios y muchas de estas personas necesitan ser escuchadas”.

“Por ejemplo una paciente la entraron a reanimación, le hicieron monitoreo el médico dijo pero si no tiene nada, la entre al consultorio y me cuenta que el marido tenía una cantidad de problemas, el tipo empieza a pelear con la persona la mandaba a dormir al beneficiadero; se llamó a la hija y se tomaron las precauciones”.

“Muchos de los problemas que yo he identificado están relacionados con violencia y maltrato y uno como profesional debe ayudar a evitarlos”

“En cuanto a la asistencia social recibo ropa que doy a las personas que lo necesitan”.

En lo concerniente a la violencia intrafamiliar y contra la mujer explica “es una problemática de dependencia, hay una ley que no he socializado aun en donde cualquier persona puede denunciar este tipo de violencias”.

“Por ejemplo llega una mujer a buscar ayuda a la comisaria, pero ella se miraba bien, fue a la policía y no le hicieron caso, luego el esposo la mato”.

“No se debe hacer solo lo del POS es necesario brindar una buena atención”.

“Otro caso fue el de una joven que atendí, a la que el novio intento matarla y luego el se mató, por lo tanto esta niña necesitaba de una atención inmediata”.

“Una de las situaciones es que a veces los médicos no piden apoyo del trabajador social es necesario que nosotros intervengamos en toda la familia”.

Interrumpe Amparo Trujillo “Internamente todos nos tenemos que reorganizar”.

“Muchas veces no se hace seguimiento en intentos de suicidios por que las personas no vuelven por que las EPS se demoran en dar las citas”.



“La atención psicológica es de urgencia, todo el que llegue a pedir ayuda debe ser atendido”. Aporta una de las funcionarias de las EPS “falta que se organice un grupo de psicólogos, a mí llegó un caso, me senté a hablar con la usuaria, la escuché y se fue para su casa, escuchando podemos ayudar”.

Continúa la Doctora Piedad “uno no necesita ser profesional para ayudar a alguien, lo que se necesita es escuchar a la persona”.

Añade el Doctor James López “solo hablamos y nos quedamos en tratamiento, pero que pasa con la promoción y la prevención”, “¿Las IPS se están preparando para hacer promoción y prevención?, no tenemos capacidad instalada por eso la población no está bien atendida”.

“Dentro de mi sensibilidad y atención puedo llegar a conversar, canalizar y orientar”.

La Jefe Esmeralda Fernández representante de saludcoop y cafosalud menciona “puedo orientar y canalizar, voy y lo llevo a donde la persona la que si lo debe atender”.

El Integrante del comité de drogas presente manifiesta “se debe hacer acompañamiento, no es que lo llevo, lo dejo allá y listo”.

-Aporta el Doctor James López “debemos tener en cuenta los cinco principios fundamentales la sensibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad”.

- El médico de emcosalud asistente Doctor Jesús Castro interviene (un poco indispuesto por los comentarios realizados acerca de la falta de notificación) “parte de la salud mental es respetar la labor del médico”.

“La capacidad instalada está muy limitada por ejemplo esta mañana un paciente psiquiátrico que llevaba 4 días se desató, dañó todo el aseo, el baño, etc”, “considero que es necesario abrir una unidad mental”.

“Todos en algún momento tenemos que ver con la salud mental, ante la ley 100 los médicos tenemos unos protocolos”.

Retoma la Doctora Piedad Pertuz “en el Hospital solo se está haciendo terapia psicológica para las embarazadas y ¿para los demás qué?”

Se hace una intervención por parte de uno de los facilitadores del proceso hablando de la red y de la importancia de trabajar con los recursos con los que se cuentan.

Inicia la socialización de las competencias institucionales por parte del Doctor Gerardo Cifuentes Psicólogo del Batallón:

“Debemos trabajar en equipo, con el objetivo de disminuir los trastornos de la salud mental, creando conciencia en los líderes, brindando talleres de tipo educativo, haciendo promoción y prevención”.

“En cuanto a nuestras competencias manejamos como proyecto temas como de vida, detección, autoesquemas, inteligencia emocional, afrontamiento de problemas, adaptación a la vida civil manejo del estrés, y enfermedades de transmisión sexual”.

Como aporte a las construcción de rutas de atención en los fenómenos de salud mental agrega el Doctor James López “se debe hacer no solo una ruta de atención si no de información”.

Finalmente se brinda un compartir y se programa el próximo encuentro.

5, 6, 7, 8 ENCUENTROS DEL EQUIPO EJECUTOR

FECHA: Abril, mayo, junio y julio del 2013

PARTICIPANTES: Pablo Andrés Rojas, Magda Lorena Orozco, Leidy Yurani Paladines.

Objetivo: socializar la propuesta de ruta de atención (flujograma), mesas de trabajo para irla ajustado según sugerencias de los actores operadores y entrega del primer borrador del manual operativo correspondiente al capítulo 1.

Material: Audiovisual, diapositivas

LOGROS/RESULTADOS

Saludo y bienvenida a cargo de Yuliana Karoli Reyes

Intervención de secretaria de salud Doctor James agradecimientos.

Explicación de cada una de las rutas de atención: se inicia la socialización de las rutas de atención (flujogramas), con el fin de hacerle cambios y correcciones durante los 4 encuentros realizados a través del aporte de todos los actores operadores que representan las instituciones.

-Se inicia con maltrato infantil:

El Secretario de salud Doctor Marco Aurelio Puentes aporta “debe existir un enlace entre el psicólogo del PIC, y cualquiera de los profesionales que ya han hecho la intervención, haciendo un seguimiento posterior a los procesos”.

Agrega la Doctora Luz Edith Beltrán funcionaria de la secretaria de salud “es necesario tener en cuenta los casos que se denuncian por teléfono, también se les debe hacer seguimiento”.

Continua el Secretario de salud “los psicólogos del PIC deben hacer atención pre y colectiva, evitando la revictimización”.

“Existen dificultades en la remisión a psiquiatría, siempre es necesario el primer nivel”

La Doctora Judith Martínez menciona “la línea vida que hace captación de los casos desde la E.S.E Municipal Manuel Castro Tovar”.

La doctora Socorro del I.C.B.F aclara que “no hay psicóloga clínica, hacemos solo restitución de derechos”

Se menciona la dificultad de las EPS en cuanto a que “no hay remisión y la existencia de problemas de esto al facturar”.

La doctora Diana Conde del Hospital San Antonio de Pitalito menciona “la importancia de que los usuarios(as) pasen por el médico legal para la judicialización del caso”. También alude al oficio petitorio y al II nivel de atención que ofrece la institución en cuanto a psicología.

El representante de la policía de infancia y adolescencia menciona “solo intervenimos si hay defensor de familia para poder ingresar a la casa de la víctima si esto se hace necesario, de lo contrario no lo podemos hacer”.

La comisaria de familia Amparo Trujillo expresa “el I.C.B.F debe también hacer restitución de derechos en psicología”.

La actitud del secretario Marco Aurelio Puentes muestra mucho compromiso al punto de proponer “no se debe pedir permiso a las EPS para brindar una atención psicológica ya que es algo inmediato, solo se debe notificar desde la IPS a la EPS a través de cualquier canal de comunicación...se debe decir a facturación y a urgencias que deben recibir al paciente, convirtiendo la salud mental en una Urgencia...lo que indica que la EPS debe cubrir estos gastos”.

-En violencia conyugal:

La comisaria Amparo Trujillo menciona: “el código 906 en el cual se establece que no es conciliable la violencia intrafamiliar, violencia conyugal más específicamente”.

“Cuando existe evidencia física, se debe remitir y tomar evidencia fotográfica con la firma del paciente...la fiscalía no recibe denuncias si no se lleva una medida de protección”.

“Ellos deben recibir a los usuarios sin necesidad de llevar una medida de protección... tienen que recibir porque es un delito”.

Aclara “entre nuestra competencia acogemos a los mayores de 14 años “.

Aporta “es muy importante que aparezca en la ruta una aclaración que diga que la fiscalía recibe denuncia es decir actúa en la parte penal para sancionar al agresor y comisaria de familia hacen restablecimiento”.

-En consumo de sustancias psicoactivas:

Se menciona un programa del I.C.B.F fundación FARI en el cual puede acceder un menor, si este acepta el servicio de rehabilitación pero este es en Neiva.

La Doctora Yuliana Karoli Reyes menciona “el centro de escucha brinda un tratamiento ambulatorio”.

-En intentos de suicidio:

La Doctora Judith Martínez del PIC menciona nuevamente “la línea vida es decir un seguimiento telefónico, en donde solo notifican intentos de suicidio, ideación no...no pueden dejar solo(a) al usuario(a)”.

Interviene el Doctor James López mencionando “la ley y el sistema dicen algo, pero en la realidad es otra”.

En el proceso de ajustes de la ruta de atención finalizando el proceso se menciona la modificación en las rutas teniendo en cuenta el acuerdo 032 (cubre todos los usuarios sin importar la edad) modificando el 029 (POS Y NO POS) con el que se había venido trabajando.

Se inicia nuevamente la socialización de las rutas con las sugerencias y aportes realizados del encuentro anteriorEl Doctor James López “no solamente es tener este flujograma, este tiene que ser dinámico, la idea es que se operativice...estas serían líneas gruesas de una ruta...todo influye en la información”.

“Como función de la secretaria está el manejar información y tener un gran responsabilidad con la salud”.

Un integrante del PIC menciona “el seguimiento lo debe hacer el PIC desde que inicia hasta que el proceso finaliza”.

Aporta la Doctora Judith Martínez integrante del PIC “cada semana recogemos los casos en la secretaria de salud”.

La Comisaria de familia “trabajamos con los casos que llegan desde la E.S.E Manuel Castro Tovar brindando acompañamiento terapéutico”.

Añade el Doctor Oscar Gaitán coordinador del centro de escucha “es importante tener el teléfono del contacto...nosotros como agentes hacemos la identificación del caso y hacemos acompañamiento desde el inicio hasta el final, tal como se visualiza en la ruta”.

“Dado el caso por ejemplo en donde “estoy siendo maltratado pero no quiero denunciar” pregunta “¿Qué puedo hacer? si el usuario no desea manifestarlo de manera legal, no activando la ruta como tal ¿podemos hacer acompañamiento?”

El Doctor James López aporta “la ruta debe ser dinámica, PIC debe retroalimentar todo el proceso de la ruta...no es lo vuelvo a ver cuando la persona viene, de resto no me preocupo por el paciente”

“Hay dos conceptos muy importantes como son: la búsqueda pasiva en donde el paciente me busca y la búsqueda activa en donde yo busco al paciente, es decir voy a la dirección o lo llamo”.

Uno de los facilitadores del proceso pregunta si se está de acuerdo con lo que hasta ahora se ha socializado y si como profesional se ubica dentro de la ruta.

A esto interviene la Doctora Natalia Ayerbe “las rutas podrían tener problemas pues tienen una puerta de entrada y podrían ser muchas ya sea el I.C.B.F, comisaria, etc...no se pueden imprimir varios afiches”.

A lo cual responde el Doctor James López “no me importa que lo entienda la comunidad, sino las instituciones, la comunidad siempre va, pregunta y sugiere pero las instituciones no tienen capacidad de respuesta institucional, nos marca la normatividad, el desorden lo tenemos las instituciones no la comunidad”

Interviene el secretario de salud “es importante hacer efectivas las rutas ya”.

Aporta uno de los facilitadores de la red, “de acuerdo a la operatividad debemos trabajar con lo que hay”.

La doctora Marleny Benavidez de fiscalía de infancia y adolescencia expresa “nosotros recibimos la denuncia con o sin evidencia física”. Hace algunas aclaraciones sobre los tipos de violencia sexual y aporta ciertas correcciones que debe ser tenida en cuenta para mejorar la ruta.

Con el fin de responder a la pregunta del Doctor Oscar Gaitán ella menciona “si la persona no denuncia de todas formas la EPS o la institución debe llevar un oficio para seguir con la investigación”.

Interrumpe el Doctor Gerardo Cifuentes del Batallón Magdalena, “hasta qué punto como profesional se puede llegar, teniendo en cuenta la confidencialidad de la intervención”.

A lo cual responde la Doctora Marleny Benavides la psicóloga(o) de fiscalía de infancia y adolescencia “se informa y se continúa la investigación... “aunque es ahí donde juega un papel importante la habilidad que tenga la persona para concientizar al usuario(a) de su bienestar y de que debe denunciar, por que como profesionales podemos impedir estos eventos”

“La institución que recepciona debe notificar a fiscalía y si veo que el caso se sale de mis manos debo decirle a otro profesional que le haga seguimiento”.

El doctor Oscar Gaitán expresa “es recomendable en vista de esto escribir en la historia clínica que la persona no desea que se coloque la denuncia sin embargo, se le ofrece ese acompañamiento psicosocial...debe quedar claro en esa historia que la persona no quiere denunciar para evitar una tragedia...esto es una posible solución”.

Interviene la Doctora Marleny Benavidez “la norma dice que debe denunciar, no quedarse callado porque le pueden hacer investigación si algo llega a suceder...es recomendable que el PIC haga acompañamiento concientizando a la víctima logrando que esta se sienta segura”.

Uno de los facilitadores menciona “la caja negra” teniendo en cuenta lo referido en días anteriores por la doctora Natalia Ayerbe. Pregunta si alguien la conoce (todos se ríen y se ven asombrados como si no la conocieran), si embargo uno de los actores operadores menciona “puede ser una que le dan a los médicos generales en los casos de abuso”.

Otra de las aclaraciones en los ajustes fue “el médico general puede tener la misma responsabilidad del médico legista los fines de semana y festivos en que este no atiende al público” Esmeralda Fernández.

Se continúan haciendo correcciones a la ruta.

La doctora Nelly Munar integrante del equipo PIC menciona “es importante involucrar a los psicoorientadores en el proceso”.

Se habla desde la secretaria de salud de la necesidad de crear un “UPGD es decir una unidad primaria generadora de datos”.

De la misma manera se menciona la necesidad de que “las EPS hagan contratación con psicólogos de aquí de Pitalito” y “de tener un hogar de paso en el Municipio de Pitalito para los casos de consumo de sustancias psicoactivas”. Se retoma la fundación FARO en donde se dice que el cupo es muy limitado y es para adolescentes entre 14 y 18 años, según aclaración de uno de los actores operadores.

“En intentos de suicidio se menciona una ley que castiga el omitir, hostigar, ayudar o inducir al mismo” por parte de unos de los facilitadores del proceso.

Se establecen acuerdos y nuevos cambios para la ruta, se dan agradecimientos por los valiosos aportes y finaliza el encuentro.

9 ENCUENTRO DEL EQUIPO EJECUTOR



FECHA: 1 de Agosto de 2013
PARTICIPANTES: Pablo Andrés Rojas, Magda Lorena Orozco, Leidy Yurani Paladines
Objetivo: capacitar en primeros auxilios psicológicos
Material de apoyo: Audiovisual, diapositivas.
LOGROS/RESULTADOS;
<p>Saludo y bienvenida Presentación del objetivo Video de sensibilización Aplicación prueba pre</p> <p>1 Tema: Una atención enmarcada en lo emocional y lo afectivo. Video de sensibilización</p> <p>2 Tema: Intervención en crisis.</p> <p>3 Tema: Primeros Auxilios Psicológicos (fenómenos específicos)</p> <p>Aplicación prueba pos</p>
<p>Evaluación del encuentro:</p> <p>Aporta el Doctor Oscar Gaitán “hay que tener mucho cuidado con el contacto físico, no hay que entrar de una con el contacto físico, por lo general no sea hace de manera directa, lo primero es la empatía, es mas en las primeras intervenciones no es recomendable. No es recomendado sino hasta después que haya una confianza con usuario. ..bueno se puede tocar el hombro de manera muy respetuosa pero sin tanta cercanía. Con los casos de abuso el contacto físico no se hace. Con las personas con consumo cuando ya se tenga una empatía, un conocimiento, confianza de pronto se le puede tocar el hombro, el brazo pero no más”.</p> <p>“El tema de las promesas, nunca debemos prometer... mire que yo le puedo colaborar, aquí es un asunto de la colaboración... ustedes mismos lo decían (se refiere a los interventores) el mismo sujeto, el mismo usuario va dando, a partir de la evaluación, de la generación de su problema y lo que él va viendo... ayudándole en la reflexión... orientándole en la problemática... generando los puntos conectivos, es decir, reestructurando la manera de ver el problema... y que él vaya buscando sus redes: familiares, sociales”.</p> <p>“Hay que tener escucha activa, orientada hacia el usuario”.</p> <p>“Lo importante, lo vital en una crisis, en una intervención, es preservar la vida, y lo que hacía el video hay que normalizar las acciones, a veces, decían ustedes, dejarlo gritar... hay que saber hasta dónde, porque el hecho de gritar también puede llevarlo a perder el control de la situación. Hay que controlar estas emociones para no alterarnos más. Hay que tratar</p>



que la persona... nivelar y no se desconsuele más... entonces hay que tenerlo calmado... mire siéntese...”

“La persona está llorando, por lo general, está totalmente agitado, no escucha, no piensa, están enfocados en el problema, es decir, estoy aquí y no veo salida, no hay por dónde. Entonces lo primero es calmar a la persona, un vaso de agua, vamos a caminar un ratito”.

Edwin de la EPS Confamiliar “¿Cómo hacer para uno no contagiarse al ver a otra persona mal? Que ejercicios, que recomendaciones... porque es que a mí me ha pasado que veo a alguien llorar, o algo así, y como que ese dolor se le trasmite a uno, y uno no puede lograr calmar a la otra persona porque uno también se pone mal ¿hay algún ejercicio para uno no dejarse afectar por el sentimiento de la otra persona? Es que para mí es difícil ver a alguien mal y uno no sentirme así, y para darle, fuera de eso, las fuerzas para que siga adelante”.

A lo que responde el Doctor Oscar Gaitán “sencillo, si usted tiene la capacidad de escuchar a la persona está bien... como la muchacha en el video: ¿qué hago? ¿Qué hago? ¿No sé qué hacer? Si uno no tiene la capacidad de afrontar la situación... por ejemplo yo no podría asistir a un accidente de tránsito porque a mí me afecta ver sangre, ver personas fracturadas... es muy difícil para mí... entonces no lo hago”.

Uno de los facilitadores del proceso expresa “si tú dices yo siento dolor, eso es algo positivo porque eso demuestra, de cierta manera, tu sensibilidad frente a la situación y muchas veces, José Ovejero, dice que muchas veces la sociedad... que tienen que pasar tantas cosas nuevas para de pronto mirar ese precipicio frente a lo que está pasando. Y él dice que las imágenes que nos proyectan día a día los medios de comunicación y normalmente el estándar de la comunidad colombiana es ver RCN y Caracol y tú ves las imágenes y nos han vuelto insensibles... las imágenes que nos proyecta no nos genera el poder hacer algo, no nos genera a nosotros tomar una actitud, hay paso algo, hay mataron a la bebe y no nos toca hacer nada... entonces eso es bueno ahora lo que hay que aprender es a canalizarlo y lo que dice el doctor es muy importante, si yo siento que no voy a poder aportarle, sino que de pronto voy a generar más confusión es mejor no. Pero yo te digo que la capacitación te da las herramientas para de pronto abordarlo y decirle, mira hay una salida y siempre mirando en que forma yo puedo canalizar esa situación para que esa persona se estabilice y se haga consciente también de la problemática que está viviendo y de esa manera poderlo derivar a otra institución” Magda Lorena Orozco.

La doctora Socorro Parra manifiesta “ampliando un poquito lo que dice Lorena, es que eso está bien porque esa es la razón de ser de nosotros en el usuario, y es que hay que tener en cuenta el usuario externo y el usuario interno que somos nosotros, de ahí la importancia que en el trabajo de nosotros tengamos unas pautas activas, por ejemplo, nosotros tenemos que cuidar nuestra salud mental, porque es que usted después de atender en un día 8, 7 personas con una problemática dolorosa, difícil usted termina como está el otro. Entonces también es saber manejar esa situación sin perder esa sensibilidad de la que habla Lorena. En el instituto hacemos esas pausas activas... trabajando uno por su salud mental teniendo esos espacios, porque es que de pronto uno en... o en nuestras ilusiones pero de llegar lo que le toca a uno pues es muy difícil. Yo tengo mis 18 o 20 personas que tengo que atender o hacerles la



visita y tengo que hacerlo y encontrar otra persona que nos releve va hacer muy complicado en la dinámica de nuestras instituciones... hay que hacerlo, yo tengo que hacerlo por eso la importancia de nosotros de cuidar nuestra salud mental ¿cierto?. Buscar esos espacios en la que podamos canalizar toda esa carga emocional porque es que nosotros también nos llevamos esa carga emocional con todo lo que oímos y tenemos que manejar. Y lo más importante es hacer esas pautas activas... 5 o 10 minutos más o menos cada 2 horas que esta uno ahí recibiendo todo el tiempo porque a nuestras instituciones nadie va a contar que se ganó la lotería, a nuestras instituciones todos llevan esas crisis que se nos hablaban aquí, entonces nosotros también debemos cuidarnos para no entrar en crisis”.

Vuelve e interfiere Magda Lorena facilitadora de la red “de ahí la importancia la respuesta directiva de las instituciones porque las instituciones tiene tanta responsabilidad con el usuario como con ustedes que son los que trabajan en las instituciones de ahí la importancia de las capacitaciones, de conocernos a nosotros mismos y saber hasta qué punto yo puedo dar, mirar como yo apporto, porque como dicen nadie da de lo que no tiene. Entonces que chévere James usted como representante de la secretaria de salud llera esa sugerencia... es responsabilizar a las instituciones de que capaciten a sus funcionarios y que se adelanten realmente jordanas de sensibilización humana, de desarrollo de autoestima, porque eso se va a reflejar en la atención”.

El doctor James López responde “este trabajo que vienen haciendo hacía mucha falta... y no solamente con el equipo de la secretaria de salud sino digámoslo así con el equipo total de la alcaldía y además con las reuniones que se tienen, por ejemplo, con los funcionarios de las EPS, con veedores y con otras reuniones que se tienen en otros espacios que maneja la secretaria de salud municipal. Pero ahí es donde vemos un problemita grande... que generalmente a estas reuniones asisten mandos medios, por ponerle mucho, porque las directivas generalmente no asisten. Es decir, entre comillas están muy ocupados y hay veces que a uno como mandos medios también está muy ocupado. Entonces el que va es el más inferior el que a la hora de la verdad no tiene poder de decisión, a ese no se le escucha, a es no vea sabe que hablemos después si va a socializar algo, o van los mandos medios a la directiva y ¡ah! es sobre tal reunión pero sabe que pasemos primero a otra que es de afán y eso más tardesito. Eso se va dilatando hasta el punto que no se comentó. Dentro del marco institucional hay una gran normatividad que es enmarcando a todas las instituciones... cuáles son sus competencias y funciones ahí es donde nosotros hemos encontrado los factores problemas... pero grandes... problemas que se han venido agudizando... miren que son cosas que tal vez se conversan, se hablan pero a la hora de la verdad nunca se dan ¿ven? Hay una buena voluntad por conformar la red operativa de pronto en los mandos medios y de pronto si van las directivas van a decir vean, es que esto es lo que nosotros estamos tratando de hacer, es que esto es lo que nosotros estamos estructurando, esto es lo que nosotros estamos tratando dentro de los planes de acción, estas son las salidas que se han tenido en el momento de la reunión, o en el momento del enfrentamiento con la parte institucional... Hay algo que está sucediendo y es que muy pocos escribimos y muchas de las cosas que están sucediendo a nivel institucional se nos repiten, se nos repiten y se volvieron círculos viciosos y es porque simplemente no se hace el ejercicio de escribir y de revisar todos los días que es lo que escribo, y el otro día, y el otro día, y el otro día y así sucesivamente y no porque no tengan papel si ustedes van a la oficina mía hay papeles por todo lado... y por lo menos, en las

reuniones que sean voy a tener un criterio de decir las cosas ¿ven? Y de plantearlas de una manera tal... que si me pregunta le contesto convencido... pues hagámoslo porque yo solo o una persona sola no puede llevar a cabo un trabajo en ese sentido. Entonces se nos ha vuelto mucho normatividad, cumplimiento de normatividad, cumplimiento administrativo, se nos ha vuelto mucho cumplimiento de contrato, cláusulas del contrato y se nos ha vuelto mucho algo, que ahora, desde hace unos años atrás está ganando mucha fuerza sobre todo en la parte de salud y es la remisión, el protocolo. Sin embargo al principio cuando empezaron a salir los protocolos y a remitir que fue cuando la 412 y toda esa vaina, todo el mundo estaba diciendo, los que estaban trabajando en la parte médica, que los estábamos matando en los conocimientos porque tenían que cumplir los protocolos pero si uno profundiza un poquito más en los protocolos en toda su extensión digámoslo así, intelectual, que es lo que la misma comunidad pide o el usuario pide que la persona que lo esté atendiendo en ese momento sea quien sea, el profesional que sea, por lo menos este observando, este escuchando, este dando una buena atención, este concentrado en lo que sucede pero que además cuando habla le esté hablando con una claridad del proceso, aunque sea desde el punto de vista general. Y dedicarle el tiempo suficiente a la persona, a nivel medico se ha establecido, perdonen la reflexión, que son 15 minutos para atender a una persona y en cuanto a eventos de salud mental yo creo que el doctor Oscar, el doctor Pablo, Yuliana... se demoran más de una hora o dos horas hablando con el paciente, o todo un día o le queda haciendo falta día y de pronto le toca llamarlo al otro día. Pero resulta que el contrato dice que por cada día hay que atender 15 personas. Entonces me toca cumplir un contrato sino no me pagan. Y si estoy atendiendo a una persona y ya van 5 horas y resulta que haya están otros 14 empieza a sacarlo, a cortar tema y al pobre usuario bien necesitado, le doy tranquilizantes sin necesidad y poder cumplir con los 15 del día”.

Se realizan otros aportes, los actores operadores agradecen por la capacitación y nuevos conocimientos suministrados durante el encuentro, finaliza el encuentro y se establece la fecha del próximo.

10 ENCUENTRO

GRUPO FOCAL

CARACTERIZACIÓN: actores operadores(as) de la Red Operativa Institucional “Redescubrir”.

CRITERIOS:

- Conocimiento del proceso de conformación de la Red Operativa Institucional “Redescubrir”.
- Compromiso social con el proceso de conformación de la Red y con la atención de la salud mental.

OBJETIVO: Conocer la lectura que hace el actor operador en el antes, durante y el ahora respecto a la conformación de la red operativa institucional.



FECHA: agosto 27 de 2013

LUGAR: Auditorio E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar sede Cálamo.

HORA: 04:00 pm. – 06:00 pm.

PARTICIPANTES:

INSTITUCIÓN	PROFESIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar I.C.B.F.	Psicóloga	Socorro Parra
Secretaría de Salud Municipal	Médico especialista	Marco Aurelio Puente Quesada
	Terapeuta ocupacional	Luz Edith Beltrán
E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar	Psicóloga social	Judith Martínez Inés
	Psicóloga	Yuliana Reyes
Personería municipal	Abogado	Teodosio Claros Carvajal
E.P.S. Comfamiliar		Elisabeth Sánchez
E.P.S. Cafesalud, Saludcoop y Cruz Roja	Jefe de enfermería	Esmeralda Fernández
Cuerpo de Bomberos Voluntarios de Pitalito	Socorrista	José Reinel Samboni

1° MOMENTO.

FOCO: antes de la conformación de la Red Operativa Institucional “Redescubrir”.

ENTREVISTADORA: Lorena Orozco.

ENTREVISTADOS: Yuliana Reyes, Esmeralda Fernández, Socorro Parra, Judith Martínez.

OBSERVADORES: Teodosio Claros, Elisabeth Sánchez, José Reinel Samboni.

METAOBSERVADORES: Pablo Rojas, Yurani Paladines.

DURACION: 30 minutos.

PREGUNTAS ORIENTADORAS:

LINEA 1: Como asumía la institución y el profesional el tema de la salud mental.

¿Qué tanta demanda de casos llegaban a la institución?

¿La capacidad de respuesta institucional era coherente con la demanda?



¿La salud mental era prioridad en la institución? Si o no, o cuales otras prioridades habían.

Desde la institución como se asume el rol del psicólogo?

¿Era para usted como profesional prioridad el tema de la salud mental?

¿Cómo estaba preparado para asumir la atención de la salud mental?

Que tanto conocía usted acerca de la misión, visión, marco legal. Capacidad de respuesta institucional frente al tema de salud mental?

LINEA 2: Cómo era el trabajo interinstitucional frente al tema de la salud mental.

¿Con qué instituciones establecía comunicación para la atención de los fenómenos de salud mental?

¿Qué hacía la defensa civil si se les reportaba un caso cualquiera de salud mental?

¿Conocía usted las ofertas y responsabilidades de las demás instituciones que también intervienen en la salud mental?

¿Puntualmente que servicios y que institución conocía frente a la atención de salud mental?

A través de qué medios establecía usted comunicación con las otras instituciones? ¿Qué canales?

Tenía usted, algún funcionario clave en las otras instituciones que le facilitara la atención y canalización de los casos.

Sabían que si había violación enviaban a la fiscalía o mandaban al icbf por ser menor de edad.

REGISTRO DE LAS OBSERVACIONES:

Entrevistadora: ¿Qué tanta demanda de casos llegaban a la institución?

Yuliana: en cuanto a la demanda se presentan muchos casos, sobre todo en la violencia intrafamiliar.

Entrevistadora: ¿Hay algún fenómeno que sea más representativo en la atención?

Yuliana: las violencias (esta afirmación la hace de manera muy segura, contestando antes que la entrevistadora termine de formular la pregunta). Las violencias de tipo intrafamiliar.

Entrevistadora: ¿La capacidad de respuesta institucional era coherente con la demanda?

Yuliana: desde la E.S.E. no porque... era demasiada, la demanda y el recurso era muy poco para poder dar respuesta (va afirmando con la cabeza). Pero la E.S.E se ha esforzado por dar respuesta a quienes requieren un servicio.

Socorro: siempre se está en mejoramiento.

Esmeralda: antes del proceso se tenían muchas falencias, como la no contratación en la zona de profesionales para la atención de la salud mental (Yuliana va afirmando con la cabeza).

Entrevistadora: ¿La salud mental era prioridad?

Socorro: siempre ha sido una prioridad para el I.C.B.F.

Judith: Si (afirma con la cabeza).

En general todos afirman con la cabeza.

Entrevistadora: ¿existía otro tipo de prioridad?

Yuliana: desde la E.S.E. como todo hospital de primer nivel va detrás de todo lo que tiene que ver con salud pública, lo que tiene que ver con todos los eventos de P y P obviamente tratando de incluir ahí la salud mental (Judith va mordiendo un lapicero, Esmeralda se mueve en su silla como buscando más comodidad).

Entrevistadora: ¿antes de la conformación de la red existía equilibrio entre la salud mental y la salud física?

Yuliana: si, para la E.S.E. es prioridad la salud mental, de hecho las contrataciones han aumentado (Judith muerde el lapicero y va afirmando con la cabeza).

Entrevistadora: ¿Cuál es la lectura que ustedes como instituciones hacen de la prioridad que la comunidad le da a la salud mental?

Yuliana:(mueve la cabeza en negativa) todavía hay que desmitificar las violencias... las personas creen que es mejor dejarse pegar. Hay que concientizarlos, o sea las violencias son desatendidas...

Judith: (interrumpe a Yuliana) todavía hay muchos mitos.

Yuliana: ellos no van al psicólogo porque creen que no están locos.

Socorro: si yo tengo una cita con psicología pero a la vez tengo una reunión con familias en acción, pues la persona prefiere ir a la reunión (Yuliana afirma con un movimiento de la mano).

Entrevistadora: ¿de quién es la responsabilidad de la legitimación equivocada de los fenómenos de salud mental?

Yuliana: de todos, dar la información clara es responsabilidad de nosotros.

Entrevistadora: ¿desde la institución cómo se asume el rol del psicólogo, antes de la conformación de la red?

Yuliana: bueno, lo que yo he sentido desde la E.S.E. se tiene muy claro lo que nosotros hacemos.

Si un médico identifica una violencia (mueve la mano de un lado para el otro): psicólogo, si un médico identifica intento: psicólogo (con el movimiento del brazo y de la mano va señalando el paso de un profesional a otro). Entonces es claro lo que hacemos (Esmeralda afirma con la



cabeza). Por la demanda del psicólogo, el concepto de la psicología tiene alguna aclaración. He sentido que es claro el concepto del psicólogo sobre todo en los demás.

Socorro: pues allá siempre ha sido muy relevante el rol del equipo psicosocial. Porque nosotros tenemos que darle las herramientas a un Defensor de Familia (Yuliana afirma con la cabeza) para que se tomen decisiones o una medida como lo dice el manual (señala hacia donde se encuentra es instructivo impreso en ese momento).

Entrevistadora: ¿en el caso de las E.P.S. como se asume el rol del psicólogo?

Esmeralda: en el caso de las E.P.S. es un proceso enseguida luego de que llega violencia y todo eso, y llega un intento de suicidio, y todo lo que le compete a un psicólogo, el problema es que el psicólogo no está contratado acá... o sea la gente por no ir allá para el proceso o va una sola vez y no vuelve.

Entrevistadora: podemos concluir que para los funcionarios está clara la importancia del psicólogo pero aún falta en la parte administrativa y política de la empresa.

Esmeralda: sobre todo en las E.P.S. falta mucho (afirmando con la cabeza al igual que lo hace Yuliana).

Judith: falta más concientización (lo dice en voz baja y agachando la cabeza, como si estuviera hablando para ella misma mientras se arregla la camisa).

Entrevistadora: esta pregunta es muy en términos personales, ya no como institución ¿para ustedes es importante o es prioridad la salud mental?

(Contestan a la vez Judith y Yuliana) la entrevistadora le da la palabra a Yuliana.

Yuliana: yo creo que la salud mental es tan esencial que dependiendo de ese bienestar o ese malestar en el que yo me envuelvo o en el que estoy, se va a ver reflejado en el ámbito laboral, en las relaciones personales, familiares. La salud mental es el equilibrio... el equilibrio.

Judith: la salud mental es todo, si la salud mental no está bien nada está bien, que se aparenta pues pero... (Mueve la cabeza en negativa). La salud mental es ese proceso, por decirlo, conjunto de nuestra vida.

Esmeralda: es que al individuo hay que verlo como proceso biopsicosocial (Yuliana afirma con la cabeza), no es solamente su parte de enfermedad, sino su parte biológica, psicológica y social... biopsicosocial.

Entrevistadora: ¿creen ustedes como actores operadores que los otros actores operadores que tiene contacto con los usuarios tienen claro eso de la salud?



Esmeralda: yo pienso que ahora sí.

Entrevistadora: estamos hablando antes de la conformación de la red.

Esmeralda: ¿antes? no.

Judith: me puede repetir la pregunta, me perdí (se ríe al igual que Socorro).

Entrevistadora: ¿Qué de acuerdo a la importancia que ustedes dan a la salud mental, creen que los otros actores operadores, estoy hablando de las personas que tienen un primer contacto con el usuario sea en cualquier institución, tienen para ellos claro que es salud mental y le dan esa prioridad?

Judith: (mueve la cabeza en negativa) no pero tampoco puedo generalizar, pero no todas, no todas porque desafortunadamente esto es algo así como pasajero y lo que yo me he podido dar cuenta es que para las instituciones es fácil sacar gente (toma una hoja en la mano y la mueve como mostrando que la quiere tirar o pasar a otro lado), les eche para allá, eche para allá, eche para allá. No puedo generalizar pero creo que en la mayor parte es así.

Socorro: pues realmente sería como muy atrevido porque siempre pienso que las instituciones hacen... todas las instituciones trabajamos, hacemos, pero yo pienso que la problemática es muy grande (enfatisa con un movimiento de brazos como si tuviera algo grande y pesado entre las manos) y que se ha dejado de lado mucho, mucho, mucho la parte de prevención y promoción, entonces yo sé que todas las instituciones son supremamente valiosas y sería atrevido de mi parte decir que no, yo pienso que todas hacemos un gran esfuerzo. Honestamente la problemática es muy grande.

Entrevistadora: pero si podríamos decir que hace falta un proceso de sensibilización y de concientización para aquellos que tienen ese primer contacto con el usuario acerca de la importancia de la salud mental.

(Todos mueven la cabeza afirmativamente)

Esmeralda: cada uno en su sitio trata de hacer lo que mejor puede, pero de todas formas siempre hay falencias (pone un ejemplo): el fin de semana en la noche el parque estaba lleno de jovencitos consumiendo drogas, porque olía mucho a marihuana y yo decía donde está la policía.

Entrevistadora: ¿estaba preparado para asumir la atención de la salud mental? antes de la conformación de la red. O faltaban algunas herramientas.

Yuliana: eso también depende de la formación. Yo a partir de tercer semestre vi clínica en los procesos de salud mental, y tengo una formación antecedente que me permite manejar los casos,

pero obviamente con la experiencia que uno va adquiriendo uno va aprendiendo que hacer con este, o con el otro.

Entrevistadora: ¿pero el conocimiento en cuanto a otras instituciones que complementan la atención? ¿Tenían claridad al respecto?

Yuliana: vagamente, o sea muy vagamente. Uno tenía el concepto que si es menor de edad, entonces I.C.B.F. si es violencia Comisaría. Pero no conocíamos las competencias de I.C.B.F. o Comisaría más allá.

Entrevistadora: ¿Qué tanto conocía usted acerca de la misión, visión, marco legal y capacidad de respuesta institucional?

Socorro: pues de tener conocimientos uno los tiene. Pero lo que pasa es que como en mi institución (se señala el pecho con sus manos) es tan dinámico y cada nada sube una nueva modificación, un decreto, una cosa... uno de pronto no... por no ser uno abogado pues uno no vive como pendiente de eso. Pero el ejercicio permitió a nivel de equipo una revisión cuidadosa y actualizarme más.

Entrevistadora: el marco legal sabemos que es amplio y que no somos abogados pero con respecto a la misión, visión ¿tenían ese conocimiento?

(Contestan Yuliana y Judith a la vez).

Yuliana: más o menos porque...

Judith: de cierta manera ¿cierto? (mirando a Yuliana), porque es que la ESE se preocupa mucho por la capacitación (Yuliana se ríe) no por la Red, eso es algo... eso es como por decir algo es la misión de la E.S.E. para la capacitación y la formación del profesional, que todo el mundo la conozca.

Yuliana: venia auditoria y que a cualquiera le pudieran preguntar (Yuliana va afirmando con la cabeza).

Esmeralda: todos los años hay capacitación y orientación porque hay que capacitar al usuario (Yuliana la señala con el dedo y va afirmando con la cabeza).

Entrevistadora: ¿con que instituciones establecían comunicación para la atención de los fenómenos de salud mental? ¿Con que instituciones tenia claridad de ese aporte?

Socorro: comisaria, con los juzgados... (Silencio) como lo más general de ese aporte.

Entrevistadora: ¿y cuál era el canal de comunicación?

Socorro: escrito y telefónico.

Yuliana: secretaria de salud, I.C.B.F y... comisaria (mueve la cabeza afirmativamente).

Esmeralda: a medicina legal (cuenta con los dedos), secretaria de salud para notificar los casos (Yuliana mueve la cabeza afirmado). Y de ahí preguntar cuál es la red.

Judith: ahí se le agrega a lo que dice de medicina legal...

Yuliana:¿pero antes de la red?

Judith:(mueve la cabeza afirmativamente).

Yuliana: antes de la red era más tenaz... como es que medicina legal notificaba a secretaria entonces para tener acceso a esas notificaciones había que solicitarla por escrito... ahorita ya se hace comunicación directamente con medicina legal ... porque cuando yo estaba en salud mental no.

Judith: nosotros sí porque más que ir a la secretaria... por ejemplo en este momento más que creer que para notificación que si va a la secretaria... (Yuliana afirma con la cabeza) nosotros estamos yendo halla directamente porque lo estamos haciendo... la gente que va haya... ya en el proceso como van y todo eso... (Yuliana afirma con la cabeza).

Entrevistadora:¿psicología...?

Esmeralda: medicinal legal sí...

Yuliana: más o menos (Judith afirma con la cabeza).

Esmeralda:

Yuliana: de la mujer (mueve la mano en señal de “más o menos”).

Esmeralda:

Entrevistadora:¿puntualmente que servicios conocían de las otras instituciones? Por ejemplo ICBF que servicios conocía de la ESE.

Socorro: eh... (se ríe al igual que Yuliana) sé que ellos trabajan...pero la verdad no (niega con la cabeza).

Entrevistadora:¿antes de la conformación de la red no?

Socorro: (mueve la cabeza en negativa)... no.

Entrevistadora: doctora Judith antes de la conformación de la red ¿Qué servicios conocían?

Judith:(se ríe, le toca el hombro a Socorro y se ríen)

Entrevistadora:(repite la pregunta).

Socorro: (le toca el hombro a Judith y vuelven y se ríen).



Judith: digámoslo en general la protección a los menores (se refiere al ICBF)... ¿sí? Que lógicamente ellos tienen que ver con la protección... eso (afirma con un movimiento de la mano).

Entrevistadora: ¿pero servicios puntuales?

Judith: eso es lo que ellos hacen... y con la comisaría de familia... pues que... era... (arruga la cara y se rasca el cuello, como incomoda).

Yuliana: de protección.

Judith: de protección la protección... que ellos se encargan de eso y pare de contar.

Entrevistadora: ¿pero específicamente servicios de las otras instituciones?

Judith: no (niega con la mano y la cabeza).

Esmeralda: yo sí porque... por lo que... la psicóloga de nosotros de acá... y además tengo varia gente conocida acá trabajando (se refiere a la ESE) y pues si conocía los servicios (se ríe).

Entrevistadora: de la ESE ¿y de otra institución?

Esmeralda: de pronto de la fiscalía porque también tengo conocidos que trabajan allá.

Entrevistadora: ¿Tenía algún funcionario clave al interior de las otras instituciones con el cual se podían comunicar y mejorar el proceso de atención? Antes de la red.

Judith-Yuliana: (afirman con la cabeza).

Yuliana: sí. Con comisaría teníamos.

Judith: con bienestar familiar.

Esmeralda: medicina legal...

Judith: (interrumpe) si y medicina legal, con el doctor Chávarro.

Esmeralda: (se sonríe y continua) medicina legal porque el doctor Tejada trabaja en Saludcoop, y con la secretaria de salud porque a todos los conozco.

Socorro: básicamente con comisaría de familia (cuenta con los dedos), los juzgados... la fiscalía aunque la mayoría de las veces... la mayoría de veces el contacto lo hace el defensor.

Entrevistadora: ¿Qué hacía, por ejemplo Saludcoop o Cafesalud, si le llegaba un caso de abuso sexual?

Esmeralda: ingresaba a urgencias, el medico... ellos ya saben qué tipo de muestras hacer, o toman las muestras y las envían a medicina legal, o hablaban con el doctor Tejada y directamente llevaban a la persona a medicina legal y allá les tomaban las muestras para que fueran más confiables.

Entrevistadora: ¿y cuando era un menor de edad cual era el procedimiento?



Esmeralda: se notificaba a ICBF (firma con la cabeza).

Entrevistadora: ¿antes de la conformación de la red había bastante claridad en cuál era el procedimiento?

Esmeralda: igual si se tenía conocimiento...el paso a medicina legal...como dice el cuento arrancando el proceso cuando se presentaban los casos.

2° MOMENTO.

FOCO: durante la conformación de la Red Operativa Institucional “Redescubrir”.

ENTREVISTADORA: Leidy Yurani Paladines

ENTREVISTADOS: Teodosio Claros, Elisabeth Sánchez, José Reinel Samboni, Marco Aurelio Puentes, Luz Edith Martínez.

OBSERVADORES: Yuliana Reyes, Esmeralda Fernández, Socorro Parra, Judith Martínez.

METAOBSERVADORES: Pablo Rojas, Lorena Orozco.

DURACION: 30 minutos.

PREGUNTAS ORIENTADORAS:

LINEA 1: Conformación de la red.

Consideraba que era necesario la conformación de la red para hacerle frente a la atención en los fenómenos de salud mental?

Consideraba que era viable? O que obstáculos imposibilitaban dicha conformación?

Recuerdan ustedes cuando estábamos en el proceso de conformación de la red, qué pensaban de vernos como estudiantes propiciando algo que según sus propias palabras ya se había intentado?

¿Qué pensaron cuando llegó la primera invitación a sus instituciones de la red?

Con qué disposición recibieron las entrevistas que se realizaron y que pensaban en ese momento frente a lo que se les proponía? (rutas de atención, manual de fichas institucionales, etc.)

Como consideraban que se realizara la revisión de la cultura organizacional y marco legal de la institución?

¿Cómo se sintieron frente a los temas y actividades propuestas en los encuentros?

Efecto en las instituciones y niveles personales en la conformación de la red.

¿Qué tan productivos consideraron los encuentros respecto en adquisición de conocimientos, mejoramiento de procesos, establecimiento de contactos?

¿Quiénes conocen en su institución el proceso de la red?

¿Dentro de la institución que tanto impacto o expectativa genero la conformación de la red?

REGISTRO DE LAS OBSERVACIONES:

Entrevistadora: ¿Cómo consideraban ustedes si era necesario o no la conformación de la red para mejorar la atención de los fenómenos de salud mental? ¿Cómo les pareció la propuesta?

José Reinel: bueno la primera impresión que tuve de ustedes fue la de “es otro intento fallido”... pues los otros intentos de conformar esta red le han fallado. Entonces uno tiene un poquito de desconfianza o de temor de que la participación de uno va a ser perdida. Pero ya en el transcurso uno se ha dado cuenta de que si se ha logrado avanzar en el proceso .

Teodosio: el tema de salud mental

Elisabeth: nosotros como EPS en nuestro trabajo nos notificaban o nos encontramos muchísimos casos raros... porque en el trabajo de campo diariamente o semanalmente usted se está encontrando muchos casos. Muchas veces nos preguntaban bueno “mire que nos pasó tal cosa que puedo hacer o que no puedo hacer” y obviamente nosotros, o por lo menos yo, no tenía el conocimiento de hacia dónde dirigirlo. Entonces como que contaba las cosas y uno mejor vaya a tal parte o en el hospital (señala con el dedo) o en tal parte le dan razón, o vaya a la ESE pase con el médico o con el psicólogo, a ver como lo empiezan a llevar. Entonces por eso nosotros como que en eso si tuvimos esa ayuda pues porque ya con el rutero uno se da cuenta como que a donde hay que dirigir al usuario.

Entrevistadora: ¿Consideraron que el proceso era viable o ustedes que obstáculos creían que habían que dificultaran el proceso?

Teodosio: el primer obstáculo la voluntad política

Entrevistadora: ¿Cuándo llegamos a su institución y presentamos la propuesta, ustedes del proceso?

Elisabeth: pues nosotros pensábamos que como ustedes eran estudiantes solamente iban a presentar su trabajo en sí y que iban a dejar de pronto que otra persona cogiera el rutero o siguiera con la misma táctica. Pero cuando ya los vimos a ustedes así... que ya se hubieran retirado de la universidad y siguieron en eso, con el compromiso.



(En este momento se integran al grupo la doctora Luz Edith y el secretario de salud Marco Aurelio).

José Reinel: yo iba a opinar lo mismo que la niña de Comfamiliar, todos tuvimos esa sensación de pronto de que ustedes iban a abandonar el proceso cosa que no sucedió porque la temática es tan difícil... pero en el transcurso nos hemos dado cuenta que están muy comprometidos, son los más comprometidos con esto, de verdad (Esmeralda afirma con la cabeza) y es muy bueno el proceso, es gratificante.

Teodosio: esto no es un trabajo más de grado de la universidad y pare de contar. Entonces desde ahora es importante darla a conocer al congreso como una política social para que perdure a ravés del tiempo.

Entrevistadora: (repite la pregunta a los nuevos entrevistados)¿durante el proceso de conformación de la red que pensaron ustedes al vernos como estudiantes iniciar algo que ya se había intentado hacer?

(Marco Aurelio va tomando nota)

Luz Edith: la verdad al principio pensé “no saben en que se están metiendo” (se ríe) porque salud mental siempre ha sido uno de los procesos o uno de los eventos de pronto más complicados por todos los siete eventos que tiene (hace seña con las manos que se tratan de eventos grandes que se van incorporando) es algo bastante complejo. Dije... mi percepción fue “es algo bien complicado” pero de alguna forma me gusto porque como sabía que era un trabajo de grado tenían que iniciarlo y terminarlo y me pareció excelente que lo hayan iniciado y que hayan pensado en esa alternativa porque hubieran podido tomar otra. Y segundo pues la verdad me gustó mucho el compromiso que ustedes tienen con este evento ¿no? , con todo lo de salud mental porque no es fácil trabajar con instituciones y hacer red es muy complicado. Podemos y toca uno desde nuestra institución...que tengamos como la visión de llegar, tengamos clara la visión de una institución pero de una red como tal. Sé que es un trabajo bastante difícil no solo con las instituciones sino en recolectar información, recolectar estadísticas. Desafortunadamente las instituciones hoy enviaban a una persona otro día enviaban a otra persona y no había alguien que se apersonara de este evento. Yo sabía que era algo bien complicado y la verdad yo dije “no van a aguantar” porque sabía que el trabajo con instituciones era muy complicado, yo dije “no van a desistir y van a cambiar de tema”. Pero de verdad me sorprendió que no hayan cambiado que hayan persistido porque es que esto, esto no es fácil.





Pues de verdad que más que sorprendida si me da como un logro de satisfacción porque para la secretaria y para algunas instituciones nos sirve mucho todo el trabajo que ustedes han hecho. Y ojalá que la misión que nos queda a nosotros es ponerla en práctica... ojalá esto realmente se dé ¿no? Se llegue a poner en práctica esa red, que siempre se habla de red pero nunca funciona como es.

Entrevistadora: si recordamos el inicio, las invitaciones que les llevamos, esos detalles, cuando se les convoco ¿Qué pensaron?

Elisabeth: nos llamó mucho la atención porque al llegar ustedes con esa invitación con un chocolate, que los invitamos a tal encuentro, obviamente que uno como que se anima a ir al encuentro.

José Reinel: piensa uno que no es algo más de lo mismo, como algo más de lo laboral... dan más ganas de ir.

Entrevistadora: en cuanto a las entrevistas que realizamos a las instituciones, donde se indago por la visión, el marco legal, la capacidad de respuesta, servicios ¿Qué disposición tuvieron? ¿Qué importancia le dieron?

Elisabeth: yo pensé que iba a ser solamente, pues que como “apenas vamos y luego sacamos eso” nunca me imaginé que fuera con tanta trascendencia, con tanta importancia, yo pensé que era solamente dar esa información y ya.

Teodosio: para el proyecto... había falencias en el sentido de que no se podían atender tantos temas

Marco Aurelio: voy quería opinar más sobre la primera pregunta que usted hizo a Luz y a mí. Yo llegue a la parte final del proceso de ustedes, pero... tal vez esté equivocado desde mi percepción, más que como secretario... por mi perfil porque el perfil mío más que hacer es gestionar, yo veía que en ese momento ustedes... el proceso previo que habían hecho seguramente muy bien por la parte que iban, pero yo si los veía como en el centro de un remolino. Yo creo que no estoy equivoco, sin embargo si estoy equivocado me gustaría que ustedes me dieran una respuesta. Por dos circunstancias: uno... teniendo toda una conceptualización y unas bases estadística y de un proceso bien hecho llegaron a un dique el cual ustedes no podían cruzar (hace una seña con la mano como impidiendo el paso), y con la ayuda de profesionales muy buenos y de sus profesores y de ustedes mismos y de profesionales de la secretaria de salud, como el doctor James, y todo lo que al hecho por colaborarles, eso no





los veía que no iban a traspasar ese dique o a salir de ese remolino. Y otro elemento que a su vez... que los detenía que era de parte de ustedes mismos: era el temor a decir palabras de verdad con más autoridad de parte de ustedes. No se atrevían hacerlo entonces no se lograba salir de ahí. Afortunadamente por esa formación, las ganas y el empeño que ustedes le vienen poniendo a toda esta creación de la red uno se da cuenta que tiene que intervenir, que tiene que intervenir, en cierto momento de forma dura y agresiva, que fue tal vez la que en su momento indispuso a algunas personas, pero que había que hacerlo. Por lo tanto me gusto que ustedes fueran asequibles y que también de esa manera se ayudara a tomar decisiones y siguieran avanzando. Me disgustó y se lo manifesté a ustedes en privado, en alguna forma, con el ánimo de innovar, y eso está muy bien prueba de eso la invitación a la manera como que lo hicieron, tomaron decisiones no consultadas que fue enviar notas de la secretaria de salud en mi nombre en el formato de redescubrir y eso no lo vuelvan hacer. Uno cuando tiene el empuje y el empeño esos errores son necesarios... porque es lo que le muestran a uno que la persona de un paso más que el otro y eso está bien, lo bueno es que se lo hagan saber no que los dejen ahí. Porque yo firme eso pero lo firme tan a disgusto que no vine a esa reunión, me predije en esa reunión pero no porque no quisiera ayudarlos, no. Sino que no había alcanzado a hablar con ustedes para decirles que tratar de formar algo oficial en algo que no es oficial no está bien y son formas que hay que evitar. Pero eso demuestra que ustedes tienen empuje y tienen voluntad, y eso me gusta. Y creí en ustedes desde ese momento, no por esa circunstancia, sino por la forma en que ustedes trabajan, porque tienen dos elementos claves que son la persistencia... la persistencia, la persistencia y la creatividad que son claves para cualquier empleo. Cuando son muy creativos y muy persistentes los resultados se ven. Y esta mañana lo hablábamos con el alcalde justo con el tema del cambio y voy a tomar de ejemplo el que él pone en las reuniones: cuando el río crece y llega y se lleva una o dos casas... donde está la casa que se llevó ahí pasó, pero en todo el trayecto del río se ven no más las muestras sino hizo mayor daño. Pero cuando un chorro pequeño o una gota empieza, empieza, empieza, empieza (mueve la mano) y sigue generando o daño o algo bueno eso queda por mucho tiempo y esa persistencia es la que termina haciendo cosas muy positivas y espero que el resultado final de la aplicación de todo el proyecto, es decir de toda la red, sea la mejor forma de mostrarle a ustedes, a la universidad y a todos que todo este trabajo de verdad ha valido la pena, valorando todo lo que ustedes ha hecho, todo el esfuerzo.



Entrevistadora: ahora nos enfocaremos en los encuentros ¿Cómo se sintieron frente a los temas y actividades propuestas en los encuentros?

Luz Edith: a mí algo que me llamo mucho la atención y que me pareció muy positivo, es que instituciones, cuáles de las instituciones se vincularan y que extendieran de manera... por decisión de la entidad o de la secretaria de salud que tenían que hacer ellos... hacerse cargo de las personas o las mismas EPS que no se vincularon al proceso... en el sentido, hablo de los casos de dos eventos en particular el maltrato infantil y la violencia intrafamiliar esos casos estaban relativamente sueltos porque, a pesar de que la ESE tenía que hacerles los seguimientos esos casos quedaban como ahí. Entonces me pareció muy valiosa la reunión y lo que se hizo en cuanto a capacitación y en cuanto a norma, porque nos basábamos era en la norma, pero así mismo también en el compromiso social que tiene cada institución y cada persona que recibe el caso. Y me pareció muy oportuno hacer la aclaración hasta donde yo como institución puedo llegar (se toca el pecho) y a quien se lo puedo remitir para que siga el proceso y no se quede como estancado ahí. Y hablo de esos dos eventos porque son los eventos que de pronto estaban como volando y que no se les estaba haciendo un seguimiento de pronto oportuno y quedaban ahí... de bueno esto a quien le corresponde ¿a comisaria, la ESE a quién? En ese sentido si me pareció muy oportuno porque estábamos precisamente con esos casos que... quien se hace responsable, cual es el acto a seguir con ellos. Eso sí me pareció muy valioso.

Elisabeth: los encuentros estuvieron muy enriquecidos, ya que nos dieron más conocimientos sobre todos los casos, hasta como los podíamos direccionar, como podíamos encontrar un usuario, como direccionarlo o como prestarle los primeros auxilios... o sea más como la atención que se debe, que debemos y que no debemos debe hacer al usuario. Esa parte si me gusto yo creo que deberíamos continuar con eso, porque vamos a saber en sí como llegar al usuario.

Marco Aurelio: siempre se ha dicho, y es que las instituciones que conforman o que conformamos la red cada día tengamos más claridad... aunque yo les digo algo esto tiene que volverse parte de la política pública de los procesos que hayan asumido cada una de las empresas, cada proceso se vuelve una obligación si se estandariza, es decir si yo como personero, como secretaria de salud, como EPS, como fiscalía, tengo claro que cuando yo como persona incumplo los deberes como obrero de mi empresa o cualquiera de las situaciones, se lo que es lo que debo hacer... para que sepan que es estandarización les voy a poner el ejemplo



que manifiesta Macdonals: una hamburguesa aquí en Colombia, en Estados Unidos, excepto las que hacen típicas que tienen nuevos ingredientes como las de México que les echan ají bueno chile que llaman ellos... la forma de hacer hamburguesas es la misma aquí, en Europa o en Estados Unidos, los ingredientes sino se les ha hecho un cambio, debe hacerse en la misma forma y en el mismo tiempo, entonces si la personería (señala al personero), la fiscalía, cada uno sabe que debe de hacer, le toca que brindar los primeros auxilios lo debe hacer en términos reales, el primer auxilio es transportar y generar una acción. Ahora si nos toca porque somos los indicados o las personas están en una situación crítica y así no seamos los indicados pero es que el primer auxilio más que independiente es llamar e informar y tratar de proteger a esa persona. Pero que nosotros sepamos con claridad que debemos de hacer, que no debemos hacer, la forma en la que debemos de hacer... que eso se halla generado o se esté generando es muy importante. Pero no la criticasino la recomendación para nosotros es que en la medida en que se esté reuniendo en estos procesos por parte de los hacedores y creadores de esta red sería lo mejor que nos puede ocurrir, es decir, que desde la secretaria de salud y la ESE municipal hay alguna forma, algún gancho que serían ustedes los creadores... en mayo y en noviembre de cada año vamos hacer un seminario sobre inducción sobre todo lo logrado dentro de la red y los quehaceres de cada uno de los actores porque de lo contrario vamos a cometer errores, si uno no la sume como algo mecánico pero racionalizado, se le puede olvidar, puede ser más mecánico que racionalizado.

Entrevistadora: ¿Qué impacto a nivel personal genero la conformación de la red?

Teodosio: afloro el tema de salud mental, anteriormente no se mencionada, no se miraba y resulta que el tema es tan importante que desde nuestro forma de atender el funcionario al usuario allí está ya la salud, se está generando un... tratarlo bien o tratarlo mal... yo he tenido experiencias en el sentido de que no mas con el hecho de escuchar la persona, de escuchar el problema, de dedicarle un tiempito... dan las gracias por escucharlas porque se desahogan y descargan sus problemas... por lo menos uno que medio orienta, lo que pasa entonces es... la actitud del funcionario hacia el usuario para orientarlo y atenderlo de la mejor manera, porque créame que cuando un usuario se va bien atendido se le ha quitado un poco de la carga del problema mental que tiene (se toca la cabeza).



Elisabeth: cuando yo no podía ir, iba mi compañero, pero al otro día nos sentábamos y decíamos mire tratamos tales y casos y se manejan así vamos a seguir haciendo eso, no porque no le hubiéramos dado la importancia sino porque ahora le damos más importancia al proceso.

3° MOMENTO.

FOCO: ahora en la Red Operativa Institucional “Redescubrir”.

ENTREVISTADOR: Pablo Andrés Rojas

ENTREVISTADOS: Yuliana Reyes, Esmeralda Fernández, Socorro Parra, Judith Martínez, Luz Edith Beltrán, Marco Aurelio Puentes, José Reinel Samboni, Elisabeth Sánchez, Teodosio Carvajal.

METAOBSERVADORAS: Lorena Orozco y Yurani Paladines.

DURACION: 40 minutos.

PREGUNTAS ORIENTADORAS:

LINEA 1: ¿Cómo describir la pertinencia de la conformación de la red operativa Institucional Redescubrir desde la institución?

En estos momentos, como asume la institución el tema de la salud mental? (si a partir del proceso se han generado cambios)

¿Ahora, qué instituciones puede reconocer como entes que complementan una co-intervención en la atención de los fenómenos de salud mental?

Puntualmente, con que instituciones ha logrado establecer comunicación que favorezcan y complementen su capacidad de respuesta frente al tema de la salud mental?

¿A partir de la experiencia de la conformación de la red, han pensado conformar nuevas redes en otros campos de acción?

LINEA 2: ¿Como actor operador, cómo describe la pertinencia de la conformación de la red operativa institucional redescubrir?

¿Que tanto le ha aportado la conformación de la red operativa institucional redescubrir en los procesos de atención y quehacer profesional?

A partir de la experiencia de la conformación de la red, en que otros ámbitos o escenarios tanto profesionales y personales ha aplicado lo que es el trabajo en red?

¿Qué recomendaciones a nivel institucional y personal sugiere para seguir operativizando el trabajo en red?



¿Considera usted, que a partir de la conformación de la red se ha facilitado el acceso a los servicios de salud mental?

¿Cuál es su apreciación acerca del contenido total del instructivo (filosofía de la red, atención humanizada, rutas de atención y fichas institucionales)?

A partir de la conformación de la red, ¿cuál es su apreciación acerca del rol del psicólogo?

A partir de nuestra intervención ¿Cuál es su percepción del aporte que pueden hacer los psicólogos en el contexto social?

Después de haber hecho la revisión organizacional, ¿cómo reconoce a su institución?

Cierre.

Cómo les pareció el ejercicio de evaluar el proceso desarrollado hasta ahora

Metáfora: Compare el trabajo en red con algo que se pueda medir.

Resuma la experiencia de este encuentro en una palabra.

REGISTRO DE LAS OBSERVACIONES:

Entrevistador: ¿Cómo asume su institución el tema de la salud mental?

Yuliana: desde la ESE Manuel Castro Tovar se ha asumido con más responsabilidad el tema de la salud mental, tanto así que se ha aumentado la contratación de profesionales que puedan llevar a cabo estos procesos. Además se ha generado el centro integral de escucha comunitario, que también dé respuesta a la atención de la salud mental. Yo creo que en todos estos asuntos la ESE le ha dado la prioridad a una atención adecuada.

Entrevistador: ¿a partir del proceso de conformación de la red dentro de sus instituciones se han empezado a generar procesos de cambio para mejorar la atención?

José Reinel: ahora se ve con más importancia el tema de la salud mental y sea reforzado esa primera atención que hay que brindarle a las personas y todo el apoyo que se les pueda dar.

Teodosio: desde la personería lo que se busca con el contacto con las demás entidades, lo que se busca es el mejorar ¿cierto? la atención al usuario, es de asesorar para que no se limite el funcionario a decir “es que eso no me corresponde vaya a otro lado”, entonces es cierto “no me corresponde” pero que me tome la molestia de averiguar para asesorarlo y orientarlo y para que ese usuario llegue realmente a donde tiene que llegar y no tenga que pasar por todas las dependencias, entonces en ese ejercicio esta la personería.

Judith: las respuestas están dadas... el proceso ha sido muy positivo... ha sido la oportunidad para conocernos y mejorar los procesos y las rutas de atención.

Socorro: siempre ha sido prioridad, como ya lo decíamos en el primer momento, lo de salud mental y estamos todos los días mejorando los procesos, haciendo nuevas rutas de asistencia ¿cierto? Protocolos que llegan de la sede nacional y tratando de vincular más cuando el ICBF es un articulador del sistema nacional de bienestar.

Entrevistador: ¿Ahora qué instituciones pueden reconocer como entes que complementan una co-intervención y la atención de los fenómenos de salud mental, es decir, a partir del proceso de red que instituciones ustedes reconocen claramente que pueden participar al lado de ustedes en un proceso de atención-canalización?

Esmeralda: la ESE municipal puede colaborar perfectamente cuando hay una emergencia, sabes que de todas maneras el Bienestar, Medicina Legal... de pronto para contestar a la pregunta anterior en que ha cambiado pienso que se han implementado muchas cosas, siempre ha sido una prioridad lo que es salud mental pero inclusive ahora se implementó un programa para adolescentes... un programa amigable con los adolescentes para abordar esa población vulnerable.

Yuliana: yo creo que el ejercicio de la red permitió que todas las instituciones nos conociéramos mutuamente ¿no?... nos conociéramos cuales eran las funciones u objetivos de unos y ya poder identificar, bueno para este caso a donde puedo dirigir (Esmeralda afirma con la cabeza). Creo que ese ejercicio se logró gracias a este proceso.

Entrevistador: ¿Puntualmente, a partir del ejercicio de la red, de habernos conocido en estos encuentros, con que instituciones han logrado establecer comunicación eficaz para atender los casos de salud mental?

Judith: comisaria de familia...

(Interrumpe Yuliana mirando a Judith)

Yuliana: ICBF, comisaría de familia... (Contando con los dedos)

(Interrumpe Judith)

Judith: comisaria de familia y medicina legal...

Yuliana: las EPS... creo que con algunas EPS se logró algo (arruga la cara como dudando)... secretaria de salud (mira a todos como preguntándoles, Esmeralda y Teodosio se sonríen).

Entrevistador: ¿A partir de toda la experiencia han pensado ustedes o se les ha generado la inquietud de crear otro tipo de redes en otros campos de acción?

(Se quedan en silencio).



Luz Edith: yo soy sincera... a nivel personal yo no estoy de acuerdo con tantas redes porque al igual son las mismas instituciones que de alguna forma en salud están involucradas, las mismas instituciones que están en salud mental son las que utilizamos para otros eventos... entonces yo si partiría de una sola red donde se delegue al personal que esté a cargo de cada evento. Es que tanta red eso no funciona, porque es que hoy es la red de salud mental, mañana es la de salud sexual, mañana es otra, y eso desgasta, hay muchas vueltas para una sola cosa. Yo la verdad, a mí me parece, yo le decía al doctor (se refiere a Marco Aurelio) que esta misma red es para conformar un solo comité de salud mental, que no sea un comité de drogas (Yuliana afirma con la cabeza), un comité de suicidio, un comité... está bien no lo exigen, de alguna forma no lo exige el departamento, no lo exigen por decretos que tenemos que cobijar eso, pero nosotros también podemos justificar que tenemos una sola red y manejamos ahí todos los eventos.

Judith: yo diría que más que conformar otra red es la de dar informar de la red a otras instituciones, por ejemplo hemos encontrado situaciones que no están claras, por ejemplo con las instituciones educativas ellas están pidiendo y yo dije "bueno pues esperar el ejercicio de la red", y esto queda aquí como un a pregunta, porque necesitamos con las instituciones darles la información exacta para ellas conozcan, porque ellos tiene una ruta de atención de hace mucho tiempo atrás y que la están haciendo de una manera diferente... eso lo que está pasando... yo pienso que es como dar a conocer ¿cierto? Es como decir a la gente de las otras instituciones, convocarlos para decirles como es el proceso para manejar una misma información.

Teodosio: yo estoy de acuerdo con la doctora (la mira y se sonríe), porque parte de lo que ahora hace falta es fortalecer la red de la mejor manera posible, porque de verdad que trabajar en equipo es algo muy satisfactorio y se miran los resultados y además todo va a redundar en beneficio del usuario, mejorar problemas... problemáticas en salud mental. Es decir, para mí sería fundamental que esta red, que esta red se fortaleciera lo más que se pudiera y ojalá todas las instituciones nos empoderáramos de este trabajo (se toca el pecho con la mano) y obviamente que lo replicaran todos los días por el bien del público que atendemos. Yo lo que digo es que ojalá... ustedes realizaron un trabajo muy importante (se refiere a los interventores), pero que ojala hayan decisiones o... que todas las instituciones nos tomemos esto como un código para que de ahora en adelante trabajemos de lado de las otras instituciones y no se dejen de lado esos esfuerzos que se tome la red como propia y trabajemos en torno a la salud mental.



Marco Aurelio: la experiencia nos enseña que habrá necesidad de formar red donde sea necesario... en el pasado se hizo parece que ahora se quiere retomar... las actividades que está desarrollando en los últimos tiempos... y es que hay que construir, en el caso de la salud, redes que sean propias de cada una de las veredas, de cada uno de los barrios, y en este momento lo llamamos unidades de tamizaje en salud. Este tipo de unidad o esas personas dentro de la comunidad pueda que tengan una función específica en la junta de acción comunal o en el organismo accional representativa puede ser el comité pro-vivienda, a veces son las amas de casa, el que tenga mayor legitimidad y representatividad dentro de la comunidad... una persona que tiene todo el perfil... una persona que salga en representación de ese barrio o de esa comuna o de esa área geográfica para que conformando redes en salud, ellas puedan manejar diferentes temas empezando, así como hicieron ustedes aquí en las capacitaciones, en primeros auxilios (cuenta con los dedos), por lo menos una persona que sepa qué hacer con una cortada, una quemadura, poner una inyección, muchas veces se van de una vereda a otra buscando una persona que les ponga una inyección cuando es algo tan elemental y lo digo yo porque ya lo hemos hecho en varios municipios inclusive aquí en el mismo Pitalito, y es enseñar a aplicar una inyección, lo importante es saber, tener la intención y en una sola tarde se puede aprender aplicar una inyección, bueno, pero volvamos al caso, esta red unida a una red de comunidades organizadas (entrelaza los dedos de las manos) puedan servir, que esas personas cuando se enteren, cuando sepan de cualquier evento en salud mental, que desde luego la persona se capacitó en estos temas pueda informar a la red de salud mental o sobre casos que sean médicos pueda actuar e informar a las promotoras o en este caso a la secretaria de salud municipal para que se hagan las acciones respectivas. No es crear redes y redes sino mirar cuales son las necesarias y cuáles son las que se afianzan unas con otras (vuelve y entrelaza los dedos) y a la hora de la verdad terminan conformando una sola red que es la sociedad.

Entrevistador: la siguiente pregunta queremos que la contesten a nivel muy personal y profesional ¿a partir de la conformación de esta red que tanto se le aportó a su quehacer profesional en cuanto a la atención de los casos de salud mental?

Esmeralda: le da a uno más claridad en cuanto a que se debe hacer... cuando llegaba un paciente uno sabía que había que tenía que notificar, que tenía que ir a medicina legal pero habían procesos que se quedaban como espere haber, ahora hay un concepto claro de lo que se debe hacer con las personas y todo eso, sobretodo en cuanto al trabajo que ustedes hicieron como



equipo... al principio realmente yo estaba un poco escéptica y yo creo que lo manifesté, dije esto va a hacer como todas las redes que no se va a terminar, y realmente los felicito, los felicito de verdad porque esto es una combinación, como dice el doctor Marco Aurelio, de un esfuerzo, de una persistencia, de un trabajo en equipo organizado y por eso no solamente nos retroalimentaron, nos capacitaron y nos dieron sus conocimientos sino que además hicieron gran trabajo y por eso los felicito.

Socorro: a nivel personal pienso que sirvió mucho el encuentro de los primeros auxilios psicológicos porque fue un espacio que a mí me ayudó a cambiar de ambiente, fue una dinámica muy rica en todos los aspectos fue muy enriquecedora entonces lo saca a uno poquito de esa rutina de estar uno todos los días rodeado de las cosas negativas, negativas que uno recibe todo el tiempo. Entonces ese encuentro me gustó mucho y me ayudó a recordar aspectos que uno dentro de la dinámica de cualquier institución pues como que pierde el horizonte. Ese ejercicio me gustó mucho.

Entrevistador: durante los encuentros se hacía mucho la reflexión acerca de la escases de los recursos para la salud mental en comparación con la demanda tan alta y decíamos que era indispensable el trabajo en red, el poder articularnos sobre todo en la prevención y la promoción que se pudieran aprovechar recursos de las otras instituciones, además se decía que el trabajo en red permitía mirar la realidad con otros lentes donde hay cabida para los cambios, las transformaciones, las incertidumbres, lo indeterminado entonces ¿a qué otros aspectos de su vida personal hay llevado eso que llamamos trabajo en red?

(Hay silencio)... (Judith se sonríe, luego se sonríen Socorro, Yuliana, Esmeralda y José Reinel).

José Reinel: (sonriendo) nos corcho.

Judith: yo creo que esto es un proceso muy valioso que vale la pena o que de alguna y otra manera en la parte familiar se está aplicando porque es como la forma en que también uno vive, interactúa con los demás... yo pienso que este proceso es valioso en todas las áreas de nosotros como personas, como profesionales como parte de una comunidad... realmente es el trabajo que se debe hacer.

Socorro: yo decía en el encuentro pasado que es importante que también todos los que trabajamos en salud mental cuidemos nuestra salud mental y que una de las formas es precisamente que lo hagamos con redes... de deportes, en la parte espiritual, vida social, miles





de cosas porque tenemos que cuidar nuestra salud mental... porque en un palo de naranjas no se pueden dar mangos (todos se ríen).

Marco Aurelio: es muy importante porque nos ha hecho reflexionar sobre los recursos... es importante que desde la actividad de nosotros, en lo público y en lo privado, pongamos al día a los amigos que de alguna u otra manera ocupan espacios de decisión legislativa como los representantes y los senadores para que ya que se dio un paso en incluir cada patología, en el campo de la psicología, que les puedan dar 30 sesiones de terapia, avancemos y para los subprogramas del joven, de la embarazada, de los adultos mayores, y otros que más adelante veremos los puedan incluir como parte de la promoción y la prevención la consulta psicológica. Miren por ejemplo no más un tema que son dos al mismo tiempo, el intento y el suicidio, cuántos de estos pelaos en la época de joven o del adulto joven tal vez se hubiera diagnosticado a tiempo y actuar a tiempo, si la psicóloga lo hubiera intervenido en el momento en que se hizo la consulta en el programa del joven... ¿Por qué? porque se van neamente a lo biológico y ustedes saben que la personalidad, como algunos tienden a decir, se forma en los primeros 5 años, que lo que aprendió ahí (se toca la cabeza) dura toda la vida y que ahora de viejo no aprende, no tampoco, pero los 5 años son determinantes sin embargo de los 10 a los 20 años es cuando más variaciones puede dar la personalidad de un individuo, igual puede hacerlo cuando sea adulto mayor, pero hablemos de la etapa más crítica por lo menos... que tal vez cada uno de nosotros hemos vivido y de donde se pueden tomar o unos caminos muy satisfactorios para uno mismo o al contrario que uno mismo se recrimine lo que es a los 20, a los 25, a los 30, a los 50 años. Entonces yo si considero que es bueno, a partir del ejercicio que hemos hecho, que podamos plantearle a un Hernán Andrade, a un Carlos Augusto, a un Gechen, a una Consuelo, a Carlos Ramiro a... cualquiera de ellos... que presentemos una propuesta para que la acción del psicólogo no quede solo como PIC o como cuando ya tiene el problema y se deja un hueco, PIC colectivo y la parte curativa, y sobre todo que queda en segundo nivel, aunque el primer nivel ya lo puede habilitar, pero queda el hueco de lo que estamos hablando promoción y prevención, y es que PIC no puede realizar acciones individuales o no debe, lo pueden hacer pero camuflada y en términos de lo que paga una EPS no me deja, y en términos de lo que paga el municipio por la 425 del PIC tampoco puede. Se pude camuflándolas en medio de las actividades colectivas. Entonces que ese punto lo retomemos... nosotros muy seguramente en el mes que viene o comienzos de octubre, hoy estamos tomando la decisión de hoy a mañana, vamos hacer una semana de la salud



donde vamos a involucrar salud mental, el único tema que vamos a excluir porque ya la ESE lo intervino hartó fue lo de discapacidad, no quiere decir que no los tengamos en cuenta, pero bueno, pero los demás temas de salud ocupacional, emergencia y desastres, de la reforma a la salud, desde luego salud mental como parte de la salud pública se van a tocar y se van a traer personas expertas en estos temas para que den las charlas y estemos presentes en cada una de ellas, entonces les digo esto como acotación para intenciones que nos han dejado la experiencia de todas estas sesiones que hemos hecho y que nos tienen que permitir a futuro generar soluciones que puedan captar lo de los mejores egresados de este tipo de profesiones a estas necesidades que tiene la salud de Pitalito, del Huila y de Colombia.

Entrevistador: ¿Qué otras recomendaciones a nivel institucional o personal sugieren ustedes para seguir operativizando el trabajo en red?

Judith: organizar, informar y educar a la comunidad en general... por ejemplo educación con los psico-orientadores están locos en algunas cuestiones, porque si él no sabe cómo actuar ¿sí?... para curarse en salud ellos están haciendo cosas que lo están complicando, un ejemplo rapidito hay un intento de suicidio y era lo que yo les decía a ustedes, una cosa es la ideación suicida con un plan suicida otra cosa es un intento de suicidio y eso no quedó claro, o mejor perdón eso no lo tienen claro ellos entonces notifican a la secretaria de salud, notifican a la ESE, notifican... y están notificando un caso que prácticamente se ha complicado. Que hemos encontrado nosotros en este momento que hay muchos eventos he... intentos de suicidio que no son intentos de suicidio porque es una ideación. Nosotros necesitamos informarles a ellos darle a conocer las rutas, que sepan cómo lo van hacer. Por ejemplo esta semana se presentó un caso y la orientadora, y es a uno de los casos que le estamos haciendo seguimiento, un caso de intento que había sido notificado al hospital y a nosotros o sea un caso notificado dos veces... ahora lo urgente es darlo a conocer a las otras instituciones en este caso las instituciones educativas, orientadores, rectores, coordinadores porque son las que en este momento están... actuando mal...

Esmeralda: trabajan con población vulnerable...

Judith: donde se están presentado...

Teodosio: llevarlo a las administraciones municipales para que se convierta en una política pública para que el proyecto, es decir, para que con el cambio de administración, o el cambio de gerente, del personero o el cambio del funcionario se vaya el programa sino que continúe



como una función más, digámoslo así, de cada funcionario y del gerente para que sea constituido y llevado a política pública en todo el escenario de la administración municipal o de todo el municipio.

Entrevistador: ¿Hasta dónde va el proceso, sin todavía haberlo socializado a la comunidad, consideran ustedes que se ha mejorado el acceso a los servicios de la salud mental?

Judith: si (afirma con la cabeza) no harto pero sí.

(En general todos afirman con la cabeza)

Entrevistador: ¿En cuanto al manual como lo consideran, en su contenido?

Socorro: muy bueno.

Judith: si muy bueno.

(En general todos afirman con la cabeza)

Esmeralda: yo no lo he revisado todo, una parte, pero si está muy completo, abarca todos eventos, que se debe hacer con cada caso. Orienta a cualquier persona que no tenga conocimiento del tema y la orienta inmediatamente abre y empieza a buscar lo que necesite.

Teodosio: ¿ese material se va a llevar a una cartilla?

Entrevistador: si, y va a reposar en cada una de las instituciones. El gerente de la ESE está estudiando la figura a través de la cual puedan costear la impresión de este material.

En el ahora, a partir del proceso ¿Cuál es la percepción que tiene ustedes del rol del psicólogo en el ámbito social?

Teodosio: el psicólogo es una persona tan importante, y aprovechando que aquí está el doctor Marco Aurelio, en todos los estamentos administrativo y yo estaba pensando ahora que debería haber una ley como hay para la comisaria de familia de tener un equipo interdisciplinario, un psicólogo, una trabajadora social... ojala todas las dependencias tuvieran psicólogo de planta o contratado precisamente a las personas que atendemos público nos ayudaran a tratar este tema de la salud mental. A la personería puede llegar una persona, como decía la doctora (señala a Judith) con ideación suicida (se toca la frente) y uno no sabe bien de eso y resulta que no la atendemos bien se fue y se suicidó porque no hubo quien detectara esa falencia de esa persona. Por ejemplo en la personería no nos compete tener un psicólogo pero al saber que atendemos público desde cualquier competencia debería haber psicólogo. A mí si me gustaría que hubiera una ley que obligara a tener su psicólogo de cabecera para atender de forma más integral a la población.





Esmeralda: yo pienso que es una profesión muy importante porque nosotros somos integrales, biopsicosociales y en cualquier momento de nuestra vida nosotros también necesitamos que alguien nos escuche desde otra perspectiva no solo como el médico, entonces pienso que es una profesión muy valiosa y tan importante porque es como la parte integral del individuo como tal, porque no solamente somos la enfermedad o la parte biológica sino también la parte psicológica y social por eso el individuo se debe ver integral.

Teodosio: escuchando a la doctora (se refiere a Esmeralda) yo considero que antes de entrar al médico debería estar hablando primero con el psicólogo o la psicóloga para detectarle algunas falencias o problemáticas que tenga y desde ahí se pueda empezar a plantear la solución... pues se dice además que muchas enfermedades tienen su origen en la mente.

Judith: era lo que decía el psiquiatra cuando vino a dar la capacitación, que desafortunadamente no hubo una buena participación de la localidad, y era la invitación que le hacía a los orientadores de los colegios “hagamos a partir de” dijo él textualmente “de 10° y 11° tamizajes en salud mental para identificar esos procesos (señala a Teodosio) y evitar alguna situación después” ahí de alguna manera estamos nosotros haciendo esa parte de prevención entonces creo que somos muy importantes (Socorro se ríe) aunque se comentan errores, porque se están cometiendo, pero hay algo muy especial en el proceso que yo vengo haciendo en el ejercicio de mi profesión y es que tenemos unos mitos, la gente tiene muchos mitos, y en el proceso que estamos haciendo en los colegios con docentes, alumnos, papás (cuenta con los dedos) nosotros les decimos cuando usted tiene dolor de cabeza o una diarrea ¿para dónde se va? Derechito al médico ¿verdad? Pero si esta triste ¿para dónde se va? Se encierra ¿Dónde debería ir? Buscar a una persona que le ayude a un profesional. Eso es lo que les estamos diciendo para evitar los eventos, para identificarlos. Entonces la gente ya se está acercando al psicólogo como un amigo, un orientador y no como el cura locos que es la idea que tiene la gente “yo no estoy loco entonces para que ir al psicólogo”. Entonces la profesión se vuelve útil para los demás así como dice el señor personero (señala a Teodosio) “pues como no es tan importante entonces para que el psicólogo” ahora como que la salud ocupación es más importante en las empresas pero son dos procesos de la mano.

Entrevistador: si pudiéramos comparar el proceso de la conformación de la red operativa redescubrir con algo que se pudiera tocar o medir ¿con que lo compararían a manera de metáfora?





Teodosio: no sé si entendí, pero por decir algo en mi oficina, mis dependencias están muy... debe hacer una restructuración para mejorar la atención porque eso está muy incómodo, que se yo, donde yo logre hacer esas remodelaciones para que el usuario se sienta mejor los mismos funcionarios se sientan mejor pues me voy a sentir que se logró el objetivo, que está más lindo el ambiente y que la gente se va mejor atendida.

José Reinel: yo lo compararía con un rompecabezas donde cada ficha que sería cada institución... tiene su espacio, tiene su lugar ¿sí? No puede ir otra en ese espacio porque cada institución tenemos una operatividad una función definida y que si en algún momento una de esas fichas se nos pierde ya toda la red o el rompecabezas no sería completo ¿cierto? Y cuando tengamos todo el rompecabezas armado hemos cumplido nuestro objetivo y que hay la satisfacción de un proceso que se ha hecho y que está a disposición de todos.

Entrevistador: José ese rompecabezas ¿Qué tantas fichas tiene?

José Reinel: en este caso serían las 26 instituciones que conformamos la red... 26 fichas.

Entrevistador: ¿y los colores del rompecabezas?

José Reinel: los colores de cada institución... rojo (él esta vestido de rojo), blanco (Esmeralda que está al lado de él tiene un uniforme blanco), naranja... (Se ríe).

Entrevistador: ¿y al armar ese rompecabezas que figura o imagen se obtendría?

José Reinel: todas las fichas tienen muchos colores pero están unidas para formar una sola imagen, un solo objetivo y la imagen sería dos manos entrelazadas.

Esmeralda: lo compararía con el ser humano porque lo mira uno integral desde todos los aspectos, desde lo biológico, lo psicológico y lo social... que también está conformado por montones de células que en este caso que somos las 27 celulitas que no mas tenemos, y que conforman a ese ser humano y el objetivo va hacer el ser humano aunque todas las personas a las que nosotros le podamos brindar y apoyar en este proceso que es la red no solamente... porque esto es para nuestro bienestar aprender cómo se remite que las instituciones sepan cómo es la red para poder aplicar más a la comunidad y servir más a la comunidad y prestarle un mejor servicio a la comunidad por eso se mira al ser humano integral.

Entrevistador: dentro de esa imagen del ser humano ¿dónde se ubica la salud mental?

Esmeralda: como digo es integral pues... se supone que el cerebro es el intelecto uno lo ubicaría en el cerebro pero de todas formas en todo el cuerpo porque a veces hay personas que se enferman psicológicamente para que otra persona los escuchen y no necesariamente me duele





la mano sino simplemente quiero ir al médico para que me escuche. Entonces pienso que es integral no es tomar la cabeza, tomar el brazo... uno va al médico y le miran solamente el sitio y no tiene en cuenta otros factores sino que tomar el individuo integral.

Yuliana: tengo varias opciones para hacer la comparación, bueno pero una es... yo veo el proceso como el de todos los seres humanos que tenemos que avanzar... creo que fue inicialmente como ese bebe que tenía que aprender a caminar y que espero que algún día ya camine solo ese es el objetivo de la red que se operativise que se mueva ya no muy independientemente pero que no sea un ejercicio que dependa de otros sino que sea de la red. Y obviamente tendrá muchas caídas y tendrá que levantarse pero la idea es que llegue a ser tan fortalecido como una persona adulta.

Entrevistador: ¿y que necesita ese bebe para que aprenda a caminar?

Yuliana: digamos alimentación y cuidado.

Entrevistador: ¿y de quién?

Yuliana: de las instituciones, de las personas que lo rodean que somos las instituciones.

Socorro: yo lo compararía como con un limón porque en primera instancia usted mira el limón y no le produce... es ácido pero después que usted lo prepara le hecha hielito, azúcar queda una deliciosa limonada. Al comienzo ya lo hablábamos estábamos como prevenidos pero ya cuando se empezó a endulzar con las instituciones, con la voluntad, con la disposición, con los servicios se convierte en algo agradable, algo bueno para el usuario.

Entrevistador: ¿en qué recipiente pondríamos esa limonada?

Socorro: no sería en algo tan pequeño, de un tamaño más o menos grande porque estaríamos todas las instituciones. Y en segundo lugar para que se conserve y se mantenga en un recipiente que sea de plástico.

Entrevistador: ¿y ese recipiente donde lo ubicaríamos en Pitalito?

Socorro: en todas las instituciones que cada institución tenga un recipiente.

Marco Aurelio: yo lo compararía con, algo que hemos hecho en estos días con los hijos, y son las cometas. Una cometa es algo tan fácil de hacer lo importante es que vuele. Y parte básica es una estructura que va unida por algo que la mantenga firme, y luego hay que ponerle algo que cuando llegue el viento pueda levantarla un plástico, una tela o lo que sea. Y esa cubierta debe estar pegada a la estructura para que se mantenga como una sola cosa. Necesita algo que la estabilice que son los vientos, o la cola, o algunos penachos para sostenerla... eso depende de





la forma porque algunas no lo necesitan. Y desde luego la cuerda que posibilite hacerle la resistencia con el viento y si de verdad está hecha la cometa bien se eleva y aun esta mejor cuando la cometa se mantiene allá pidiendo piola, entonces a medida que pida se le va dando, y para poderla sostener usted no solamente le suelta sino que también le cobra para elevarla más, elevarla más y ella sigue pidiendo, sigue pidiendo y se puede ir muy lejos hasta que llega un momento en que no hay cuerda suficiente, al cuerda se revienta y se va. Y en el proceso creo que la cometa aún está en el suelo.

Entrevistador: ¿pero ya está hecha?

Marco Aurelio: ya está hecha pero no está terminada, la cometa está terminada cuando uno la hecha a volar y termina pidiendo más cola, necesita más alerones o está lista para que siga su camino (señala hacia arriba). Está hecha pero no está terminada.

Entrevistador: ¿qué vamos a utilizar para unir todos los elementos de la estructura de la cometa?

Marco Aurelio: el pegante de unión de todos los elementos, puede ser la cruz o el octogonal unido al cubierta desde luego cuando no se hecha buen pegante, o los cose... cuando están arriba la cometa empieza a fallar... uno ve que si la tela es estilo carpa o paracaídas esa tela no se daña ni se rasga se mantiene en el aire. El pegante tiene que ser algo que en verdad resista el viento. Ese pegante que lleve ahí o esa costura deben ser bien establecida de muy buen material. En este caso, en primer lugar las personas y los que están involucrados en este momento pero solo se mantendrá unida una red en la medida en que esa misma persistencia del ahora se mantenga, se mantenga en el tiempo, seguimos reuniendo, seguir induciendo a los otros a que asistan a esta red porque de lo contrario se nos va a olvidar y cuando nos pregunten qué se debe hacer en cada etapa, que de debe hacer la fiscalía, o que debe hacer el médico, que debe hacer el psicólogo... se nos olvidó.

Entrevistador: ¿Qué forma debería tener esta cometa?

Marco Aurelio: por experiencia sé que la forma más adecuada es la de forma de cruz, esa estructura permite no solamente estabilidad sino belleza... se le puede agregar una cola larga y a los lados los alerones y la cometa se ve muy bonita porque cuando se eleva se mueve la cometa y se mueven los alerones (mueve los brazos) y en la cometa se le pueden poner varios colores. En cada triangulo (dibuja el triángulo con el dedo en el aire) se le puede pegar un color diferente o dos.



Entrevistador: ¿Cuáles son los colores de la cometa de la red operativa institucional redescubrir?

Marco Aurelio: hay una manifestación clara en latinoamericana, y se lo decían hoy a Luz un compañero de trabajo que le dijo la guacamaya (ella tiene una blusa de muchos colores, todos se ríen) Bolivia manifiesta en su bandera los colores de la diversidad y a nivel del occidente la diversidad de la población LGTBI ellos usan mucho estos colores (señala a Luz Edith) pero estos colores para nosotros para los latinoamericanos son más de los indígenas o aborígenes donde se expresa la diversidad del planeta y de las mismas personas porque ellos integran tierra, aire... (cuenta con los dedos) bueno todos los elementos de la pachamama incluidos nosotros. Esos deberían ser los colores (señala a Luz Edith).

Entrevistador: ¿Al final de la cuerda quien está sosteniendo la cometa?

Marco Aurelio: es la red de la comunidad organizada, somos nosotros, esas comunidades que le colaboran al que tiene un problema. No es toda la sociedad, pero todos debemos estar pendientes pero si somos nosotros los llamados de alguna manera a ser líderes.

- Finaliza el encuentro y se hace entrega del manual como borrador, estableciéndose acuerdos para que cada institución se responsabilice de hacer las correcciones pertinentes durante las fechas establecidas.

Anexo III

Pruebas pre y post sobre primeros auxilios psicológicos





Prueba PRE capacitación de primeros auxilios psicológicos (Encuentro N° 9)

PRUEBA PRE

1- ¿Qué son los primeros auxilios psicológicos?
*son los primeros auxilios que se deben aplicar cuando alguien
sufre algún tipo de alteración mental o se altera.*

2. ¿Quiénes pueden prestar los primeros auxilios psicológicos?
*Cualquier persona que tenga conocimiento de las técnicas
y acciones de primeros auxilios psicológicos.*

3. ¿Qué es una crisis?
*Suceso o activación por alguna causa externa de una
persona, la cual puede pasar en un momento de
emocional a la vida misma.*

4. ¿cuáles son las características de las situaciones de crisis?
*- al formarse de las actividades cotidianas.
- Situación que pone en riesgo la vida del sujeto.*

5. ¿Cuáles son los síntomas habituales en una crisis?
*- Respiración acelerada
- Desorientación
- Arritmia, Inestabilidad, temblores, parálisis.*

6. ¿Cuál es la importancia de los primeros auxilios psicológicos?
*Brindar al sujeto apoyo y ayuda emocional en
situaciones de riesgo con lo cual se le puede
ayudar al sujeto a superar una buena día a día.*

PRUEBA PRE

1- ¿Qué son los primeros auxilios psicológicos?
*Atención Primaria que se ofrece al
paciente.*

2. ¿Quiénes pueden prestar los primeros auxilios psicológicos?
*Todo funcionario que este debidamente
capacitado.*

3. ¿Qué es una crisis?
*es la expresión emocional
de la expresión máxima de dolor,
ansiedad y riesgo.*

4. ¿cuáles son las características de las situaciones de crisis?
*Dolor, Desesperanza, Angustia,
agotamiento, las 4 características
habituales.*

5. ¿Cuáles son los síntomas habituales en una crisis?
*En algunos casos se llega a la
parálisis total. Shocks, Depresión,
fobia, etc.*

6. ¿Cuál es la importancia de los primeros auxilios psicológicos?
*permite la canalización y expresión
de sentimientos que llevan al individuo
a un estado emocional estable y sano.*





PRUEBA PRE

1. ¿Qué son los primeros auxilios psicológicos?
Es una acción que se realiza cuando hay un caso
2. ¿Quiénes pueden prestar los primeros auxilios psicológicos?
Cualquier persona que tenga conocimiento de ello
3. ¿Qué es una crisis?
Es una situación que altera nuestra conducta
4. ¿Cuáles son las características de las situaciones de crisis?
cambio de ánimo sin
causas
causas con finalidad
5. ¿Cuáles son los síntomas habituales en una crisis?
contorno
6. ¿Cuál es la importancia de los primeros auxilios psicológicos?
es sacar de un problema a las personas para un
pensar el lugar en donde

PRUEBA PRE

1. ¿Qué son los primeros auxilios psicológicos?
Atención psicológica
2. ¿Quiénes pueden prestar los primeros auxilios psicológicos?
Todos
3. ¿Qué es una crisis?
situación de los que se siente angustia, confusión, pérdida de
control, pérdida de la capacidad de pensar y actuar
4. ¿Cuáles son las características de las situaciones de crisis?
destrucción de la estructura de la personalidad - pérdida de la
capacidad de pensar y actuar
5. ¿Cuáles son los síntomas habituales en una crisis?
destrucción de la estructura de la personalidad - pérdida de la
capacidad de pensar y actuar
6. ¿Cuál es la importancia de los primeros auxilios psicológicos?
destrucción de la estructura de la personalidad - pérdida de la
capacidad de pensar y actuar

PRUEBA PRE

1. ¿Qué son los primeros auxilios psicológicos?
los primeros auxilios que se brinda a quien lo requiere
en un momento crítico
2. ¿Quiénes pueden prestar los primeros auxilios psicológicos?
los que están en contacto con las personas que necesitan
esta atención en crisis
3. ¿Qué es una crisis?
situación de la que se requiere una atención
psicológica
4. ¿Cuáles son las características de las situaciones de crisis?
cambio de una realidad, carencia de estructura
de personalidad
5. ¿Cuáles son los síntomas habituales en una crisis?
cambio de personalidad, ansiedad, angustia
confusión
6. ¿Cuál es la importancia de los primeros auxilios psicológicos?
sacar a las personas de un momento crítico que se le
presenta cuando las personas necesitan





PRUEBA PRE

1. ¿Qué son los primeros auxilios psicológicos?

Es el primer contacto que se tiene con una persona en estado de crisis con el objetivo de brindar apoyo emocional y psicológico y brindar el apoyo que se requiera.

2. ¿Quiénes pueden prestar los primeros auxilios psicológicos?

Los que tienen formación profesional (psicólogos, enfermeras, psicólogos, etc.) o personas que hayan recibido capacitación en psicología.

3. ¿Qué es una crisis?

Es un estado de confusión e incertidumbre de una persona que experimenta una situación inesperada.

4. ¿cuáles son las características de las situaciones de crisis?

son transitorias, de corta duración y se resuelve por sí mismas.

5. ¿Cuáles son los síntomas habituales en una crisis?

Ansiedad, Tristeza, Aislamiento.

6. ¿Cuál es la importancia de los primeros auxilios psicológicos?

Les ayudan a mantenerse en un estado estable y a superar la situación de crisis de manera adecuada por lo que es importante brindar apoyo.

PRUEBA PRE

1. ¿Qué son los primeros auxilios psicológicos?

Es el primer contacto o acompañamiento que se brinda a una persona que experimenta una situación de crisis.

2. ¿Quiénes pueden prestar los primeros auxilios psicológicos?

Los que tienen formación profesional (psicólogos, enfermeras, psicólogos, etc.) o personas que hayan recibido capacitación en psicología.

3. ¿Qué es una crisis?

Situación en la cual todas las defensas psicológicas se ven afectadas por una situación inesperada.

4. ¿cuáles son las características de las situaciones de crisis?

Resolución, breve e inusual se logra superar a través de la intervención de ayuda psicológica.

5. ¿Cuáles son los síntomas habituales en una crisis?



6. ¿Cuál es la importancia de los primeros auxilios psicológicos?

Les ayudan a superar la situación de crisis de manera adecuada por lo que es importante brindar apoyo.





Prueba POST capacitación de primeros auxilios psicológicos (Encuentro N° 9)

PRUEBA POST

Marque una x a la o las respuestas correctas

1- LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS SON:

- Son intervenciones de primera instancia.
- Son inmediatas y de corta duración.
- Están dirigidas a cualquier persona impactada por un incidente crítico.
- Su objetivo principal es proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda.
- Los PAP los proporciona cualquier persona suficientemente entrenada y formada.

FALSO O VERDADERO.

Los primeros auxilios psicológicos pueden y deben ser realizados por cualquier persona con entrenamiento mínimo en el manejo de situaciones de crisis.

F O V

UNA CRISIS ES

Una crisis es la reacción cognitiva y emocional de una persona ante un evento precipitante por el cual la persona pierde temporalmente la capacidad de dar una respuesta efectiva y ajustada al problema

F O V

Momento en el cual una persona experimenta una gran desorganización emocional (o desequilibrio), acompañada de perturbación y trastorno en las estrategias de enfrentamiento y resolución de problemas.¹

F O V

SELECCIONE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS SITUACIONES DE CRISIS

- Crisis
- Evento Peligroso
- Estado de riesgo
- Estado Vulnerable
- Estado de Crisis Activo
- Agotamiento
- Choque

¹ DÍAZ, Marroquín Noemí, Modelo de atención Telefónica a mujeres Que viven violencia familiar n.d. Obtenida el 25 de abril de 2013 de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/TAB/tab08.pdf>

SELECCIONE LOS SINTOMAS HABITUALES EN UNA CRISIS

- 1. Somnolencia
- 2. Angustia
- 3. Miedo
- 4. Rabia
- 5. Dificultad para pensar
- 6. Depresión, Alegría fácil
- 7. Impulsividad
- 8. Pensamiento de "túnel"
- 9. Dificultad para tomar decisiones
- 10. Ideas o acciones autodestructivas

LA IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS ES:

= No se trata de curar la salud mental de una persona, sino de ayudarla a su integridad física y emocional





PRUEBA POST

Marque una x a la o las respuestas correctas

1- LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS SON:

- Son intervenciones de primera instancia.
- Son inmediatas y de corta duración.
- Están dirigidas a cualquier persona impactada por un incidente crítico.
- Su objetivo principal es proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda.
- Los PAP los proporciona cualquier persona suficientemente entrenada y formada.

FALSO O VERDADERO.

Los primeros auxilios psicológicos pueden y deben ser realizados por cualquier persona con entrenamiento mínimo en el manejo de situaciones de crisis.

F () O V

UNA CRISIS ES

Una crisis es la reacción cognitiva y emocional de una persona ante un evento precipitante por el cual la persona pierde temporalmente la capacidad de dar una respuesta efectiva y ajustada al problema.

F () O V

Momento en el cual una persona experimenta una gran desorganización emocional (o desequilibrio), acompañada de perturbación y trastorno en las estrategias de enfrentamiento y resolución de problemas.¹

F () O V

SELECCIONE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS SITUACIONES DE CRISIS

- Crisis
- Evento Peligroso
- Estado de riesgo
- Estado Vulnerable
- Estado de Crisis Activo
- Agotamiento
- Choque

¹ DÍAZ, Marroquín Noemí. Modelo de atención Telefónica a mujeres Que viven violencia familiar n.d. Obtenida el 25 de abril de 2013 de <http://ceodoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/TAB/tab08.pdf>

----- de <http://ceodoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/TAB/tab08.pdf>

SELECCIONE LOS SINTOMAS HABITUALES EN UNA CRISIS

- 1. Somnolencia
- 2. Angustia
- 3. Miedo
- 4. Rabia
- 5. Dificultad para pensar
- 6. Depresión, Alegría fácil
- 7. Impulsividad
- 8. Pensamiento de "túnel"
- 9. Dificultad para tomar decisiones
- 10. Ideas o acciones autodestructivas

LA IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS ES:

dar un apoyo necesario a aquellas personas que sufren algún problema socio-psicológico o emocional de una persona.

En suma por la gravedad de cada persona y de institución que ayuda a superar situaciones de alto riesgo socio-psicológicas buscando que una persona o una grupo sean más seguros.





PRUEBA POST

Marque una x a la o las respuestas correctas.

1- LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS SON:

- Son intervenciones de primera instancia
- Son inmediatas y de corta duración.
- Están dirigidas a cualquier persona impactada por un incidente crítico.
- Su objetivo principal es proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda.
- Los PAP los proporciona cualquier persona suficientemente entrenada y formada.

FALSO O VERDADERO.

Los primeros auxilios psicológicos pueden y deben ser realizados por cualquier persona con entrenamiento mínimo en el manejo de situaciones de crisis.

F O V

UNA CRISIS ES

Una crisis es la reacción cognitiva y emocional de una persona ante un evento precipitante por el cual la persona pierde temporalmente la capacidad de dar una respuesta efectiva y ajustada al problema

F O V

Momento en el cual una persona experimenta una gran desorganización emocional (o desequilibrio), acompañada de perturbación y trastorno en las estrategias de enfrentamiento y resolución de problemas.¹

F O V

SELECCIONE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS SITUACIONES DE CRISIS

- Crisis
- Evento Peligroso
- Estado de Riesgo
- Estado Vulnerable
- Estado de Crisis Activo
- Agotamiento
- Choque

¹ DÍAZ, Marroquín Noemi. Modelo de atención Telefónica a mujeres Que viven violencia familiar n.d. Obtenida el 25 de abril de 2013 de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/TAB/tab08.pdf>

SELECCIONE LOS SINTOMAS HABITUALES EN UNA CRISIS

- 1. Somnolencia
- 2. Angustia
- 3. Miedo
- 4. Rabia
- 5. Dificultad para pensar
- 6. Depresión, Alegría fácil
- 7. Impulsividad
- 8. Pensamiento de "túnel"
- 9. Dificultad para tomar decisiones
- 10. Ideas o acciones autodestructivas

LA IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS ES:





PRUEBA POST

Marque una x a la o las respuestas correctas

1- LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS SON:

- Son intervenciones de primera instancia.
- Son inmediatas y de corta duración.
- Están dirigidas a cualquier persona impactada por un incidente crítico.
- Su objetivo principal es proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda.
- Los PAP los proporciona cualquier persona suficientemente entrenada y formada.

FALSO O VERDADERO.

Los primeros auxilios psicológicos pueden y deben ser realizados por cualquier persona con entrenamiento mínimo en el manejo de situaciones de crisis.

F () O V (X)

UNA CRISIS ES

Una crisis es la reacción cognitiva y emocional de una persona ante un evento precipitante por el cual la persona pierde temporalmente la capacidad de dar una respuesta efectiva y ajustada al problema

F () O V (X)

Momento en el cual una persona experimenta una gran desorganización emocional (o desequilibrio), acompañada de perturbación y trastorno en las estrategias de enfrentamiento y resolución de problemas.¹

F () O V (X)

SELECCIONE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS SITUACIONES DE CRISIS

- Crisis
- Evento Peligroso
- Estado de riesgo
- Estado Vulnerable
- Estado de Crisis Activo
- Agotamiento
- Choque

¹ DÍAZ, Marroquín Noemí. Modelo de atención Telefónica a mujeres Que viven violencia familiar n.d. Obtenida el 25 de abril de 2013 de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/TAB/tab08.pdf>

SELECCIONE LOS SINTOMAS HABITUALES EN UNA CRISIS

- Somnolencia
- Angustia
- Miedo
- Rabia
- Dificultad para pensar
- Depresión, Alegría fácil
- Impulsividad
- Pensamiento de "túnel"
- Dificultad para tomar decisiones
- Ideas o acciones autodestructivas

LA IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS ES:

Establecer el equilibrio emocional y mental de un ser humano que presenta la crisis.





PRUEBA POST

Marque una x a la o las respuestas correctas.

1- LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS SON:

- Son intervenciones de primera instancia.
- Son inmediatas y de corta duración.
- Están dirigidas a cualquier persona impactada por un incidente crítico.
- Su objetivo principal es proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda.
- Los PAP los proporciona cualquier persona suficientemente entrenada y formada.

FALSO O VERDADERO.

Los primeros auxilios psicológicos pueden y deben ser realizados por cualquier persona con entrenamiento mínimo en el manejo de situaciones de crisis.

F () O V

UNA CRISIS ES

Una crisis es la reacción cognitiva y emocional de una persona ante un evento precipitante por el cual la persona pierde temporalmente la capacidad de dar una respuesta efectiva y ajustada al problema

F () O V

Momento en el cual una persona experimenta una gran desorganización emocional (o desequilibrio), acompañada de perturbación y trastorno en las estrategias de enfrentamiento y resolución de problemas.¹

F () O V

SELECCIONE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS SITUACIONES DE CRISIS

- Crisis
- Evento Peligroso
- Estado de riesgo
- Estado Vulnerable
- Estado de Crisis Activo
- Agotamiento
- Choque

¹ DÍAZ, Marroquín Noemi. Modelo de atención Telefónica a mujeres Que viven violencia familiar n.d. Obtenida el 25 de abril de 2013 de <http://cedo.iimujeres.gob.mx/PAIMEF/TAB/tab08.pdf>

SELECCIONE LOS SINTOMAS HABITUALES EN UNA CRISIS

- 1. Somnolencia
- 2. Angustia
- 3. Miedo
- 4. Rabia
- 5. Dificultad para pensar
- 6. Depresión, Alegría fácil
- 7. Impulsividad
- 8. Pensamiento de "túnel"
- 9. Dificultad para tomar decisiones
- 10. Ideas o acciones autodestructivas

LA IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS ES:

MUY IMPORTANTE





PRUEBA POST

SELECCIONE LOS SINTOMAS HABITUALES EN UNA CRISIS

Marque una x a la o las respuestas correctas

1- LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS SON:

- Son intervenciones de primera instancia.
- Son inmediatas y de corta duración.
- Están dirigidas a cualquier persona impactada por un incidente crítico.
- Su objetivo principal es proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda.
- Los PAP los proporciona cualquier persona suficientemente entrenada y formada.

LA IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS ES:

FALSO O VERDADERO.

Los primeros auxilios psicológicos pueden y deben ser realizados por cualquier persona con entrenamiento mínimo en el manejo de situaciones de crisis.

F O V ()

UNA CRISIS ES

Una crisis es la reacción cognitiva y emocional de una persona ante un evento precipitante por el cual la persona pierde temporalmente la capacidad de dar una respuesta efectiva y ajustada al problema

F () O V

Momento en el cual una persona experimenta una gran desorganización emocional (o desequilibrio), acompañada de perturbación y trastorno en las estrategias de enfrentamiento y resolución de problemas.¹

F () O V

SELECCIONE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS SITUACIONES DE CRISIS

- Crisis
- Evento Peligroso
- Estado de riesgo
- Estado Vulnerable
- Estado de Crisis Activo
- Agotamiento
- Choque

¹ DÍAZ, Marroquín Noemí. Modelo de atención Telefónica a mujeres Que viven violencia familiar n.d. Obtenida el 25 de abril de 2013 de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/TAB/tab08.pdf>

SELECCIONE LOS SINTOMAS HABITUALES EN UNA CRISIS

1. Somnolencia
2. Angustia
3. Miedo
4. Rabia
5. Dificultad para pensar
6. Depresión, Alegría fácil
7. Impulsividad
8. Pensamiento de "túnel"
9. Dificultad para tomar decisiones
10. Ideas o acciones autodestructivas

LA IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS ES:





PRUEBA POST

Marque una x a la o las respuestas correctas

1- LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS SON:

- Son intervenciones de primera instancia.
- Son inmediatas y de corta duración.
- Están dirigidas a cualquier persona impactada por un incidente crítico.
- Su objetivo principal es proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda.
- Los PAP los proporciona cualquier persona suficientemente entrenada y formada.

FALSO O VERDADERO.

Los primeros auxilios psicológicos pueden y deben ser realizados por cualquier persona con entrenamiento mínimo en el manejo de situaciones de crisis.

F () O V

UNA CRISIS ES

Una crisis es la reacción cognitiva y emocional de una persona ante un evento precipitante por el cual la persona pierde temporalmente la capacidad de dar una respuesta efectiva y ajustada al problema

F () O V

Momento en el cual una persona experimenta una gran desorganización emocional (o desequilibrio), acompañada de perturbación y trastorno en las estrategias de enfrentamiento y resolución de problemas.¹

F () O V

SELECCIONE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS SITUACIONES DE CRISIS

- Crisis
- Evento Peligroso
- Estado de riesgo
- Estado Vulnerable
- Estado de Crisis Activo
- Agotamiento
- Choque

¹ DÍAZ, Marroquín Noemí. Modelo de atención Telefónica a mujeres Que viven violencia familiar n.d. Obtenida el 25 de abril de 2013 de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/TAB/tab08.pdf>

SELECCIONE LOS SINTOMAS HABITUALES EN UNA CRISIS

1. Somnolencia
2. Angustia
3. Miedo
4. Rabia
5. Dificultad para pensar
6. Depresión, Alegría fácil
7. Impulsividad
8. Pensamiento de "túnel"
9. Dificultad para tomar decisiones
10. Ideas o acciones autodestructivas

LA IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS ES:

Los primeros auxilios psicológicos son intervenciones de primera instancia que se brindan a cualquier persona que experimenta un evento precipitante que genera una crisis.





PRUEBA POST

Marque una x a la o las respuestas correctas

1- LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS SON:

- Son intervenciones de primera instancia.
- Son inmediatas y de corta duración.
- Están dirigidas a cualquier persona impactada por un incidente crítico.
- Su objetivo principal es proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda.
- Los PAP los proporciona cualquier persona suficientemente entrenada y formada.

FALSO O VERDADERO.

Los primeros auxilios psicológicos pueden y deben ser realizados por cualquier persona con entrenamiento mínimo en el manejo de situaciones de crisis.

F () O V (x)

UNA CRISIS ES

Una crisis es la reacción cognitiva y emocional de una persona ante un evento precipitante por el cual la persona pierde temporalmente la capacidad de dar una respuesta efectiva y ajustada al problema

F () O V (x)

Momento en el cual una persona experimenta una gran desorganización emocional (o desequilibrio), acompañada de perturbación y trastorno en las estrategias de enfrentamiento y resolución de problemas.¹

F () O V (x)

SELECCIONE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS SITUACIONES DE CRISIS

- Crisis
- Evento Peligroso
- Estado de riesgo
- Estado Vulnerable
- Estado de Crisis Activo
- Agotamiento
- Choque

¹ DÍAZ, Marroquín Noemí. Modelo de atención Telefónica a mujeres Que viven violencia familiar n.d. Obtenida el 25 de abril de 2013 de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/TAB/tab08.pdf>

PRUEBA POST

Marque una x a la o las respuestas correctas

1- LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS SON:

- Son intervenciones de primera instancia.
- Son inmediatas y de corta duración.
- Están dirigidas a cualquier persona impactada por un incidente crítico.
- Su objetivo principal es proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda.
- Los PAP los proporciona cualquier persona suficientemente entrenada y formada.

FALSO O VERDADERO.

Los primeros auxilios psicológicos pueden y deben ser realizados por cualquier persona con entrenamiento mínimo en el manejo de situaciones de crisis.

F () O V (x)

UNA CRISIS ES

Una crisis es la reacción cognitiva y emocional de una persona ante un evento precipitante por el cual la persona pierde temporalmente la capacidad de dar una respuesta efectiva y ajustada al problema

F () O V (x)

Momento en el cual una persona experimenta una gran desorganización emocional (o desequilibrio), acompañada de perturbación y trastorno en las estrategias de enfrentamiento y resolución de problemas.¹

F () O V (x)

SELECCIONE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS SITUACIONES DE CRISIS

- Crisis
- Evento Peligroso
- Estado de riesgo
- Estado Vulnerable
- Estado de Crisis Activo
- Agotamiento
- Choque

¹ DÍAZ, Marroquín Noemí. Modelo de atención Telefónica a mujeres Que viven violencia familiar n.d. Obtenida el 25 de abril de 2013 de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/TAB/tab08.pdf>





Anexo IV

Registro de asistencia de visitas institucionales y entrega de invitación

Redescubrir
Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitábito - Huila

UNAD
UNIVERSIDAD NACIONAL
Abierta y a Distancia

OBJETIVO ESPECIFICO DEL INIUMD: Entrega de invitación y compromiso para los encuentros de la Red Operativa Institucional programados para el año 2012.

FECHA: 30 mayo 2012

INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONO	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE LA INVITACION Y EL CRONOGRAMA	FIRMA
MAYAMAS	Calle 15 # 1-47	8324222	Concepción Cruz	
COMPAMILAP	Calle # 5-42	8342977	Yolanda Pardo	
COMPARITA	Calle # 1-45	8344440	Verónica Velazquez	
SOL SALUD	Calle # 5-57	8348244	Glennys Rodríguez	
CAFESALUD	Calle B # 3-37	8320473	Maribel Jaramila	
SALUDCOOP	Calle 4 # 2-42	8364440	Blanca Torres	
ARMET SALUD	Calle 5 # 1-26	8344223	María Jesús Calderón	
EMOGSALUD	Calle A # 15-34	8350440	Juliana Jara	
CAPRESUM	DONDE ESTE ES	8344222	Stephanie Rodríguez	
COOMEVA	Av. 1 # 5-20	8349123	Yolanda Pardo	
NUOVA EPS	Calle 5 # 1-26	8344223	Armando Pardo	
ESHTAS	Calle 5 # 1-26	8344223	Yolanda Pardo	
ESB MUNICIPAL				
MARCELA CORTIJO				

Redescubrir
Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitábito - Huila

UNAD
UNIVERSIDAD NACIONAL
Abierta y a Distancia

RELACION DE VISITAS A INSTITUCIONES

OBJETIVO GENERAL: Promover la Coordinación entre la E.S.B. Municipal Manuel Cárdena Torres y todo el personal académico de las instituciones participantes de la Red Operativa Institucional para el desarrollo de los eventos. (Priorizando aquellos de salud mental y la promoción de acciones de salud mental en el Municipio de Pitábito durante el periodo de implementación y seguimiento de 2012).

OBJETIVO ESPECIFICO DEL INIUMD: Establecer las comunicaciones en salud mental que realice cada uno de los actores institucionales involucrados.

ACTIVIDAD: Realizar la entrega personal de la lista de invitación para el primer encuentro de la Red, que tiene como objetivo socializar con los actores operativos las generalidades de la red de apoyo institucional. **FECHA:**

INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONO	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE LA VISITA	CRONOGRAMA	OBSERVACIONES
Santa EPS	Calle 5 # 1-26	8344223	Yolanda Pardo		
Marce EPS					
Compartita	Calle 5 # 1-45	8344440	Verónica Velazquez		
Compara	Av. 1 # 5-20	8349123	Yolanda Pardo		
Compara	Tramo 2 # 2-50	8344222	Glennys Rodríguez		
Novia EPS	Calle 5 # 1-26	8344223	Yolanda Pardo		
Armet Salud	Calle 5 # 1-26	8344223	María Jesús Calderón		
Capresum	Calle 5 # 1-26	8344223	Yolanda Pardo		
Mullamayo	Calle 5 # 1-26	8344223	Yolanda Pardo		

Redescubrir
Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitábito - Huila

UNAD
UNIVERSIDAD NACIONAL
Abierta y a Distancia

RELACION DE VISITAS A INSTITUCIONES

OBJETIVO GENERAL: Promover la Coordinación entre la E.S.B. Municipal Manuel Cárdena Torres y todo el personal académico de las instituciones participantes de la Red Operativa Institucional para el desarrollo de los eventos. (Priorizando aquellos de salud mental y la promoción de acciones de salud mental en el Municipio de Pitábito durante el periodo de implementación y seguimiento de 2012).

OBJETIVO ESPECIFICO DEL INIUMD: Establecer las comunicaciones en salud mental que realice cada uno de los actores institucionales involucrados.

ACTIVIDAD: Realizar la entrega personal de la lista de invitación para el primer encuentro de la Red, que tiene como objetivo socializar con los actores operativos las generalidades de la red de apoyo institucional. **FECHA:**

INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONO	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE LA VISITA	FIRMA	OBSERVACIONES
Santa EPS	Calle 5 # 1-26	8344223	Yolanda Pardo		
Marce EPS					
Compartita	Calle 5 # 1-45	8344440	Verónica Velazquez		
Compara	Av. 1 # 5-20	8349123	Yolanda Pardo		
Compara	Tramo 2 # 2-50	8344222	Glennys Rodríguez		
Novia EPS	Calle 5 # 1-26	8344223	Yolanda Pardo		
Armet Salud	Calle 5 # 1-26	8344223	María Jesús Calderón		
Capresum	Calle 5 # 1-26	8344223	Yolanda Pardo		
Mullamayo	Calle 5 # 1-26	8344223	Yolanda Pardo		





Redescubrir

Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitalito - Huila



RELACION DE VISITAS A INSTITUCIONES

OBJETIVO GENERAL: Priorizar la Conformación de la E. S. E. Municipal Manuel Castro Tovar y bajo la orientación académica de las prácticas profesionales de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, en el área de la psicología la RED INSTITUCIONAL REDESCUBRIR para la prevención de los eventos de entornos sociales de salud mental y la promoción de estilos de vida saludable en el Municipio de Pitalito durante el periodo de septiembre a noviembre de 2012.

OBJETIVO ESPECIFICO DEL RESUMEN: Entrega de invitación y cronograma para los encuentros de la Red Operativa Institucional programados para el año 2012.

FECHA: 16 de mayo / 2012

INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONO	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE LA INVITACION Y EL CRONOGRAMA	FIRMA
BATALLON	Car 5 via Quilicura	8561223	Ed. Obispo... Propietario	[Firma]
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE PITALITO FISCALIA 3.0	Hospital Fiscal	8562500	Francisco Portes	[Firma]
COMISARIA DE FAMILIA I.O.B.F	Carretera # 3-11	8562333	Jeanet Vergara	[Firma]
POLICIA NACIONAL	Alcalde	8560000	Miguel Bolivar	[Firma]
SECRETARIA DE SALUD BOMBEROS	Carretera # 3-11	8562333	Miguel Bolivar	[Firma]
DEFENSA CIVIL	Carretera # 3-11	8562333	Miguel Bolivar	[Firma]



Redescubrir

Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitalito - Huila



OBJETIVO ESPECIFICO DEL RESUMEN: Entrega de invitación y cronograma para los encuentros de la Red Operativa Institucional

FECHA:

INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONO	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE LA INVITACION	FIRMA
BATALLON	Km 5 via San Agustín	8364283	Alejandra Valderama	[Firma]
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE PITALITO FISCALIA	Carretera # 3-11	8562333	Francisco Portes	[Firma]
COMISARIA DE FAMILIA I.C.B.F	Calle 6 # 10	8562040	Sandra Milena Ciro	[Firma]
POLICIA NACIONAL	Calle 15 # 1-104	8560320	Patricia Peralta	[Firma]
SECRETARIA DE SALUD BOMBEROS	Calle 6 # 10	8562040	Patricia Peralta	[Firma]
DEFENSA CIVIL	Calle 4 # 14-11	8560741	Alexander Torres	[Firma]



Redescubrir

Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitalito - Huila



RELACION DE VISITAS A INSTITUCIONES

OBJETIVO ESPECIFICO DEL RESUMEN: Entrega de invitación al Cuadro 24) Expositivo de la Red Operativa Institucional

FECHA:

INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONO	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE LA INVITACION	FIRMA
BATALLON	Carretera # 3-11	8562333	Gerardo Cipriano	[Firma]
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE PITALITO FISCALIA	Hospital Fiscal	8562500	Francisco Portes	[Firma]
COMISARIA DE FAMILIA I.O.B.F	Alcalde	8560000	Miguel Bolivar	[Firma]
POLICIA NACIONAL	Carretera # 3-11	8562333	Miguel Bolivar	[Firma]
CRUZ ROJA	Carretera # 3-11	8562333	Miguel Bolivar	[Firma]
BOMBEROS	Carretera # 3-11	8562333	Miguel Bolivar	[Firma]
DEFENSA CIVIL	Carretera # 3-11	8562333	Miguel Bolivar	[Firma]
PERFORADORA E. S. E. MUNICIPAL MANUEL CASTRO	Carretera # 3-11	8562333	Miguel Bolivar	[Firma]





2013 Edición N° 1 EDESCUBRIR

Alternativa para mejorar la atención de salud mental en el Municipio de Pitalito - Huila



Redescubrir

Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitalito - Huila



OBJETIVO ESPECÍFICO DEL INSUMO: Entrega de invitación al Cuarto (4) Encuentro de la Red Operativa Institucional

FECHA: _____

INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE LA INVITACIÓN	FIRMA
MALLAMAS				
CONFAMILIAR	Casa de la Comunidad	32226616	Yolani Pineda	[Firma]
COMFAMILIAR		83629117	[Firma]	[Firma]
COMFAMILIAR	Casa de la Comunidad	83629117	[Firma]	[Firma]
SOSALUD	Cel. 6113324	83629117	[Firma]	[Firma]
CAFESALUD	Cel. 8118-23	83629117	[Firma]	[Firma]
SALUDCOOP			[Firma]	[Firma]
ASBET SALUD		8364923	[Firma]	[Firma]
ESPOSALUD	C. 141123	8350410	[Firma]	[Firma]
CAPRECOM	0	831440333	[Firma]	[Firma]
COOMEVA	En la zona 330	8369153	[Firma]	[Firma]
NUOVA EPS		8369212	[Firma]	[Firma]
SANTAS	Cel. 8113324	83629117	[Firma]	[Firma]
Red Operativa	Cel. 8113324	83629117	[Firma]	[Firma]



Redescubrir

Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitalito - Huila



ENTREGA DE INVITACIÓN AL QUINTO ENCUENTRO DE LA RED

OBJETIVO: Socialización de la propuesta de Huila (Planograma de atención), Muestras de trabajo con casos específicos y entrega del primer borrador de manual operativo.

FECHA: _____

INSTITUCIÓN	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LA INVITACIÓN	TELÉFONO	FIRMA
MALLAMAS			
CONFAMILIAR	Yolani Pineda	812376232	[Firma]
CONFAMILIAR	Yolani Pineda	83648240	[Firma]
SOSALUD	Glennys Aliberti	83629117	[Firma]
CAFESALUD	[Firma]	814 8119985	[Firma]
SALUDCOOP	[Firma]	83629117	[Firma]
ASBET SALUD	[Firma]	831440333	[Firma]
ESPOSALUD	[Firma]	8350410	[Firma]
CAPRECOM	[Firma]	831440333	[Firma]
COOMEVA	[Firma]	814990040	[Firma]
NUOVA EPS	[Firma]	814283333	[Firma]
SANTAS	[Firma]	812507053	[Firma]
E.S.E. MUNICIPAL MANUEL CASTRO	[Firma]	3214453831	[Firma]



Redescubrir

Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitalito - Huila



ENTREGA DE INVITACIÓN AL QUINTO ENCUENTRO DE LA RED

OBJETIVO: Socialización de la propuesta de Huila (Planograma de atención), Muestras de trabajo con casos específicos y entrega del primer borrador de manual operativo.

FECHA: _____

INSTITUCIÓN	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LA INFORMACIÓN	TELÉFONO	FIRMA
INSTITUCIÓN	[Firma]	83629117	[Firma]
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE PITALITO	[Firma]	318304310	[Firma]
FISCALÍA GENERAL DE LA NACION (GT)	[Firma]	83629117	[Firma]
FISCALÍA INFANCIA Y ADOLESCENCIA Y MEDICINA LEGAL	[Firma]	836084010	[Firma]
COMISARIA DE FAMILIA	[Firma]	83629117	[Firma]
ICBF	[Firma]	83629117	[Firma]
POLESA NACIONAL	[Firma]	3175282099	[Firma]
CRUZ ROJA	[Firma]		[Firma]
BOMBEROS	[Firma]		[Firma]
DEFENSA CIVIL	[Firma]		[Firma]
PERFORMERA	[Firma]	83602170	[Firma]
SECRETARÍA DE SALUD	[Firma]	8360010	[Firma]



Derechos reservados: Propiedad intelectual de la





2013 Edición N° 1 EDESCUBRIR

Alternativa para mejorar la atención de salud mental en el Municipio de Pitábito - Huila



Redescubrir

Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitábito - Huila



ENTREGA DE INVITACIÓN AL SEXTO ENCUENTRO DE LA RED

OBJETIVO: Socialización y mesas de trabajo para concretar la ruta de atención en salud mental

FECHA: _____

INSTITUCIÓN	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LA INFORMACIÓN	TELÉFONO	FIRMA
BATALEÓN	Gerardo Cipriano P	3142377273	<i>[Signature]</i>
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE PITÁBITO	Angela C. Palacios	3145057370	<i>[Signature]</i>
FISCALÍA GENERAL DE LA FISCALÍA (INFANCIA Y ADOLESCENCIA) FISCALÍA LEGAL	Juliá Alejandra Pardo	8761433	<i>[Signature]</i>
CEPISARIA DE FAMILIA	Aljona Bernaldo	326222	<i>[Signature]</i>
ICBF	Juan Carlos	313410004	<i>[Signature]</i>
POLESA NACIONAL	Aljona Bernaldo	8360070	<i>[Signature]</i>
CRUZ ROSA	Juan Carlos	8260320	<i>[Signature]</i>
BOMBEROS	P. Guillermo Gómez	3143604061	<i>[Signature]</i>
DEFENSA CIVIL	Diana Pineda	8268267	<i>[Signature]</i>
PERSONERÍA	Diana Pineda	836524	<i>[Signature]</i>
SECRETARÍA DE SALUD	Aljona Bernaldo	30283005	<i>[Signature]</i>
	Aljona Bernaldo	8360230	<i>[Signature]</i>
	Aljona Bernaldo	8360070	<i>[Signature]</i>



Redescubrir

Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitábito - Huila



ENTREGA DE INVITACIÓN AL SEXTO ENCUENTRO DE LA RED

OBJETIVO: Socialización y mesas de trabajo para concretar la ruta de atención en salud mental

FECHA: _____

INSTITUCIÓN	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LA INVITACIÓN	TELÉFONO	FIRMA
HALLAMAS			
COMFAMILAR	Elisbeth Sánchez	8362771011	<i>[Signature]</i>
COMARTEA	Fina Patricia	8364840	<i>[Signature]</i>
SOSALUD	Jairo Jarama	8368211	<i>[Signature]</i>
CAPISALUD	Carolina Martínez	3107107069	<i>[Signature]</i>
SALUDCOOP	Angelica Pardo	8369200	<i>[Signature]</i>
ASPRET SALUD	Rafael Martínez	3208210062	<i>[Signature]</i>
EPICISALUD	Liliana López	3108060244	<i>[Signature]</i>
CAPICOM	Glavia Arango	3214403235	<i>[Signature]</i>
COOPREVA	Juan Carlos	314990090	<i>[Signature]</i>
NEIVA EPS	Angela Patricia	3147859550	<i>[Signature]</i>
SANITAS	DENNIS Clavo	3125570539	<i>[Signature]</i>
ESSE MUNICIPAL MANUEL CASTRO	Nolana Pardo	3214483831	<i>[Signature]</i>



Redescubrir

Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitábito - Huila



ENTREGA DE INVITACIÓN AL SEXTO ENCUENTRO DE LA RED

OBJETIVO: Socialización y mesas de trabajo para concretar la ruta de atención en salud mental

FECHA: _____

INSTITUCIÓN	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LA INFORMACIÓN	TELÉFONO	FIRMA
BATALEÓN	Gerardo Cipriano P	3142377273	<i>[Signature]</i>
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE PITÁBITO	Angela C. Palacios	3145057370	<i>[Signature]</i>
FISCALÍA GENERAL DE LA FISCALÍA (INFANCIA Y ADOLESCENCIA) FISCALÍA LEGAL	Juliá Alejandra Pardo	8761433	<i>[Signature]</i>
CEPISARIA DE FAMILIA	Aljona Bernaldo	326222	<i>[Signature]</i>
ICBF	Juan Carlos	313410004	<i>[Signature]</i>
POLESA NACIONAL	Aljona Bernaldo	8360070	<i>[Signature]</i>
CRUZ ROSA	Juan Carlos	8260320	<i>[Signature]</i>
BOMBEROS	P. Guillermo Gómez	3143604061	<i>[Signature]</i>
DEFENSA CIVIL	Diana Pineda	8268267	<i>[Signature]</i>
PERSONERÍA	Diana Pineda	836524	<i>[Signature]</i>
SECRETARÍA DE SALUD	Aljona Bernaldo	30283005	<i>[Signature]</i>
	Aljona Bernaldo	8360230	<i>[Signature]</i>
	Aljona Bernaldo	8360070	<i>[Signature]</i>



Derechos reservados: Propiedad intelectual de la





Redescubrir

Red Operativa Institucional para Promover la Salud Mental en el Distrito, Puerto




REGISTRO DE ENTREGA DE INVITACIÓN AL OCTAVO ENCUENTRO DE LA RED OPERATIVA INSTITUCIONAL "REDESCUBRIR"

INSTITUCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	RECIBE INVITACIÓN	FIRMA
Comunidad	jesus@comunidad.com	Jesús	Jesús
Asociación	comunidad@asociacion.com	Clemente	[Firma]
Asociación	comunidad@asociacion.com	Dr. Silvio Rodríguez	[Firma]
Asociación	comunidad@asociacion.com	Carolina Rodríguez	[Firma]
Asociación	comunidad@asociacion.com	[Firma]	[Firma]
Asociación	comunidad@asociacion.com	Carolina Rodríguez	[Firma]
Asociación	comunidad@asociacion.com	[Firma]	[Firma]
Asociación	comunidad@asociacion.com	[Firma]	[Firma]
Asociación	comunidad@asociacion.com	[Firma]	[Firma]
Asociación	comunidad@asociacion.com	[Firma]	[Firma]
Asociación	comunidad@asociacion.com	[Firma]	[Firma]
Asociación	comunidad@asociacion.com	[Firma]	[Firma]
Asociación	comunidad@asociacion.com	[Firma]	[Firma]
Asociación	comunidad@asociacion.com	[Firma]	[Firma]
Asociación	comunidad@asociacion.com	[Firma]	[Firma]
Asociación	comunidad@asociacion.com	[Firma]	[Firma]
Asociación	comunidad@asociacion.com	[Firma]	[Firma]



Anexo 4


Registros de asistencia a los encuentros año 2012-2013



Redescubrir
Red Operativa Institucional para Promover la Salud Mental en Pitalito - Huila

UNAD
Universidad Nacional Abierta y a Distancia

REGISTRO DE ENTREGA DE INVITACION AL OCTAVO ENCUENTRO DE LA RED OPERATIVA INSTITUCIONAL "REDESCUBRIR"

	MUNICIPIO DE PITAITO SECRETARÍA DE SALUD	CÓDIGO FO-QB-CO-02	Página 1 de 1
	GESTIÓN DOCUMENTAL COMUNICACIÓN OFICIAL	VERSIÓN: 1 FECHA: 30/11/2008	

CIRCULAR N° 47

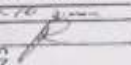
FECHA: 23 DE AGOSTO DEL 2013

PARA: E.S.E Municipal Manuel Castro Tovar, Secretaría de salud Municipal, E.S.E Departamental Hospital San Antonio Pitalito, EPS Subsidiadas y/o Contributivas, IPS, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar I.C.B.F, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Comisaria de familia, Personería Municipal, Batallón de Infantería No. 27 Magdalena, Policía Nacional, Policía de Infancia y Adolescencia, Fiscalía Local Seccional, Unidad de Fiscalía 30 Responsabilidad para Adolescentes, Defensa Civil, Cuerpo de Bomberos Voluntarios Pitalito, Cruz Roja Colombiana.

DE: MARCO AURELIO PUENTES QUESADA
Secretario de Salud Municipal

ASUNTO: Asunto: Entrega Instructivo institucional

PERSONERÍA MUNICIPAL
PITALITO - HUILA
RADICADO
FECHA: 26-10-2013
HORA: 10:10 am

RECIBIDO


*26-08-13 6:47-2
10:20
3203019095*

Durante 9 encuentros, la Red Operativa Institucional Redescubrir adelantó un proceso investigativo- interventivo con el firme propósito de brindar a las 27 instituciones vinculadas al proceso una herramienta útil para el accionar institucional y de cada uno de los actores/operadores activos en la atención de los fenómenos de salud mental en el Municipio de Pitalito.

Luego de visitas institucionales, encuentros y algunas entrevistas, se ha logrado concretar el instructivo, el cual está organizado en cuatro capítulos así: Capítulo uno, ¿Quiénes somos? Capítulo filosófico; capítulo dos, ¿qué debo conocer para desarrollar mi trabajo? Capítulo temático; capítulo tres, ¿cómo puedo desarrollar mi trabajo? Capítulo metodológico; capítulo cuatro, ¿con qué recursos contamos? Capítulo operativo.

Y para dar cierre a esta primera fase en el desarrollo y operativización de la red, se hace necesario de su participación activa y su responsabilidad social frente al proceso. Por ello se invita al décimo encuentro de la Red Operativa Institucional, con el objetivo de presentar de manera formal el instructivo (manual) a las instituciones vinculadas.

Proyecto: Luz Es Ahí
Procedente por: MARCO AURELIO PUENTES QUESADA
Fecha: _____ Firma: _____
Nombre: _____ Nombre: _____

Case 9 No. 3 - 48 Tel: 8388083 - 8388797







Redescubrir


Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitábito - Huila



PRIMER ENCUENTRO DEL EQUIPO EJECUTOR
RED INSTITUCIONAL "REDESCUBRIR"


OBJETIVO: Socializar la propuesta de conformación de la red operativa institucional para los eventos de salud mental en el Municipio de Pitábito a las instituciones vinculadas.

INSTITUCIÓN	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE ASISTE	FUNCIÓN O CARGO	TELÉFONO	FIRMA
Defensa Civil	Alexander Toms	Departamento Humano	3112422954	[Firma]
Bronstar Huila	Sonia M ^o Marguera	Psicóloga	3134182923	[Firma]
Yuliana Rojas K.	EJE Manuel Carrizosa	Psicóloga	3123902353	[Firma]
Batallon Magdalena	Alejandra Valbuena	Psicóloga	3203097117	[Firma]
Batallon Magdalena	Paola Lopez	Enfermera	3124854837	[Firma]
Bombas Pitábito	Jose Ferrel Sarmiento	Bombas - Saba	3174822529	[Firma]
Solsalud	Eliana Yiseth Yacno	Agente Municipal	3118521650	[Firma]
Solsalud	Yanna Vanessa Medina	Agente Municipal	3109554069	[Firma]
Alcaldia	Amparo Tuzillo Vargas	condaria de familia	3160040	[Firma]
Fiscalia	Sandra Milena Chaves Ariza	Encicla Inspecia	3106099010	[Firma]
Fiscalia	Mackeny Vanavides	Psicóloga	3112253920	[Firma]



Redescubrir

Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitábito - Huila



SEGUNDO ENCUENTRO DEL EQUIPO EJECUTOR
RED OPERATIVA INSTITUCIONAL "REDESCUBRIR"

OBJETIVO: Checar desde la red, capacitación en la temática de trabajo en equipo con mentalidad de red y socialización de los avances de la propuesta a través de la exposición del manual metodológico para la atención de los fenómenos de salud mental para los actores/operadores

INSTITUCIÓN	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE ASISTE	FUNCIÓN O CARGO	TELÉFONO	FIRMA
Comfamiliar EPS	Edwin Zambrano	O. Saludable	8362949	[Firma]
Comfamiliar EPS	ELIZABETH SANCHEZ	O. SALUDABLE	8362949	[Firma]
ADMET SALUD	NEILY YOLANDA CAJAREAN	TECNICOSES	8364923	[Firma]
Defensa Civil	Alexander Toms	Psicología Humana	3112422954	[Firma]
EJE Manuel Carrizosa	Yuliana Rojas K.	Psicóloga	3123902353	[Firma]
EJE Manuel Carrizosa	Cesar J. Gaitani	Psicólogo	31506094	[Firma]
Hospital Dotal San Antonio	José Antonio Jaramillo L.	Psicóloga	31111974	[Firma]
Hospital Pitábito	Priscilla Patricia Melina	trabajadora social	3109888525	[Firma]
Policia Nacional	Julian Ricardo Martinez	Policia judicial de infancia	5203029095	[Firma]
EPS Mallameres	Zoraida Susana Sarmiento	Psicóloga	3113112018	[Firma]
Selvaquip. Capesalud	Bernarda Jaramero Gil	Eng. jefe	3109083487	[Firma]
Policia Nacional	Bryan Arango Nieto	Policia judicial de infancia y adolescencia	310243054	[Firma]





Redescubrir Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitalito - Huila



REGISTRO DE ASISTENCIA, QUINTO ENCUENTRO OPERATIVO DE LA RED

OBJETIVO: Socialización de la propuesta de Huila (Planograma de atención). Mesas de trabajo con casos específicos y entrega del primer borrador de manual operativo correspondiente al capítulo uno.

FECHA: _____

INSTITUCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	NOMBRE DEL ACTOR/OPERADOR QUE ASISTE	FIRMA
BATALLÓN				
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE PITALITO	arriolarodriguez@psicologos.edu.co	3143054370	Angelo M ^o Rodriguez Salomancano	[Firma]
FISCALIA	caracasj@indica2@hotmail.com	3106609010	Sanchez M. Claudia A.	[Firma]
COMISARIA DE FAMILIA				
I.C.B.F	proezno.palmar@icbf.gov.co	83662320	Jose Angel Ramirez	[Firma]
POICIA NACIONAL				
CRUZ ROJA				
BOMBEROS				
DEFENSA CIVIL	jhencord9@hotmail.es	3489803570	Alfonso Cristian Lopez	[Firma]
PRISIONERIA				
SECRETARIA DE SALUD				
E.S.E MUNICIPAL MANUEL CASTRO TONAL	micanun@castrotonal.com	3044445	Luis Horacio Pardo	[Firma]
MEDICINA LEGAL	medicinal@legu@unad.edu.co		Abad Carlos Pardo	[Firma]
CTI				

INSTITUCION | CORREO | TELEFONO | NOMBRE DEL ACTOR/OPERADOR QUE ASISTE | FIRMA

BATALLÓN

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PITALITO FISCALIA

COMISARIA DE FA

I.C.B.F

POICIA NACION

SECRETARIA DE S

BOMBEROS

DEFENSA CIVIL

E.S.E MUNICIPAL MANUEL CASTO

Redescubrir
Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitalito - Huila

UNAD
Universidad Nacional Abierta y a Distancia

REGISTRO DE ASISTENCIA
QUINTO ENCUENTRO DE LA RED OPERATIVA INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Socialización con la socialización de los manuales y programación de actividades para socializar la información de respuesta institucional y generar la ruta integral operativa frente a los fenómenos de salud mental

FECHA: _____

INSTITUCION	CORREO	TELEFONO	NOMBRE DEL ACTOR/OPERADOR QUE ASISTE	FIRMA
COMISARIA DE FAMILIA	Carolina Jimenez	3106609010	Carolina Jimenez	[Firma]
SECRETARIA DE SALUD	Bernabé Chaves		Bernabé Chaves	[Firma]
POICIA NACIONAL				
CRUZ ROJA				
BOMBEROS				
DEFENSA CIVIL				
E.S.E MUNICIPAL MANUEL CASTO				

Redescubrir
Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitalito - Huila

UNAD
Universidad Nacional Abierta y a Distancia

REGISTRO DE ASISTENCIA
QUINTO ENCUENTRO DE LA RED OPERATIVA INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Socialización con la socialización de los manuales y programación de actividades para socializar la información de respuesta institucional y generar la ruta integral operativa frente a los fenómenos de salud mental

FECHA: _____

INSTITUCION	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	NOMBRE DEL ACTOR/OPERADOR QUE ASISTE	FIRMA
BATALLÓN				
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE PITALITO				
FISCALIA				
COMISARIA DE FAMILIA				
I.C.B.F				
POICIA NACIONAL				
CRUZ ROJA				
BOMBEROS				
DEFENSA CIVIL	caracasj@indica2@hotmail.com	3106609010	Carolina Jimenez	[Firma]
SECRETARIA DE SALUD	medicinal@legu@unad.edu.co	3044445	Bernabé Chaves	[Firma]





R 2013 Edición N° 1

REDESCUBRIR

Alternativa para mejorar la atención de salud mental en el Municipio de Pitalito - Huila

Redescubrir
Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitalito - Huila

UNAD
Universidad Nacional Abierta y a Distancia

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL SEXTO ENCUENTRO DEL EQUIPO EJECUTOR
RED OPERATIVA INSTITUCIONAL "REDESCUBRIR"

OBJETIVO: Socialización y mesas de trabajo para conectar la ruta de atención en salud mental.

FECHA: 24.04.2013

INSTITUCIÓN	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LA INVITACIÓN	TELÉFONO	FIRMA
PALLAMAS			
COMFAMILIAR			
COMPARTA			
SOL SALUD	John Jaramero Medina Román	85663211	John Jaramero Medina Román
CAPESALUD	Gerardo Jaramero C.I.D	85663211	Gerardo Jaramero C.I.D
SALUDCOOP	Comité de Salud de C.I.D	85663211	Comité de Salud de C.I.D
ASPRET SALUD	Patricia Contreras Contreras	85664923	Patricia Contreras Contreras
EPRO SALUD			
CAPRECOH			
COOPRESA			
NEVA EPS			
SANITAE			
E.S.E. MUNICIPAL MANUEL CASTRO			

Redescubrir
Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitalito - Huila

UNAD
Universidad Nacional Abierta y a Distancia

REGISTRO DE ASISTENCIA, QUINTO ENCUENTRO OPERATIVO DE LA RED

OBJETIVO: Socialización de la propuesta de Ruta (Flujo-grama de atención). Mesas de trabajo con temas específicos y entrega del primer borrador de manual operativo correspondiente al capítulo uno.

FECHA: 10 - Abril - 2013

INSTITUCIÓN	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO	NOMBRE DEL ACTOR/OPERADOR QUE ASISTE	FIRMA
Defensa Civil	Talento Humano de Pitalito @ pitalito - huila	311 242 2191	Alfonso Torres	Alfonso Torres
Claudia Claver	clavercos@hotmail.com	313 322 6705	Psicóloga CEG	Claudia Claver
Comunidad EPS's	zicardun@hotmail.com	85663211	Psicóloga Amanda	Viviana Delgado
Procedimiento	seccorro.parral@colte.gov.co	85663220	ICBF	Procedimiento
ESE Hpto Pito	psiconahis@hotmail.com	321 418 3531	PIC	ESE Hpto Pito
ESE Manuel Contreras	reisparral@hotmail.com	321 494 8115	Nelly Contreras	Nelly Contreras

Redescubrir
Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitalito - Huila

UNAD
Universidad Nacional Abierta y a Distancia

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL SEXTO ENCUENTRO DEL EQUIPO EJECUTOR
RED OPERATIVA INSTITUCIONAL "REDESCUBRIR"

OBJETIVO: Socialización y mesas de trabajo para conectar la ruta de atención en salud mental.

FECHA: _____

OTRAS INSTITUCIONES	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LA INVITACIÓN	TELÉFONO	FIRMA
Asesores	Claudia Contreras	85664923	Claudia Contreras



Derechos reservados: Propiedad intelectual de la





Redescubrir

Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitalito - Huila



REGISTRO DE ASISTENCIA DEL NOVENO ENCUENTRO DEL EQUIPO EJECUTOR RED OPERATIVA INSTITUCIONAL "REDESCUBRIR"

OBJETIVO: socialización y últimos ajustes al rutero "Itinerario" de atención en salud mental

FECHA: 18-02-13

INSTITUCIÓN	NOMBRE DEL ACTOR OPERADOR QUE ASISTE	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO	FIRMA
COMFAMILIAR	ELIZABETH SANCHEZ PASCRIAS	comfamiliarpsitalito@huila.gov.co	836019967111	Elizabeth Sanchez
Dirección Civil	Cristian Alexander Torres	ca.torres@huila.gov.co	312422954	Cristian Torres
ESE MANA	William Ariel Gaviria Cuervo	gaviria.wa@huila.gov.co	572447849	William Gaviria
ESE MCT	Diego Alberto Cerón Restrepo	diego@huila.gov.co	3156100093	Diego A. Cerón
ESE MCT	Lina María Moreno López	lina@huila.gov.co	3212001664	Lina Moreno
ESE MCT	Carla Javier Góez	carla@huila.gov.co	3153156224	Carla Góez
ESE JET	Carlos O. Cedeno Cabreza	cedeno@huila.gov.co	3133081476	Carlos Cedeno
CIOS Mayor	Janeth Lorena Gildardi	janeth@huila.gov.co	3124881331	Janeth Gildardi
ESE MCT	Elena Cristina Molina Manes	elena@huila.gov.co	3103683125	Elena Molina
ESE MCT	Jefferson Fernando Alvarado	jefferson@huila.gov.co	3103189246	Jefferson Alvarado
ESE MCT	Domingo Jazeth Córdova Jairo	domingo@huila.gov.co	3142168948	Domingo Córdova
Salud COOP CAPSALUD	Comercio Fernando Gil	comercio@huila.gov.co	3159833487	Comercio Gil
Hellasmar	Carolina María Guerrero	carolina@huila.gov.co	3113113018	Carolina Guerrero

Redescubrir

Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitalito - Huila

UNAD Universidad Nacional Abierta y a Distancia

REGISTRO DE ASISTENCIA SOCIALIZACIÓN DEL RUTERO "Itinerario" DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Redescubrir por el equipo ejecutor de la propuesta de salud en las aproximaciones de los territorios organizados a la Red Operativa Institucional, con el apoyo de los actores que conforman el equipo institucional.

Fecha: _____

INSTITUCIÓN	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO	NOMBRE DEL ACTOR OPERADOR QUE ASISTE	FIRMA
COMFAMILIAR	comfamiliarpsitalito@huila.gov.co	836019967111	Elizabeth Sanchez	Elizabeth Sanchez
Dirección Civil	ca.torres@huila.gov.co	312422954	Cristian Torres	Cristian Torres
ESE MANA	gaviria.wa@huila.gov.co	572447849	William Gaviria	William Gaviria
ESE MCT	diego@huila.gov.co	3156100093	Diego A. Cerón	Diego A. Cerón
ESE MCT	lina@huila.gov.co	3212001664	Lina Moreno	Lina Moreno
ESE MCT	carla@huila.gov.co	3153156224	Carla Góez	Carla Góez
ESE JET	cedeno@huila.gov.co	3133081476	Carlos Cedeno	Carlos Cedeno
CIOS Mayor	janeth@huila.gov.co	3124881331	Janeth Gildardi	Janeth Gildardi
ESE MCT	elena@huila.gov.co	3103683125	Elena Molina	Elena Molina
ESE MCT	jefferson@huila.gov.co	3103189246	Jefferson Alvarado	Jefferson Alvarado
ESE MCT	domingo@huila.gov.co	3142168948	Domingo Córdova	Domingo Córdova
Salud COOP CAPSALUD	comercio@huila.gov.co	3159833487	Comercio Gil	Comercio Gil
Hellasmar	carolina@huila.gov.co	3113113018	Carolina Guerrero	Carolina Guerrero





2013 Edición N° 1 REDESCUBRIR

Alternativa para mejorar la atención de salud mental en el Municipio de Pitábito - Huila

Redescubrir
Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitábito - Huila

UNAD
Universidad Nacional
Abierta y a Distancia

**REGISTRO DE ASISTENCIA DEL NOVENO ENCUENTRO DEL EQUIPO EJECUTOR
RED OPERATIVA INSTITUCIONAL "REDESCUBRIR"**

OBJETIVO: socialización y últimos ajustes al rutero "Diagrama" de atención en salud mental

FECHA: _____

INSTITUCIÓN	NOMBRE DEL ACTOR OPERADOR QUE ASISTE	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO	FIRMA
Arbitria	Ornela Venegas S.	Salud mental arbitria@protonmail.com	3202430941	[Firma]
Secretaría	Elisaveth Borrero	borreroelisaveth@gmail.com	3118824650	[Firma]
ESC Vpa	Valeria Dueña E TIC	psicovahs@whatsapp.com	3146838381	[Firma]
Escuela	Mónica Z. Rodríguez P.	monica@unad.edu.co	3146838381	[Firma]
FGS	Nancy Rosendo Cabrita	nancyrosendo@unad.edu.co	3112222222	[Firma]
Croskops	Romero de Fernández C.	romero@unad.edu.co	31580834187	[Firma]



Derechos reservados. Propiedad intelectual de la





Redescubrir

Red Operativa Institucional para eventos de
salud mental en Pitalito - Huila



**REGISTRO DE ASISTENCIA DEL NOVENO ENCUENTRO DEL EQUIPO EJECUTOR
RED OPERATIVA INSTITUCIONAL "REDESCUBRIR"**

OBJETIVO: Capacitación en Primeros Auxilios Psicológicos

FECHA: _____

INSTITUCIÓN	NOMBRE DEL ACTOR OPERADOR QUE ASISTE	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO	FIRMA
Defensa Civil P	Theracristina Vega K	theracristina.vega@unad.edu.co	3177665269	[Firma]
Defensa Civil	Alexandra Torres P	alexandra.torres@unad.edu.co	3112422854	[Firma]
ICDPF	RODRIGO RAMIRO	rodrigo.ramiro@icdpf.gov.co	8360320	[Firma]
EX.MCT	Edgar J. González	edgar.gonzalez@unad.edu.co	3153156224	[Firma]
EPS - Comfenalco	Edwin Zambrano	edwin.zambrano@comfenalco.gov.co	3203011469	[Firma]
	Carlos D. Guzmán	carlos.guzman@unad.edu.co		[Firma]
COMUNIDAD EPS	ELIZABETH SANCHEZ	elizabeth.sanchez@comunidad.gov.co	92862999	[Firma]
ESE. PIC	Man. Edgar Quintero	eduardo.compana@unad.edu.co	3138642184	[Firma]
ESE. PIC	Juan Pablo Parra S	juan.pablo.parra@unad.edu.co	3115997969	[Firma]
SS. HDAL.	JUAN CARLOS RAMÍREZ	juan.carlos.ramirez@unad.edu.co	3127548265	[Firma]

Redescubrir



Redescubrir

Red Operativa Institucional para eventos de
salud mental en Pitalito - Huila



REGISTRO DE ASISTENCIA, SOCIALIZACIÓN Y PRIMERA ENTREGA DEL INSTRUCTIVO

Socialización por el equipo interventor del instructivo a los representantes de las instituciones vinculadas a la Red Operativa Institucional, con el objetivo de Tomar decisiones finales, que favorezcan el trabajo intersectorial.

Fecha: _____

INSTITUCIÓN	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO	NOMBRE DEL ACTOR/OPERADOR QUE ASISTE	FIRMA
SECRETARIA DE SALUD			Yolanda Acosta Parra	
E.S.E MUNICIPAL MARCEL CASTRO TOVAR			Judith Martinez y Yulema Karol R.	
E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL				
FISCALIA GENERAL DE LA NACION				
FISCALIA UNIDAD 30				
POLICIA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA				
LCRF				
COMISARIA DE FAMILIA	comisaria.familia@unad.edu.co	8360320	RODRIGO RAMIRO	[Firma]
BATALLÓN MAGDALENA				
MEDICINA LEGAL				
DEFENSA CIVIL				
BOMBEROS	bombas@unad.edu.co	328152400222	José René Lombay	[Firma]
PERSONERIA		315	Emerydy Fierro G	[Firma]
GRUPO ROSA	Pitalito Huila@unad.edu.co	315308387	Emerydy Fierro G	[Firma]
Unidad de Atención a la Comunidad	colombiana@unad.edu.co	3204217425	Don Carlos MORALES	[Firma]

Redescubrir



Redescubrir

Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitalito - Huila



RELACION DE ENCUENTRO CON GERENTES DE EPS SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

OBJETIVO GENERAL: Promover la Conformación desde la ESE Municipal Manuel Castro Tovar y bajo la orientación académica de las prácticas profesionales de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, en el área de la psicología la RED INSTITUCIONAL REDESCUBRIR para la prevención de los eventos (Fenómenos sociales) de salud mental y la promoción de estilos de vida saludables en el Municipio de Pitalito durante el periodo de septiembre a noviembre de 2012.

OBJETIVO ESPECIFICO DEL INSUMO: Socialización de la propuesta interventiva, presentación de los avances en la conformación de la Red, Exposición de las necesidades específicas en la participación de las EPS y establecimiento de compromisos.

FECHA: _____

INSTITUCION	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO	NOMBRE DEL GERENTE O DELEGADO	FIRMA
Comfamiliar	gcalidad@comfamiliarhuila.com	3138895295	Deiris Trojillo	[Firma]
Salud	ncmedinoo@salud.org.co	317518227	Volmar Medina	[Firma]
Salud	amhyn@epshuila.gov.co	3153520	Deisy Jimenez	[Firma]
Asmet Salud	fanyannmontenegro@asmet.salud.org.co	315321 ext 105	Fanyann	[Firma]
Hollamot	mullamot@hollamot.com	3113113118	Renata Cruz	[Firma]
CAPRECOCA	luchiana@caprecoca.gov.co	312101000	Luchiana	[Firma]

Redescubrir



Redescubrir

Red Operativa Institucional para eventos de salud mental en Pitalito - Huila



REGISTRO DE ASISTENCIA, SOCIALIZACION CON LA SECRETARIA DE SALUD

OBJETIVO: Socialización de la propuesta de Red (Flujo-grupo de atención) y generalidades del trabajo de la Red Operativa Institucional Redescubrir

INSTITUCION	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO	NOMBRE DEL ACTOR/OPERADOR QUE ASISTE	FIRMA
Ue Manuel Castro Tovar	hincelin@epshuila.gov.co	3125702253	Deisy Jimenez	[Firma]
SE Salud	se.salud@epshuila.gov.co	3112113118	Volmar Medina	[Firma]
SE Salud	se.salud@epshuila.gov.co	3112113118	Volmar Medina	[Firma]
Comfamiliar	gcalidad@comfamiliarhuila.com	3138895295	Deisy Jimenez	[Firma]
SESA Salud	luchiana@sehuila.gov.co	3125702253	Deisy Jimenez	[Firma]
SESA P.I.S.	---	3125702253	Deisy Jimenez	[Firma]
ESE M.C.T	comunicacion@epshuila.gov.co	313000576	Carlos O. Castro	[Firma]
ESE M.C.T	hollamot@epshuila.gov.co	3113113118	Renata Cruz	[Firma]

Redescubrir

Anexo V

Registro fotográfico

















Anexo VI

Instrumento Temático-metodológico para el direccionamiento y accionar eficaz de la Red Operativa institucional "Redescubrir"

R 2013 Edición N° 1
EDESCUBRIR

Alternativa para mejorar la atención de salud mental en el
Municipio de Pitalito - Huila





Instrumento
Temático - metodológico
para el direccionamiento y
accionar eficaz de la Red
Operativa Institucional
"EDESCUBRIR"



**DERECHOS DE AUTOR Y
PROPIEDAD INTELECTUAL**

Acuerdo 006 del 26 de Agosto de 2008 Estatuto de Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD.

El contenido de este documento es propiedad intelectual de la UNAD de acuerdo al ordenamiento jurídico nacional e internacional sobre propiedad intelectual, según acuerdo del Consejo Superior Universitario donde se incorporan de manera directa las actividades de creación y producción de su talento humano, relacionadas con la actividad académica, investigativa y producción de bienes y servicios (artículos 25, titulares de los derechos morales, y 26 titulares de derechos patrimoniales). Y al tratarse de un trabajo de grado se encuentra sometido a la legislación vigente y aplicable en Colombia (artículo 38), teniendo en cuenta las directrices que sobre el particular ha emitido la Dirección Nacional de Derecho de Autor, a través de la circular 06 del 15 de abril de 2002 (Derecho de Autor en el Ámbito Universitario).



R 2013 Edición Nº 1
EDESCUBRIR

Alternativa para mejorar la
atención de salud mental en el
Municipio de Pitalito - Huila

Elaborado por:
Psicólogos en formación
Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Leydy Yurani Paladines Chicaísa
Magda Lorena Orozco Suárez
Pablo Andrés Rojas Núñez



Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD
Psicóloga Especialista

Yinna Paola Ariza Calderón

E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar
Psicóloga Centro Integral de Escucha Comunitario

Yuliana Karoly Reyes

AGRADECIMIENTOS
Profesional Secretaría de Salud municipal

James López Ruiz

APORTES
Sistema General de Seguridad Social en Salud e
Instituciones cuyas acciones tienen injerencia en la
salud mental

Red Operativa Institucional
"Redescubrir"

Pitalito - Huila
2013



“Es necesario
unírse, no para
estar juntos,
sino para
hacer las
cosas juntos.”

Juan Donoso Cortés



Atendiendo a la importancia de nominar las cosas (lo que no se nombra, no existe), un nombre identifica, categoriza, permite definir su significado, el lugar de enunciación, los énfasis y ejes temáticos - operativos dentro de los cuales se desarrolla un trabajo específico; pues es a partir del nombre designado que muchas iniciativas serán replanteadas, apoyadas o rechazadas. De ahí la necesidad de nominar la creación y el accionar de una idea porque sólo así nace al escenario de lo visible y determina lo que a continuación sucederá.

Por lo anterior las ideas, acciones, metas y anhelos de responsabilidad social en el tema de la salud mental y que nacen a partir de la conformación de la Red Operativa Institucional se denominó "**Redescubrir**".

La palabra "**Redescubrir**", a simple lectura no provoca grandes significados más allá de la búsqueda por encontrar algo oculto; sin embargo el término se asume como propio bajo la utilidad desde el lenguaje mismo, de cambiar la óptica y ampliar las posibilidades de acción.



La etimología de la palabra "**Redescubrir**" es: el prefijo "**Re**" de origen latín significa repetición, intensificación o énfasis, retroceso o vuelta al punto de partida. La palabra "**descubrir**" viene de una formación del latín vulgar discooperire que significa destapar algo que antes se había tapado o había permanecido oculto.

Para la Red Operativa institucional,
"Redescubrir" es...





...Volver a retomar y visibilizar la razón de ser institucional:
 esto indica el redescubrimiento de la institucionalidad en un proceso de retroceso, de volver al punto de partida, a ese punto de identificación, reconocimiento y apropiación de la responsabilidad social y la cultura organizacional (filosofía, soporte conceptual y legal) que sustenta, mueve y da horizonte a cada institución.



**... Cubrir en red (Red-es-cubrir)
 los fenómenos de Salud Mental:**

es decir que a través de la interrelación, articulación y coordinación intra y extra institucional se puedan generar alternativas de atención-acogida a los fenómenos de la violencia familiar, el consumo de sustancias psicoactivas y el suicidio, de manera integral y oportuna. El cubrir en red se entiende como la oportunidad que tienen las instituciones de poner al servicio de la comunidad su capacidad de respuesta, aunado a los recursos de las otras instituciones, en beneficio de los usuarios(as) que requieren una solución.

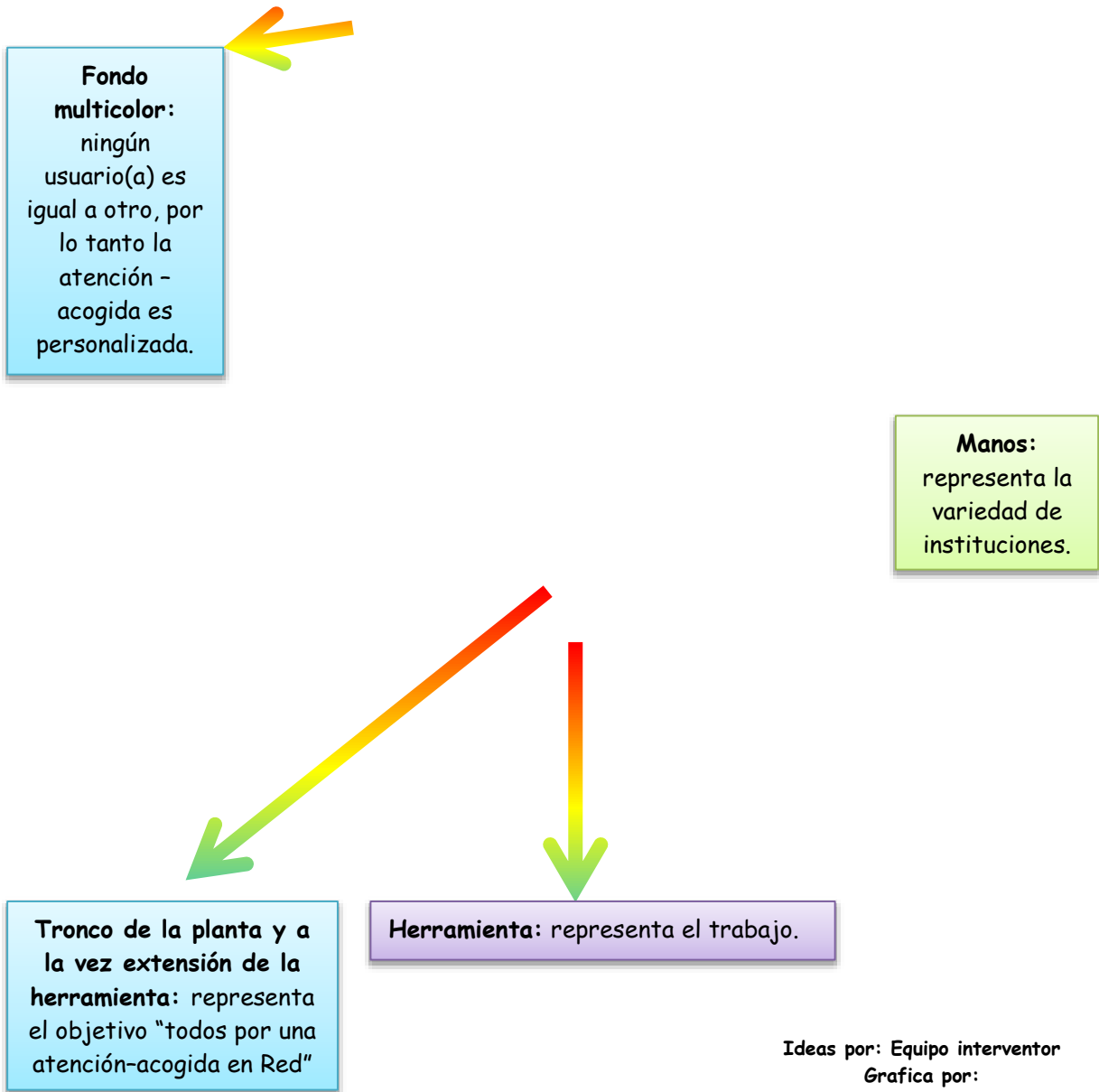


Hojas: representa la visibilización de la capacidad de respuesta institucional.

propiedad intel



Frutos: representa la articulación intersectorial.



Ideas por: Equipo interventor
Grafica por:
Alexander Revelo Soto
Psicólogo

¿QUIENES CONFORMAN LA RED OPERATIVA INSTITUCIONAL "REDESCUBRIR"?

Secretaría de Salud Municipal



**La voz y la acción unida de las instituciones pueden tener mayor eco
si se da dentro de una Red**



Derechos reservados. Propiedad intelectual de la





Tabla de contenido
AGRADECIMIENTOS

Crisis, cambio y caos son tres términos que se escuchan cada vez con mayor frecuencia y paradójicamente no son comunes en unos agradecimientos, sin embargo en un ejercicio como este, resultan de vital importancia, pues confirman que la sociedad que creyó en las certezas definitivas, en el conocimiento absoluto y en el progreso permanente ha comenzado a derrumbarse y están abriéndose paso, nuevos modos de pensar y vivir en el mundo.

Consecuente a ello, los agradecimientos por la materialización de este instructivo, están dirigidos a todas las personas, hombres y mujeres, que aún en medio de la crisis, el cambio y el caos económico, educativo, social y cultural se atreven a creer que aquello que está en crisis no son las cosas en sí mismas sino en la manera de apreciarlas.

Los agradecimientos van dirigidos a quienes en la elaboración del instructivo contribuyeron a pensar que el punto de partida no es ya la extrañeza en el mundo, sino un sentimiento de profunda pertenencia, de legitimidad del otro, de su racionalidad, de su accionar y de la apertura a un diálogo emocionado en una interacción que no niega el conflicto sino que reconoce la diferencia y el trabajo en red como la única vía hacia la evolución.



	Pagina
Presentación	1
Metodología	3
Objetivos del Instructivo "Redescubrir"	7
Términos claves	8
Capítulo I. Aspectos Filosóficos ¿Quiénes somos?	10
1. Trabajo en Red	13
a. Qué es una Red	13
b. Pensar en Red	17
2. Estructura y filosofía de la Red Operativa Institucional "Redescubrir"	19
a. Visión	21
b. Misión	21
c. Principios	21
d. Valores	23
e. Objetivos	25
f. Reglamento interno	27
Capítulo II. Aspectos Temáticos ¿Qué debo conocer para desarrollar mi trabajo?	33
1. Intervención en crisis	37
a. Que es una crisis	37
b. Como realizar una intervención en crisis	41
c. Primeros Auxilios Psicológicos	43
d. Que hacer y qué no hacer en una intervención en crisis	46
e. Recomendaciones en Primeros Auxilios Psicológicas para casos específicos en salud mental	50
f. Situaciones de mayor prevalencia	64
2. Una atención -acogida Humanizada	67
a. El proceso de atención y acogida	68
Capítulo III. Aspectos metodológicos ¿Cómo desarrollar mi trabajo?	89
1. Fenómenos en salud mental y Rutas de Atención	92
Introducción	92
a. Maltrato Infantil	95

b. Violencia Conyugal	106
c. Abuso Sexual	119
d. Violencia Sexual	133
e. Consumo de Sustancias Psicoactivas	145
f. Intento de Suicidio y Suicidio	157
2. Organismos de Socorro	169
3. Circuitos de Atención-Canalización	170
4. Promoción y Prevención	178
5. Aclaraciones	184
Anexo 1	213
Capítulo IV. Aspectos Operativos ¿Con qué recursos contamos?	218
Mis Notas de "Redacción"	222
Mis Datos de "Redacción"	228
Redirectorio de Contactos Institucionales	231
Fichas institucionales	234
Secretaria de Salud	
E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar	
E.S.E. Departamental Hospital San Antonio de Pitalito	
Asmet Salud	
Comparta	
Nueva E.P.S.	
Mallamas	
Coomeva	
Caprecom	
Sanitas	
Saludcoop	
Comfamiliar	
Cafesalud	
Emcosalud	
I.C.B.F.	
Medicina Legal	



Comisaría de Familia
Personería
Batallón
Policía de Infancia y Adolescencia
Fiscalía General
Fiscalía Unidad 30
Cruz Rojas
Defensa Civil Colombiana
Cuerpo de Bomberos
Anexos

1

PRESENTACIÓN

El presente instructivo, destinado a los actores operadores(as) con la responsabilidad de acoger los requerimientos de los fenómenos de salud mental en el municipio de Pitalito, tiene como finalidad la presentación de elementos básicos y claves, de orden teórico y metodológico, que orienten el quehacer del profesional en salud para que se brinde una atención humanizada, oportuna e integral como lo ameritan los casos de violencia familiar (violencia conyugal, maltrato infantil, abuso y violencia sexual), el consumo de sustancias psicoactivas, el suicidio y su intento, comprendiendo que sus afectados(as) se encuentran en condición de vulnerabilidad y desorientación y que necesitan esclarecer su situación y



A través de la información que aquí se consigna se invita a los participantes de la Red Operativa Institucional "**Redescubrir**", a lo largo de cuatro capítulos, a adquirir conocimientos, actitudes, habilidades y valores relacionados con el trabajo en Red y con el mejoramiento de la atención-acogida de los usuarios(as). Herramientas que le servirán para sortear de la manera más saludable las distintas situaciones y circunstancias con las que se puede encontrar en la labor que desempeñan cotidianamente.

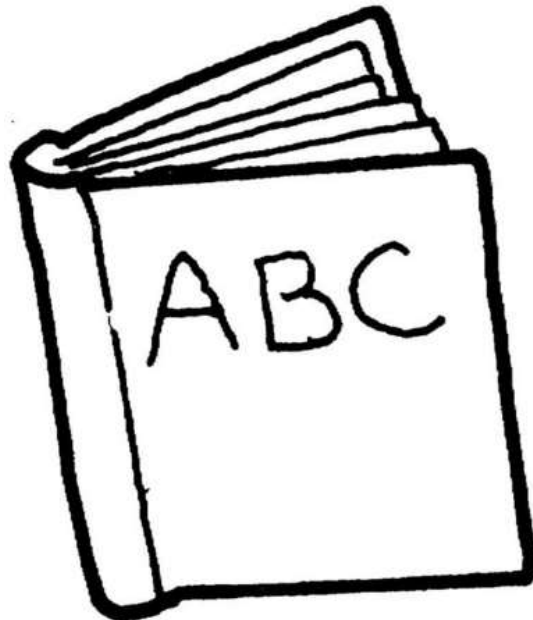


En el capítulo I se encuentra toda la información respecto al trabajo en Red y la cultura organizacional de la Red Operativa Institucional “**Redescubrir**”.

El capítulo II, contiene elementos conceptuales y prácticos sobre cómo realizar una intervención en crisis (primeros auxilios psicológicos) y cómo prestar una primera atención desde la institución (acogida del usuario(a) en una atención humanizada).

Ya para el capítulo III, se socializa una propuesta de ruta de atención-canalización, que puede hacer efectivo el actor operador(a) y que incluye el cumplimiento de un segundo nivel y es la vinculación y coordinación con las instituciones de la Red. Finalmente en el Capítulo IV se presentan los recursos institucionales donde se consignan aspectos filosóficos, funcionales y operativos de las instituciones que hacen parte de la Red.

Es decir que el texto que estás leyendo será un mediador permanente entre tu accionar cotidiano y los usuarios. La guía es un punto de partida y orientación del proceso de acogimiento, y no un punto de llegada o final, ya que el mismo será un resultado de sus “íres y veníres” como actor operador(a): lenguajes, saberes y estrategias implementadas en la atención-acogida.



Se sugiere leer completamente este material antes de comenzar las actividades de atención, orientación, canalización y acompañamiento de los usuarios(as) en salud mental, para contar con una información y comprensión conjunta del “qué”, el “cómo” y el “para qué” del trabajo que requieren los mismos.

Re
el
co
de
In
re
al



GÍA

de a la necesidad de
entador en el que se
cionales y operativos
de la Red Operativa
funciones, servicios,
os visibles y ponerlos

Esta información le permite al actor operador(a) identificar que otras instituciones pueden complementar su atención, en cada uno de los fenómenos detectados. Además, ayudarle a establecer de manera puntual en que parte de la Ruta de Atención debería aparecer cada ente y en que fenómenos. Del mismo modo se facilita la movilización de las instituciones a la hora de concertar y articular acciones sectoriales para la promoción y la prevención, aprovechando recursos humanos y materiales.

En un primer momento el instructivo se crea, como ya se anotó, para sistematizar las competencias, objetivos, metas, programas, estrategias, normatividad y en general la cultura organizacional (misión, visión, principios) de cada institución, pero los interventores también desean que este documento sirva como una guía metodológica que facilite y oriente todo el proceso de la atención-acogida de los usuarios(as).



Por ello se incluyen capítulos con la descripción teórica de los fenómenos de la salud mental y algunas orientaciones de lo que es posible hacer frente a esas situaciones para potencializar y humanizar la prestación de los servicios, toda vez que uno de los factores que interviene en la salud mental es la forma de prestar la atención (Colomer, 2006), aquí se pueden mencionar la accesibilidad, la cobertura, el entrenamiento y las actitudes de los profesionales, la oportunidad y la calidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, para mejorar la situación en salud se deben superar algunas barreras entre las que se encuentran el educar a los profesionales de la salud en las enfermedades mentales, es decir, capacitar al personal de atención primaria y atención sanitaria general para la detección e intervención, ya que la consiguiente incapacidad o imposibilidad de recibir tratamiento refuerza las actitudes destructivas de baja autoestima, aislamiento y desesperanza que pueden ya padecer los usuarios(as).

4

Teóricamente, el instructivo se crea bajo el principio básico de "funcionalidad y finalidad" de la teoría general



a institución hace énfasis, que ver con lo que se hace en uno de sus ejes de acción, para que las acciones de los medios de los recursos humanos, y todos aquellos que afectan la salud mental.

Entonces aquí se consigna un material que tiene una orientación eminentemente práctica, que recopila información necesaria para orientar a los usuarios(as) que reportan casos en salud mental y que al mismo tiempo presenta una serie de "recomendaciones" de lo que es posible hacer frente a dichas situaciones. Así se convierte en una herramienta útil para aprender a clasificar los problemas más frecuentes y establecer aquellas instituciones a las que se puede acudir para recibir atención.



Como se puede notar, este instrumento constituye la guía que orienta al actor operador(a) en la secuencia de la atención-acogimiento que se requiere brindar a los usuarios(as), el cual a su vez debe estar articulado y coordinado con todos los demás procedimientos de otras instancias que lo anteceden y que lo siguen.

Esto último, teniendo en cuenta que el proceso de abordaje de los fenómenos de salud mental debe hacer parte de un modelo de atención integral, interinstitucional e intersectorial.

5

En cuanto a la forma y los contenidos del instructivo estos se organizan en cuatro capítulos, los cuales se estructuran basados en una serie de aspectos temáticos orientados bajo preguntas prácticas formuladas en primera persona*, así:

Capítulo I, Filosófico denominado ¿Quiénes somos?; capítulo II Temático, designado ¿Qué debo conocer para desarrollar mi trabajo?; capítulo III Metodológico, ¿Cómo puedo desarrollar mi trabajo? y el capítulo IV Operativo, llamado ¿Con qué recursos contamos?

Este material no es un producto acabado, y al ser llevado a la praxis debe establecerse con él un diálogo reflexivo y crítico entre las diferentes concepciones aquí consignadas, en un ejercicio deconstructivo que facilite y redefina las fisuras metodológicas y así construir una nueva narrativa que permita una atención-acogida y un trabajo en Red flexible, dinámico, abierto a los saberes de otras disciplinas y racionalidades. De lo que se trata entonces, es de deconstruir y construir una mirada diferente en la atención-acogida con pensamiento en Red, unas profesiones (psicología, trabajo social, derecho, medicina, etc.) de la cotidianidad, de lo complejo, de lo humano y no de lo patológico y anormal.



* Con esta forma de expresión se busca que el actor operador(a) se vea involucrado(a) en el proceso de la atención-acogida (el estilo narrativo en tercer persona es genérica, incorpórea y aséptica), que no tiene nada que ver con la pérdida de la objetividad del proceso, sino para incluir la subjetividad como ese vínculo humano-mundo, que se objetiva en el establecimiento de una realidad.

*“Llegar
juntos es el
principio.
Mantenerse
juntos, es el
progreso.
Trabajar
juntos es el
éxito.”*

Henry Ford



OBJETIVOS DEL INSTRUCTIVO "REDESCUBRIR"

El énfasis de la Red y de este instructivo específicamente, se formula a partir de considerar la atención-acogida no solo ni básicamente en cuanto a servicio social, razón de ser del profesional y de las instituciones, sino como proyecto a construir a partir de la promoción de los vínculos y concertaciones de objetivos y estrategias comunes que unan a los distintos actores, y a los actores operadores(as) con el usuario(a), en procesos autogestionarios.



El Instructivo "REDESCUBRIR" se propone como objetivos generales, los siguientes:

- Llegar a la totalidad de instituciones que tienen injerencia en la atención de la salud mental para favorecer mayores garantías en el acceso a los servicios para los usuarios(as).
- Llegar a los funcionarios(as) y profesionales con elementos conceptuales y procedimentales que enriquezcan y favorezcan su labor y accionar cotidiano en el primer contacto y atención prioritaria que se tiene con el usuario(a).

Objetivos específicos

Para cada capítulo del Instructivo se ha trazado un objetivo puntual.



Capítulo I. Filosófico ¿Quiénes somos?

Objetivo: ofrecer herramientas conceptuales sobre el trabajo en Red presentando la filosofía y diseño institucional de la Red Operativa Institucional "Redescubrir" en la que se especifican la organización interna de su funcionamiento y sus líneas de actuación.

Capítulo II. Temático ¿Qué debo conocer para desarrollar mi trabajo?

Objetivo: brindar elementos conceptuales y procedimentales sobre el desarrollo de una atención humanizada que acoja al usuario(a) y facilite el accionar del actor operador(a) frente a los fenómenos de salud mental.

Capítulo III. Metodológico ¿Cómo puedo desarrollar mi trabajo?

Objetivo: presentar de manera sistematizada los elementos básicos y necesarios tanto conceptuales como operativos para adelantar los procesos de atención -canalización en salud mental (fenómeno-definición, caracterización, prevención y Rutas de atención).

Capítulo IV. Operativo ¿con qué recursos contamos?

Objetivo: entregar información detallada sobre cada una de las instituciones visibilizando su capacidad de respuesta institucional y demás aspectos que facilitan la comunicación y el trabajo en Red.



TÉRMINOS CLAVES

El autor desea dar unas indicaciones a modo de términos claves. Si el lector consulte este documento tenga una mejor comprensión del mismo, ya que algunas palabras frecuentemente utilizadas en la cotidianidad han sido reemplazadas por otras con el fin de resignificar estos conceptos en pro de la clarificación conceptual de todos los involucrados(as).

Encuentro: espacio para pensar y construir formas alternativas de convivencia institucional que permiten gestar nuevas relaciones en donde es posible ser co-protagonista para co-evolucionar gracias al permanente inter-juego de la igualdad y la diferencia. Y se plantean con el fin de operativizar la Red, de formalizarla como grupo, de convertirse en los espacios "ejecutivos" propios de cualquier organización.

Acogimiento: recibimiento, aceptación y protección institucional humanizada que se ofrece a un usuario(a).

Red Operativa Institucional: integración y articulación de las instituciones que tienen injerencia en los fenómenos de salud mental en un todo unitario y organizado. El término "Operativa" invita a aquello que está preparado o listo para ser utilizado o para entrar en acción y que de manera efectiva obra y hace.

Fenómeno: aspectos que las cosas, sucesos o cualidades (materiales o inmateriales) ofrecen a los sentidos (experiencia), pero que hace pensar que detrás de la manifestación de dicha actividad puede existir una estructura no perceptible directamente. Como sustantivo denota "cosa única", "extraordinario". El término es utilizado para referirse a la problemática que afecta a los usuarios(as) en materia de salud mental, que se caracterizan por ser complejos, multicausales, y con consecuencias a nivel individual, familiar y social.

Actor operador(a): funcionario(a) que opera en dos niveles: uno, en la relación con el usuario(a) y dos, la vinculación y coordinación con la Red Operativa Institucional para mejorar los procesos de atención-acogida en la salud mental. Dentro de la Red el primer actor operador(a) es quien desempeña principalmente funciones que tienen que ver con la atención de los fenómenos de salud mental y que hace las veces de "representante" de su institución dentro de la Red. Los términos de "actor operador(a)" se han utilizado para significar el desempeño del papel, la ejecución de las acciones y el cargo que se tiene dentro de un entramado de operaciones donde hay otros actores operadores(as) que desempeñan otras acciones. Esta persona está en capacidad de establecer comunicaciones afectivas y asertivas con todo el entramado para hacer de la atención una atención integral que acoja, y producir el efecto para el cual ha sido destinado.

Usuario(a): persona a la que se le destina un servicio y que hace uso del mismo. Es la razón de ser de la institución y el objetivo al que apunta la labor de quienes allí trabajan. Él/ella no es un objeto, ni un número, es una factura o un registro, no es una carga, es un ser humano con sentimientos y necesidades con particularidades y necesidades.

Canalización: servir de canal entre una institución y otra, con el fin de orientar eficazmente la transmisión de un usuario(a) hacia otro nivel de atención y/o servicio. Este proceso no implica la liberación de la obligación de la institución canalizadora sobre el usuario(a) sino más bien la co-intervención sobre el mismo caso con la participación de otros entes que complementan el proceso de atención-acogimiento para dar solución al problema.

TRABAJO EN EQUIPO



10

**"Cuando los hombres se ven reunidos para algún fin,
descubren que pueden alcanzar también otros fines
cuya consecución depende de su mutua unión."**

Thomas Carlyle

CAPÍTULO I



ASPECTOS FILOSÓFICOS

¿QUIENES SOMOS?



11

¿De qué trata
este capítulo?

La respuesta a la pregunta orientadora ¿quiénes somos? tiene su inicio en la concepción de lo que es una Red en las ciencias sociales y el reto que se propone en la transformación de los paradigmas que han estado marcados por el individualismo, la desconfianza, la falta de solidaridad, la poca valoración del otro, etc. Y se completa con la presentación de la filosofía y diseño institucional de la Red Operativa Institucional “Redescubrir” en la que se especifican la



R 2013 Edición N° 1 EDESCUBRIR

Alternativa para mejorar la atención
de salud mental en el Municipio de
Pitalito - Huila



Derechos reservados: Propiedad intelectual de la





Alicia: ¿Qué camino debo tomar?

Gato: Eso depende del lugar hacia donde vayas.

Alicia: ¡No sé dónde voy!

Gato: Entonces, ¡no importa cuál camino debas tomar!

"A través del Espejo"
(Lewis Carroll, 1872)

**C
o
n
t
e
n
i
d
o**

1. Trabajo en Red
 - a. Que es una Red
 - b. Pensar en Red
2. Estructura y filosofía de la Red Operativa Institucional "Redescubrir"
 - a. Misión
 - b. Visión
 - c. Principios
 - d. Valores
 - e. Objetivos
 - f. Reglamento interno

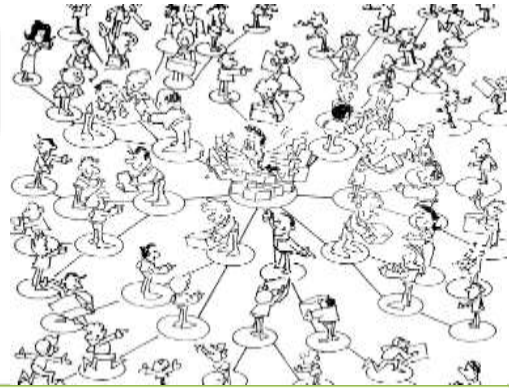
Recuerda que... ..La iniciativa de la Red no es una tarea de pocos, sino el compromiso de todos los que creen en sus capacidades para proponer y desarrollar cosas nuevas y novedosas, no olvidemos que como personas debemos cumplir una función social y es a partir de ese compromiso que los sueños deben hacerse realidad.

1.

Trabajo en Red

a.

Que es una Red



Podríamos decir que los seres humanos no estamos solos, lo social se define a partir de las interacciones entre todos los miembros de los diferentes grupos, al actuar con un fin o sin él, estas acciones e interacciones le permiten construir una serie de relaciones denominadas redes sociales. La socialización resultante facilita de una u otra manera resolver problemas que al intentarlo solos no serían tan eficientes y/o eficaces.

El termino Red se inscribe en el área de la psicología desde la autoayuda y el apoyo psicosocial, y se usa para referirse a la metáfora de la sociedad como tejido, como urdimbre en la cual se entrelazan las vidas y las acciones de las personas que la conforman (Freitas y Montero, 2003). En efecto, es una forma de organización social en la cual se produce el intercambio continuo de ideas, servicios, objetos y modos de hacer. La red es sobre todo una estructura social que permite difundir y detener, actuar y paralizar, en la cual las personas y la sociedad encuentran apoyo y refugio además de recursos.

¿Qué es una red? Las ciencias sociales coinciden en que las redes responden a conexiones o articulaciones entre grupos y personas con un objetivo común que sirve de hilo conductor de tales relaciones, las cuales pueden ir desde relaciones familiares o de compadrazgo hasta movimientos sociales (Riechmann y Fernández Buey, 1994).

Morillo de Hidalgo (2000) hace una descripción de cómo opera el carácter relacional de las redes: sistemas de relaciones entre actores, sean instituciones o personas, que se abren a otras organizaciones o personas con las cuales entran en comunicación con fines de utilidad en general, los cuales se traducen en producción de bienes y servicios teniendo como beneficiarios a poblaciones de escasos recursos o con necesidades básicas insatisfechas. Estos sistemas abiertos están en constante cambio, potencian sus integrantes, satisfacen sus necesidades y expectativas al reconocer y poner en acción los recursos y fortalezas que ellos poseen para el logro de una mejor calidad de vida.

En este punto el concepto de red comunitaria: "entramado de relaciones que mantiene un flujo constante de informaciones y mediaciones organizadas y establecidas en pro de un fin común", resulta útil para entender aspectos claves de la "red" como es la complejidad de las relaciones (entramado), dada la diversidad de actores implícitos (diversidad de edades, géneros, formación), la multiplicidad de estilos para establecer y mantener dichas relaciones y la movilidad de los elementos o aspectos de intercambio en pro del objetivo previsto.

14

Entre los aspectos esenciales de una red social, según Itriago e Itriago (2000), se tienen:

Representativas: responder a los intereses que pretende apoyar, a la vez que sus integrantes provengan de campos ligados a ellos.

Participativas: todos sus miembros deben tener la posibilidad de intervenir en el logro de sus

Del mismo modo en una red encontramos las siguientes cualidades: mientras más amplia, más resultados producirán; tiene como fin la captación de recursos; su capacidad y solidez proviene de la interrelación de las partes y tiene ciertos mecanismos que regulan su dirección.



De allí se desprende algunas **características** como:

Pluralidad y diversidad de miembros: admite grupos y personas provenientes de diferentes sectores que actúen en áreas y desde perspectivas distintas, siendo esto lo que determina la complementariedad orientadas hacia un fin común. Lo anterior implica la aceptación y el respeto por el otro, permitir, fomentar, fortalecer y canalizar la participación social.

Multimodalidad o multidimensionalidad: integra y articula dimensiones, estrategias y visiones diversas dirigidas hacia una meta común, lo cual potencia y enriquece el trabajo.

Interrelación de todos los miembros: se maneja una misma información a través del flujo constante y el intercambio que se establece entre ellos.

Dinámica de las relaciones: se establece un proceso de retroalimentación donde los elementos manejados son reflexionados, transformados y llevados a la práctica dentro de esta dinámica relacional. La red genera procesos de problematización, desideologización, desnaturalización y concientización.

Construcción colectiva: los resultados de la labor conjunta suponen la transmisión e intercambio de experiencias y conocimientos.

Interdependencia: cada uno de los integrantes de la red establece una relación con los otros, reconociendo que tanto la participación de éstos como la suya son importantes para la acción y la toma de decisiones.

Participación y compromiso: no es posible ser parte de la red sin involucrarse en el proceso de organización, cumpliendo con ciertas responsabilidades que permitan dar respuesta a los objetivos propuestos.

Diversidad y particularidad, divergencia y convergencia: confluyen objetivos, necesidades y modos de acción que pueden ser divergentes, y a la vez, converger en relación con una misma finalidad.

Puntos de tensión y negociación: la variedad puede generar tensión estableciéndose mecanismos de negociación que permitan organizar los intereses particulares y los colectivos, distribuyendo las responsabilidades de acuerdo con estos últimos.

Construcción y reconstrucción: los miembros, las relaciones, las estrategias de acción y la ejecución de las tareas pueden cambiar.

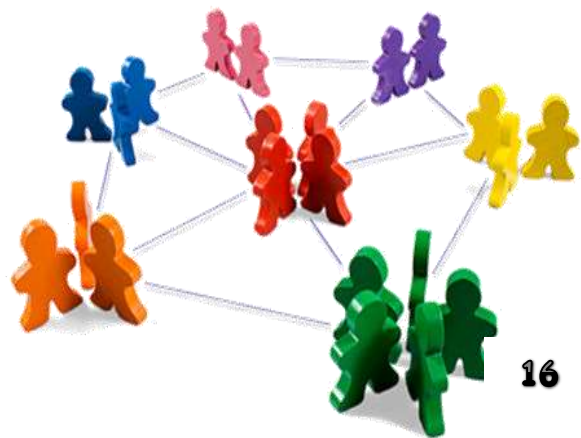
Intercambio de experiencias, informaciones y servicios: la riqueza de la red está dada por la cantidad de recursos, informaciones y servicios con que se cuenta para el desarrollo de las acciones, lo cual se evalúa permanentemente en la medida en que los miembros pueden compartir sus logros y sus limitaciones en su desempeño particular. La información y el conocimiento producido deben ser difundidos a la comunidad.

Cogestión: la red supone que los diferentes entes involucrados mantienen una relación de cooperación permanente para el desarrollo de las acciones conjuntas y particulares, que les permite reconocer su propio aporte y el de los demás para el logro efectivo y exitoso de las metas planteadas.

Afectividad, filiación y solidaridad: supone la identificación de los miembros con sus acciones y objetivos, así como con los otros actores sociales que comparten el espacio y el sentido de la relación.

Democratización de conocimientos y poder compartido: los participantes ponen sus recursos internos al servicio propio y de los demás, a la vez que se enriquecen con los ofrecidos por los otros. Para ello es necesario tener una visión diferente del poder, que implica asumirlo como capacidad para el desempeño de las tareas y responsabilidades en relación y no como un objeto o cosa que pertenece a alguien en particular.

Flexibilidad: sin perder su objetivo.



16

Ventajas que tienen las redes según la psicología social comunitaria

Irradiación y extensión del trabajo con mayor efectividad hacia fuera y hacia adentro.

Maximización de los procesos de socialización de la información (Debas, 1993)



R 2013 Edición N° 1 EDESCUBRIR

Alternativa para mejorar la atención
de salud mental en el Municipio de
Pitalito - Huila



Derechos reservados: Propiedad intelectual de la





ectura de extensión
rsonas, razón por la
iginales, sino incluso
sino un medio o una

s logros, analizar los
de la posibilidad de
ad necesita".



Para poder producir nuevas relaciones, conocimientos, afectos. Una red que abra nuevas posibilidades, nuevos espacios a otras ideas.

El mundo de la individualidad, de lo elemental, se desmoronó estrepitosamente. El universo ya no es visto como un "muro de ladrillos" sino como una inmensa red de interacciones, donde nada puede definirse de manera absolutamente independiente. Es decir que la partícula se desmaterializó, de la metáfora del reloj se pasa ahora a la metáfora de la Red, del modelo jerárquico (donde unos se soportan en otros) a uno heterarquico donde el poder circula.

Pero aún hay personas que siguen pensándose como individuos aislados (partículas elementales) y no como parte de múltiples redes de interacciones. La ciencia sigue pensándose en términos de territorios exclusivos, creyéndose independientes de la cultura y la sociedad que las nutre. Sin embargo, son cada vez más los que adoptan otros paradigmas, otros sistemas de enfoque, y generan nuevas narraciones y escenarios donde transcurre la vida social del hombre de fines de la modernidad.

El pensamiento complejo toma en cuenta las interacciones dinámicas y las transformaciones, que implica una manera de pensarnos a nosotros



diversidad cultural, muchos mundos diversos son posibles.

Así la cuestión, las cosas ya no son, sino que devienen, las propiedades no están en las cosas

Cada vez se hace más necesario pensar lo problemas del cambio y la creatividad, la aparición de la novedad cualitativa, la transformación pero no solo del mundo sino de nosotros mismos: el sujeto complejo se ve así mismo construir el mundo, se ve unido al mundo, perteneciente a él y con autonomía relativa, inseparable y a la vez distinguible, ocupando un lugar paradójico, es a la vez construido y constructor. Construido en su intercambio social, ya que solo adviene como sujeto en la cultura, en la red relacional de la que forma parte, ligado al imaginario social compartido. En la actualidad el sujeto puede pensarse como

19

2.

Estructura y filosofía de la Red Operativa Institucional **"Redescubrir"**



"Redescubrir" es una organización formal toda vez que se constituye por un sistema de grupos relacionados entre sí, fundados en la similitud de labores y relacionados más o menos íntimamente.

Caracterización de la Red

Según los actores involucrados en el proceso es una Red Interinstitucional conformada por varias instituciones que se unen para trabajar en torno de un fin común en el campo social.

Según el ámbito que abarca es una Red intra e inter-comunitaria por ser una asociación entre

... no se trata de seguir intentando lo que personas e instituciones basadas en la solidaridad y la ayuda mutua, han hecho, que asumiendo una actitud paternalista han conllevado al desconocimiento del otro, pretendiendo tener

todas las posibilidades, relaciones y el interés verdadero



considera las diferentes instituciones a construir

21

a.

Visión

La Red Operativa Institucional “**REDESCUBRIR**” será la alternativa de organización y articulación que movilice la capacidad de respuesta frente a los procesos de atención-acogida-canalización de las instituciones que tienen injerencia en los fenómenos de salud mental en el municipio de Pitalito.



b.

Misión

La Red Operativa Institucional “**REDESCUBRIR**” se convierte en el espacio desde donde se estimule el trabajo en equipo entre las instituciones y sectores vinculados a los procesos de promoción, prevención y atención en los fenómenos de salud mental buscando con ello que se mejoren, en integralidad, los procesos inter

c.

Principios

Corresponsabilidad: es compartir la responsabilidad en la atención, cuidado y protección de los usuarios(as) entre las acciones directas de las instituciones cuando estas se superpongan. Es decir, que las instituciones deben involucrarse como parte de la solución y que además asuman su rol activo, ético y diligente.



Unidad: es la articulación interinstitucional de políticas, estrategias, actividades, procedimientos y prestaciones de servicios para alcanzar los fines de la promoción, prevención y atención de los fenómenos de salud mental.

Participación: es la intervención de la comunidad en la planeación, gestión, control social y evaluación de los servicios ofrecidos y prestados por las instituciones, del trabajo en Red entre ellas y de la efectividad e integralidad de las rutas de atención.

Complementariedad: se reconoce que no todas las instituciones tienen las mismas competencias, niveles de atención, ni los mismos recursos, por lo tanto, se espera de cada una de ellas diferentes responsabilidades en la atención del usuario(a). Estas individualidades deben generar una modalidad de vinculación capaz de superar el aporte individual, para generar sinergia, es decir, un proceso de interacción social que permite obtener resultados que serían imposibles de conseguir individualmente. El trabajo en Red implica aplicar inteligentemente las capacidades propias, aprovechando las potencialidades de los demás, de otro modo, las competencias, recursos y acciones específicas de cada institución resultan necesarias para hacer efectivas las rutas de atención. Por lo tanto se requiere de la participación activa de cada sector, cada institución y cada actor operador(a) para que ponga a disposición de la atención sus habilidades y conocimientos. Así la diversidad institucional se debe aprovechar de tal modo que contribuya a mejorar la atención-acogida, toda vez que a partir de la complementariedad institucional se consiguen resultados y soluciones que son en número y calidad superiores a los logros individuales.



Intersectorialidad: es la interrelación, articulación y coordinación integrada y continuada de los distintos actores intra y extrasectoriales con el fin de lograr resultados eficaces, eficientes y humanos en la atención de la salud mental orientada a alcanzar metas comunes.

Responsabilidad social: es la administración de las instituciones cuidando de los impactos y efectos que se generen hacia adentro y hacia fuera de la institución debidos a su quehacer, responsabilizándose por las consecuencias sociales inducidas por su funcionamiento y su forma de proceder.

Transparencia: las condiciones de la prestación de los servicios de cada institución y la información de sus políticas, competencias, decisiones y actividades de las que son responsables, deberán ser públicas y visibles, reveladas de forma veraz, clara, precisa y completa. Este principio no exige que la información protegida por derechos de propiedad se haga pública, así
23 tampoco exige que se proporcione información privilegiada o que pudiera producir incumplimientos de obligaciones legales, comerciales, de seguridad o de privacidad.

Calidad: es la prestación de servicios en salud mental, individuales y colectivos, accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo, de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada, que tiene en cuenta los recursos disponibles presentes en la ruta de atención y que logra la adhesión al tratamiento y satisfacción del usuario(a).

Eficiencia: es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en la atención-acogida de la salud mental. Tiene que ver con la mejor utilización de los recursos del Estado y de los particulares para garantizar el derecho a la atención de la salud mental y al acceso a los servicios integrales de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud con oportunidad, calidad y suficiencia.

Universalidad: es la garantía del derecho a la salud mental y su protección con calidad para todos los laboyanos y laboyanas, sin discriminación, en todas las etapas de la vida.

Equidad: que todos los usuarios(as), indistintamente de su condición social o circunstancias sociales, tengan la misma capacidad y posibilidad de alcanzar su potencial de salud. Para ello las instituciones deben garantizar el acceso a la atención de la salud mental.

Atención diferenciada: las instituciones de la Red garantizarán la atención de la salud mental de los usuarios(as) que así lo requieran, especialmente los vulnerables o que se encuentren en riesgo, de tal manera que se asegure su acceso efectivo a los servicios integrales de la ruta de atención.





S

Altruismo: es aquella conducta que beneficia a otros, es voluntaria y no anticipa beneficios externos. La persona altruista dentro de la Red se identifica como aquella que procurará brindar siempre una atención-acogida desinteresada, oportuna y con calidad al usuario(a) sin importar las condiciones emocionales, ambientales y laborales en las que se encuentre.

pertenencia: es el grado avanzado de filiación del actor operador(a) a la Red por la responsabilidad, el compromiso y la confianza para con el trabajo y las áreas

24



permite expresar sentimientos de forma clara y efectiva a través de los canales de comunicación establecidos. El actor operador(a) es una persona que sabe valorarse a sí mismo, no se preocupa por ganar o perder en los conflictos y es capaz de llegar a acuerdos que beneficien a todas las partes.

El conocimiento de las necesidades del usuario(a), el respeto por el actor operador(a) cortés y amable, el diálogo con afecto y comprensión, el entendimiento y la empatía.

Solidaridad: es un valor de la democracia puesto que ello implica la interacción entre personas con distintas creencias y estilos de vida. Es la consideración y el respeto por la diferencia y aceptar la diversidad. El actor operador(a) se reconoce y respeta la singularidad cuando manifiesta a través de su conducta dentro de la Red el respeto por las opiniones ajenas, consideración por la problemática presentada y el compromiso por mejorar desde su labor dicha situación.

Solidaridad: es un acto social, una acción que le permite al ser humano mantener y mantenerse en su naturaleza de ser social. Es una actitud y un comportamiento; una actitud porque inclina a responder favorablemente a las necesidades de los demás y una forma de conducta cuando se concretiza en acciones. La solidaridad se convierte en una virtud al transformarse en participación. El actor operador(a) es solidario cuando manifiesta con su desempeño laboral una actitud de ayuda y convencimiento de respaldo al usuario(a).



Flexibilidad: es la capacidad de adaptarse rápidamente a los cambios, circunstancias, situaciones, propuestas, tiempos y personas, rectificando oportunamente actitudes y puntos de vista para lograr una mejor convivencia y entendimiento con los demás; aprendiendo a escuchar y observar con atención todo lo que ocurre a su alrededor, para tomar lo mejor y hacer a un lado lo que objetivamente no es conveniente. En la Red al actor operador(a) le corresponde sobrellevar, resolver, y decidir sobre situaciones y problemas que se puedan presentar, para de esta manera estar abierto al intercambio de ideas, moviéndose a ser creativo e ingenioso con el propósito de mejorar y llegar a un común acuerdo, enriqueciendo las opiniones de los demás para que ambas partes se complementen y beneficien.

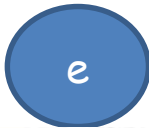
25

Lealtad: es un atributo del ser humano que va ligado al cumplimiento del honor y la gratitud, es una obligación de la fidelidad y es netamente una conducta moral. El actor operador(a) de la Red es leal cuando a través de sus comportamientos y acciones dentro y fuera de su institución y del trabajo en Red, expresa identidad y se reconoce como parte fundamental en la construcción de una nueva mirada del trabajo interinstitucional; siendo prudente, responsable y honesto con su labor y la de sus compañeros. La lealtad se muestra cuando no se habla mal del trabajo de la Red y por el contrario se propende desde la cotidianidad por mejorar y enriquecer su labor.

Responsabilidad: es la facultad que tienen las personas para tomar decisiones conscientemente y que les permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, en vista de su preocupación por el cumplimiento de los deberes adquiridos. El actor operador(a) en la Red debe ser capaz de responder y enfrentar con inteligencia, esfuerzo, interés, creatividad y convencimiento las situaciones que se presentan dentro de ella, con una noción de justicia y con la finalidad de dar cumplimiento del compromiso contraído ante sí mismo, la familia, el colectivo y la sociedad.

Voluntad: se refiere a la facultad de decidir, elegir y ordenar la propia conducta, operando de manera espontánea debido a la motivación y al convencimiento y de forma consciente debido al esfuerzo u obligación de realizar algo; posibilitando hacer lo que realmente se desea, llegar a los objetivos planeados, alcanzar metas y cumplir con las propias expectativas, en otras palabras, es la fuerza para desarrollar una acción de acuerdo a un resultado esperado y el poder de elegir de la conciencia el sentimiento y la acción. El actor operador(a) en la Red debe tener una actitud de predisposición y motivación para llevar a un buen puerto un objetivo predeterminado, esforzándose y dejando de lado los contratiempos y posibles dificultades.





Objetivos

Objetivo General



Articular a las instituciones que tienen injerencia en la promoción, prevención y atención de los fenómenos de la salud mental (violencia familiar, maltrato infantil, abuso sexual, violencia conyugal, consumo de sustancias psicoactivas, ideación suicida y suicidio) a través de la organización y movilización interinstitucional y extrasectorial que mejore la capacidad de respuesta en el municipio de Pitalito.

26

Objetivos Específicos

- Integrar el trabajo de los sectores y las instituciones para modificar los determinantes de la salud mental, con el fin de mitigar su impacto, desarrollando acciones de coordinación y articulación para la formulación y ejecución de las estrategias comunes y transversales de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos que afectan la salud y la recuperación y superación de los daños.
- Reconocer y visibilizar los recursos institucionales y los servicios de promoción, prevención y la atención de los fenómenos de salud mental en las instituciones potencializando el cumplimiento de la responsabilidad institucional.

- Supervisar los procesos que cada institución desarrolla en la promoción, la prevención y la atención de los fenómenos de salud mental para el logro de resultados más eficaces, eficientes y sostenibles orientadas a alcanzar las metas comunes en salud.
- Servir como escenario de encuentro y desencuentro para ampliar la mirada en los temas de la salud mental a través de la capacitación, la concientización, la desnaturalización, la sensibilización (cambio de actitud en la atención y en la respuesta institucional) y la construcción colectiva de alternativas de solución.



27

f.

Reglamento interno

Objetivo: el presente reglamento interno tiene por objeto facilitar un trabajo en equipo con mentalidad de Red, a través de un conjunto de prácticas y normas aplicables a todos los actores operadores(as) involucrados en la Red Operativa Institucional “Redescubrir”.

Del campo de aplicación: toda institución que haga parte del Sistema de Seguridad Social en Salud o que pertenezca a otro sector y ofrezca algún servicio de atención en salud mental y esté vinculado a la Red Operativa Institucional “Redescubrir” quedará sujeta al cumplimiento de las establecidas en este



1. LA ORGANIZACIÓN

1.1. Canales de comunicación: el canal regular de comunicación entre la Red Operativa Institucional “Redescubrir” y los actores operadores(as) de cada una de las instituciones será a través de comunicación directa “cara a cara”, oficios escritos, vía telefónica o a través de las TIC’S.



1.2. De la autoridad delegada: en las redes no se habla de jerarquías absolutas, se introduce

- Presentar informe mensual sobre la demanda, atención, seguimiento y vigilancia de los fenómenos en salud mental.

2.2. Formalidad de las solicitudes de intervención intersectorial: con el propósito de impartir organización, cada actividad desarrollada como promoción y prevención o feria de servicios debe estar programada o solicitar la intervención intersectorial con un mes de anterioridad.



3. ETICA Y TRABAJO EN EQUIPO

3.1. Confidencialidad: serán considerados confidenciales los informes que reposen en los archivos de la Red Operativa Institucional “**Redescubrir**” esto es los resultados de las actividades y demás documentos similares, hasta tanto su divulgación sea autorizada. Para los efectos del presente reglamento se considera que un dato confidencial ha sido divulgado cuando, mediante intención o descuido por parte del servidor(a), dicho dato llega a conocimiento de otras personas no autorizadas para conocerlo.

3.2. Solicitud de información: cada vez que se requiera información sobre la Red Operativa

4. JORNADAS DE ENCUENTROS

4.1. **Horarios:** 5 horas mensuales, distribuidas de la siguiente manera: 3 horas de encuentro mensual y 2 horas de trabajo personal elaborando el informe.

4.2. **Cronograma:** los primeros jueves de cada mes se... puede ser cambiado y... res(as) según sean las



5. FUNCIONAMIENTO DE LA RED

5.1. **Derechos:** todo actor operador(a) tiene derecho a:

- Ejercer las funciones atribuidas a su cargo.
- Capacitarse y adiestrarse.
- Trabajar en ambiente seguro, higiénico y adecuado.
- Solicitar y obtener resultados de informes mensuales por cada una de las instituciones.
- Estar enterado de novedades que involucren su función en salud mental.
- Hacer las recomendaciones válidas para el mejoramiento de la Red Operativa Institucional **"Redescubrir"**.

- Observar los principios morales y normas éticas, como parámetros fundamentales de orientación para el desempeño de sus funciones.
- Cumplir y hacer cumplir las normas vigentes y las instrucciones provenientes de autoridad competente, a efecto de garantizar la misión, visión y principios de la Red Operativa Institucional **"Redescubrir"**.
- Informar, de inmediato a la autoridad delegada cualquier situación de no atención en cualquiera de las instituciones vinculadas y revisar que el caso se tome en cuenta en el encuentro.
- Evaluar las actividades desarrolladas por la Red Operativa Institucional **"Redescubrir"** con objetividad, atendiendo rigurosamente los parámetros establecidos.
- Acatar las directrices de trabajo de la Red Operativa Institucional **"Redescubrir"** siempre y cuando no contradigan los procedimientos establecidos en la Ley y no atenten contra su honra y dignidad.
- Reconocerse y por lo tanto comportarse como un actor operador(a) certificado en trabajo en equipo, demostrado en amabilidad, servicio y responsabilidad social para con el usuario(a).
- Notificar a las instancias correspondientes cualquier hecho comprobado que pueda desprestigiar, dañar o causar perjuicio a la movilización de la Red Operativa Institucional **"Redescubrir"**.
- Atender los asuntos de su competencia dentro de los términos establecidos en la Ley y los reglamentos.



31



5.3. Prohibiciones: con el fin de garantizar la buena marcha de la Red Operativa Institucional “Redescubrir” y el logro de sus objetivos se prohíbe:

- Todo tipo de actividad proselitista o de propaganda política, en los encuentros.
- Favorecer, impedir o influir, de cualquier forma en la atención a los usuarios(as).
- Alterar, retardar o negar injustificadamente el informe mensual de las novedades de la institución en temas de salud mental.

- Recibir pago o favor por la operativización de la Red Operativa Institucional
- Delegar a otra persona la atención de un tema de la Red Operativa Institucional

5.4. Peticiones, quejas La Red Operativa Institucional “Redescubrir” podrá presentar peticiones de interés institucional o por parte de los usuarios que no obtener respuesta o no ser atendidas por el líder del programa de la Secretaría de Salud con



compensas por la capacitación del personal de la Red Operativa Institucional por motivo de organización. De no ser así podrá recurrir a la Secretaría de Salud y a su vez a la

¿QUÉ SE ESPERA DE TI?



QUE SEAS UN "ACTOR OPERADOR(A)"...

- Reflexivo frente a la comprensión de los fenómenos en salud mental.

- Capaz de aceptar la centralidad y poder de tu rol y de la vinculación oportuna con otros profesionales, instituciones y sectores en el proceso de atención-acogimiento.

- Autónomo y comprometido en la construcción de una forma de "ser" y "hacer" que contribuya a generar cambios personales, institucionales y comunitarios tanto en el trabajo en Red como en la atención-

- Capaz de valorar la existencia del "otro" y de la comunicación asertiva y afectiva como fundamento de la atención-acogida, buscando dinamizar cambios a partir de acciones dialógicas que conduzcan al mejoramiento del estado emocional del usuario(a).

- Sensible a las realidades sociales y flexible a los cambios contextuales.

- Competente para desempeñarte en el trabajo en equipo.

CAPÍTULO II

ASPECTOS TEMÁTICOS

¿QUÉ DEBO CONOCER PARA DESARROLLAR MI TRABAJO?

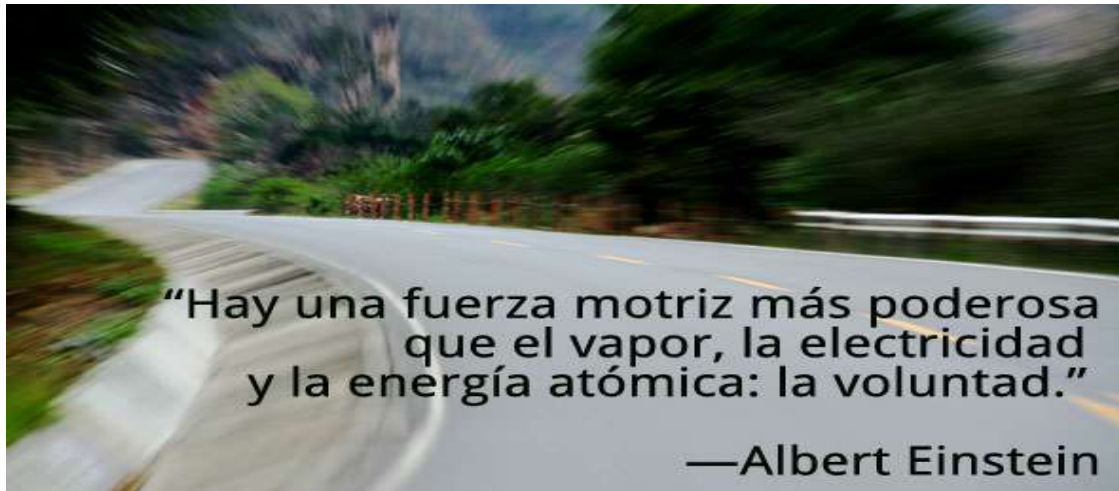


**¿De qué trata
este capítulo?**

El trabajo en red reconoce que las necesidades de carácter emocional no se pueden dejar sin atender ya que las "lesiones psicológicas" producidas por multitud de situaciones de crisis a las que deben hacer frente las personas en la cotidianidad de su vida (enfermedades, accidentes, divorcios, problemas judiciales, pérdida de seres queridos, depresión, soledad, pérdida de autonomía personal, siniestros, vivencias de situaciones traumáticas o de violencia, violencia conyugal, maltrato infantil, abuso sexual, violencia sexual, drogas, intentos de suicidio, pérdidas materiales, status económico, etc.) suceden con frecuencia en la población a la que se atiende; afectando emocionalmente a las familias y paralizándolas en su accionar.

Los fenómenos de salud mental requieren de una adecuada y pronta atención por parte del personal que labora en las instituciones prestadoras de servicios en salud y de aquellas que por algún motivo tienen injerencia en su abordaje (protección y justicia).

Es de vital importancia que este personal tenga los conocimientos y las destrezas necesarias para poder identificar y manejar, de la mejor manera posible, dichas situaciones. Toda vez que los fenómenos de salud mental son una condición que pueden llevar a la discapacidad o a la muerte si no se tratan adecuada y oportunamente. Quienes padecen estos fenómenos pueden

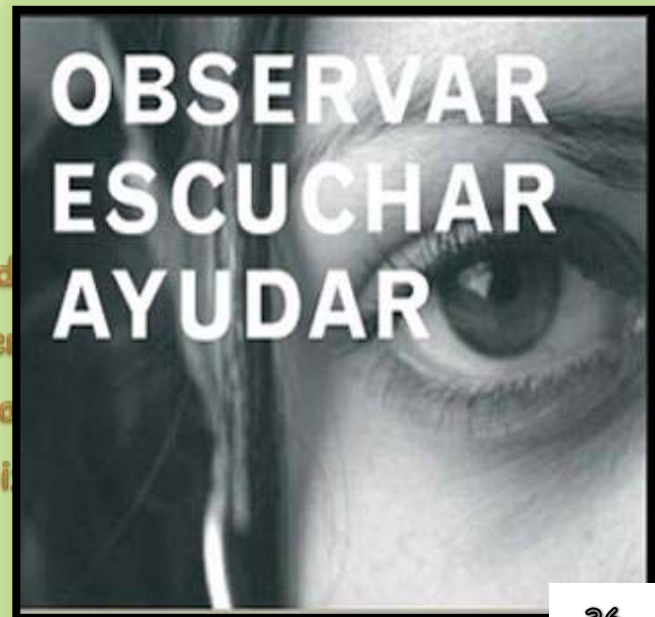


C
1. Intervención en crisis.

c. Que es una crisis.

d. Como realizar una intervención en

Un instante de amabilidad
gris. Son muchas las per
largo de la vida y a un gre
servir y hacer feli



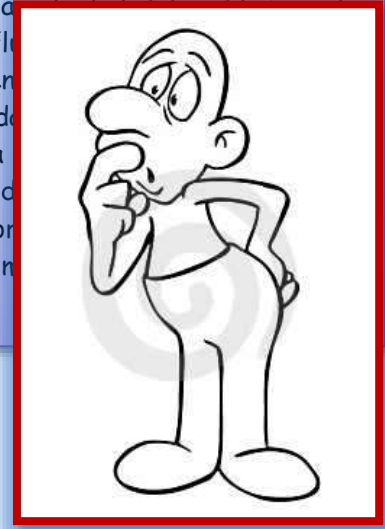
36

La vida es muy
peligrosa, no por
las personas que
hacen el mal si no
por aquellas que
se sientan a ver
lo que pasa

Albert Einstein

En el transcurso de la vida de todos los seres humanos se pueden presentar varios tipos de crisis: las llamadas crisis del desarrollo, que son consideradas procesos normales del proceso de maduración de la persona (por ejemplo, las crisis de la adolescencia, la salida del hogar, el inicio de la vida de pareja). Hay otras situaciones de crisis que son personales, tales como la muerte de un ser amado o haber sufrido una violación, un atraco, una agresión física severa, una separación de pareja. Un tercer grupo tiene su origen en emergencias o desastres tales como una inundación, una erupción volcánica, un huracán o un terremoto.

Por eso es importante que recuerdes que ninguna persona es inmune a vivir situaciones de crisis. Estas crisis son una experiencia que siempre están presente en la vida de cada quien tiene sus propias maneras de afrontarlas, en esto influyen la personalidad, los antecedentes vitales y el ambiente físico, mer quiere decir que hay personas que pueden estar mejor preparadas para salir de ellas utilizando sus propios recursos y habilidades (la mayoría de efectivos los mecanismos que tradicionalmente ha utilizado para afrontarlas) pero hay otro tanto que no son capaces de hallar una solución por sí mismos a través del apoyo y la opinión objetiva de otra persona. En estos momentos se requiere de una atención oportuna e inmediata.



37

1.

Intervención en crisis

a.

Que es una crisis

Una crisis es la reacción cognitiva y emocional de una persona ante un evento precipitante (que resulta problemático) por el cual la persona pierde temporalmente la capacidad de dar una respuesta efectiva y ajustada al problema.

Autores como Karl Slaikeu (1984) plantean que una crisis se entiende como el momento en el cual una persona experimenta una gran desorganización emocional (o desequilibrio), acompañada de perturbación y trastorno en las estrategias de enfrentamiento y resolución de problemas.

¿Cuáles son los síntomas habituales ante una crisis?

La persona se caracteriza por sentirse muy confundida, estresada y miedosa; percibe el evento precipitante como algo muy importante, tiene un alto nivel de malestar subjetivo, aparentemente es incapaz de afrontar la situación con sus capacidades normales.



Los síntomas son anormales. No son parte de la vida cotidiana ni de la psicopatología. Aparecen de forma repentina y se prolongan en el tiempo. Se deben atender más de ellas si reciben un apoyo mínimo.

38

LAS FASES Y CARACTERÍSTICAS DE UNA CRISIS

1° Debe existir un suceso precipitante: como un evento peligroso, o un acontecimiento estresante, interno o externo al mundo personal, que ocurre en el curso de la vida, y que inicia una serie de reacciones ya sean predecibles o bien inesperadas y accidentales. Este suceso se puede definir como un cambio repentino en el entorno de la persona que provoca que las emociones sean liberadas de manera explosiva.



- + Angustia.
- + Miedo.
- + Rabia.
- + Dificultad para pensar con claridad (pensamiento de "túnel").
- + Depresión, llanto fácil.
- + Impulsividad.
- + Dificultad para tomar decisiones.
- + Ideas o acciones autodestructivas.

2° Producto de ese suceso estresante hay un desorden o desequilibrio emocional (fase de shock): según sea la percepción del evento peligroso por parte de la persona esta tiene una reacción subjetiva ante la misma que lo puede ubicar en un estado de vulnerabilidad. El suceso al aparecer sin un aviso previo no le da lugar al individuo de asumir su impacto, cayendo el sujeto en un estado de choque emocional, lo cual incapacita los mecanismos de enfrentamiento. La tensión excitante puede ser tan alta que la persona entra en un estado de crisis activa que lo desequilibra. Este estado puede durar entre 1 a 4 horas; pudiendo experimentar durante ese tiempo "visión en túnel"; exceso de actividad sin objetivo o inmovilización; alteraciones cognitivas acompañadas por preocupaciones o ideas distorsionadas.

Durante esta fase pueden ocurrir reacciones físicas y comportamentales: las más frecuentes son ansiedad, hostilidad, insomnio, problemas de atención que a su vez afectan la memoria,

3° El estrés y la angustia del desequilibrio emocional se evidencia en síntomas físicos y psíquicos: la persona pudo haber manejado efectivamente, y durante tiempo prolongado, la situación de emergencia, pero llega a un punto de agotamiento en el cual no tiene más fuerza para afrontar la situación.

4° La persona elabora la crisis: posteriormente se llega a un periodo de reajuste gradual y resignificación, reforzando mecanismos de afrontamiento y adaptación.

39

5° Finalmente la crisis termina.

¿Qué situaciones de vulnerabilidad social pueden ubicar a una persona en una situación de riesgo de padecimiento de una crisis?



En ello inciden factores tanto internos como externos, que tienen su evidencia en la manifestación clara de una serie de indicadores que exteriorizan la predisposición. Algunos de ellos pueden ser: infravivienda, fragilidad económica, exclusión laboral, violencia familiar, baja cualificación profesional, existencia de enfermedades de carácter limitante, edad avanzada con situación de dependencia asociada a esta, baja autoestima, escasa o nula red de apoyo informal, presencia de enfermedades mentales, forma de vida marginal, drogadicción/alcoholismo, falta de habilidades o recursos personales y estancia en prisión, entre otras como el impacto que ocasiona el conocimiento de estar seriamente herido, tener a un ser querido en ese estado, perder las pertenencias, enterarse del padecimiento de una enfermedad o sufrir graves carencias materiales o sociales, es fuente de un lógico y elevado nivel de estrés, que provoca determinadas respuestas, que, en principio, deben ser consideradas como conductas normales provocadas por situaciones extraordinarias.



¿Cuándo una crisis deja de ser una crisis y se convierte en un trastorno?

- ✓ Cuando su duración excede algunas semanas.
- ✓ Cuando su efecto es incapacitante.
- ✓ Cuando el sufrimiento de la persona es abrumador.

Es muy frecuente que una situación de crisis motive a la persona a aceptar ayuda, ya sea por voluntad propia o porque un tercero lo convence de ello. Estos casos deben ser atendidos con prontitud, toda vez que el hecho de que la persona busque la ayuda es porque realmente ya se siente incapaz de hacer frente a la situación percibiéndose desamparado. Es tal la magnitud del desaliento que la persona pone sus esperanzas en la intervención de un tercero (instituciones y profesionales) tendiendo a considerar a quien lo ayuda como una figura paterna sobrestimando su capacidad y dotándolo de poderes curativos mágicos. En este estado, el usuario(a) es muy crédulo y acepta muchas veces sin ninguna duda los poderes del terapeuta. Esta condición debe ser aprovechada por dos motivos:

1- Porque se facilita la relación actor operador(a)-usuario(a).

2- Porque la no atención aumenta el estado de desamparo del usuario(a) complicando aún más su estado.

40

Una intervención en crisis es una oportunidad con implicaciones muy importantes en el futuro de la persona. El desenlace de una crisis puede ser muy positivo o, por el contrario, catastrófico.



(2006), uno de los factores que afectan la salud mental de un usuario(a) es la forma de atención, la actitud del profesional, la calidad de la misma. El informe del estado de salud de los Estados Unidos sobre salud mental menciona que la consiguiente incapacidad de recibir atención y tratamiento adecuado, las actitudes destructivas de baja autoestima, desesperanza que pueden ya padecer los

ES DURANTE UNA ATENCIÓN, DEBE SER EL DESEMPEÑO DE UN USUARIO(A) ANTERIORMENTE EN LAS COSAS QUE PUEDE DEVOLVER DICHA AYUDA INMEDIATA.



¿Cuál es el objetivo de una intervención en crisis?

- a) Disminuir o modificar los problemas más importantes.
- b) Que el usuario(a) comprenda por lo que está pasando y maneje el estrés.
- c) Lograr que el usuario(a) desarrolle nuevas formas de afrontamiento más adaptativas.
- d) Ayudar al usuario(a) para que pueda detectar y utilizar habilidades que le permitan sobrevivir al recuperar y mantener el equilibrio psicológico.

Con la intervención en crisis no solo se logra la resolución de la crisis, sino también un crecimiento personal y de superación, aprendizaje y la prevención de trastornos mentales. Se proporciona apoyo social y oportunidad de expresarse, genera esperanza.



41

b.

Como realizar una intervención en crisis

La intervención en crisis no significa sustituir al profesional en salud mental. Se trata de establecer una rápida relación con la persona en situación de estrés, determinar la causa del problema y proponer una solución razonable y práctica.

Para ayudar a una persona en situación de crisis se requiere ser sensible, con habilidades para la escucha activa y con capacidad de empatía (la capacidad de "meterse en los zapatos del otro").

Para lograr un proceso efectivo se debe:

Saludar al usuario(a) y presentarse.

Garantizar una cierta privacidad digna y crear una atmósfera de alianza, comodidad y ayuda real en la resolución del problema. Procurar que el sitio sea tranquilo, con privacidad, pocos estímulos sensoriales (luces, ruidos), sin elementos peligrosos al alcance del usuario(a) y con posibilidades de pedir ayuda a otras personas por razones de seguridad.

Establecer objetivamente la causa del estrés del usuario(a) y discutirlo activamente con el/ella.

Permanecer calmado y cortés, evitando un tono amenazador.

Evitar las confrontaciones a toda costa y estar preparado para tener acuerdos o desacuerdos con el usuario(a).

Si no está de acuerdo con lo que dice el usuario(a), manifieste su opinión de manera calmada, pero firme e intente buscar puntos de coincidencia.

No trate de inmovilizar al usuario(a), excepto en casos de posible agresión o de inminente tentativa de suicidio.

Intente explicar al usuario(a) los procedimientos que se van a realizar y por qué se va actuar de determinada manera.

Planear y realizar una evaluación (que incluye letalidad, peligrosidad para sí mismo y para los demás y necesidades psicosociales inmediatas).



Hacer contacto psicológico y establecer relación de manera rápida (esto incluye respeto y aceptación).

Definir y establecer la gravedad del problema.

Explorar los sentimientos y emociones.

Proponer y explorar alternativas.

Acompañamiento en la toma de decisiones de planes concretos.

Promover la sensación de autocontrol.

Desarrollar y formular un plan de acción.

Establecer un plan de seguimiento y llegar a acuerdos (canalización a otro nivel de atención).



Si quieres Resultados distintos, no hagas
Siempre lo mismo.

Albert Einstein

LA INTERVENCIÓN EN CRISIS TIENE DOS FORMAS

La primera son los llamados primeros auxilios mentales o psicológicos, que son un tipo de ayuda inmediata para restablecer la homeostasis y la capacidad de adaptación emocional. Por lo general, es la intervención que hacen personas no especializadas en los primeros momentos de la crisis.

La segunda es la intervención del profesional de la salud o del especialista con manejo en dichas urgencias.



c.

Primeros Auxilios Psicológicos

Los primeros auxilios psicológicos se refieren a la intervención psicológica en el momento de crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal (Gómez, 1994). Pueden y deben ser realizados por cualquier persona con entrenamiento mínimo en el manejo de situaciones de crisis. Pueden durar desde unos pocos minutos hasta unas cuantas horas, dependiendo de la gravedad del evento crítico.



- ✚ Los primeros auxilios psicológicos son intervenciones de primera instancia.
- ✚ Son inmediatos y de corta duración.
- ✚ Están dirigidos a cualquier persona impactada por un incidente crítico.
- ✚ Su objetivo principal es proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda.
- ✚ Se proporcionan principalmente en el mismo lugar del suceso.
- ✚ El proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después de un incidente crítico puede tomar de 1 a 6 semanas. Puesto que la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso.

Objetivos de los Primeros Auxilios Psicológicos

Según Gómez, Mascaraque y Corral Torres, son:

- ✚ Proporcionar apoyo, facilitando que la persona se sienta escuchada y comprendida, permitiendo la expresión de sentimientos y la ventilación de emociones negativas como el miedo, la tristeza, la angustia o el enfado.
- ✚ Reducir la mortalidad: al entender que el suceso estresor puede generar situaciones violentas como agresiones a otras personas o a sí mismo; se debe actuar en consecuencia para evitarlo (desarrollar su red de apoyo informal, favorecer su ingreso hospitalario, etc.)
- ✚ Ser el nexo de unión con recursos de ayuda, proporcionándole información sobre los recursos necesarios y brindándole orientación sobre qué hacer y cómo hacerlo.



Los Primeros Auxilios Psicológicos, buscan:

- ✦ Aliviar en lo inmediato los síntomas de reacción.
- ✦ Restaurar el nivel de funcionamiento CASIC mínimo: (Cognitivo, Afectivo, Somático, Interpersonal y Conductual).
- ✦ La comprensión de los eventos precipitantes relevantes que condujeron al desequilibrio (iniciar nuevas formas de percibir, pensar y sentir lo hasta ahora sucedido).
- ✦ Identificar los recursos de ayuda y rescate que se pueden utilizar: personales, familia, profesionales, comunidad, etc.
- ✦ Desarrollar habilidades de afrontamiento efectivo, autoestima, asertividad y solución de conflictos.
- ✦ Dar seguimiento a la intervención o asegurar su atención especializada posteriormente.

¿Cuál es el papel del actor operador(a)?

La situación y el comportamiento de los usuarios(as) van a marcar la forma de proceder. La labor concreta de los actores operadores(as) en la aplicación de los primeros auxilios psicológicos y del apoyo humano, que **NO SUPONEN** un tratamiento psiquiátrico ni psicológico, se materializa mediante una actitud de querer auxiliar al otro con el apoyo de la escucha y la orientación.



Pautas de actuación

Presencia y acompañamiento a los afectados(as) directos y familiares: en el lugar en donde se desarrolla la situación crítica y en el menor espacio de tiempo. Hazle sentir a la persona que sufre que no está sola. Bríndale presencia física y ofrécele seguridad.

Transmítele al afectado(a) que estás ahí para ayudarlo en lo que necesite, todo el tiempo que haga falta, con un acercamiento tranquilo y expresión calmada, con contacto físico si resulta adecuado.

Proporciona un lugar tranquilo y seguro: sin nuevos elementos estresores.

Posibilita el relato de acontecimientos, pensamientos y sentimientos, facilita la expresión de los hechos, permite el desahogo, la reinterpretación de la situación, y posibilita que asuma y reorganice sus pensamientos.

Escucha activa: muestra total interés tanto a nivel verbal como no verbal; trata de ponerte en su lugar, pero sin contagiarte de su estado, con estilo asertivo y relajado; mirando, asintiendo, parafraseando, preguntando, resumiendo; respetando los silencios. Es el principio fundamental de los primeros auxilios psicológicos.

Elige el lugar y el momento adecuado: analiza las señales que te indiquen la oportunidad de tu actuación. Cuando y donde.

Ayuda a normalizar determinadas reacciones: acepta gritos, lloros, agresividad, tristeza, apatía...Lo extraordinario es la situación que vive el afectado, no las reacciones.



Facilita la posibilidad de



verdad, realista, pero transmitida específica, dirigida al presente y al futuro. Utiliza mensajes cortos y claros.

Identifica las necesidades inmediatas y en su caso, canaliza a los recursos adecuados.

la confusión, en el aturdimiento; posibilita que la persona vaya asumiendo la realidad; "aer" sus pensamientos a los asuntos cotidianos; ayuda a tomar decisiones, y a las tareas con las que tiene que enfrentarse.

Pasos para desarrollar los Primeros Auxilios Psicológicos

1. Realizar contacto psicológico: se define como la empatía o "sintonización" con los sentimientos y necesidades de una persona durante su crisis.

Tu tarea es escuchar como la persona en crisis visualiza la situación y se comunica contigo. Así mismo, invita a la persona a hablar, y a escucharse, sobre lo sucedido (hechos) y dar cuenta de sus reacciones (sentimientos y actitudes) ante el acontecimiento, estableciendo lineamientos reflexivos y sentimientos encontrados.

2. Analizar las dimensiones del problema: causas que ocasionaron la crisis y las fortalezas - debilidades con que cuenta la persona.

La indagación se enfoca a tres áreas:

Presente: ¿qué sucedió?, ¿cómo te sientes?, ¿qué piensas? y ¿qué puedes hacer?

Pasado inmediato: remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis y su indagación implica preguntas como: ¿quién?, ¿qué?, ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿cómo?

Futuro inmediato: se enfoca hacia cuáles son los eventuales riesgos para la persona y prepararse para las soluciones inmediatas.

3. Buscar posibles soluciones: implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas, como para las que pueden dejarse para después. Por ende se debe revisar posibles alternativas y proponer nuevas; ver los recursos humanos, materiales y económicos con los que se cuenta.

Esto implica llevar o "acompañar" a la persona en crisis a generar alternativas, seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.



4. Iniciar pasos concretos: implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta. El objetivo es en realidad muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El actor operador(a) tomará una actitud facilitadora o directiva, según las circunstancias, en la ayuda al usuario(a) para tratar con la crisis.

5. Verificar el progreso: implica el extraer información y establecer un procedimiento que permita el seguimiento para verificar el progreso de ayuda.

El seguimiento puede suceder mediante un encuentro posterior, cara a cara, por teléfono o correo electrónico. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación o determinar si se lograron o no las metas de los Primeros Auxilios Psicológicos: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y el cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo.



Que hacer y qué no hacer en una intervención en crisis



Que hacer



47

Desarrolla tu sentido de escucha responsable. Escucha atentamente, y sintetiza brevemente los sentimientos del afectado. Hazle sentir que lo entiendes y que comprendes por lo que está pasando, esto es la empatía.

Se cortés, honesto y transparente; gánate la confianza y cooperación del usuario(a).

Se realista y objetivo.

Favorece la dignidad y libertad para que los usuarios(as) trabajen en sus problemas.

Favorece la confianza y seguridad.

Debes estar alerta sobre las oportunidades de dar énfasis a las cualidades y fuerzas de la persona.

Acepta el derecho de los afectados(as) de sentirse así.

Realiza preguntas saludables y efectivas.

Dado una retroalimentación para ver si estás comprendiendo



Que no hacer



No ofrezcas algo que no puedas cumplir.

No tengas miedo al silencio, ofrece tiempo para pensar y sentir.

No te sientas inútil o frustrado. Tú eres importante y lo que estás haciendo vale la pena.

No muestres ansiedad ya que ésta puede ser fácilmente transmitida a los usuarios (as).

No ofrezcas respuestas, más bien facilita la reflexión.

No permitas que el enojo u hostilidad del usuario(a) te afecte.

No lo presiones a hablar de Dios, se comprensivo con las creencias religiosas.

No tengas miedo de admitir que el usuario(a) necesita más ayuda de la que tú le puedes brindar. Debes canalizar el caso a los profesionales competentes, esto claro, siguiendo la ruta establecida de atención.

No permitas que los usuarios(as) se concentren únicamente en los aspectos negativos de la situación.

No muestres demasiada lástima o paternalismo. Tampoco te expreses de manera autoritaria o impositiva. Busca un punto intermedio entre estas dos posiciones.

No esperes que el usuario(a) funcione normalmente de in

48



a) en crisis si esta se va a sentir

s allá del punto en que el usuario(a)

las motivaciones ocultas de un

asiado rápido en el proceso de

erficial las amenazas de suicidio u

s a alguien a hacer algo que en realidad no
 cer, oriéntalo siempre mostrando las
 s de solución que existen a su problema.

es una excesiva confianza.

s suplir o ayudar en cosas que ellos pueden

s ningún obsequio.

es solos(as), procura que se queden con
 de su confianza o familiares.





¿Qué hacer con las situaciones especiales?



Las situaciones especiales requiere una buena comunicación que se está dispuesto a ayudar. Las situaciones especiales requieren intervenciones que se adapten a la situación.

Deficiencias motrices



Se debe ayudar. Se debe adoptar una postura que sea adecuada. Se debe utilizar cualquier dispositivo que sea necesario. Se debe explicar el cómo, cuándo y por qué.

Insorrial

Sitúate de forma que le puedas ver a la cara a quien brindas la ayuda.

Háblale despacio y vocalizando.

Usa un lenguaje no verbal y repite las veces que haga falta.

Eleva el volumen de tu voz, pero, si tiene sordera, por más que grite no te va a oír.





Qué hacer cuando el usuario(a) es un niño o niña

El contacto físico es importante con los niños y niñas, por ejemplo, abrazarlos siempre y cuando la situación lo permita (en los casos de maltrato y abuso sexual tener en cuenta que ellos(as) pueden ser renuentes a este tipo de expresiones afectivas).

Recomienda que los padres acompañen a los niños(as) siempre.

Reafírmales frecuentemente que están seguros y a salvo.

Habla con ellos(as) sobre lo acontecido de forma simple.

Facilita que hablen sobre lo ocurrido, si desean hacerlo.

No minimices ni exageres la situación.

No hagas promesas que no se puedan cumplir.

50

Los
 ad
 me
 que
 pre
 Ad
 po
 ver
 se



...onan como lo hacen las personas
 ...s emocionales dependerán en gran
 ... aquellos que son significativos, ya
 ... a los cambios emocionales que
 ... nivel de abstracción como para
 ... almente los acontecimientos o
 ... os emocionales, los cuales varían

Recomendaciones en Primeros Auxilios Psicológicos para casos específicos de salud mental

Violencia Conyugal

El objetivo de una intervención de primera mano en los servicios de atención es apoyar a la usuario(a) para recuperar el control de sus emociones y eliminar el estado de angustia.

Acciones que se sugieren

Conduce al usuario(a) a un lugar privado, y evita interrupciones de personal ajeno a la atención del caso o visitantes y otros usuarios(as) del servicio. Esto te permitirá establecer un clima de confianza y empatía.

A pesar de lo que puedas sentir, permanece en calma.

Señala la confidencialidad.

Da oportunidad al usuario(a) de expresar sus sentimientos. Es importante abrir un espacio **51** para que exponga su situación y acciones.



Describe los parámetros generales de la atención. Comunica al usuario(a) en que va a consistir la acción que va a emprender (interrogatorio, consulta, exploración, etc.)

Da la oportunidad de hacer preguntas. Pregunta al usuario(a) si tiene dudas y asegúrate de contar con su consentimiento para todas las acciones a realizar.

Debes estar atento a las características y gravedad de la violencia.

No hables mal del agresor(a).

Cree en la veracidad de la historia.

Estos primeros auxilios concluyen cuando tú observes señales de calma.

En la mayoría de los casos el paso a seguir será la exploración de opciones de seguridad y disminución de riesgos para la salud de la usuario(a). Indica claramente los pasos a seguir de acuerdo a la ruta establecida.



Cerciórate de que la información vertida fue suficientemente comprendida por el usuario(a) y verifica que el estado de crisis ha sido suplido por la expectativa de atención especializada que se requiera. Pide al usuario(a) recapitular lo que hará de acuerdo con tus indicaciones.

Mensajes claves

"Nadie merece ser maltratado en ninguna circunstancia."

"Existen muchas mujeres u hombres que han vivido lo que usted y hoy han logrado superar esta situación."

"Es usted una persona con gran valor."

"Existen leyes que lo(a) protegen porque la violencia es un delito."

"La violencia no es su culpa, es responsabilidad absoluta de su agresor(a)."

"No está solo (a), ni es el único hombre o mujer que vive esto. Hay personas especializadas en este lugar que la pueden apoyar."

"Aquí está seguro(a)."

Situaciones que pueden ser frecuentes

Mujeres u hombres que viven situaciones de violencia dentro del hogar que presentan una debilitación gradual de sus defensas físicas y psicológicas, lo cual se traduce en un incremento de los problemas de salud (enfermedades psicosomáticas, depresión, entre otros). Estas mujeres u hombres registran una marcada disminución del rendimiento en sus actividades, sean éstas personales, familiares, domésticas o laborales, en las que puede presentar dificultades en la concentración, desinterés, desmotivación o decaimiento físico.

52



...n víctimas y testigos de
...n trastornos de conducta
...endizaje; reproducen los
...ones extrafamiliares, con

Personas víctimas que aunque hayan visualizado la existencia del problema y debido al daño psicoemocional que tienen, no estén interesados(as) o dispuestos(as) a judicializar la situación.

Medidas que se pueden tomar

Desarrollar un trabajo formativo para la prevención de este problema, tendiente a promover la resolución pacífica de conflictos al interior de las familias, a través de la promoción de pautas relacionales horizontales basadas en el respeto mutuo, la resignificación de las normas y valores familiares o la modificación paulatina de mecanismos de disciplina intrafamiliar.

Desarrollar habilidad para la detección temprana, lo que implica una constante atención a aquellos indicios, señales o indicadores que hagan presumir la existencia de violencia.

Al momento de presumir la existencia de violencia, se sugiere que inicies un trabajo de indagación con la persona afectada, de manera cautelosa y respetuosa, de tal manera que él/ella se sienta plenamente acogido(a) para compartir sus experiencias. A partir de esto y en el caso que el problema no sea percibido como tal o se mencione argumentos para justificarlo, debe entregarse orientación tendiente a su reconocimiento.

Potenciar las distintas áreas de desarrollo de la persona afectada, instándola y ayudándola con gestiones concretas para tomar medidas que faciliten su integración educacional, laboral y social, soporte que le permitirá generar mejores condiciones personales y familiares para reconocer y afrontar el problema del que es víctima.

En el caso de personas que explicitan el problema y piden ayuda para su resolución, es muy importante que brindes la primera acogida otorgando información sobre el carácter delictual de los hechos de los que se es víctima y sobre las posibilidades de atención especializada que otorgan otros organismos. Todo ello, en un marco de aceptación y empatía que motive y refuerce la decisión de pedir ayuda.



lencia, se requiere
o de contención de
medidas tales como
centro asistencial y
nte los organismos

Contáctese con organismos que cuenten con profesionales especialistas en la atención y contención psicoemocional de este problema.

**Acciones que se sugieren en
materia de justicia**



Si dentro del grupo familiar existen niños(as), debe procurarse medidas para su protección con las redes primarias si es posible o con instancias como la Fiscalía o Defensores de Familia.



Por el carácter delictual de la violencia intrafamiliar se requiere promover, difundir y concretar la denuncia frente a estos hechos. En este sentido, es vital el trabajo previo que se haya realizado con la persona afectada ya sea a nivel de primera acogida, de acompañamiento para la toma de decisión o de contención en casos de crisis.

Orientar de manera simple las implicancias jurídicas del problema, motivando siempre la decisión de buscar ayuda especializada y reforzando el potencial interno para el afrontamiento y superación de este problema.

Indagar por las condiciones emocionales y materiales del afectado(a) frente a la judicialización, esto implica por ejemplo, constatar la generación o no de ingresos propios, la existencia de un domicilio alternativo para protegerse, la presencia de niños(as) en el entorno familiar y la existencia de redes personales que puedan contener y apoyar. Toda esta información es importante transferirla oportunamente al organismo especializado al que se canalice, ya que pueden constituir antecedentes relevantes para el establecimiento de medidas de protección.

Violencia Sexual

Acciones que se sugieren

Debes proporcionar a los afectados la oportunidad de que hablen sobre los hechos, pero sin presión.

Informales sobre su derecho de negarse a hablar sobre los hechos con los trabajadores de asistencia psicosocial o sanitarios, o con periodistas.

Escucha pacientemente, acepta lo que oyes, pero sin emitir juicios.



Transmítele una empatía auténtica.

Determina cuáles son las necesidades prácticas básicas y vela porque se satisfagan.

Pregunta a los usuarios(as) qué les preocupa y trata de abordar esas situaciones.

Desalienta maneras negativas de hacer frente a la situación, especialmente el consumo de alcohol y psicoactivos.

Alienta, pero no obligues, a buscar compañía en uno o más familiares o amigos.

Según corresponda, remite a los usuarios(as) a los servicios de apoyo disponibles localmente, y a profesionales clínicos.



Se se encuentre el usuario(a) es
sentar o aliviar el sufrimiento y la
as posibilidades de recuperación
o inmediatamente de sucedió el
la ayuda y el apoyo que tan

que se precisa hacer es reafirmar la dignidad y la autoestima del usuario(a). Debes
tiene todo el derecho de sentir ira, que pasara un tiempo antes de que pueda superar
Es importante que **55** que aun los familiares más cercanos y los amigos más
podrán comprender **55** tud de su dolor y humillación, pero que, aunque no es
cil, finalmente super **55** sentimiento de culpa y la sensación de sentirse sucia(o).

Acciones que se sugieren en materia de justicia

Concientiza al usuario(a) para que el caso sea reportado de inmediato a la Fiscalía General de la Nación y que acuda al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para que le practiquen el respectivo reconocimiento médico forense y a cualquier institución de salud para recibir asistencia médica.

Respetar los derechos de la víctima.

Orienta a los usuarios(as) en lo siguiente:

Que suministren a la autoridad competente información detallada sobre el desarrollo de los hechos que permitan la identificación del autor y su localización.

Que procuren que la víctima no se bañe ni se limpie las heridas ni se cambie de ropa. En caso de hacerlo, que lleve las prendas en el estado en que se encuentren a la autoridad competente.

En lo posible, que conserven los elementos utilizados en la agresión (armas, cuerdas, objetos contundentes, cabellos y condones, entre otros).

Que Dejen el sitio en donde ocurrió la agresión en el mismo estado, es decir, que no lo limpien,

Ser informada sobre la decisión definitiva relativa a la persecución penal.

Acudir en lo pertinente ante el Juez de Control de Garantías y a interponer los recursos ante el Juez de Conocimiento cuando a ello hubiere lugar.

Ser asistida durante el juicio y en el incidente de reparación integral por un abogado que podrá ser designado de oficio.

Ser asistida integralmente por las entidades del Estado para su recuperación.

Ser asistida gratuitamente por un traductor o intérprete en el evento de no conocer el idioma español o de no poder percibir el lenguaje por alguno de los órganos de los sentidos.

Recibir información veraz y suficiente que le permita decidir sobre las opciones de atención.

Consumo de sustancias psicoactivas

Acciones que se sugieren

Averigua si el usuario(a) ha ingerido alcohol u otras drogas. Observa su comportamiento o pregunta a familiares o amigos que le acompañen.



Al hablar con una persona bajo la influencia de sustancias:

Evita sobre estimularlo; habla lo menos posible y hazlo de manera tranquila.

No lo critiques pero tampoco lo disculpes.

No intentes solucionar más problemas que la intoxicación en sí misma.

Reduce el peligro de muerte, lo que implica mantener al usuario(a) en un ambiente de tratamiento hasta que se desintoxique por completo y hasta encontrar a algún familiar o amigo que se haga responsable.



Una vez que ha pasado el periodo crítico de la primera intervención psicológica es recomendable que el usuario (a) continúe en una intervención de segundo orden, la cual a diferencia de la precedente, es un atención especializada y es conducida por personal de salud mental calificado para realizar tratamientos psicoterapéuticos con médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, especializados y otros profesionales debidamente calificados.

Situaciones que pueden ser frecuentes

Adolescentes o jóvenes que inician consumo de alcohol con grupos de amigos, a lo que se suma el consumo exploratorio de drogas.

Hombres adultos con consumo problemático de alcohol, que lo han normalizado, llegando a complicar de manera significativa sus relaciones familiares sin que intenten acceder a tratamiento.



Mujeres adultas, madres de familia, que presentan consumo problemático de alcohol, ocultándolo a sus familiares. También es frecuente la automedicación y/o consumo indiscriminado de fármacos, comportamiento que se naturaliza y no se asocia a la dependencia que lo genera.

Personas que en el marco de un juicio por algún delito asociado a drogas, se encuentran obligadas a llevar a cabo un tratamiento contra el consumo problemático que presentan.

Personas que trafican drogas en sectores de alta vulnerabilidad psicosocial, utilizando para ello a menores de edad, quienes se ven involucrados en el consumo.

Medidas que se pueden tomar

Se espera una atención orientada en primera instancia a la detección temprana y en el caso de quienes consultan por iniciativa propia, se sugiere una acogida empática, sin emisión de juicios morales respecto de la ingesta o de las conductas en que se ha incurrido para concretarla. En segundo lugar, es importante indagar sobre el nivel o frecuencia de la ingesta, para posteriormente, otorgar un apoyo informativo sobre las consecuencias del consumo de distintas drogas. Esto es especialmente importante cuando el usuario(a) o terceros solicitan la ayuda, ya que tras ello, refieren una serie de comportamientos que están relacionados con el consumo problemático o la dependencia, pero que ellos no los identifican como tal.

Por otro lado, es recomendable sugerir al usuario(a) que se someta a una evaluación clínica que permita despejar si su problema se trata de un cuadro adictivo que requiere tratamiento especializado o de otro tipo de apoyos psicosociales que le permitan identificar situaciones y trabajar sobre ellas para prevenir una agudización del consumo problemático.

En el caso de situaciones de crisis, con un usuario(a) que enfrenta un cuadro de descompensación con comportamientos agresivos sin autocontrol, es recomendable solicitar ayuda o gestionar el traslado hacia un centro de urgencia y acompañamiento por parte de la autoridad competente.

Cuando detectes factores de riesgo o conductas de iniciación en el consumo en niños(as) o adolescentes, se recomienda que abordes el tema junto con ellos(as), y con el adulto responsable o significativo afectivamente, estimulando la integración a espacios de prevención comunitaria, que sean de interés o motivantes para el usuario(a). Para estos efectos, se recomienda coordinarse con programas donde existen profesionales y educadores especializados en la prevención y fomento de factores protectores.

Este equipo puede determinar las medidas de contención individual o familiar que sirvan de apoyo previo a la evaluación y abordaje clínico. También se puede obtener información sobre los centros de tratamiento especializados.



en materia de justicia



Se espera una permanente labor educativa y preventiva que mantenga informadas a las personas que atiende sobre las implicancias judiciales de estos delitos y de la importancia de ejercer control social sobre su existencia. En este sentido, colaborar en instancias de prevención y sanción comunitaria al consumo y motivar a los usuarios(as) a integrarse a ellas, puede ser de gran ayuda.

nes o niños(as) con conductas de riesgo e iniciativa en el
 nte desplegar un trabajo de orientación y formación que
 os los estímulos favorables al consumo que esta persona,
 cotidiano.

En relación a la protección de niños(as) o adolescentes frente a estos delitos, es especialmente importante detectar cuándo ellos están siendo manipulados u obligados a involucrarse en prácticas de microtráfico u otros ilícitos. Lo que claramente, constituye además una forma de maltrato infantil.

Intento de suicidio y suicidio

Acciones que se sugieren para la atención de usuarios(as) en estado de crisis por pérdida o potencialmente autodestructivas

Enfócate en el problema: cuando se está desorganizado, el dolor y enojo predominan, por lo que su discurso es incoherente y distorsionado. Es necesario mantenerte en la catarsis emocional de lo que implica el problema.

Identifica la pérdida: los estados de dolor psíquico se relacionan, con mucha frecuencia, con una pérdida importante, entonces, debes entender cuál fue la pérdida y qué significado tiene para el usuario(a).

No confrontes o intérpretes: no rechaces nada de lo que el usuario(a) diga, hasta que se establezca un vínculo de confianza importante, y el haber explorado todas sus opciones. Posteriormente, no des explicaciones complejas ni obligues al usuario(a) a modificar su estado emocional. Eso lo hará sentirse culpable y desesperado.

Motívalo para que sea más propositivo: si el pensamiento del usuario(a) es muy negativo o distorsionado, es necesario que lo motives a la acción sencilla y clara, reforzando sus pequeños logros.

Sujétalo al deseo de vivir: en toda persona, aún con alto riesgo suicida, hay una parte que quiere vivir; es necesario que te enfoques en esa parte. Cuando él o ella exprese que no hay nada por lo que quiera vivir, debes decirle, que imagine qué le detendría a cometer dicho acto. Intenta crear un deseo inmediato de vida.



No entres en debate, no discutas: no contestes preguntas tales como "deme usted una razón para vivir". Evita comentarios idealistas.

Sugiere opciones posibles: ayuda al usuario(a) a encontrar metas y objetivos realistas. Provee cierto sentido de logro y control sobre la situación y de cómo va a reaccionar ante dicha situación.

No des consejos directos: nunca se dan consejos directos. Guía al usuario(a), busca posibilidades y da opciones para su elección. Establece confianza y moviliza sus recursos. Ten conocimiento de los lugares o profesionales a los que puedas referir a las usuarios(as).

60

Haz las cuatro preguntas claves

¿Cuáles son sus ideas relacionadas con su dificultad o problema?

¿Qué ha hecho usted para mejorar esta situación?

¿Qué es lo que ha impedido solucionar el problema?

¿Tiene usted alguien que le ayude a solucionar su problema?

Deja que el usuario(a) establezca el ritmo:

no lo(a) apresures y mantén la conversación enfocada en él o ella, evitando las preguntas personales.

Habla de varios tópicos:

 siempre en relación al problema.

No prometas lo que no es posible, ya que esto puede perderse la credibilidad y la confianza.

Usa siempre un sentido de esperanza, por ejemplo "otras posibilidades que la persona tiene".



Establece un compromiso de búsqueda de ayuda: dicho compromiso puede ser tan solo hacer una llamada telefónica, o bien acudir a alguna institución que le brinde la ayuda adecuada. Se intenta regresar el control de sus actos al usuario(a), así como la posibilidad de que reciba ayuda especializada.

Manejo de la crisis suicida

Escenario privado, poco amenazante.

Mejor un único interlocutor.

Transmite la importancia y la seriedad que la situación requiere.

Acepta que hable sobre su plan suicida.

Evita comentarios optimistas poco creíbles.

No engañes, mientas o prometas lo que no vas a cumplir.

61

Abuso sexual en niños, niñas y adolescentes

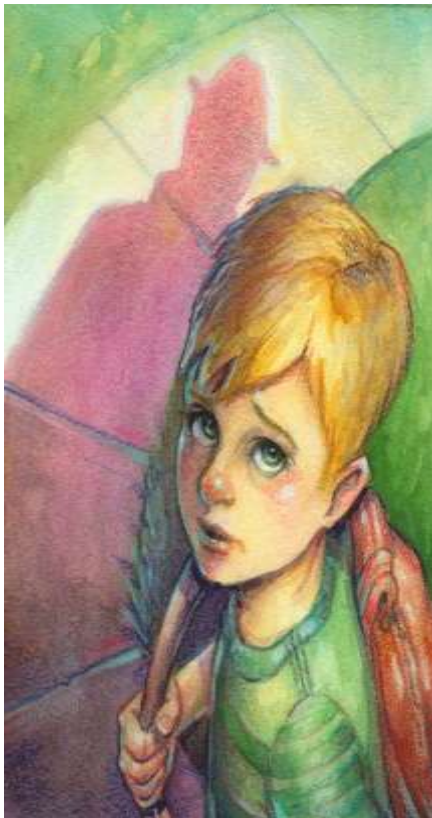
Acciones que se sugieren

Identifícate y explícale que eres la persona que lo atenderá o quien lo llevará con quien deba ser atendido.



Pregúntale que necesita, ofrece ayuda y trasmite la convicción de que nadie va a juzgar la conducta de nadie y que está entre personas que quieren lo mejor para ella o el.

Si ha llegado solo(a) ofrécele una llamada a un familiar o conocido.



Cree y asegure que él o ella no es culpable de lo que ocurrió y reconoce la valentía que tuvo de contar lo ocurrido.

Haz que el niño, niña o adolescente no se sienta culpable.

Ayuda a recobrar la autoestima.

Evita hacer juicios de valor sobre lo que oyes.

Reitérale que cuenta con el amor y apoyo de su familia y/o institución.

No hagas promesas que no puede cumplir como por ejemplo el no contar a nadie sobre el abuso.

Manténlo informado sobre los próximos pasos, especialmente los relacionados a procesos legales.

Infórmlale detalladamente lo que se le va a hacer: exámenes, profesionales, etc.

62

Recuerda que

Algunos niños(as) y adolescentes que denuncian abuso sexual luego se retractan, pero eso no significa que hayan mentido, pues en la mayoría de los casos dicen la verdad al formular la denuncia original, pero luego enfrentan sentimientos encontrados hacia el agresor o sobre lo que ha ocurrido a raíz de la denuncia y comienzan a negar lo sucedido constándoles aceptar el abuso sexual.

Maltrato infantil

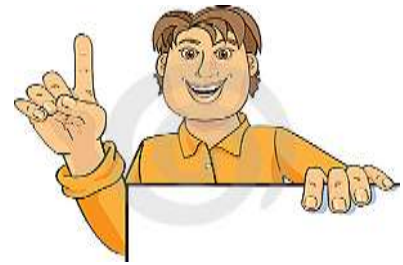
Acciones que se sugieren

Cree siempre en lo que el niño(a) o adolescente manifiesta.

Contribuye a atenuar el sentimiento de culpabilidad que el niño(a) o adolescente siente ante el maltrato.

Realiza la comunicación del hecho a los organismos pertinentes a la brevedad posible, si esta decisión surge del asesoramiento.

No olvides... en muchas ocasiones el maltrato es negado por el propio niño(a), adolescente y los maltratadores, por ello es importante conversar con otros familiares, y con los involucrados.



Situaciones que pueden ser frecuentes

Niños, niñas y adolescentes que...



Son educados en un estilo parental que legitima insultos, humillaciones, gritos, amenazas, y el uso de la violencia física como recursos para la crianza.

...viven en una familia, donde sus padres o tutores no brindan la protección que ellos requieren en lo que respecta a los aspectos afectivos.

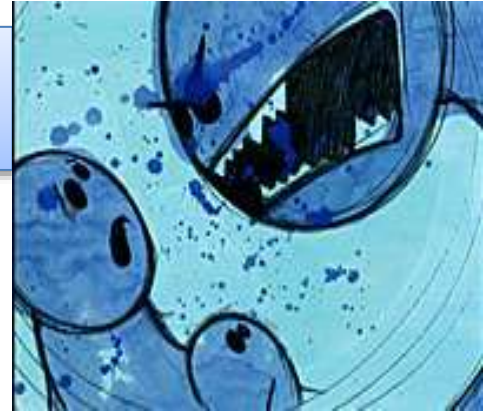
...sus madres trabajan y los dejan al cuidado de vecinos que no lo asumen adecuadamente, por lo que permanecen muchas horas en la calle, expuestos a situaciones de socialización callejera o consumo de drogas, lo que puede generar deserción escolar en el niño o adolescente infanto-juvenil.

63

Que son víctimas de abuso sexual por parte de personas cercanas a su núcleo familiar o social, quienes construyen una relación aparentemente basada en la confianza y la afectividad, que distorsiona los límites de la relación y ante lo cual, el niño(a) o adolescente no cuenta con patrones claros para diferenciar aquellas conductas y acciones que lo agreden y transgreden su integridad.

Que, viviendo negligencia parental-familiar, son vulnerables al maltrato de terceros, quienes los obligan a ejercer prácticas delictuales relacionadas con el microtráfico de drogas o el comercio sexual infantil.

Que trabajan en la calle a temprana edad, para resolver necesidades materiales en sus familias y que son agredidos físicamente si no aportan en lo económico.



En evidente estado de desamparo que viven negligencia parental y que permanecen la mayor parte del tiempo en la calle, expuestos a la vinculación con grupos delictivos, al maltrato callejero, a la iniciación en actividades delictuales y a la explotación sexual.

Que presentan secuelas físicas del maltrato del que son víctimas, las que suelen ser detectadas en la escuela, ante lo cual se requiere una coordinación directa y fluida con esos organismos para abordar interinstitucionalmente la judicialización del problema.

Madres o padres que, estando en conocimiento del maltrato que sufren sus hijos(as) por parte de algún otro integrante de la familia, no se atreven a denunciarlo debido a relaciones de dependencia afectiva o económica que tienen con el agresor(a).

Medidas que se pueden tomar



Se espera el desarrollo de un trabajo educativo tendiente a prevenir la aparición de este problema, basándose principalmente en la promoción y refuerzo de habilidades parentales y el fortalecimiento de las dinámicas comunicacionales entre niños(as), adolescentes y adultos. Además de colaborar en la generación de nuevas pautas para la aplicación de normas y disciplina dentro de la familia.

Desarrollar habilidad para la detección temprana, lo que implica una constante atención a aquellos indicios, señales o indicadores que hagan presumir la existencia de maltrato.

La complejidad de este problema y las graves consecuencias que genera, exigen que el usuario(a) sea abordado profesional especializado, se sugiere la búsqueda de este apoyo en la red institucional.

En el caso de presunción, indagar información con el entorno familiar y paralelamente, recurrir a una oficina de protección.

En el caso de constatación del maltrato, se debe establecer contacto inmediato con el adulto responsable o significativo para evaluar su posición frente a la problemática, las condiciones en que se encuentra para otorgar al niño(a) o adolescente la protección y cuidados especiales que requiere y su disposición para el necesario proceso de judicialización.



Por el carácter delictual del maltrato infantil, se requiere promover, difundir y concretar la denuncia frente a estos hechos.

En el caso de la existencia de lesiones físicas, este criterio va a variar dependiendo de su gravedad, exigiendo en algunas situaciones, la concurrencia urgente a un centro asistencial de mayor complejidad como son los hospitales.

f.

Situaciones de mayor prevalencia

Depresión



Usuarios(as) que presentan un estado de ánimo caracterizado por abatimiento e infelicidad; sensaciones de tristeza, soledad, desesperación, pesimismo (magnifica sus errores, puede sentir miedo a morir pero está convencido de que él/ella y los demás estarían mejor si él/ella muriera), sentimientos de culpa (cree que ha hecho todo mal) y desvalorización (sentimientos de minusvalía); descenso del humor acompañado de diversos síntomas, emocionales, del pensamiento y del comportamiento.



Sin embargo no se puede caer en el error de confundir un cuadro depresivo de la tristeza, que es una emoción normal, que responde a una natural respuesta a la relación con el medio, contexto o condiciones de vida, con una depresión, que se refiere a "un estado de ánimo dolorosamente incapacitante, distorsionador y paralizante surgido a partir de valoraciones catastróficas y consideraciones parciales de la realidad" (Álvarez, 1993), que "interfiere severamente en las relaciones afectivas, laborales o sociales". (Ruiz, 1996)

Situaciones que pueden ser frecuentes



Mujeres que se expresan con decaimiento, pensamientos negativos acerca de sí mismas y sus circunstancias, visión negativa del futuro, irritabilidad o llanto fácil, que disminuyen su rendimiento laboral o el desarrollo de sus actividades cotidianas al interior del hogar.

presan con aburrimiento,
erés en participar de los
tabilidad, pena, insomnio.

es para levantarse en las
ormir.

se pueden tomar

atención basada en la acogida y contención de la experiencia que vive la persona, detectar en el discurso de la persona indicios de ideación suicida. En el caso de adolescentes, se recomienda establecer contacto con el adulto responsable o activamente.

establecer una
agnóstica es un
ahí se inician las
tratamiento.

Otra alternativa muy útil para efectos de contención, es motivar al usuario(a) a realizar, en la medida de sus posibilidades, actividades distractoras y recreativas o integrarse a otro tipo de actividades comunitarias.





Ansiedad



Usuarios(as) que presentan un estado emocional desagradable asociado a cambios psicofisiológicos y que no es respuesta a una situación objetiva como el miedo, sino que es manifestación de un conflicto intrapsíquico. (Caponni; 1987). Los cambios fisiológicos pueden ser: taquicardia, hiperventilación, temblor, sudoración, alteraciones vasomotoras, sensaciones de debilidad. Según Ruiz (1996), hay presencia de estremecimientos, movimientos bruscos, temblores, dolores musculares, fatiga, incapacidad para relajarse, respiración "suspirosa" y a veces "tics de parpadeo", manos sudorosas y frías, mareos, sensación de vacío en la cabeza, palidez, pulso y respiración acelerada, nudo en la garganta, dolor en la boca del estómago.

Situaciones que pueden ser frecuentes

Usuarios(as) que refieren una sensación de aceleramiento durante el desarrollo de sus actividades cotidianas sin un motivo aparente, lo expresan más bien como una sensación interna, que no saben a qué atribuir.

Usuarios(as) jóvenes, activas, de buen desempeño en sus actividades habituales, que presentan repentinamente sensación de entumecimiento u hormigueo, miedo a perder el control o volverse loco e incluso, miedo a morir, lo que se asocia a crisis de pánico.

Usuarios(as) adultas que no se atreven a salir solas a la calle, o a tomar locomoción, porque presentan angustia o fobia.

Niños(as) que desarrollan fobia escolar y presentan rechazo a ir al colegio y expresan síntomas físicos, como dolores de estómago y náuseas.

Medidas que se pueden tomar

Se espera una atención basada en la acogida y que tienda a dar tranquilidad al usuario(a), en este sentido, un ejercicio de relajación, de respiración o una caminata para conversar pueden ser de gran ayuda para nivelar la sensación de angustia del usuario(a). Junto con ello, pesquisar la presencia previa de cuadros ansiosos o depresivos, puesto que en algunas ocasiones se presentan de manera simultánea.

Otra alternativa para efectos de dar tranquilidad o nivelar anímicamente, es motivar a la persona a realizar, en la medida de sus posibilidades, actividades distractoras que según su percepción, le den tranquilidad y relajo.





2.

Una Atención-Acogida Humanizada

¿Cómo humanizar la relación entre aquellas personas que poseen conocimientos técnicos-científicos y el ser humano, frágil y angustiado, que vive la dificultad de una enfermedad que afecta emocional y profundamente su ser personal y todo su entorno?



Recuerda que un actor operador(a) bien informado puede ayudar a resolver los problemas de salud mental de manera más eficiente, especialmente cuando su modelo de atención-acogida refleja la riqueza de los elementos que dan respuesta a los requerimientos de



a.

El Proceso de Atención y Acogida

1. Recepción del caso

Objetivos de la atención-acogida

69

- Garantizar la adecuada recepción del caso.
- 2. Desarrollo de la atención-acogida**
- Orientar al usuario(a) con información veraz y pertinente.
- Proporcionar un trato humanizado.

Condiciones generales de la atención-acogida



El primer contacto del funcionario(a) de la organización con el usuario(a) determina la imagen que se proyecta de la Institución, por lo cual es fundamental que la atención se brinde de manera oportuna y amable acogiendo al usuario(a).

El funcionario(a) que recibe al usuario(a) debe abstenerse de hacer preguntas o comentarios en público acerca de los hechos y la situación del mismo. De igual manera debe evitar comunicar al usuario(a) o a sus acompañantes, sus opiniones personales sobre el evento.

Sin entrar en detalles técnicos ni científicos, se debe suministrar información básica sobre el proceso de atención, a los usuarios(as) que tengan dudas o inquietudes al respecto, las veces que sea necesario.

Crear un clima de confianza y empatía que contribuya a disminuir la incertidumbre y ansiedad.

Se recomienda dar prelación a los usuarios(as) que presenten signos especiales de ansiedad, depresión, traumas físicos severos o que manifiesten dolor.

Descripción general de la atención-acogida

- Saludar; presentarse informando nombre y cargo, y suministrar al usuario(a) información básica de orientación.
- Si es necesario obtener información sobre las condiciones y circunstancias del evento, dicha indagación se debe hacer dentro de un ámbito de respeto por la dignidad humana.
- Explicar al usuario(a) que el proceso de atención-acogida de los fenómenos de salud mental incluyen exámenes médico-legales y la atención de las necesidades de salud física y mental, protección y justicia.
- Si el usuario(a) viene remitido desde otra institución en la cual ya recibió una primera atención-acogida, se debe ser cuidadoso con la repetición innecesaria de sucesivos "interrogatorios" acerca del caso, esto genera mayor ansiedad, prevención y rechazo

- Cuando se hace necesaria una intervención en crisis con la prestación de los primeros auxilios psicológicos, tenga presente que a esta actividad se le debe dedicar el tiempo adecuado y necesario de acuerdo con las circunstancias propias y la gravedad de cada caso. Además de reunir calidades como tacto, paciencia y capacidad para escuchar, para respetar el silencio, para no juzgar, evitando transmitir sentimientos de culpabilización, y para aclarar las falsas creencias y expectativas que el usuario(a) tenga sobre la problemática que le aqueja y sobre la intervención que usted puede realizar (usted es un facilitador del proceso).



- Cuando el estado emocional del usuario(a) dificulta la interacción, usted puede iniciar la comunicación, dentro de un ambiente de amabilidad y respeto, partiendo de aspectos muy generales introduciendo un tópico neutro (escolaridad, composición del hogar, ocupación, hábitos, aspiraciones), lo cual además de ayudar a tranquilizar al usuario(a) y hacerle ganar confianza, le permitirá a usted hacerse una idea clara del modo como él/ella se expresa, de sus antecedentes, de su orientación en tiempo, lugar y espacio, memoria, atención, pensamiento y sensorpercepción, entre otros. Estos aspectos son claves para saber que lenguaje utilizar durante la atención-acogida.

- Durante la atención-acogida mira a los ojos de tu usuario(a) de tal forma que le generes tranquilidad e importancia, para hacerlo(a) sentir valorado(a) y propiciar en él/ella confianza y seguridad. Permanece atento a lo que él/ella te exprese.
- Es importante reconocer los sentimientos del usuario(a); esto ayuda a brindar la sensación de ser comprendido. Sin embargo ten cuidado de hacer gestos o expresiones aprobatorias o desaprobatorias durante el desarrollo de la atención-acogida evitando mostrarte demasiado condescendiente o apesadumbrado.
- Respetar la dignidad del usuario(a) como persona. No hagas juicios sobre su conducta, ni dudes de la veracidad de su relato; si tienes alguna inquietud, busca aclararla con sutileza. Si el usuario(a) aporta información que él/ella considera "secreta", como funcionario(a) debes ser honesto, sin prometer que su contenido no será reportado.

70 - Un recurso útil para comunicarte con los usuarios(as), son los materiales gráficos tales como; tarjetas, plegables, volantes u otros que, originarios de distintas fuentes, complementan la labor educativa de esta etapa.

- Es importante tener tacto y especial consideración frente a los usuarios(as) que se encuentran viviendo importantes niveles de estrés, ya que su capacidad resolutoria se ve disminuida.

3. Cierre de la atención-acogida



Objetivos

Condiciones



- Garantizar el respeto de la dignidad humana del usuario(a) durante toda la atención-acogida y hacer de la misma, una ganancia positiva para su situación emocional. De ninguna manera puede permitir que esta atención se convierta en un evento traumático o lesivo.

- Facilitar la canalización efectiva a los servicios de salud (tratamiento médico, psicológico, psiquiátrico) y de protección.

usuario(a) sobre sus derechos y la disponibilidad de servicios en el municipio, en lo relativo a justicia, protección y salud y asegurarse de que la información suministrada haya sido claramente comprendida.

- Establecer mecanismos que permitan el seguimiento del caso.

Descripción

- Orientar sobre los derechos de justicia, salud y protección.
- Informar sobre las interconsultas que se requieran.
- Informar y motivar con respecto a las canalizaciones a los sectores salud, justicia y protección que se requieren y orientar sobre el acceso a esos servicios.
- Incentivar para que se continúe con el proceso y se asista a los lugares donde es canalizado, resaltando la importancia de su participación activa.

- Coordinar con los sectores salud, justicia y protección elaborando remisiones y/o comunicados.

- Coordinar con el sector salud, la retroalimentación (referencia y contrareferencia) del proceso de atención del usuario(a) útil para el posterior seguimiento.

- Como puede apreciarse, el proceso de atención requiere por parte del actor operador(a) habilidades comunicacionales para la indagación y abordaje del problema con los propios usuarios(as) y por otro lado, de un manejo conceptual y operativo que permita distinguir entre una necesidad y otra.




© Can Stock Photo - csp10112308

ASPECTOS IMPORTANTES DE LA COMUNICACION A TENER EN CUENTA DURANTE UN PROCESO DE ATENCIÓN-ACOGIDA

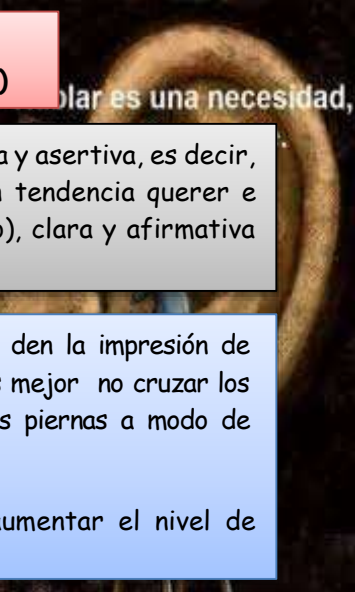
Ten presente que en un proceso de atención o de una intervención en crisis el mensaje del usuario(a) tiene una intención y una situación clara: recibir ayuda u orientación oportuna y bajar los niveles de estrés y de ansiedad.

Aquí algunas recomendaciones



Cuando el usuario(a) habla (emisor) el actor operador(a) (receptor) debe estar atento a lo que le están diciendo (mirando a los ojos del emisor, escuchando lo que le dicen), esperar el turno para intervenir pidiendo la palabra, manejar un volumen de voz moderado (recuerde que quien sabe de qué habla no necesita de alzar la voz). Estos sencillos actos hacen de la comunicación una actividad más amable en el trato con los demás permitiendo conocer, de cierto modo, la educación de las personas, crear nuevos vínculos y amistades con ellas. Elementos que resultan fundamentales a la hora de prestar un servicio de atención-acogida, sobre todo cuando el usuario(a) que la requiere viene afectada por una problemática de salud mental viéndose afectado su estado emocional y cognitivo.

DURANTE LA INTERACCIÓN COMUNICATIVA CON EL USUARIO(A)




Manejar una comunicación que sea afectiva y asertiva, es decir, que se caracterice por ser sensible (con tendencia querer e inclinada en la prestación de un beneficio), clara y afirmativa (en su orientación).

Mantén posiciones corporales abiertas que den la impresión de estar dispuesto a recibir al otro, por eso es mejor no cruzar los brazos y si estás sentado(a) no estirar las piernas a modo de barrera.

Colócate de frente al usuario(a) para aumentar el nivel de implicación en la situación.

No realices muchos movimientos corporales que distraigan al usuario(a) (como contestar teléfonos, revisar otros documentos, desplazarse de un lado para otro, hablar con otros funcionarios) o que le den la impresión de estar nervioso o incomodo ante el caso (cogerse el cuello, pasarse los dedos por el cabello, parpadear muchas veces, esquivar la mirada del usuario(a)).

<p>E a s R q c</p> 	<p>rápidas con la cabeza pues llevan y que deseas que el usuario(a) o que termine ya de hablar. movimientos de cabeza lentos usuario(a), y que le invitan a que</p>
--	---

Expresiones faciales que comuniquen agrado e interés hacia el usuario(a). Por ejemplo inclinar la cabeza hacia un lado en indicación de escuchar, dirigir la mirada hacia el usuario(a) dándole la importancia que merece y la seguridad que necesita en ese momento de la atención, mira a sus ojos en un intento por entender su estado emocional en señal de agrado y de sinceridad.



Evitar un contacto ocular prolongado sin parpadeo frente al usuario(a) pues esta actitud puede intimidar haciéndole percibir la interacción como amenazante. Recuerde que el usuario(a) llega con alto grado de vulnerabilidad y de desamparo que no se debe seguir explotando. Pero tampoco limites este contacto ya que puede ser entendido como falta de cortesía.

Es muy posible que el usuario(a) mantenga la mirada constante sobre ti, dándote a conocer que él te respeta y que te considera con cierto poder y como superior en estatus, por eso no olvides que el usuario(a) vigilará tu conducta (esto debido a que él se considera con menor poder) y a partir de dicha vigilancia obtener información referente a tus actitudes frente a la atención. También es frecuente que el usuario(a) baje la mirada en señal de sumisión ante la figura de autoridad que tu posees como funcionario(a) de la institución comunicándote, con esta actitud, que espera mucho de tu intervención y que está en disposición de recibir la ayuda. Estas situaciones deben ser aprovechadas por el actor operador(a) en beneficio del usuario(a), pues si son bien utilizadas la interacción se facilitará siendo muy provechosa la atención-acogida que se realice. Nunca utilices estos actos del usuario(a) para engrandecer tu posición como funcionario(a) o para manifestarte más superior que él/ella, por el contrario muéstrele que el poder que tienes (en conocimientos y gestión) está a su servicio.





Con una sonrisa, y si la situación lo permite, con la interacción comunicativa, es una herramienta útil para relajar la ansiedad. El hecho de contar la situación puede ayudar a que el usuario(a) posible invite al usuario(a) a que él/ella pueda llevar a una mejoría de su estado de ánimo y pesimismo.



Utiliza un tono de voz afectivo, cálido y que proporcione seguridad (esto hace que el usuario(a) sienta que estás presto para atenderlo). No alces la voz tratando de imponerte en la conversación ni utilices un ritmo lento dando explicaciones como si se tratara de un niño que no entiende nada (esto refuerza la baja tolerancia a la frustración y la baja autoestima que ya trae el usuario(a)), ni hables demasiado bajo ni demasiado rápido dificultando que él/ella entienda lo que se le dice. Esta última actitud da a entender que no deseas atenderlo ni orientarlo.



El contacto físico esta no siempre es recomendable en todas las circunstancias especiales que lo permiten y es importante que aprendas a identificar que niveles de su vulnerabilidad y tensión mostrada, están presentes. De todos modos usted si debe mantener una distancia adecuada en señal de que la visita es grata.

Mantenga una distancia grande con el usuario(a), ni utilices barreras para alejarte de él, esto lo hace sentir como un intruso.

Cuando el usuario(a) llegue en busca de tu ayuda debes ser quien facilite e inicie el contacto personal para aumentar el agrado mutuo y promover reacciones favorables. Este contacto no se debe perder cuando se están dando las orientaciones al usuario(a).

Al despedir al usuario(a) con gestos afectivos positivos, si vas a dar la mano hazlo con firmeza como un gesto de seguridad, sinceridad y cordialidad. Cuando se ha facilitado la proximidad y el contacto físico puedes dar una palmadita en la espalda del usuario(a) como un gesto de aliento y de apoyo, o pasar tu brazo por encima de los hombros del usuario(a) como gesto de cordialidad y de protección, de este modo se le indica que puede contar contigo y con la institución.



Puede resultar importante que tu presencia y compañía se haga visible, tomando al usuario(a) para guiarlo hacia un lugar específico o hacia otra persona para continuar con la atención.



La realidad del servicio es bastante compleja. ¿Qué técnicas utilizar, por ejemplo, para tratar con un usuario(a) enojado?

Escucha con cuidado e interés lo que el usuario(a) tiene que decir (ponte en sus zapatos).

Ofrece respuestas que demuestren que te importa su inquietud y que lo estás escuchando.

Haz preguntas de una manera preocupada y escucha activamente las respuestas del usuario(a).



© Can Stock Photo - csp0443834

Si la educación se concibe como una ayuda al desarrollo integral de la persona, su finalidad última es aportar calidad humana.

Código de cortesía

- 1) Aprender y saber escuchar.
- 2) Agradecer y ser amable al escuchar.
- 3) Evitar discutir y simplemente atender y escuchar.
- 4) Estar continuamente con disposición a sonreír.
- 5) Dar el trato a otros que quiere para sí, o a los suyos.
- 6) Pedir siempre "Por Favor".
- 7) Autodominarse ante las dificultades.
- 8) Respetar si se quiere respeto.
- 9) Procurar aguardar pacientemente.
- 10) Recordar dar las gracias, siempre.

Cordialidad, cuidado y esmero

Interpretando a Rosander (1998), las relaciones humanas, ese trato entre personas que conviven en la familia, en el trabajo, en la casa de vecinos o en la calle, como simples peatones o a bordo de un automóvil imponente, están en peligro de agriarse por el ritmo cada vez más acelerado con que se vive. En general, cada uno está preocupado por sus cosas y se desentiende de lo que pueden necesitar quienes pasan junto a él. Por eso, si en todo tiempo se ha estimado la cordialidad como algo verdaderamente valioso para la convivencia, ahora se está haciendo a todas luces imprescindibles. La cordialidad, no se puede definir con un solo objetivo, no se puede calificar de una sola manera. Se logra con una mezcla de ingredientes que, agitados en la coctelera, dan como resultado una persona sumamente agradable.



Hay que poner en primer lugar alegría, ánimo y optimismo de forma que la reacción inmediata ante la presencia de una persona sea siempre la sonrisa abierta. Ser recibido con alegría reconforta, porque de alguna manera el inconsciente ve detrás de la alegría la demostración de que esa persona estima su presencia como algo bueno para el/ella.



Según Peters (2003), en la cordialidad intervienen también las palabras que se dicen y el tono que se pone en ellas. Los investigadores del lenguaje estudian el grado de afecto de las palabras que se emplean, incluso de las que significan lo mismo. Son interesantes los adjetivos que las acompañan: entre decir "niña" o "mi niña" hay un mundo de diferencia, un sencillo "mi" ha llenado de ternura la palabra.

Criterios generales de conducta ética

Tratar de comprender a cada usuario(a) individual y su entorno, así como los elementos que afectan su conducta y el servicio requerido.

Mantener y defender los valores, conocimientos y metodología de la profesión, absteniéndose de cualquier comportamiento que perjudique el desarrollo de la misma.

Reconocer las limitaciones profesionales y personales.

Promover la utilización de todas las técnicas y conocimientos apropiados.

Aplicar métodos adecuados para el desarrollo y la validez de los conocimientos.



© Can Stock Photo - csp11954641



77

Actitudes de Buen Trato

La actitud proviene esencialmente de la información que se lleva grabada en nuestra mente (la visión que tengamos del mundo que le rodea). De ahí que la actitud cambiará si también lo hacen las opiniones y nuestras creencias.



Las actitudes se reflejan en acciones

El comportamiento de los distintos actores operadores(as) con los cuales el usuario(a) entra en contacto produce un impacto sobre el nivel de satisfacción del mismo que incluye: la cortesía general con el que el actor operador(a) maneja las preguntas, los problemas, como ofrece o amplia información, provee servicio y la forma como la institución trata a los otros usuarios(as). Los conocimientos de los actores operadores(as) deben estar concentrados en identificar y satisfacer las necesidades del usuario(a).

APORTES DESDE LA TEORÍA COGNITIVA ÚTILES PARA LA INTERVENCIÓN EN CRISIS Y LA

Aunque el desequilibrio emocional que desencadena una situación de crisis, es debida en gran parte al mismo hecho traumático que conlleva dicha situación, no se puede desconocer que hay un componente personal que hace ver el acontecimiento con algo más de tragedia y gravedad. Esta evaluación que se hace de la situación crítica está basada en concepciones, nociones, pensamientos o significados que la misma persona tiene y ante las cuales aparecen las emociones. Pero muchas veces estas formas de pensar tienen mucho de irreal o de irracionalidad haciendo aparecer estados emocionales inadecuados tan desequilibrantes que no solo se requiere para restablecer su homeostasis la de mejorar la situación sino también la de reestructurar dichos modos de pensar.



En muchas de las situaciones de crisis (excepto las extremas) no es el acontecimiento externo el que produce las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas. Más bien es el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre ese evento, quien en última instancia produce esas consecuencias.

El que un evento tengan una mayor o menor resonancia en sus consecuencias, es decir, produzcan estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o racionales dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas (creencias) del sujeto en particular.



De lo que se trata entonces es de ayudarlo al usuario(a) en crisis a revisar sus pensamientos disfuncionales para formular unos más funcionales.

Supuestos básicos de la teoría cognitiva

Las personas se perturban más por la visión y opinión que tienen de los acontecimientos que por estos mismos. Por lo tanto opiniones más correctas pueden reemplazar a las más incorrectas y producir un cambio emocional (Epicteto, filosofía estoica).

Las emociones derivan de las asociaciones de ideas (Hume, Locke, Bacon).

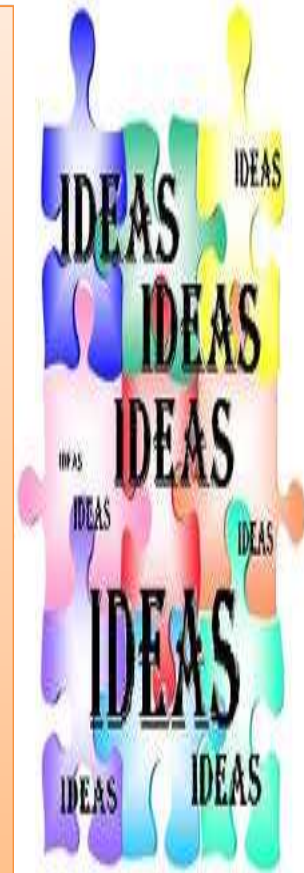
Un esquema cognitivo es una construcción mental de la experiencia que refleja al mismo tiempo el mundo real de los objetos y hechos siempre cambiantes y la lógica subyacente de las categorías que la mente impone a la experiencia (Kant, 1781).

Las creencias perturbadoras pueden ser sustituidas por creencias más racionales ayudando al individuo a alcanzar sus metas (Russell, 1930).

El hombre está instalado en ideas, creencias y en unas circunstancias históricas, desarrollando a través de ellas una perspectiva personal de sus circunstancias y viéndose esa perspectiva a su vez afectada por esas circunstancias (Ortega y Gasset, 1940).

A través de la información verbal se pueden adquirir nuevas conductas por aprendizaje directo (Bandura, 1976).

79



do y a ellos mismos, a través de pautas o categorías cognitivas, "los Estos constructos se utilizan para categorizar los acontecimientos personal de interpretar y actuar en el mundo (Kelly, 1955).

. Esta construcción implica que la memoria utiliza esquemas para información, por lo tanto es un proceso activo de reinterpretación

experiencias del mundo. Cada persona percibe la experiencia de a experiencia puede ser percibida de modo distinto en distintas

Las disfunciones en la dimensión del significado se pueden deber a la discriminación perceptual y de afrontamiento inadecuadas de los eventos.

La naturaleza de la respuesta emocional de la persona depende del investimento de valor de los acontecimientos. de su conexión a su significado personal (las respuestas afectivas

Meta personal	Creencias primarias	
	Irracionales: que hacen vulnerable a la persona	Racionales: que facilitan la disminución del impacto negativo del suceso
Aprobación/afecto	Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí... y no soporto que me rechacen.	Me gustaría tener el afecto de las personas importantes para mí.
Éxito/habilidad	Tengo que ser competente o tener mucho éxito, no cometer errores y conseguir mis objetivos.	Me gustaría hacer las cosas bien y no cometer errores.

Creencias secundarias	
Irracionales: que hacen vulnerable a la persona	Racionales: que facilitan la disminución del impacto negativo del suceso





Valor aversivo de la situación	Tremendísimo, esto es horroroso no puede ser tan malo como parece.	Evaluar lo negativo, no conseguir lo que quiero es malo, pero no horroroso.
Capacidad para afrontar la situación desagradable	Insoportabilidad, no puedo soportarlo, no puedo experimentar ningún malestar nunca.	Tolerancia, no me gusta lo que sucedió pero puedo soportarlo, o modificarlo si es posible.
Valor de sí mismo y otros a partir del acontecimiento	Condena, soy/es/son X negativo (inútil, desgraciado), porque hago o hacen algo indebido.	Aceptación, no me gusta es aspecto de mi o de otros, o de la situación, pero acepto como es, y si puedo la cambiaré.

81



Factores que mantienen los pensamientos irracionales	
Baja tolerancia a la frustración	Desesperanza a corto plazo (tengo que estar bien ya) que le hacen no esforzarse por cambiar (debería ser mas fácil)
Mecanismos de defensa psicológicos	Debidos a la baja tolerancia a la frustración y la intolerancia al malestar.
Síntomas secundarios	Ansiedad por estar ansioso (estoy ansioso y no debería estarlo).

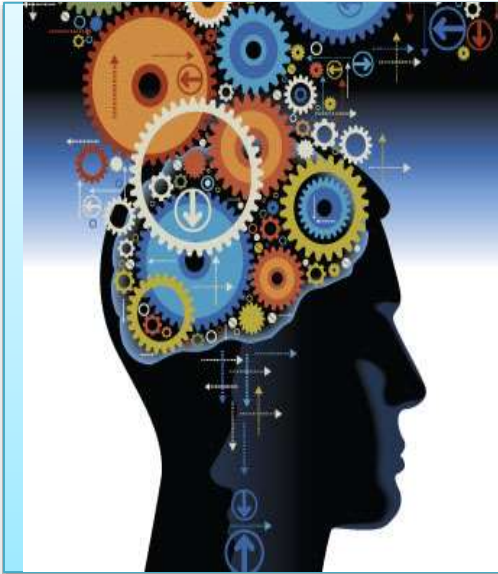


Emociones apropiadas-creencia racional	Emociones inapropiadas-creencia irracional
<p>Tristeza: "es malo haber sufrido esta pérdida pero no hay nada que yo pueda hacer".</p> <p>Inquietud: "¿qué sucederá si sucede algo malo?".</p> <p>Dolor: "cómo puedo hacer las cosas mejor para tener suerte".</p> <p>Disgusto: "no me gusta lo que ha hecho, y me gustaría que no hubiese ocurrido, pero todos pueden romper mis normas".</p>	<p>Depresión: "no debería haber sufrido esto".</p> <p>Siempre corriendo y corriendo".</p> <p>Ansiedad: "no debería haber hecho esto".</p> <p>Culpa: "no debería haber hecho eso. No lo soporto y es un malvado por ello".</p>





Principales técnicas de intervención	
Técnicas cognitivas	
Refutación	Preguntas para contrastar las creencias irracionales ¿Qué evidencia tiene para mantener qué? ¿Dónde está escrito que eso es así? ¿Por qué sería eso el fin del mundo?
Discriminación	Enseñarle al usuario(a), mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales y las irracionales.
Definición	Enseñarle al usuario(a) a utilizar un lenguaje más racional: en lugar de decir no puedo, que diga todavía no lo logro
Técnica referencial	Animar al usuario(a) que hable de aspectos positivos, para evitar las generalizaciones polarizantes.
Técnicas emotivas	
Aceptación incondicional con el usuario(a)	Se acepta al usuario(a) a pesar de lo negativo que sea su conducta como base o modelo de su propia autoaceptación.
Uso de modelo vicario	Se emplean historias, leyendas o parábolas, para mostrar las creencias irracionales y su modificación.



estructuras del
ones cognitivos
aliza de forma
e refiere a una
de valores,
e se puede, o no,
len permanecer
nte situaciones
e orden físico,
an a través de
o distorsiones
) y cogniciones

Distorsión cognitiva y pensamientos automáticos

Una de las características de los pensamientos automáticos es la visión de túnel: tendencia a producir una determinada percepción y valoración de los eventos (los ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros, los deprimidos se obsesionan con sus pérdidas, los irritados se centran en la injusta e inaceptable conducta de otros).

conclusión... de la
ncia es...
extra...
releva...
a ese...
neral a p...
arios



generalización

hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.

Maximización y minimización

Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado con base a la evidencia real.

Personalización

Tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a sí mismo, sin que exista evidencia para ello.

Pensamiento dicotómico o polarización

Tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.





La relación de ayuda

Quien ayuda tiene una doble función: como guía, ayudando al usuario(a) a entender sus cogniciones, emociones y conductas, y como catalizador ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan pensamientos y habilidades más adaptativas.

Habilidades que facilitan la colaboración

Empatía emocional y cognitiva (entender y reflejar el como el usuario(a) parece vivir sus estados emocionales y su visión de la situación), la aceptación del usuario(a) (no rechazarlo por sus características personales o tipo de problema presentado) la sinceridad de quien ayuda.



Técnicas que parecen robarle el pensamiento al usuario(a)

Comprensión de los pensamientos automáticos

Questionamiento de evidencias: se buscan evidencias para comprobar la validez de los pensamientos automáticos.

Reatribución: el usuario(a) puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa.

Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se cree exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

¿Cómo se puede mantener un diálogo con el usuario(a)?

¿Qué razón es tan importante?

¿Qué pruebas tiene para creer eso?

¿Puede haber otras causas que expliquen ese suceso? ¿Ha pensado usted en la posibilidad de?



Distra		
Preven		e en realidad si
		bería, y ver así,
Resolución de problemas	<p>¿Probaríamos pensar en varias alternativas a ese problema, valorar cual podría ser ventajosa, ponerla en práctica y comprobar sus resultados?</p>	
<p>Filtraje abstracción selectiva: en los casos de "no lo soporto, es horroroso"</p> <p>Polarización: en los casos de "bueno-malo, blanco-negro".</p>	<p>¿Qué ha ocurrido otras veces? ¿Realmente fue tan malo? ¿Se puede hacer algo si volviera a ocurrir?</p> <p>¿Entre esos dos extremos podrían existir puntos intermedios? ¿Hasta qué punto o porcentaje esto es así? ¿Con que criterios o reglas está midiendo esto?</p>	
<p>Sobregeneralización: en los casos de "todo, ninguno, siempre, nunca".</p>	<p>¿Cuántas veces ha sucedido esto realmente? ¿Dónde está la prueba de que las cosas sean siempre así?</p>	
<p>Personalización: en los casos "se refieren a mí" o compararse con otros.</p>	<p>¿Qué consecuencias tiene compararse con otros cuando sale perdiendo? ¿Le ayuda en algo?</p>	
<p>Falacia de control: en los casos de "no puedo hacer nada con esto, toda la responsabilidad es mía".</p>	<p>¿Qué pruebas tiene para pensar eso? ¿Puede haber otros factores que hayan influido en eso?</p>	
<p>Falacia de justicia: en los casos de "el ella es injusto/injusta".</p>	<p>¿Tiene derecho esa persona a tener un punto de vista diferente al suyo? ¿En realidad usted no esta tan solo deseando que las cosas sean de otra manera?</p>	
<p>Falacia de cambio: en los casos de "si esa persona o situación cambiara, entonces yo podría".</p>	<p>¿Qué pruebas tiene para mantener que el cambio dependa de eso? Aunque eso no cambie ¿se podría hacer algo?</p>	
<p>Etiquetación: en los casos de "soy un X".</p>	<p>¿Esa calificación prueba totalmente lo que es usted o esa persona? ¿Está utilizando esa etiqueta para calificar una conducta? ¿Una conducta describe totalmente a una persona? ¿Puede haber otros aspectos o conductas de esa persona que no puedan ser calificados con esa etiqueta?</p>	
<p>Culpabilidad: en los casos de "por mi culpa, por su culpa".</p>	<p>Sentirse y creerse culpable ¿Qué cambia de ese asunto?</p>	



Conceptualización de los problemas

**Evaluaciones
inadecuadas de los
hechos**

Distorsiones cognitivas que aparecen en el sujeto-problema.

Atribuciones

Atribuciones causales erróneas que el usuario(a) tiene sobre su conducta, la de los demás y los eventos.

Un problema frecuente durante la intervención es

presentar imágenes y autovaloraciones

que se mantienen

Que el usuario(a) no pueda concentrarse en sus pensamientos porque está muy trastornado (estoy muy mal, ahora no puedo pensar en nada).

de errores

del sujeto

de acción inadecuadas o
del sujeto para re

problemas legales que
analizar.

¿Qué se puede hacer?

creencias que el sujeto ut
conceptualizar su realidad y así mi

Utilizar la distracción cognitiva (relajarse, respirar).



Características deseables de quien presta la ayuda



Aceptación: interés mostrado hacia el usuario(a) y su problemática. No debe ser demasiado efusivo ni proteccionista. Hay que señalar que las muestras de este interés son interpretadas por el usuario(a), y el grado de aceptación percibida pesa más que la conducta de quien presta la ayuda.

Empatía: habilidad para entrar en el mundo del usuario(a) y experimentar cognitivamente y afectivamente el mundo como lo hace este. Esta labor se puede facilitar devolviéndole al usuario(a) expresiones referentes a su modo de percibir los eventos y sus estados emocionales asociados.

Autenticidad: franqueza de quien presta la ayuda con el usuario(a,) para que este tenga una imagen realista de lo que puede y no puede esperar.

No mostrar excesiva cordialidad: esto podría reforzar las creencias irracionales de aprobación, dependencia y baja tolerancia a la frustración.

Factores básicos que ayudan a mantener la relación entre quien presta la ayuda y el usuario(a):

Confianza básica: que el usuario(a) perciba con quien presta la ayuda como segura y que le permita expresar sus dificultades y esperanza de encontrar solución a sus problemas.

El rapport: acuerdo de metas y objetivos de la intervención.

La cognición interpersonal: el usuario(a)/ayudador(a) proporciona una retroalimentación emocional correctiva.



CAPÍTULO III

ASPECTOS METODOLOGICOS

¿CÓMO DESARROLLAR MI TRABAJO?



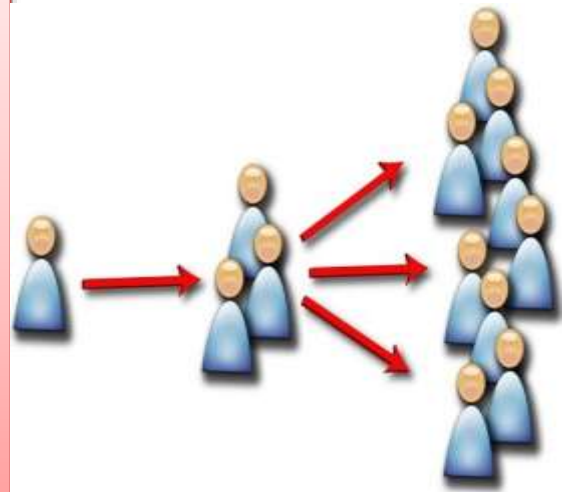
90

¿De qué trata
este capítulo?



La alta demanda de los usuarios(as), exige que los equipos de actores operadores(as) aborden estratégicamente el apoyo psicosocial a través de métodos y herramientas innovadoras de trabajo en Red. Frente a esto, una estrategia vital es la articulación de la capacidad de respuesta institucional para afrontar dichas demandas, sobre todo en los casos donde la naturaleza y complejidad de los problemas y situaciones supera los ámbitos y competencias de atención institucional.

Es por ello que este capítulo aborda de manera práctica los escenarios de relaciones continuas entre el actor operador(a), las instituciones y las demandas de los usuarios(as), que se ejecuta a través de una estructura de Rutas de Atención con una metodología en circuito de atención-canalización, en la que se tiene como eje central a los usuarios(as) que viven esos problemas, para quienes una alternativa de resolución pasa justamente, por vincularse e integrarse a la oferta que prestan esas instituciones conjuntamente.



El capítulo inicia exponiendo de modo general aspectos conceptuales de los fenómenos en salud mental (definición, características, consecuencias y prevención), para que el actor operador(a) pueda hacer una adecuada distinción entre ellos. Asimismo, se presenta la vinculación de cada fenómeno con las distintas instituciones que los abordan en una Ruta de Atención donde se clarifica paso a paso la circulación por la misma en el proceso de atención-acogimiento-canalización.

Del mismo modo para facilitar dicha circulación se tienen en cuenta los Circuitos de Canalización que es necesario y viable de aplicar frente a cada caso que se atiende, dicha canalización en ningún caso implica el cierre de la atención, sino que configura un nuevo proceso de co-intervención institucional. Este proceso se explica en función de fases, señalándose para cada fase unas recomendaciones prácticas que el actor operador(a) puede aplicar. Seguidamente se presenta un cuadro tipo resumen de los programas, estrategias y actividades que adelanta cada institución de cara a la prevención de cada fenómeno en salud mental.

El contenido cierra con una serie de aclaraciones importantes frente a la operatividad de cada Ruta de Atención (hay una por fenómeno) en la que se profundizan aspectos que son generales a las todas ellas.



Comienza a manifestarse la madurez cuando sentimos que nuestra preocupación es mayor por los demás que por nosotros mismos.

Albert Einstein

C o n t e n i d o

1. Fenómenos en salud mental y Rutas de Atención.
 - i. Maltrato infantil.
 - j. Violencia conyugal.
 - k. Abuso sexual.
 - l. Violencia sexual.
 - m. Consumo de sustancias psicoactivas.
 - n. Intento de suicidio y suicidio.
3. Circuitos de atención-canalización.
4. Actividades de Promoción y Prevención.
5. Aclaraciones.

92

1.

Fenómenos en salud mental y Rutas de Atención



INTRODUCCIÓN

Las Rutas de Atención en Salud Mental expuestas en este instructivo, constituyen flujogramas dinámicos en su operativización, ello quiere decir que no están enmarcadas de manera rígida, como camisas de fuerza, sino de un modo flexible ya que constituyen lineamientos generales para darle un orden a la atención y de esta forma evitar al máximo el desgaste del usuario(a) y de las instituciones. Esta propuesta de ruta procura abordar los casos de manera eficaz y eficiente, potenciando con ello una atención más completa, integral e intersectorial. Y bajo esta orientación se debe tener presente que así como son de complejos algunos casos, su atención será compleja no siendo esto una condición para su no atención.

Ahora bien, la esquematización en forma de flujograma no quiere decir que primen unos servicios más que otros, o que las responsabilidades institucionales recaigan sobre unas instituciones más que en otras. Solo se trata de una gráfica en la que se ha sintetizado el proceso de atención de tal modo que visualmente se pueda contemplar un orden.

Del mismo modo su diseño se hizo pensando en la organización de las competencias y servicios de las instituciones, buscando así la integralidad del proceso de atención y evitando que el usuario(a) se dirija hacia una o varias instituciones a solicitar un servicio específico y éste requiera de un servicio antecesor ofertado por otra institución y por ello se provoque el rebote y desgaste de usuario (a). Lo cual a su vez implica la no oportunidad institucional frente a las demandas de los usuarios (as).

Para tener una mejor comprensión del flujograma se presenta una explicación paso por paso donde se describen ordenadamente las instituciones y servicios que el usuario(a) recibe para propiciar una solución a su problemática.

De otro lado, las Rutas propuestas han sido diseñadas teniendo en cuenta la concertación de una serie de rutas comunitarias e institucionales diseñadas durante el año 2011 en el marco del convenio interinstitucional número 325 celebrado entre la Gobernación del Huila - Secretaria de Salud Departamental y la Universidad Surcolombiana en eventos de salud mental, específicamente relacionados con consumo de sustancias psicoactivas, suicidio e intento de suicidio, violencia sexual y violencias intrafamiliar.





Resulta importante mencionar que la activación de las Rutas de Atención las puede hacer cualquier institución, organización y/o sector que tenga conocimiento de casos de fenómenos de salud mental, sean estos de violencia intrafamiliar (maltrato infantil, violencia conyugal, abuso y violencia sexual), consumo de sustancias psicoactivas, intento de suicidio y suicidio. Es decir, que la detección de los casos puede darse desde instituciones diferentes a las que aparecen en la Ruta pero que cumplirán la función de orientadora primaria en la activación de la atención, canalizando al usuario(a) hacia la institución y servicio que compete según se muestra en las rutas.



Otro aspecto a considerar es que el maltrato infantil, la violencia conyugal, el abuso y la violencia sexual se enmarcan dentro del fenómeno de la violencia intrafamiliar o familiar, según parámetros del Programa de Salud Mental municipal. Y se asume, para estos casos, el concepto de violencia intrafamiliar sugerido por los lineamientos técnicos de las Comisarias de Familia expedidos por el I.C.B.F. así: "es una situación de abuso de poder o maltrato psíquico o físico, de un miembro de la familia sobre otro. Puede tener diferentes formas de manifestación; a través de golpes e incidentes, como también de insultos, manejo económico, amenazas, chantajes, control de actividades, abuso sexual, aislamiento de familiares y amistadas, prohibición.

Y que se complementa con el concepto legal: la violencia intrafamiliar es toda acción, omisión o acto abusivo de poder cometido por algún miembro de la familia para dominar, someter, controlar o agredir física, psíquica, patrimonial o económicamente a cualquier miembro de la familia, fuera o dentro del domicilio familiar.

Los agresores deben tener o haber tenido un vínculo de parentesco, afinidad, matrimonio, unión libre o de hecho con la víctima.

Para este Instructivo se utiliza el término de "violencia intrafamiliar" de acuerdo al marco legal consultado, pero según la caracterización que se ha hecho del fenómeno resulta pertinente utilizar mejor el término violencia familiar, toda vez que el prefijo "intra" sigue manteniendo la problemática como algo privado (entre cuatro paredes) invisibilizando factores causales socioculturales y consecuencias que trascienden lo "privado".

Los organismos de socorro (Defensa Civil Colombiana, Cuerpo de Bomberos Voluntarios Pitalito y Cruz Roja Colombiana), aunque no aparezcan en las Rutas de Atención, son instituciones que intervienen en todos los fenómenos de salud mental para prestar los servicios de primeros auxilios en el área de la salud física y psicología. Del mismo modo, por ser entes que están en constante contacto con la comunidad, hacen las veces de unidades notificadoras que detectan, orientan y



Para los usuarios(as) del régimen especial (Batallón y Policía Nacional) solo se activa el sector protección y justicia en las Rutas de Atención, ya que el sector salud se presta con los recursos propios de la misma institución.

Convenciones para entender las Rutas de Atención



Paso directo de una institución/servicio a otro(a) en el que se requiere el paso por una institución/servicio antecesora para poder acceder a uno siguiente en el proceso de canalización.

Paso alternativo en los casos donde una misma situación, por sus características, puede tener dos opciones de procesos de atención-acogida-canalización.



© www.ClipProjectInfo



Canal de comunicación que debe existir entre las instituciones para facilitar los procesos de atención-acogida-canalización.



Recogida de todo un proceso de atención-acogida-canalización inter y extrasectorial donde han intervenido más de un servicio o más de una institución para pasar otro proceso igualmente inter y extrasectorial.



Proceso de referencia y contrarreferencia.



Situaciones de los usuarios(as) según fenómeno de salud mental que padezcan.
Instituciones y/o servicios.



Marco legal que sustentan el proceso y la intervención de las instituciones según sus competencias.

95



No me pegues, tus golpes no solo hieren mi cuerpo, golpean mi corazón.
Me hacen duro, rebelde y agresivo; me hacen sentir miserable, pequeño e indigno de ti. No me golpees más, soy débil e indefenso ante tu fuerza.

M

TRATO





INFANTIL

... tu grandeza no está en el poder de tu fuerza, eres mucho más cuando no necesitas de ella para guiarme. Más poderosos que tus golpes, más efectivos y grandiosos son tu afecto, tus caricias, tus palabras y tus besos. Solo abrázame y permite ver la vida con amor.

96

El maltrato infantil es toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente (N.N.A. ver aclaración 1 página 180) por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona.



MALTRATO PSICOLÓGICO

Se presenta cuando el responsable del N.N.A. no satisface las necesidades de afecto y atención necesarias para el buen desarrollo de su autoestima.

¿Cuáles son

Es el dirige aspect de elle



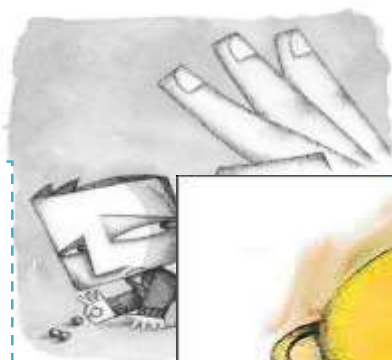
Maltrato físico con los golpes con la mano u objetos como cables, correas, zapatos, palos, entre otros, como también pellizcos, cachetadas, puños, empujones, asfixia, ahogamiento, heridas por cortes, lesiones, mordeduras, quemaduras, estirones de



EL MALTRATO NO PASA, DEJA SERIAS CONSECUENCIAS

Daños psicológicos:

- + Poca confianza (inseguridad).
- + Incapacidad para tomar decisiones.
- + Dificultad para reconocer y expresar sentimientos.
- + Retraídos y poca espontaneidad.
- + Depresión (dificultad para alegrarse).
- + Ansiedad (temor, desconfianza).
- + Retardo mental.



Daños sociales:

- + Dificultad para aprender y

Daños físicos:

- + Lesiones
- + Retrasos
- + Perturbaciones
- + Desnutrición
- + Mutilaciones y muerte.



¿Por qué maltratan?

Porque no saben querer, no saben comprender y no saben respetar.

¿Qué características tienen los maltratadores?

Baja autoestima, no controla impulsos, fueron víctimas de maltrato en su niñez, no saben expresar afecto.

¿Qué se debe hacer para no llegar a maltratar?

Aprender a comprenderse, a comunicarse con calidez y afecto, respetarse y a dominar los impulsos de ira; concientizarse que tiene un problema y pedir ayuda.

¿CÓMO PUEDO
IDENTIFICAR QUE UN
A. ESTÁ SIENDO
MALTRATADO(A)?

INDICADORES DE CONDUCTA:

- ✚ Ausencias reiteradas a clase sin justificación.
- ✚ Bajo rendimiento escolar.
- ✚ Retraimiento social
- ✚ Dificultades de concentración.
- ✚ Depresión constante y/o presencia de conductas autoagresivas o ideas suicidas.
- ✚ Actitud hipervigilante.
- ✚ Docilidad excesiva.
- ✚ Actitud evasiva y/o defensiva frente a los adultos.
- ✚ Búsqueda intensa de expresiones afectuosas.





INDICADORES FÍSICOS:

- ✚ Alteración en el crecimiento y desarrollo.
- ✚ Persistente falta de higiene y cuidado personal.
- ✚ Marcas de castigos corporales repetidos.
- ✚ Múltiples lesiones en diferente estado de cicatrización.
- ✚ Fracturas.
- ✚ Dolores de cabeza frecuentes.
- ✚ Desnutrición.
- ✚ Fatiga.
- ✚ Accidentes frecuentes.
- ✚ Cansancio o apatía.



¿QUÉ DEBO HACER ANTE UN N.N.A. VÍCTIMA DE MALTRATO?

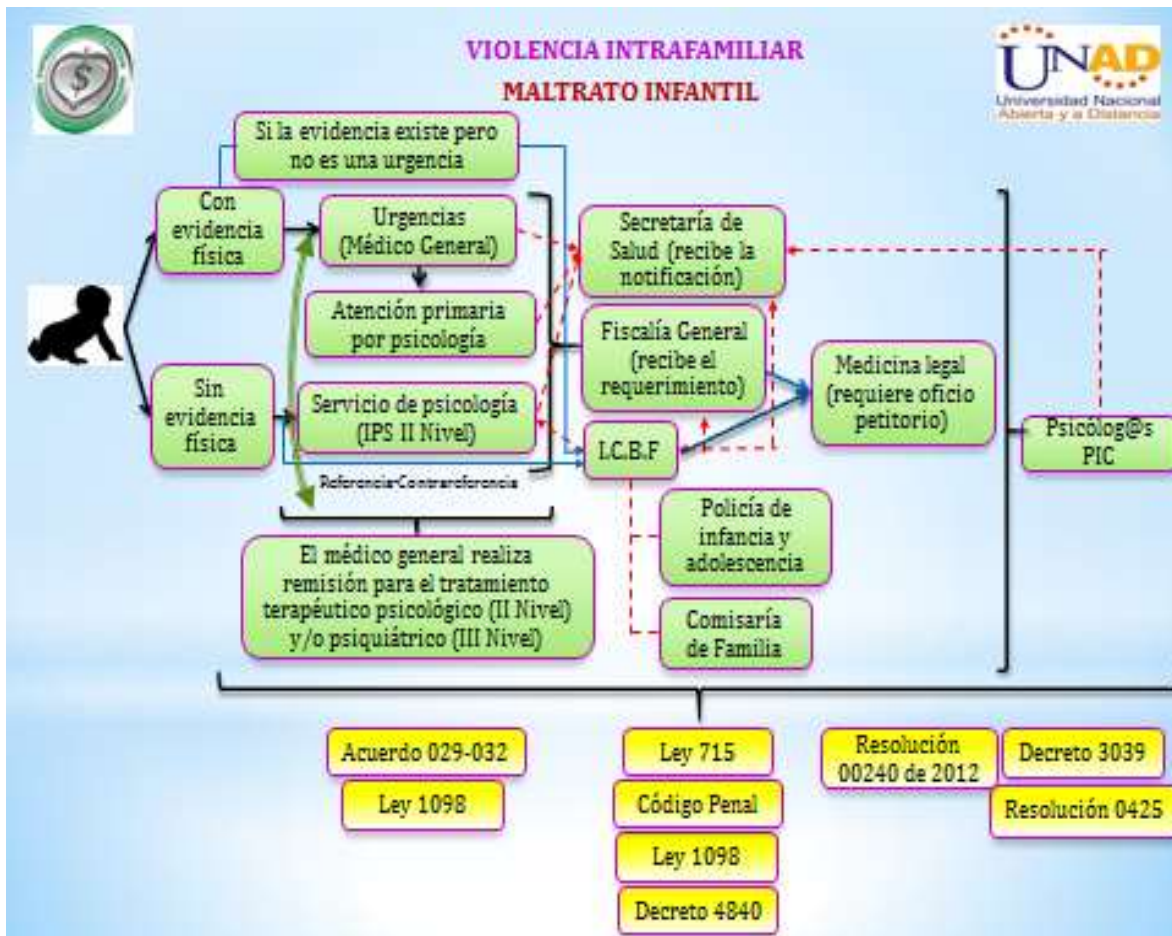
- ✚ Interrumpir el ciclo de la violencia.
- ✚ Conocer y reconocer sus derechos.
- ✚ No decepcionarlos.
- ✚ Creerle al N.N.A.
- ✚ Desestigmatizarlo.
- ✚ Hablar con sus cuidadores sin juzgarlos.
- ✚ Reportar el caso a las autoridades.



El maltrato infantil es un grave problema social, que puede producirse en familias de cualquier nivel económico y educativo ¿Pero **QUÉ HACER** con los usuarios(as) que padecen esta triste realidad?

- ✚ Interrumpir el ciclo de la violencia.
- ✚ Conocer y reconocer sus derechos.
- ✚ No decepcionarlos.
- ✚ Creerle al niño/a.
- ✚ Desestigmatizarlo.
- ✚ Hablar con sus cuidadores sin juzgarlos.
- ✚ Reportar el caso a las autoridades.

RUTA DE ATENCION



¿CÓMO?

ENTENDER LA RUTA



CUANDO HAY EVIDENCIA FISICA

Si el N.N.A. presenta evidencias físicas (golpes, heridas, lesiones, quemaduras o fracturas) producto del maltrato que requieren ser atendidas por un profesional en salud, se debe ingresar por Urgencias (ver aclaración 2 página 181), si las lesiones no ameritan intervención de Urgencias inicie la activación de la Ruta en I.C.B.F.



1

Si el ingreso es por Urgencias: el usuario(a) debe pasar al Médico General (ya sea en el Hospital Departamental San Antonio de Pitalito o en la I.P.S. Saludcoop). Este profesional valora el estado actual del N.N.A. y atiende su salud física.



2

El Médico hace la respectiva remisión al profesional en Psicología (la I.P.S. Saludcoop aún no cuenta con este servicio), quien presta los servicios de:

- + Una Intervención en Crisis para restablecer el equilibrio emocional y orientar a los usuarios(as).
- + La respectiva Valoración de la situación del N.N.A. y su familia para pronosticar la presunta presencia del maltrato infantil.
- + Direccionar el caso a la estrategia I.A.M.I. (en el caso del hospital) quienes anexan a la valoración psicológica otra información que se adjunta para notificar el caso al I.C.B.F.

Para acceder al posterior Tratamiento Psicológico y/o Psiquiátrico de II y III nivel de atención en salud (de requerirse), se debe acudir por Consulta Externa

101



El acompañante del N.N.A. debe remitirse a la Fiscalía Local o Seccional a poner en conocimiento de la autoridad competente el caso, esta es necesaria de acuerdo a la Ley 1542 del 5 de Julio de 2012, donde se estipula que la violencia intrafamiliar no es conciliable es un delito que requiere querrela (ver aclaración 4 página 192).

Si el N.N.A. se encuentra solo, la I.P.S. contacta a la Policía de Infancia y Adolescencia para que lo acompañe y realice los respectivos trámites del caso (ver aclaración 5 página 195).

La Fiscalía Local o Seccional recibe la declaración y realiza el Oficio Petitorio solicitado por Medicina Legal, para luego adelantar el proceso penal (analiza el caso y establece si hay conductas que ameritan ser judicializadas en el agresor(a)) y hace la respectiva orientación en administración de justicia.



Medicina Legal presta los servicios de exámenes forenses y dictamen pericial (como reconocimientos medico legales de lesiones personales y estados de salud, incapacidades, secuelas, perturbaciones y/o traumas) para la administración de justicia, con el fin de proporcionar evidencia científica imparcial sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar en el que ocurrieron los hechos motivo de investigación. Su campo de trabajo está relacionado con el reconocimiento, identificación, individualización y evaluación de los elementos materiales probatorios y en algunos casos, con su testimonio como testigo pericial ante la corte.



De presentarse el evento en horas nocturnas o fines de semana estos servicios son realizados por el Médico General en Urgencias siguiendo el reglamento técnico de cadena de custodia (ver aclaración 6 página 196).



El N.N.A. accede a los servicios del I.C.B.F. donde se adelanta el Restablecimiento de Derechos (ver aclaración 7 página 197) con el fin de que la autoridad administrativa competente prevenga, proteja, garantice o restablezca sus derechos, de manera oficiosa o a partir de una petición verbal o escrita, telefónica o virtual originada por cualquier persona natural o jurídica, nacional o extranjera. En ningún caso podrá negarse la atención argumentando falta de documentos.

Defensor de Familia: adopta medidas de restablecimiento de derechos (amonestación, retiro inmediato del N.N.A., ubicación en centros de emergencia, adopción), teniendo en cuenta los conceptos emitidos por el equipo.

Trabajo social: emite concepto técnico al Defensor de Familia de las condiciones socio familiares del N.N.A., con el fin de tomar las medidas administrativas que haya lugar. **102**

Psicología: evalúa el estado emocional del N.N.A. y formula un plan de intervención individual y familiar. Emite un concepto técnico al Defensor de Familia para que con ello tomen las medidas administrativas.



La Policía de Infancia y Adolescencia interviene cuando haya que realizar rescate de víctimas siempre y cuando la situación este en flagrancia, que se encuentren en situaciones de peligro, si está siendo maltratado o se le están violando sus derechos fundamentales según artículo 229 del Código Penal (ver aclaración 8 página 202) o por orden del Defensor de Familia; y para hacer cumplir las medidas de protección del N.N.A. (ver aclaración 9 página 203).



Cuando el maltrato infantil viene generado por la violencia conyugal será Comisaría de Familia la entidad que acoja el caso (ver aclaración 10 página 203).

La Comisaria levanta medidas de protección como la suspensión de la vida en común de los cónyuges o compañeros permanentes y fija las cauciones de comportamiento conyugal.



El Seguimiento del caso desde que es notificado a la Secretaria de Salud hasta que el proceso finaliza está a cargo del Plan de Intervenciones Colectivas P.I.C.-Programa de Salud Mental (E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar). El Seguimiento se hace a nivel individual, familiar y colectivo (contención del brote comunitario: respuesta institucional), se hace Atención Primaria en Salud, Primeros Auxilios Psicológicos y Vigilancia Epidemiológica.

Si la lesión física no se considera una urgencia (no se ha puesto en peligro la integridad del N.N.A.) el usuario(A) puede dirigirse directamente al I.C.B.F. a notificar el caso. I.C.B.F. presta una Intervención Primaria en Psicología y diligencia la ficha de Vigilancia Epidemiológica para la notificación de los Comités de Salud Municipal. Establecimiento de Salud

103

Para recibir el posterior Tratamiento Psicológico y/o Psiquiátrico (de requerirse), I.C.B.F. activa el Sistema de Salud (el usuario(a) acude por Consulta Externa al Médico General para que este haga la respectiva remisión a dichos servicios).

CUANDO NO HAY EVIDENCIA FISICA

Si el N.N.A. no presenta evidencias físicas, pero se sospecha que está siendo víctima de maltrato infantil, el caso debe ponerse en conocimiento del I.C.B.F. A partir de ese momento I.C.B.F. orienta y aplica el proceso de atención según la Ruta.

Si el usuario tiene una relación directa con el N.N.A. víctima de maltrato y está buscando ayuda para terminar con esta situación, se tienen dos opciones:

Que acuda a su I.P.S. (Hospital) al servicio de Psicología para recibir una Atención y Orientación Primaria. Para acceder al posterior Tratamiento Psicológico y/o Psiquiátrico de II y III nivel de atención en salud (de requerirse), se debe acudir por Consulta Externa al Médico General (I nivel de atención) para que este haga la respectiva remisión a dichos servicios.



La I.P.S a través del profesional en Medicina, Psicología o Enfermería diligencia el formato de Vigilancia Epidemiológica para que el caso sea notificado a la Secretaria de Salud Municipal. Esta notificación debe ser recepcionada por el Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C) - Programa de Salud Mental E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar- para el respectivo Seguimiento y Acompañamiento al proceso de atención del caso.



O que acuda al I.C.B.F. donde puede recibir una Atención Primaria por Psicología y la Orientación respectiva para activar la Ruta de Atención. En esta opción el I.C.B.F. es la responsable de diligenciar la ficha de Vigilancia Epidemiológica para que el caso sea notificado a la Secretaria de Salud Municipal. El Defensor de Familia pone en conocimiento el caso a la Fiscalía Local o Seccional, igualmente como autoridad competente realiza el Oficio Petitorio para acceder a los servicios de Medicina



**RED
 ESCRIBIENDO**



**SOBRE EL
 MALTRATO
 INFANTIL**

MIS APRENDIZAJES

Ñ	O	Y	T	C	E	S	F	U	T	I	O	L	N	B	F	E	Q	Z	S	Y	U	K	J
N	P	A	I	N	D	C	O	D	E	F	Z	X	Y	O	L	O	R	L	E	Y	D	E	R
C	S	E	L	A	U	T	C	U	D	N	O	C	S	E	R	O	D	A	C	I	D	N	I
P	A	B	F	E	R	E	L	K	C	A	R	C	E	C	M	A	G	Y	U	R	E	L	O
T	M	A	L	N	I	Ñ	P	P	E	R	S	I	C	B	C	O	M	I	S	I	F	I	S
P	A	D	R	M	A	D	Y	I	U	L	I	A	L	C	A	L	P	O	L	I	E	N	S
S	O	M	L	B	A	N	A	N	C	A	S	T	I	L	L	A	N	T	R	E	N	A	L
P	E	L	B	P	E	L	U	D	P	A	T	A	F	I	S	I	N	F	A	N	S	O	P
L	E	S	I	I	C	I	C	A	T	R	I	M	I	E	D	O	D	O	L	A	O	S	R
F	M	A	M	A	E	U	N	C	N	E	T	Z	E	J	P	L	W	Q	P	E	R	K	G
I	E	M	Q	O	P	N	I	A	H	O	I	A	H	O	B	A	C	O	W	S	D	R	P
S	N	A	U	K	D	P	S	D	D	P	M	D	H	J	C	B	Q	J	E	G	E	M	A
C	M	A	L	T	R	A	T	O	I	N	F	A	N	T	I	L	G	X	R	W	F	W	T
A	O	C	C	Q	B	C	H	R	Y	K	B	C	C	S	C	J	Z	I	V	J	A	U	S
M	R	A	E	F	Q	W	K	E	Q	P	D	K	L	B	D	A	L	X	C	H	M	Y	L
E	F	S	U	L	F	T	I	S	T	J	E	D	E	F	Q	Q	N	D	X	G	I	H	R
D	A	A	V	T	B	J	S	F	W	U	M	R	R	K	U	P							
I	M	C	C	U	T	N	U	I	X	L	S	F	S	X	T	J							
L	I	O	C	Y	C	H	S	S	F	T	D	I	E	O	M	U							
E	L	R	A	P	F	E	J	I	T	K	L	F	H	S	N	Ñ							
G	Ñ	R	I	B	L	V	T	C	R	N	T	J	A	F	Z	A							
O	I	E	T	V	C	U	I	O	Q	U	V	R	F	I	Q	Y							
L	M	F	A	F	E	J	N	S	F	S	Z	I	N	L	F	R							



Encuentra en la sopa de letras las palabras que corresponden a los significados

Es hacer daño a un NNA (niño, niña o adolescente), de manera repetida y cada vez más grave, con actos intencionales que por acción o descuido ponen en peligro su salud física y psicológica.

105

ismo escolar, depresión, agresividad y miedo en el N.N.A.

Persona que levanta medidas de protección (definición provisional sobre la custodia y cuidado personal, la cuota de alimentos y la reglamentación de visitas, la suspensión de la vida en común de los cónyuges o compañeros permanentes y fija las cauciones de comportamiento conyugal).

Estrategia de prevención y promoción para el desarrollo de iniciativas con enfoque comunitario que mejora las competencias de los individuos, las familias y la comunidad para la promoción del buen trato.



VIOLENCIA CONYUGAL es el uso de medios instrumentales por parte del cónyuge o pareja para intimidar psicológicamente o anular física, intelectual y moralmente a su pareja, con el objeto de disciplinar según su poder, autoridad y necesidad la vida familiar.

La violencia se clasifica de acuerdo a quien tiene el rol abusador y de abusado en la relación, puede ser del hombre hacia la mujer, viceversa o ambos.

¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE ABUSOS EN LA RELACIÓN CONYUGAL?



ABUSO FÍSICO: está



EMOCIONAL: comprende una serie de abusos verbales (insultos, amenazas, gritos, etc.). La víctima sufre un progresivo deterioro psicológico producto del clima emocional en el cual se encuentra.

ABUSO AMBIENTAL Y SOCIAL: descalificar y restarle autoridad a la pareja frente a los hijos, criticar a su familia y/o aislarle socialmente de familiares y amigos, ignorar en público, hacerle desaparecer objetos queridos, no permitirle trabajar.



ABUSO SEXUAL: se refiere a la imposición de actos de orden sexual.

ES IMPORTANTE QUE CONOZCAS EL CICLO DE LA VIOLENCIA CONYUGAL



¿QUÉ ES UN CICLO?

Un ciclo es una serie de situaciones que se dan de manera ordenada que luego de determinado tiempo terminan, vuelven y se repiten.

La violencia conyugal presenta unas fases que constituyen un ciclo. A continuación conocerás una a una estas fases.

1° FASE. ACUMULACIÓN DE TENSIÓN: sucesión de pequeños episodios que llevan a roces permanentes entre los miembros de la pareja con incremento de la ansiedad y hostilidad. Primero es sutil y toma la forma de agresión psicológica, luego aparece la violencia verbal y continua con la violencia física con incidentes menores.

2° FASE. EPISODIO AGUDO DE GOLPES: descarga incontrolada de las tensiones acumuladas a través de golpes en incidentes agudos.



3° FASE: luna de miel. Se produce el arrepentimiento y la demostración de afecto del cónyuge golpeador. Este sabe que ha ido demasiado lejos e intenta reparar lo hecho. La tensión desaparece y aparecen comportamientos afectivos.

Pero luego se vuelve a la 1° fase, con un aumento en la magnitud, gravedad y duración de la violencia (escalada de violencia) incrementándose por ende el peligro para los afectados.

ATENCIÓN: LA VIOLENCIA SIEMPRE VA EN AUMENTO

Inicia con...

VIOLENCIA SUTIL Y REFINADA: agresión psicológica, consistente en atacar directamente la autoestima de la víctima. El agresor utiliza palabras...

Luego...

VIOLENCIA VERBAL: el agresor denigra de la víctima, le ofende, le apoda, le ridiculiza, le amenaza, creando un clima de ansiedad

Finalmente...

¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS?

Los que maltratan como los maltratados sufren problemas de angustia, tensión, pena, ira y desesperación, mostrando lo mal que se siente con la relación de violencia. Existe la sensación de "ni contigo, ni sin ti" que quiere decir que no se puede imaginar la vida sin el otro, pero la vida actual con la pareja los hace muy infelices. No se quiere perder al otro, pero se empieza a dudar sobre su amor.



O
LA FAMILIA

Mujeres u hombres con baja autoestima, temor constante, se convierten en agresores(as) de otros miembros más vulnerables de su grupo; los N.N.A. presentan dificultades de relación, trastornos de conducta escolar, dificultades de aprendizaje.



EFFECTO **SOBRE EL INDIVIDUO**

EFFECTOS SOBRE LA SOCIEDAD: delincuencia juvenil, ausentismo laboral, baja productividad, participación social, baja escasa.

- Problemas de salud física y mental:** debilitamiento gradual de defensas físicas y psicológicas lo que lleva a un aumento de los problemas de salud.
- Aislamiento:** distanciamiento por vergüenza o temor a que el maltratador descargue su agresión delante de otras personas.
- Indefensión:** la víctima cree que no podrá cambiar la situación de violencia.
- Internalización de la culpa:** la víctima cree que ha hecho las cosas mal, que es responsable por el éxito o fracaso de su matrimonio.
- Ambivalencia:** la víctima no desea separarse del golpeador y al



Internalización de la opresión: la víctima cree que es inferior y desarrolla mayor tolerancia a la relación abusiva.

Baja autoestima y depresión: las situaciones de abuso refuerzan los sentimientos de desvalorización.

Mayor consumo de drogas, alcohol y tranquilizantes: debido a la angustia, la desesperanza y la soledad.

Miedo: constantemente se está en un estado de terror incontrolable, lo que impide salir de la situación.



¿QUIÉN ES EL MALTRATADOR (A)?

Es el hombre o mujer que ejerce algún tipo de abuso con su esposa(o) o conviviente.

¿POR QUÉ SE DEJAN MALTRATAR?

Porque se poseen creencias erróneas sobre la sumisión, la humildad, el sometimiento y la inferioridad; porque se fue víctima o testigo de violencia familiar.

¿POR QUÉ MALTRATAN?

Porque se tienen creencias erróneas sobre el dominio, la agresividad, la superioridad, baja estima hacia el sexo opuesto; porque se fue víctima o testigo de violencia familiar.

¿QUÉ CARACTERÍSTICAS TIENEN LOS MALTRATADORES (AS)?

Falta de seguridad personal: siente que pierde el poder y el control de la situación, por lo tanto, ve amenazada su autoestima. Además se adhiere a los valores que la cultura determina sobre el ser hombre y mujer.

Dificultades comunicativas: sentimientos que se ocultan por ser considerados signos de debilidad.

Incapacidad para tolerar y resolver conflicto: la violencia es el único mecanismo conocido para solucionarlos.

Aislamiento emocional: no tiene la capacidad para relacionarse con el grado de intimidad y privacidad con otras personas, lo que lo lleva a no comunicar sus sentimientos y problemas.

Baja autoestima: buscar afirmarse en su hogar ya que en los otros ámbitos no se atreve.

ME GUSTARIA

CONVERTIRME

MALTRATADOR (A)

¿QUÉ HAGO?

UN
EN

Entiende que el amor no debe doler, que el amor implica confianza, protección, respeto a los gustos del otro, comunicación, gracias, ayudas al crecimiento emocional y espiritual. Consiste en compartir la vida con el otro, dialogar sobre las diferencias y preferencias, respetar la integridad y la autonomía de la persona amada.

Reconoce que vives una relación violenta y asume las responsabilidades de agredir o dejarte agredir por el otro.

Ponte en el lugar de tu cónyuge, tratando de entender que efectos tienen tus palabras en él o ella.

Revisa los sentimientos que te unieron a tu pareja.

Habla de las actividades que les gustaría realizar juntos, recuerden las cosas que los hacían reír y las cualidades que los trajeron el uno al otro.

En lugar de acusar a tu pareja por algo que hizo, hazle saber cómo te sientes. No le digas: "Tu siempre haciendo planes sin mí", dile: "me siento mal cada vez que haces planes sin consultarme".

Entiende que la violencia no es signo de fortaleza sino por el contrario de debilidad extrema y tanto el violento como el agredido, son víctimas de una baja autoestima, que les impide relacionarse de forma sana.

Si notas que estás perdiendo el control, y que las palabras están subiendo de tono, quizás lo mejor sea dejar la discusión para otro momento.

Nutre tus palabras con pensamientos y sentimientos positivos acerca de tu cónyuge.

Busca ayuda profesional, pon el caso en conocimiento de la autoridad competente.

¿CÓMO IDENTIFICAR LA VIOLENCIA CONYUGAL?

INDICADORES EN LA VICTIMA

INDICADORES FÍSICOS: múltiples lesiones en diferente estado de cicatrización, fracturas, dolores de cabeza frecuente, fatiga, cansancio o apatía, retraimiento social, accidentes frecuentes.

INDICADORES DE CONDUCTA: inseguridad (se muestran asustados(as) ante lo que les rodea), mantenerse en silencio ante los reclamos de la pareja, depresión constante y/o presencia de conductas auto-agresivas o ideas suicidas.

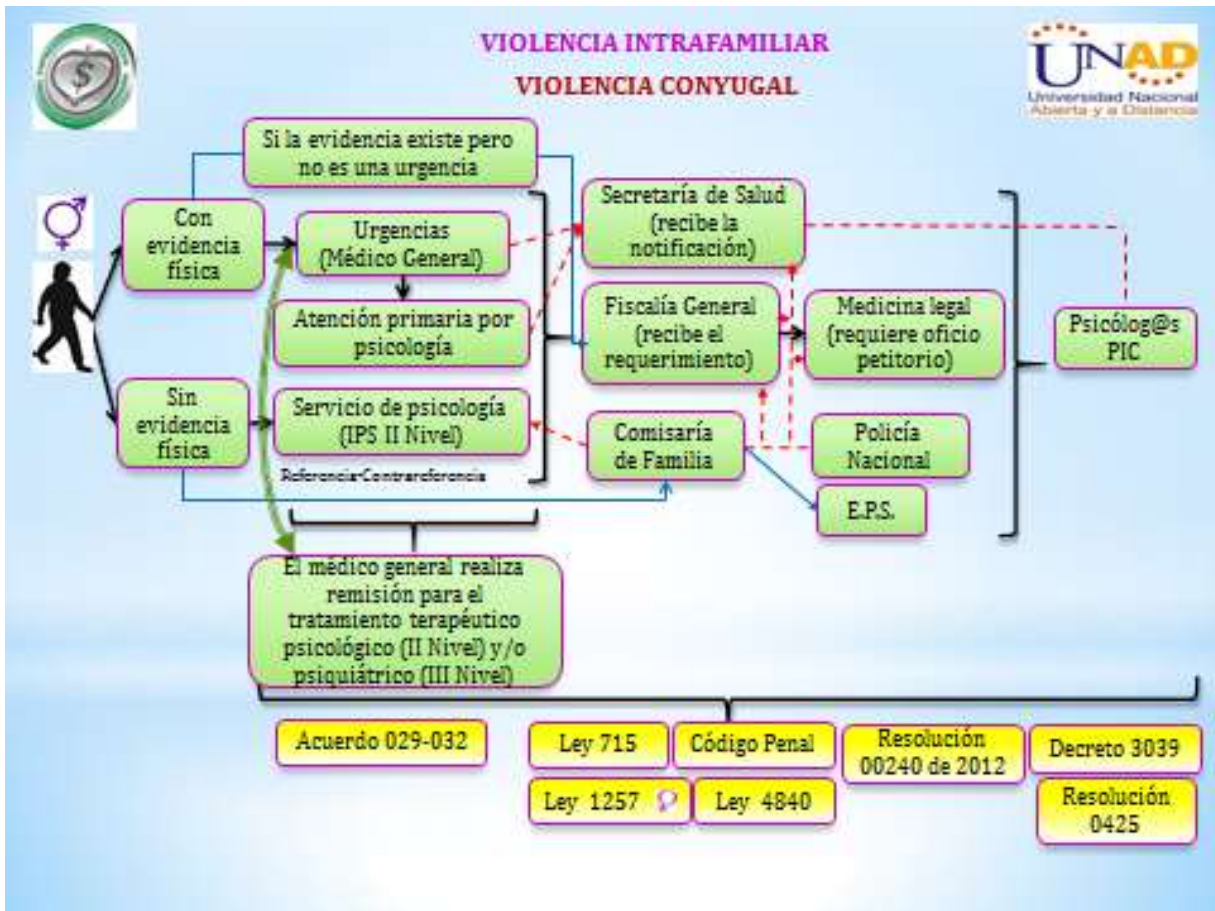
INDICADORES EN EL MALTRATADOR(A)

La persona tiene problemas de identidad y mucha dificultad en cuanto al manejo de la agresividad, se le dificulta construir relaciones afectivas debido a la desconfianza hacia las demás personas, es muy celoso(a), manifiesta ira ante situaciones sencillas (respuestas emocionales desproporcionadas ante hechos cotidianos), ofrece explicaciones ilógicas de las lesiones de su pareja.



La violencia conyugal ha llegado a ser parte de la vida cotidiana de muchas personas afectando su comportamiento y desarrollo en diversas actividades que se desean ejercer ¿Pero **QUÉ HACER** en estos casos?

RUTA DE ATENCIÓN



ENTENDER LA RUTA



CUANDO HAY EVIDENCIA FISICA

Si algún miembro de la pareja presenta evidencias físicas (golpes, heridas, lesiones, quemaduras o fracturas) producto de la violencia conyugal que requieren ser atendidas por un profesional en salud, se debe ingresar por Urgencias (ver aclaración 2 página 181), si las lesiones no ameritan intervención de Urgencias inicie la activación de la Ruta en Fiscalía Local o Seccional.



Si el ingreso es por Urgencias: el usuario (a) debe pasar al Médico General (ya sea en el Hospital Departamental San Antonio de Pitalito o en la I.P.S. Saludcoop). Este profesional valora el estado actual de la persona y atiende su salud física.



El Médico hace la respectiva remisión al profesional en Psicología (la I.P.S. Saludcoop aún no cuenta con este servicio), quien presta los servicios de:

- ✚ Una Intervención en Crisis para restablecer el equilibrio emocional y orientar al usuario(a).
- ✚ La respectiva Valoración de la situación del afectado(a) para diagnosticar la presunta presencia de la violencia conyugal.



Para acceder al posterior Tratamiento Psicológico y/o Psiquiátrico de II y III nivel de atención en salud (de requerirse), se debe acudir por Consulta Externa al Médico General (I nivel de atención) para que este haga la respectiva remisión a dichos servicios (ver aclaración 3 página 188). Cuando la víctima es una mujer la Ley 1257 de 2008 dicta una serie de medidas para su protección y atención (ver aclaración 11 página 204).

Del mismo modo se pueden recibir los servicios desde el área de Trabajo Social (en el Hospital), quienes brindan orientación y sensibilización para facilitar los trámites en la atención y el acceso efectivo a los servicios.



La I.P.S a través del profesional en Medicina, Psicología o Enfermería diligencia el formato de Vigilancia Epidemiológica (ver anexo 1 página 212) para que el caso sea notificado a la Secretaria de Salud Municipal. Esta notificación debe ser recepcionada por el Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C) -Programa de Salud Mental E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar- para el respectivo Seguimiento y Acompañamiento al proceso de atención del caso.



El usuario(a) o su acompañante debe remitirse a la Fiscalía Local o Seccional a poner en conocimiento de la autoridad competente el caso, esta es necesaria de acuerdo a la Ley 1542 del 5 de Julio de 2012, donde se estipula que la violencia intrafamiliar no es conciliable es un delito que requiere querrela (ver aclaración 4 página 192).

La Fiscalía Local o Seccional recibe la declaración y realiza el Oficio Petitorio solicitado por Medicina Legal, para luego adelantar el proceso penal (analiza el caso y establece si hay conductas que ameritan ser judicializadas en el agresor) y hace la respectiva orientación en administración de justicia.



Medicina Legal presta los servicios de exámenes forenses y dictamen pericial (como reconocimientos medico legales de lesiones personales y estados de salud, incapacidades, secuelas, perturbaciones y/o traumas) para la administración de justicia, con el fin de proporcionar evidencia científica imparcial sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar en



el que ocurrieron los hechos motivo de investigación. Su campo de trabajo está relacionado con el reconocimiento, identificación, individualización y evaluación de los elementos materiales probatorios y en algunos casos, con su testimonio como testigo pericial ante la corte.

De presentarse el evento en horas nocturnas o fines de semana estos servicios son realizados por el Médico General en Urgencias siguiendo el reglamento técnico de cadena de custodia (ver aclaración 6 página 196).

El usuario(a) accede a los servicios de Comisaría de Familia, donde el caso es acogido para adelantar el proceso administrativo de protección del agredido(a) para garantizar el restablecimiento de sus derechos y levantar las medidas de protección si se requieren (como la suspensión de la vida en común de los cónyuges o compañeros permanentes y fija las cauciones de comportamiento conyugal). El usuario(a) puede acceder a los siguientes servicios por Psicología y Derecho:



- + Amonestación (ver aclaración 12 página 206): se fija una resolución donde se pacta entre la pareja algunos compromisos que den fin a la situación de violencia.
- + Grupo de autoayuda: apoyo psicosocial a un grupo conformado por parejas que desean recibir orientación.
- + Asesoría jurídica: levantamiento de medidas de protección, restitución y reparación de derechos.
- + Seguimiento a los casos acogidos: se supervisa y se verifica que se dé respuesta oportuna al caso y que se cumpla la amonestación fijada o las medidas de protección dictadas por la Comisaria de familia, además que se estén restableciendo y reparando los derechos de la víctima.



La Policía (por cuadrantes) interviene cuando haya que realizar rescate de víctimas siempre y cuando la situación este en flagrancia, que se encuentren en situaciones de peligro, si está siendo maltratado o se le están violando sus derechos fundamentales según artículo 229 del Código Penal (ver aclaración 8 página 202) o para acompañar a la Comisaria de familia en el levantamiento de medidas de protección (ver aclaración 9 página 203).



El seguimiento del caso desde que es notificado a la Secretaria de Salud hasta que el proceso finaliza está a cargo del Plan de Intervenciones Colectivas P.I.C.- Programa de Salud Mental (E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar). El Seguimiento se hace a nivel individual, familiar y colectivo (contención del brote como respuesta institucional), se hace atención Primaria en Salud, Primeros Auxilios Psicológicos y Vigilancia Epidemiológica.

Si la lesión física no se considera una urgencia (no se ha puesto en peligro la integridad de la persona) el usuario(a) puede dirigirse directamente a la Fiscalía Local o Seccional a poner en conocimiento el caso ante la autoridad competente, en este caso la Fiscalía es quien diligencia la ficha de Vigilancia Epidemiológica para que el caso sea notificado a la Secretaria de Salud Municipal. Esta notificación debe ser recepcionada por el Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C) -Programa de Salud Mental E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar- para el respectivo Seguimiento y Acompañamiento al proceso de atención del caso.

Igualmente realiza el Oficio Petitorio para acceder a los servicios de Medicina Legal. Para recibir el posterior Tratamiento Psicológico y/o Psiquiátrico (de requerirse), el usuario(a) debe activar el Sistema de Salud (acudir por Consulta Externa al Médico General para que este haga la respectiva remisión a dichos servicios).

Si el miembro de la pareja no presenta evidencias físicas, pero se sospecha que está siendo víctima de violencia conyugal, el caso debe ponerse en conocimiento de la Comisaría de Familia. A partir de este momento Comisaría orienta y aplica el proceso de atención según la Ruta.

CUANDO NO HAY EVIDENCIA FISICA

Si el usuario (a) tiene una relación conyugal violenta y está buscando ayuda para terminar con esta situación, se tienen dos opciones:

Que acuda a su I.P.S. (Hospital) al servicio de Psicología para recibir una Atención y Orientación Primaria. Para acceder al posterior Tratamiento Psicológico y/o Psiquiátrico (de requerirse), se debe acudir por Consulta Externa al Médico General para que este haga la respectiva remisión a dichos servicios.

La I.P.S a través del profesional en Medicina, Psicología o Enfermería diligencia el formato de Vigilancia Epidemiológica para que el caso sea notificado a la Secretaria de Salud Municipal. Esta notificación debe ser recepcionada por el Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C) -Programa de Salud Mental E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar- para el respectivo Seguimiento y Acompañamiento al proceso de atención del caso.

O que acuda a la Comisaría de Familia donde puede recibir una Atención Primaria por Psicología y la Orientación respectiva para activar la Ruta de Atención. En esta opción la Comisaría es la responsable de diligenciar la ficha de Vigilancia Epidemiológica para que el caso sea notificado a la Secretaria de Salud Municipal. Pone en conocimiento el caso a la Fiscalía Local o Seccional, igualmente como autoridad competente realiza el Oficio Petitorio para acceder a los servicios de Medicina Legal.





De aquí en adelante se cumple la Ruta desde el paso N° 4 según se explicó para el caso con evidencia física. En este mismo paso la Fiscalía Local o Seccional recibe la declaración y realiza el Oficio Petitorio hacia Medicina Legal (si la Comisaria de Familia no ha hecho el oficio), ya que esta última institución, así no halla presencia de rastros físicos prueba de la violencia, adelanta comprobación del caso.



RED ESCRIBIENDO



SOBRE LA VIOLENCIA CONYUGAL

MIS APRENDIZAJES

Según lo aprendido en el recorrido por este instructivo sobre este fenómeno, cambia los textos en los globos de diálogo de los personajes de las caricaturas de tal modo que sean textos donde se prevenga la violencia conyugal y se promocionen estilos de vida saludables







ABUSO SEXUAL



Los menores de 18 años son los niños, niñas y
adolescentes (N.N.A.)



**CON LOS
CHICOS
NO!**





echamiento de la condición de poder) o de la condición de como mecanismo utilizado por el acto sexual realizado mediante amenazas, seducción o manipulación.

¿CÓMO SE PUEDE DAR EL ABUSO SEXUAL?



Manosear, masturbar, realizar prácticas exhibicionistas, realización intencionada del acto sexual en presencia del N.N.A. con el objeto de buscar gratificación sexual y otras, observación del N.N.A. desnudo, narración o proyección del N.N.A. de historias con contenido erótico y pornográfico, hacer comentarios sexuales a un N.N.A. Hacer que un NNA pose, se desnude o realice una postura sexual (incluyendo para tomar fotografías), espiar en los dormitorios y baños y practicar juegos sexuales o hacer que un N.N.A. toque los genitales de alguien más.





ALGUNAS DE LAS MUCHAS CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL SON:

Daños físicos:

- + Alteraciones del sueño (pesadillas).
- + Cambios en los hábitos de comida.
- + Pérdida del control de esfínteres.
- + Dolores crónicos generales.
- + Hipocondría y trastornos de somatización.
- + Problemas gastrointestinales.
- + Desordenes alimenticios (bulimia, anorexia)

Daños sexuales:

- + Problemas de identidad sexual.
- + Fobias o aversiones sexuales.
- + Falta de satisfacción sexual.
- + Alteraciones en la motivación sexual.
- + Trastornos de la activación sexual y del orgasmo.
- + Creencias de ser valorada por los demás únicamente por el sexo.

Daños psicológicos:

- + Miedo generalizado.
- + Agresividad, culpa y vergüenza.
- + Depresión, ansiedad y baja autoestima.
- + Confusión en su identidad sexual.
- + Dificultad en la atención, memoria, concentración.
- + Rechazo del propio cuerpo.
- + Trastornos de estrés postraumático.
- + Trastorno de personalidad.



Daños conductuales:

- + Consumo de drogas o alcohol.
- + Huidas del hogar.
- + Conductas autolesivas o suicidas.
- + Hiperactividad y bajo rendimiento académico.

Daños sociales:

- + Fuerte desconfianza.
- + Déficit en habilidades sociales.
- + Retraimiento social.
- + Relaciones teñidas de vergüenza y culpabilidad.
- + Conductas antisociales.
- + Problemas en las relaciones interpersonales.
- + Aislamiento
- + Dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad.
- + Dificultades en la educación de sus hijos (cuando han pasado a ser adultos).



El abusador sexual puede ser una persona de apariencia, inteligencia y vida normal: alguien que se aprovecha de la confianza y familiaridad, valiéndose del engaño y la sorpresa.

Características son:

- Por lo general es celoso del N.N.A.
- Consumo de alcohol
- Historia de abuso sexual en la infancia.
- El abuso sexual casi exclusiva por los celos (la impulsividad es independiente de la psicofilia)
- El abuso sexual es producida por una situación de abuso (el abuso sexual suele ser un medio de control o de liberarse de cierta





Y cómo puedo identificar que un N.N.A. ha sido abusado sexualmente?

A continuación encontraras algunas señales o signos que te ayudaran a identificar:

Con frecuencia los N.N.A. no les dicen a otras personas sobre el abuso sexual debido a que se sienten asustados, avergonzados y confundidos o también por que frecuentemente sus agresores los convencen de que deben mantenerlo en secreto. Esté alerta de los siguientes signos de advertencia potenciales:



Signos Físicos

- + Ropa interior desgarrada, manchada o ensangrentada.
- + Dificultad para caminar o sentarse.
- + Enrojecimiento, dolor, sangrado o hematomas en la parte externa del área genital, vaginal o anal.
- + Secreción inusual que sale de la vagina o ano.
- + Frecuentes e inexplicables infecciones urinarias o dolores de garganta.
- + Heridas o cardenales alrededor de la boca, la vagina o el ano.
- + Infecciones de transmisión sexual.
- + Embarazo.



Signos Emocionales

- + Estado de depresión clínica.
- + Sentimientos de suicidio.
- + Falta de confianza.
- + Cambio en respuesta a los adultos o niños de mayor edad.
- + Nuevos miedos o histeria.
- + Baja autoestima.
- + Depresión con dolencias físicas (dolor de cabeza, dolor de estómago o dolor en el pecho, insomnio, fatiga, falta de apetito).

Signos de comportamiento

- Apego.
- Problemas para dormir.
- Continencia urinaria
- Chuparse el dedo o pérdida del control intestinal.
- Miedo para quitarse la ropa o vestir capas extras de ropa, miedo para ir al baño, rechazo para tener una evacuación intestinal o estreñimiento.
- Dificultad para hacer amigos.
- Llegar a la escuela o colegio temprano o quedarse más tiempo, para evitar estar en casa
- Miedo marcado a una persona (incluyendo padres) o ciertos lugares.
- Promiscuidad, comentarios, comportamiento seductor o interés inapropiado a la edad en asuntos sexuales.
- Juegos sexuales persistentes, inapropiados con coetáneos o juguetes o masturbación excesiva.





¿CÓMO PUEDES PREVENIR DESDE CASA?



N.N.A.



...nas"
er la
rma

La propiedad y conocimiento del cuerpo: enséñale que su cuerpo solo le pertenece a él o ella, y a que conozca el nombre correcto de sus genitales para que los reconozca como partes privadas que debe cuidar y hacer respetar.

Que ser la favorita o el favorito para alguien especial (un tío, un profesor, o un jefe), no significa tener caricias o sexo.

Revelar los abusos: enséñale a distinguir entre secretos "buenos" y "malos", de esta forma él o ella se sentirá con confianza de revelar al adulto aquello que lo hace sentir triste e incluso culpable.



Detección de situaciones de riesgo: es importante que le expliques con un lenguaje sencillo todas las situaciones que lo ponen en vulnerabilidad de sufrir un abuso, como por ejemplo el mostrar su cuerpo desnudo o dejar que lo toquen a cambio de un regalo o soborno.

La sexualidad se vive en intimidad y las relaciones afectivas no se esconden. Lo que se oculta normalmente no es bueno: Los sentimientos buenos se expresan y comparten ante los demás.

Que el "gustar" con un(a) joven no significa llegar hasta donde el otro quiera y que la relación va siempre hasta donde ello(as) quieran llegar: nunca más allá; no valen comparaciones, quejas, chantajes, ni imposiciones.

Enséñales sobre las conductas sexualmente responsables, conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, enamoramiento, embarazo no deseado, sexo seguro y sexo protegido.

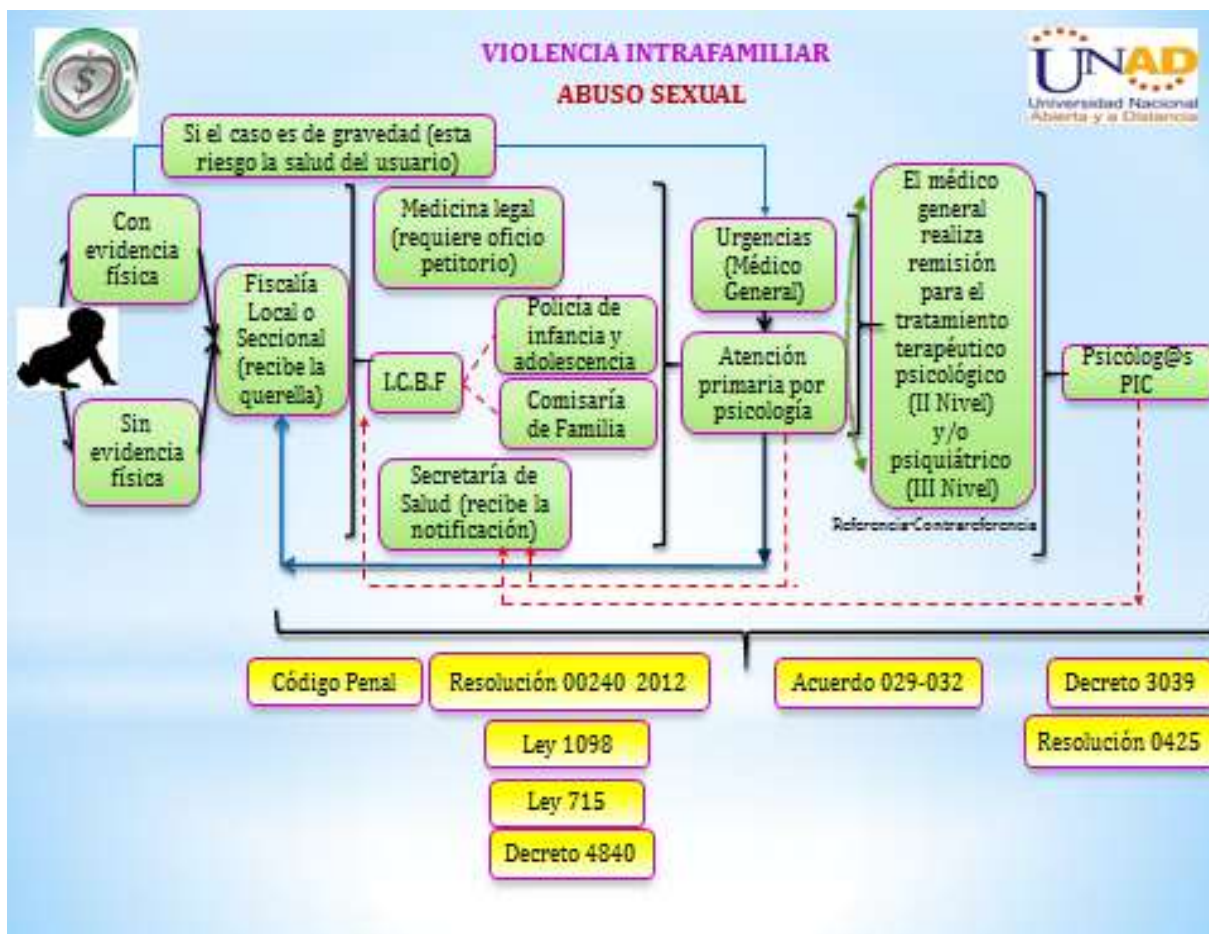


¿CÓMO PREVENIR DESDE LA COMUNIDAD?



**SE CONSIDERA NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE (N.N.A.)
TODA PERSONA MENOR DE 18 AÑOS**





CUANDO HAY EVIDENCIA FISICA

Si el N.N.A. presenta evidencias físicas graves que ponen en riesgo su salud (por ejemplo que presente lesiones con hemorragias) producto del abuso sexual que requieren ser atendidas por un profesional en salud, se debe ingresar por Urgencias (ver aclaración 2 página 181), si las lesiones no ameritan intervención de Urgencias inicie la activación de la Ruta en la Fiscalía Local o Seccional.



Si el ingreso es por Urgencias: el usuario(a) debe pasar al Médico General (ya sea en el Hospital Departamental San Antonio de Pitalito o en la I.P.S. Saludcoop). Este profesional valora el estado actual del N.N.A. y atiende su salud física.





El Médico hace la respectiva remisión al profesional en Psicología (la I.P.S. Saludcoop aún no cuenta con este servicio), quien presta los servicios de:

- + Una Intervención en Crisis para restablecer el equilibrio emocional y orientar a los usuarios(as).
- + La respectiva Valoración de la situación del N.N.A. para diagnosticar la presunta presencia del abuso sexual.
- + Direccionar el caso a la Estrategia I.A.M.I. (en el caso del Hospital) quienes anexan a la valoración psicológica otra información que se adjunta para notificar el caso al I.C.B.F.

Para acceder al posterior Tratamiento Psicológico y/o Psiquiátrico de II y III nivel de atención en salud (de requerirse), se debe acudir por Consulta Externa al Médico General (I nivel de atención) para que este haga la respectiva remisión a dichos servicios (ver aclaración 3 página 188).

Del mismo modo se pueden recibir los servicios desde el área de Trabajo Social (en el Hospital), quienes brindan Orientación y Sensibilización para facilitar los trámites en la atención y el acceso efectivo a los servicios.



La I.P.S a través del profesional en Medicina, Psicología o Enfermería diligencia el formato de Vigilancia Epidemiológica (ver anexo 1 página 212) para que el caso sea notificado a la Secretaria de Salud Municipal. Esta notificación debe ser recepcionada por el Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C) -Programa de Salud Mental E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar- para el respectivo Seguimiento y Acompañamiento al proceso de atención del caso.



El acompañante del N.N.A. debe remitirse a la Fiscalía Local o Seccional a poner en conocimiento de la autoridad competente el caso, esta es necesaria de acuerdo a la Ley 1542 del 5 de Julio de 2012, donde se estipula que la violencia intrafamiliar no es conciliable es un delito que requiere querrela (ver aclaración 4 página 192).

Si el N.N.A. se encuentra solo, la Fiscalía contacta a la Policía de Infancia y Adolescencia para que lo acompañe y realice los respectivos tramites del caso (ver aclaración 5 página 195).

La Fiscalía Local o Seccional recibe la declaración y realiza el Oficio Petitorio solicitado por Medicina Legal, para luego adelantar el proceso penal (analiza el caso y establece si hay conductas que ameritan ser judicializadas en el agresor(a)) y hace la respectiva orientación en administración de justicia.

Si el agresor es mayor de edad la Fiscalía Local o Seccional adelanta el proceso de judicialización, pero si es menor de edad quienes lleven el proceso será la Unida de Fiscalía 30 Responsabilidad para Adolescentes.



Medicina Legal presta los servicios de exámenes forenses y dictamen pericial (como reconocimientos medico legales de lesiones personales y estados de salud, incapacidades, secuelas, perturbaciones y/o traumas) y toma de muestras para estudios de laboratorio tales como orales, vaginales y anales y otros elementos de material probatorio y remite a médico general para la toma de exámenes paraclínicos (infecciones y embarazo) para la administración de justicia, con el fin de proporcionar evidencia científica imparcial sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar en el que ocurrieron los hechos motivo de investigación.

De presentarse el evento en horas nocturnas o fines de semana estos servicios son realizados por el Médico General en Urgencias siguiendo el reglamento técnico de cadena de custodia (ver aclaración 6 página 196).

El N.N.A. ingresa al I.C.B.F. donde se adelanta el proceso de Restablecimiento de Derechos (ver aclaración 7 página 197) con el fin que la autoridad administrativa competente prevenga, proteja, garantice o restablezca sus derechos, de manera oficiosa o a partir de una petición verbal o escrita, telefónica o virtual originada por cualquier persona natural o jurídica, nacional o extranjera. En ningún caso podrá negarse la atención argumentando falta de documentos.



Defensor de familia: adopta medidas de restablecimiento de derechos (amonestación, retiro inmediato del N.N.A., ubicación en centros de emergencia, adopción), teniendo en cuenta los conceptos emitidos por el equipo.

Trabajo social: emite concepto técnico al Defensor de Familia de las condiciones socio familiares del N.N.A., con el fin de tomar las medidas administrativas a que haya lugar.

Psicología: evalúa el estado emocional del N.N.A. y formula un plan de intervención individual y familiar. Emitir un concepto técnico al Defensor de Familia para que con ello tomen las medidas administrativas.



La Policía de Infancia y Adolescencia interviene cuando haya que realizar rescate de víctimas siempre y cuando la situación este en flagrancia, que se encuentren en situaciones de peligro, si está siendo maltratado o se le están violando sus derechos fundamentales según artículo 229 del Código Penal (ver aclaración 8 página 202) por orden





8

del Defensor de Familia; y para hacer cumplir las medidas de protección del N.N.A. (ver aclaración 9 página 203).



9

El Seguimiento del caso desde que es notificado a la Secretaria de Salud hasta que el proceso finaliza está a cargo del Plan de Intervenciones Colectivas P.I.C.-Programa de Salud Mental (E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar). El seguimiento se hace a nivel individual, familiar y colectivo (contención del brote comunitario: respuesta institucional), se hace Atención Primaria en Salud, Primeros Auxilios Psicológicos y Vigilancia Epidemiológica.

Si la lesión física no se considera una urgencia (no se ha puesto en peligro la integridad del N.N.A.), el usuario(a) puede dirigirse directamente a la Fiscalía Local o Seccional a poner el caso en conocimiento de la autoridad competente.

La Fiscalía recibe la declaración, realiza el Oficio Petitorio para acceder a los servicios de Medicina Legal y diligencia la ficha de Vigilancia Epidemiológica para que el caso sea notificado a la Secretaria de Salud Municipal. Esta notificación debe ser recepcionada por el Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C) -Programa de Salud Mental E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar- para el respectivo Seguimiento y Acompañamiento al proceso de atención del caso.

De aquí en adelante se cumple la Ruta desde el paso N° 5 según se explicó para el caso con evidencia física de urgencias.

Para recibir el posterior Tratamiento Psicológico y/o Psiquiátrico (de requerirse), se debe acudir por Consulta Externa al Médico General para que este haga la respectiva remisión a dichos servicios.

CUANDO NO HAY EVIDENCIA FISICA

Si el N.N.A. no presenta evidencias físicas, pero se sospecha que está siendo víctima de abuso sexual, el caso debe ponerse en conocimiento de la Fiscalía Local o Seccional. A partir de ese momento la Fiscalía orienta y aplica el proceso de atención según la Ruta.





El acudiente y/o el N.N.A. debe remitirse a la Fiscalía Local o Seccional a poner en conocimiento de la autoridad competente el caso.

Si el N.N.A. se encuentra solo, la Fiscalía contacta a la Policía de Infancia y Adolescencia para que lo acompañe y realice los respectivos tramites del caso.

La Fiscalía Local o Seccional recibe la declaración, realiza el Oficio Petitorio para acceder a los servicios de Medicina Legal (esta institución, así no halla presencia de rastros físicos prueba del abuso sexual adelanta la comprobación del caso) y diligencia la ficha de Vigilancia Epidemiológica para que el caso sea notificado a la Secretaria de Salud Municipal. Esta notificación debe ser recepcionada por el Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C) -Programa de Salud Mental E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar- para el respectivo Seguimiento y Acompañamiento al proceso de atención del caso.

Si el agresor(a) es mayor de edad la Fiscalía Local o Seccional adelanta el proceso de judicialización, pero si es menor de edad quienes lleven el proceso será la Unida de Fiscalía 30 Responsabilidad para Adolescentes.



De aquí en adelante se cumple la Ruta desde el paso N° 5 según se explicó para el caso con evidencia física de urgencias.

Para recibir el posterior Tratamiento Psicológico y/o Psiquiátrico de II y III Nivel de salud (de requerirse), se debe acudir por Consulta Externa al Médico General (I nivel de atención) para que este haga la respectiva remisión a dichos servicios.





**RED
ESCRIBIENDO**



**SOBRE EL
ABUSO
SEXUAL**

MIS APRENDIZAJES

Une los conceptos de la columna A con los de la columna B, según corresponda:

COLUMNA A	COLUMNA B
Aprovechamiento de la condición de ventaja (autoridad, edad o poder) o de la condición de vulnerabilidad de la víctima como mecanismo utilizado por el agresor para cometer el delito sexual realizado mediante fuerza, engaño, soborno, amenazas, seducción o manipulación.	a Apego, miedo para quitarse la ropa o ir al baño, rechazo para tener una evacuación intestinal o estreñimiento, miedo marcado a una persona (incluyendo padres) o ciertos lugares, ausentismo o bajo desempeño escolar, escapar de casa o del colegio, alcoholismo o drogadicción, ataques de ira, tristeza excesiva sin motivo aparente.
Pérdida del control de esfínteres, alteraciones del sueño (pesadillas), dolores crónicos generales, hipocondría y trastornos de somatización, problemas gastrointestinales.	b Consecuencias psicológicas.
El enseñar y educar a los niñ@s y adolescentes sobre la propiedad y el conocimiento de su cuerpo.	c Creencias de ser valorada(o) por los demás únicamente por el sexo, problemas de identidad sexual y fobias o aversiones sexuales.
Existen daños conductuales a causa del abuso sexual, algunos de ellos son.	d Abuso sexual.
Enrojecimiento, dolor, sangrado o hematomas en la parte externa del área genital, vaginal o anal y secreción inusual que sale de la vagina o ano.	e Consumo de drogas o alcohol, huidas del hogar, conductas autolesivas o suicidas.
Existen muchos signos o señales comportamentales que pueden ser cruciales a la hora de identificar un posible abuso sexual.	f Fuerte desconfianza, déficit en habilidades sociales, retraimiento social, relaciones teñidas de vergüenza, culpabilidad, y aislamiento.
En una comunidad o vecindario se puede contribuir en la prevención del abuso sexual infantil de varias formas, una de ellas es	g Consecuencias físicas
La depresión, ansiedad y baja autoestima, la confusión en su identidad sexual, la dificultad en la atención, memoria, concentración y el rechazo del propio cuerpo hacen parte de.	h Hacen parte de las formas de prevención desde casa.
Algunos de los daños sexuales ocasionados por el abuso sexual son.	i Abusador sexual.
Las consecuencias sociales que trae el abuso sexual en los niñ@s y adolescentes pueden ser.	j Conocer a sus vecinos, ayudar a una familia afectada y estar alerta a las señales que permiten identificar un abuso.
Persona de apariencia, inteligencia y vida normal: Alguien que se aprovecha de la confianza y familiaridad, valiéndose del engaño y la sorpresa.	k Son algunos de los signos o señales físicos que pueden ayudar a identificar un posible abuso sexual.

RTA: a-d, b-g, c-h, d-e, e-k, f-a, g-j, h-b, i-c, j-f, k-i.





d.

VIOLENCIA

MAYORES DE 18 AÑOS



SEXUAL

Nos acostumbramos a la violencia sexual, y esto no es bueno para nuestra sociedad. Una población insensible es una población peligrosa.
(Isaac Asimov)



La violencia sexual (que para este Instrumento aplica a personas mayores de 18 años): es toda acción que vulnere los derechos sexuales de la otra persona, le impide o limita la satisfacción de necesidades sexuales e inhiba el pleno desarrollo de su personalidad.

RECUERDA QUE:

La violencia sexual se refiere a obligar a una persona a tener contacto físico o verbal de tipo sexual o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal.



La violencia sexual se puede dar con o sin contacto físico y afecta principalmente a mujeres, pero los hombres también son víctimas de este tipo de violencia.

Una manifestación de violencia sexual se da cuando la persona agresora obliga a la agredida a realizar actos sexuales con terceras personas.



VIOLENCIA SEXUAL

sexuales no deseados, o utilizar de cualquier una persona mediante dependientemente de la n cualquier ámbito, esto cuela, vecindario, etc.

LOCE

LAS DIFERENTES



FORMAS

DE LA VIOLENCIA SEXUAL

El acoso sexual: el que en beneficio suyo o de su superioridad manifiesta o relaciones de edad, sexo, posición laboral, social, familiar o de hostigamiento o asedio físico o verbalmente, consentidos, a otra persona (ley 1257 del 2000)



135

Asalto sexual: en esta forma de violencia sexual el agresor(a), conocido o desconocido, utiliza la fuerza o la amenaza de usarla como mecanismo impositivo para realizar cualquier tipo de práctica sexual con la víctima de cualquier edad y sexo. Para los fines operativos se trata de un ataque consciente para someter a las víctimas con el uso de la fuerza física, las armas, la intimidación, el engaño, y penetrarlas con el pene o con otra parte del cuerpo u objetos en la vagina, el ano, la boca. Es conocida comúnmente como violación, donde el perpetrador(a) puede actuar solo o en grupo.

La violación sexual dentro del matrimonio: cuando alguno de los cónyuges utiliza la fuerza o la intimidación para lograr actos sexuales aún cuando la pareja se oponga a fin de evitar un mal, el contagio de una enfermedad o porque las características y circunstancias de tal acto, van en contra de sus costumbres y pudor.

También se catalogan como formas de violencia sexual: el incesto, contacto sexual o caricias no deseadas, explotación sexual, mostrarle los genitales o el cuerpo desnudo a otros sin su consentimiento y masturbación pública y observar a otra persona en un acto sexual o privado sin su consentimiento o permiso.

ALGUNAS DE LAS MUCHAS CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL SON:



Daños físicos:

- + Posible contagio de enfermedades venéreas y de transmisión sexual, incluyendo VIH SIDA.
- + Embarazo no deseado y no provocado.
- + Enfermedades pélvicas inflamatorias.
- + Muerte producto de la agresión o del suicidio.

Daños psicológicos:

- + Depresión.
- + Miedo ante los recuerdos de la agresión.
- + Sensación de ansiedad dominante, preguntándose si es posible que alguna vez se vuelva a sentir seguro(a).
- + Problemas para concentrarse y mantenerse centrado(a) en la tarea en cuestión.
- + Sentimientos de culpa.
- + Desarrollar autoestima negativa, sentimiento de "suciedad" por dentro y por fuera.
- + Vergüenza, inseguridad y odio mismo(a).
- + Pensamiento suicida.

136

Daños sociales:

- + Pérdida del rol y funciones en la sociedad.
- + Abandono del conyugue o pareja.
- + Estigma social.
- + Rechazo o aislamiento social.

Daños conductuales:

- + Enojo.
- + Problemas con las relaciones íntimas.
- + Cambios comportamentales abruptos.
- + Prácticas de riesgo (alcohol, drogas, sexo sin protección).
- + Trastornos alimenticios.
- + Comportamiento suicida.

¿CÓMO IDENTIFICAR LA VIOLENCIA SEXUAL?

La persona puede presentar alguna de las siguientes señales:

- + Heridas inexplicables, especialmente en los genitales y los senos (en mujeres). Embarazo.
- + Infecciones de transmisión sexual.
- + Problemas de comportamiento inexplicables.
- + Autoabuso o comportamiento suicida.
- + Abuso de drogas o alcohol.
- + Pérdida espontánea de interés en la actividad sexual.
- + Aumento espontáneo del comportamiento sexual.
- + Sugilación (chupones).
- + Sexualización de todas las relaciones afectivas.
- + Conducta agresiva.
- + Miedo o fobias.
- + Histeria.
- + Pobres relaciones con los iguales.

EL IMPACTO DEL ABUSO SEXUAL VARÍA DE PERSONA A PERSONA Y PUEDE AFECTAR EN DIVERSOS GRADOS LA SALUD FÍSICA Y MENTAL



Algunas personas responden inmediatamente, mientras que otras tienen reacciones retardadas que aparecen, con frecuencia, meses o, incluso, años después.

137

Otras afrontan inicialmente la situación, para luego sentirse desanimados o deprimidos.

COMO PREVENIR



**JUNTOS PODEMOS CAMBIAR LAS CONDICIONES QUE
CONTRIBUYEN A LA VIOLENCIA SEXUAL.**

ALGUNAS FORMAS DE PREVENIR LA VIOLENCIA SEXUAL EN LOS ADULTOS

La violencia sexual es una violación al derecho humano a tener una vida digna. Sus efectos pueden ser devastadores para las personas, familias y comunidades. Sin, embargo, existe ayuda. Cuando todos trabajan en conjunto para ayudar a las víctimas y responsabilizar a los perpetradores(as), los efectos negativos pueden reducirse.

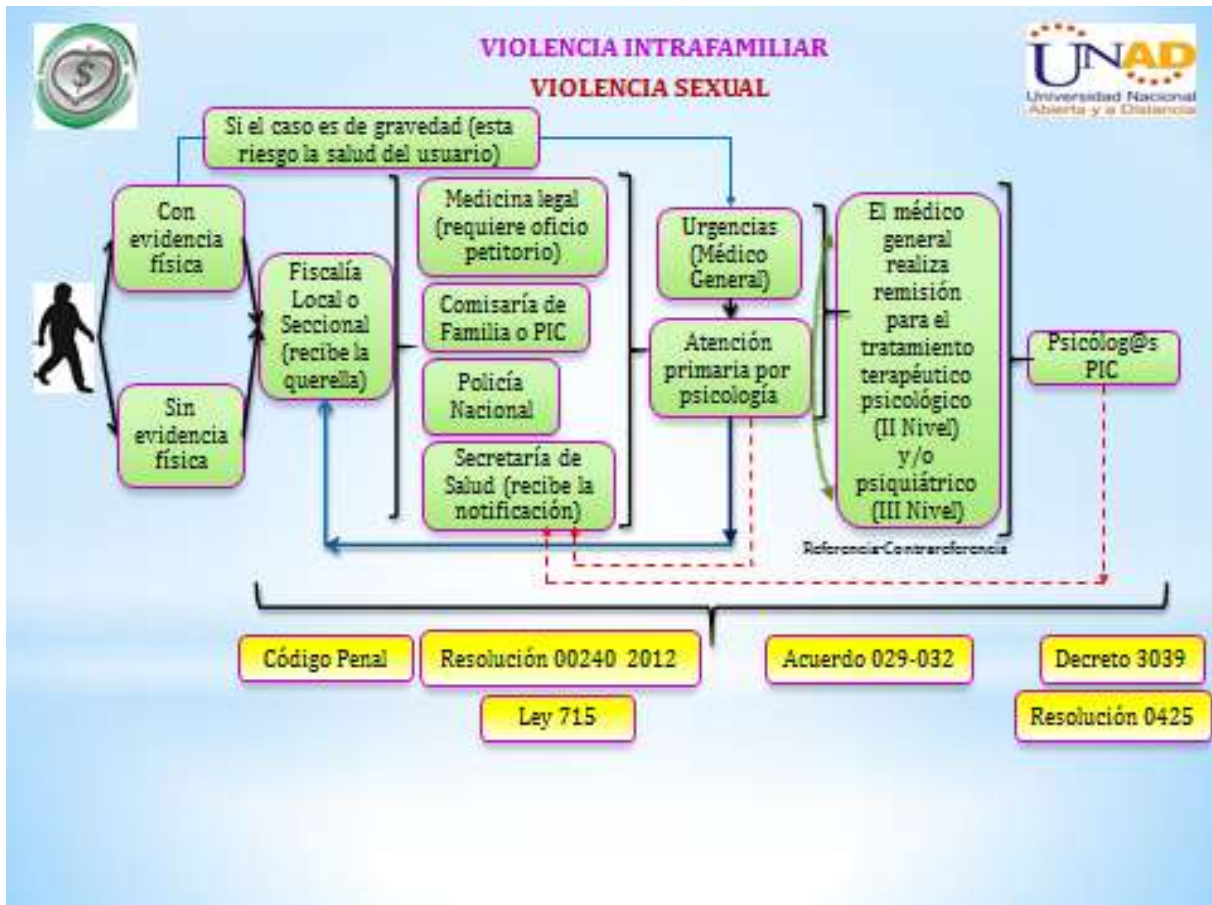


- + Ten presente que el tener una pareja estable no significa que uno de los dos deba someterse a cumplir los deseos del otro y menos aun cuando estos atentan contra tus costumbres y pudor. Tienes la autoridad para decidir si aceptas propuestas, juegos o actividades que se te hagan.
- + Aprende a reconocer los comentarios que representan descalificaciones y agresiones, así como a identificar las diferencias entre amistad, afectividad, asesoramiento o



La violencia sexual en sus diferentes manifestaciones está siempre presente en la cultura, para enfrentarla es necesario que también conozcas **QUÉ HACER** si el fenómeno de la violencia sexual ya es una triste realidad.

DE RUTA ATENCIÓN



¿CÓMO? ENTENDER LA RUTA



CUANDO HAY EVIDENCIA FISICA

Si el agredido(a) presenta evidencias físicas graves que ponen en riesgo su salud (por ejemplo que presente lesiones con hemorragias) producto de la violencia sexual que requieren ser atendidas por un profesional en salud, se debe ingresar por Urgencias (ver aclaración 2 página 181), si las lesiones no ameritan intervención de Urgencias inicie la activación de la ruta en la Fiscalía Local o Seccional.



Si el ingreso es por Urgencias: el usuario(a) debe pasar al Médico General (ya sea en el Hospital Departamental San Antonio de Pitalito o en la I.P.S. Saludcoop). Este profesional valora el estado actual del agredido(a) y atiende su salud física.

El Médico hace la respectiva remisión al profesional en Psicología (la I.P.S. Saludcoop aún no cuenta con este servicio), quien presta los servicios de:



Una Intervención en Crisis para restablecer el equilibrio emocional y dar apoyo a los usuarios(as).

La respectiva Valoración de la situación del agredido(a) para diagnosticar la presunta presencia de la violencia sexual.



Para acceder al posterior Tratamiento Psicológico y/o Psiquiátrico de II y III nivel de atención en salud (de requerirse), se debe acudir por Consulta Externa al Médico General (I nivel de atención) para que este haga la respectiva remisión a dichos servicios (ver aclaración 3 página 188).

Del mismo modo se pueden recibir los servicios desde el área de Trabajo Social (en el Hospital), quienes brindan Orientación y Sensibilización para facilitar los trámites en la atención y el acceso efectivo a los servicios.



La I.P.S a través del profesional en Medicina, Psicología o Enfermería diligencia el formato de Vigilancia Epidemiológica (ver anexo 1 página 212) para que el caso sea notificado a la Secretaria de Salud Municipal. Esta notificación debe ser recepcionada por el Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C) -Programa de Salud Mental E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar- para el respectivo Seguimiento y Acompañamiento al proceso de atención del caso.



El agredido(a) o un acompañante debe remitirse a la Fiscalía Seccional o Local a poner en conocimiento de la autoridad competente el caso, esta es necesaria de acuerdo a la Ley 1542 del 5 de Julio de 2012, donde se estipula que la violencia intrafamiliar no es conciliable es un delito que requiere querrela (ver aclaración 4 página 192).

La Fiscalía Local o Seccional recibe la declaración y realiza el Oficio Petitorio solicitado por Medicina Legal, para luego adelantar el proceso penal (analiza el caso y establece si hay conductas que ameritan ser judicializadas en el agresor(a)) y hace la respectiva orientación en administración de justicia.

Si el agresor(a) es mayor de edad la Fiscalía Local o Seccional adelanta el proceso de judicialización, pero si es menor de edad quienes lleven el proceso Unida de Fiscalía 30 Responsabilidad para Adolescentes

140



Medicina Legal presta los servicios de exámenes forenses y dictamen pericial (como reconocimientos medico legales de lesiones personales y estados de salud, incapacidades, secuelas, perturbaciones y/o traumas) y toma de muestras para estudios de laboratorio tales como orales, vaginales y anales y otros elementos de material probatorio y remite a Médico General para la toma de exámenes paraclínicos (infecciones y embarazo) para la administración de justicia, con el fin de proporcionar evidencia científica imparcial sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar en el que ocurrieron los hechos motivo de investigación.

De presentarse el evento en horas nocturnas o fines de semana estos servicios son realizados por el Médico General en Urgencias siguiendo el reglamento técnico de cadena de custodia (ver aclaración 6 página 196).



El usuario(a) accede a los servicios de Comisaría de Familia, donde el caso es acogido para adelantar el proceso administrativo de protección del agredido(a) para garantizar el restablecimiento de sus derechos y levantar las medidas de protección si se requieren (como la suspensión de la vida en común de los cónyuges o compañeros permanentes y fija las cauciones de comportamiento conyugal). El usuario(a) puede acceder a los siguientes servicios por Psicología y Derecho:

- ✚ Amonestación (ver aclaración 12 página 206): se fija una resolución donde se pactan, entre la pareja, algunos compromisos que den fin a la situación de violencia.
- ✚ Grupo de autoayuda: apoyo psicosocial a un grupo conformado por parejas que desean recibir orientación.
- ✚ Asesoría jurídica: levantamiento de medidas de protección, restitución y reparación de derechos.



Seguimiento a los casos acogidos: se supervisa y se verifica que se dé esta oportuna al caso y que se cumpla la amonestación fijada o las medidas de protección dictadas por la Comisaria de Familia, además que se estén restableciendo y reparando los derechos de la víctima.

Si la violencia sexual se da por fuera del contexto familiar, quienes acogen el caso es el Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C.) Programa

141



El Seguimiento del caso desde que es notificado a la Secretaria de Salud hasta que el proceso finaliza está a cargo del Plan de Intervenciones Colectivas P.I.C.-Programa de Salud Mental (E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar). El Seguimiento se hace a nivel individual, familiar y colectivo (contención del brote comunitario: respuesta institucional), se hace Atención Primaria en Salud, Primeros Auxilios Psicológicos y Vigilancia Epidemiológica.

Si la lesión física no se considera una urgencia (no se ha puesto en peligro la integridad del agredido(a)), el usuario(a) puede dirigirse directamente a la Fiscalía Local o Seccional a poner el caso en conocimiento de la autoridad competente.

La Fiscalía recibe la declaración, realiza el Oficio Petitorio para acceder a los servicios de Medicina Legal y diligencia la ficha de Vigilancia Epidemiológica para que el caso sea notificado a la Secretaria de Salud Municipal. Esta notificación debe ser recepcionada por el Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C) -Programa de Salud Mental E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar- para el respectivo Seguimiento y Acompañamiento al proceso de atención del caso.

De aquí en adelante se cumple la Ruta desde el paso N° 5 según se explicó para el caso con evidencia física de urgencias.

Para acceder al pos (de requerirse), se para que este haga

El agredido/a, debe remitirse a la Fiscalía Local o Seccional a poner en conocimiento de la autoridad competente el caso (Ley 1542 de 2012; la violencia intrafamiliar es un delito no conciliable y del cual la víctima no puede desistir. Es decir, no puede haber retractación de la persona afectada.).



La Fiscalía Local o Seccional recibe la declaración, realiza el Oficio Petitorio para acceder a los servicios de Medicina Legal (esta institución,

Si el agredido(a) no presenta evidencias físicas, pero se sospecha que está siendo víctima de violencia sexual, el caso debe ponerse en conocimiento de la Fiscalía Local o Seccional. A partir de ese momento la Fiscalía orienta y aplica el proceso de atención según la Ruta.

así no halla presencia de rastros físicos prueba de la violencia sexual adelanta la comprobación del caso y diligencia la ficha de Vigilancia Epidemiológica para que el caso sea notificado a la Secretaria de Salud Municipal. Esta notificación debe ser recepcionada por el Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C) -Programa de Salud Mental E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar- para el respectivo Seguimiento y Acompañamiento al proceso de atención del caso.

Si el agresor(a) es mayor de edad la Fiscalía Local o Seccional adelanta el proceso de judicialización, pero si es menor de edad quienes lleven el proceso será la Unida de Fiscalía 30 Responsabilidad para Adolescentes.

De aquí en adelante se cumple la Ruta desde el paso N° 5 según se explicó para el caso con evidencia física de urgencias.

2



Para acceder al posterior Tratamiento Psicológico y/o Psiquiátrico (de requerirse), se debe acudir por Consulta Externa al Médico General para que este haga la respectiva remisión a dichos servicios



143



**RED
 ESCRIBIENDO**



**SOBRE LA
 VIOLENCIA
 SEXUAL**

MIS APRENDIZAJES

Completa el siguiente crucigrama con la información que aparece en la columna A (Horizontal) y B (Vertical).

	1.								1.		2.						
			4.	3.													
																	7.
2.																	

COLUMNA A

COLUMNA B

HORIZONTAL

1. Acción que vulnera los derechos sexuales de la otra persona, impide o limita la satisfacción de sus necesidades sexuales y se presenta en personas mayores de 18 años sea hombre o mujer.
2. Lugar en que se suele utilizar la fuerza o intimidación para lograr actos sexuales por parte de uno de los cónyuges.
3. Es una de las consecuencias físicas que se puede adquirir con más frecuencia ante el fenómeno de violencia sexual.
4. Prácticas de riesgo tales como el consumo de alcohol, drogas, y el sexo sin protección hacen parte de una consecuencia de la violencia sexual de tipo.
5. En las personas que han sido violentadas sexualmente se puede identificar la pérdida espontánea de interés en la actividad sexual, el aumento espontáneo del comportamiento sexual, la Sexualización de todas las relaciones afectivas y una posible conducta agresiva entre otras. Estas se denominan

VERTICAL

1. Forma en que una persona en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de su superioridad manifiesta relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona. .
2. Conducta o perversión de mostrar los órganos sexuales y órganos considerados como partes íntimas como los genitales, glúteos, torso y pechos, a otras personas sin su consentimiento o públicamente.
3. El estigma social, la pérdida de rol y funciones en la sociedad y el abandono del cónyuge o pareja con consecuencias de tipo.
4. La violencia sexual deja grandes consecuencias psicológicas una de las más comunes son los sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de



sumo" es la acción y
umir; es decir, hacer
mi propia voluntad; en
ogas

CONSUMO

DE
S U S T A N C I A S
PSICOACTIVAS





Se considera **psicoactivo** a toda sustancia química de origen natural o sintético que al introducirse por cualquier vía (oral-nasal-intramuscular-intravenosa) ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central (S.N.C.), ocasionando cambios específicos a sus funciones; **estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones.**



Aunque **NO** lo quieras **VER** y **ENTENDER**, El cigarrillo y el alcohol son sustancias psicoactivas. O

¿ACASO TU ESTADO DE ÁNIMO NO CAMBIA CUANDO LOS CONSUMES?

146

Según la Organización Mundial de la Salud: "droga" es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.



DEPENDENCIA FÍSICA

La dependencia física es el estado de adaptación fisiológica de un organismo que requiere la presencia de una droga para continuar su funcionamiento normal, y que se manifiesta por la aparición de intenso malestar físico si se suspende su administración (síndrome de abstinencia).

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA

La dependencia psicológica es la necesidad emocional y compulsiva de un individuo por consumir una droga para sentirse bien, aunque fisiológicamente no le sea necesaria.

El consumo de sustancias psicoactivas es uno de los principales problemas de salud pública del país, **por falta de conocimiento y capacitación**, esta enfermedad ha sido invisibilizada dentro de la atracción de los servicios de salud.

El
la
mi
ca
so
pe

a a
gas
que
nas
stá



¿C



**SI UNA
NA CONSUME**

¿SÍ?

Hay **MUCHAS SEÑALES, TANTO FÍSICAS COMO DE COMPORTAMIENTO**, que indican consumo de drogas. Cada droga tiene sus manifestaciones características, pero hay unas indicaciones generales que permiten saber **147** persona está usando drogas:

- ✚ Cambio repentino de su comportamiento.
- ✚ Cambios de humor - irritable y gruñón y luego de repente feliz y brillante.
- ✚ Alejado de los miembros de la familia.
- ✚ Descuidado con su presentación personal.
- ✚ Pérdida de interés en sus aficiones, deportes y otras actividades favoritas.
- ✚ Cambio en su patrón de dormir; despierto de noche y duerme durante el día.
- ✚ Ojos rojos o vidriosos.
- ✚ Nariz que sorbea o moquea.

ALGUNOS DE FACTORES RIESGO

Factores de tipo social: en la actualidad, existe una amplia disponibilidad de drogas, legales e ilegales, lo que hace mucho más fácil el acceso y el consumo de las mismas.

Factores de tipo familiar: un ambiente familiar demasiado permisivo, donde no existe disciplina; o se es demasiado rígido, donde los hijos (as) se encuentren sometidos a un régimen demasiado autoritario o se encuentren sobreprotegidos, puede también fomentar el consumo de drogas. La

Factores de tipo individual: muchos factores personales pueden influir en la decisión de consumir drogas. Éstas pueden ser vistas como una vía de escape a los problemas cotidianos; algunas personas las usan como medio para compensar frustración, soledad, baja autoestima o problemas afectivos. En efecto, bajo el efecto de las drogas la persona experimenta un estado de euforia que le hace olvidar los problemas o las limitaciones que tenga. Lo malo es que es una ilusión y luego de ese estado de euforia viene una frustración incluso mayor que la inicial.

148



CONOZCA LAS CONSECUENCIAS

PSICOLÓGICAS

- ✦ Deterioro progresivo de la capacidad de juicio, con negación de la problemática.
- ✦ Aislamiento.
- ✦ Disminución del rendimiento intelectual y de la capacidad de aprendizaje.
- ✦ Alteraciones progresivas en el comportamiento.
- ✦ Agresividad, susceptibilidad, celos e irresponsabilidad.
- ✦ Depresión y/o ansiedad.
- ✦ Intentos de suicidio y/o suicidio.

ESCOLARES

- ✦ Bajo rendimiento académico.
- ✦ Ausentismo y/o deserción escolar.
- ✦ Problemas disciplinarios.
- ✦ Repetición escolar.
- ✦ Conflictos interpersonales.

FAMILIARES

- ✦ Maltrato y violencia familiar.
- ✦ Separación conyugal.
- ✦ Incumplimiento con responsabilidades económicas, conyugales y parentales.

FISICAS

- ✦ Consumo compulsivo o incapacidad progresiva de abstenerse (dependencia).
- ✦ Incremento del riesgo de accidentalidad y violencia.
- ✦ Problemas de sueño: insomnio o sueño no reparador.

149



¿CÓMO PREVENIR DESDE LA COMUNIDAD?

En el entorno que rodea la vida cotidiana existen problemas de drogas que parecen difíciles de resolver. Aparentemente no hay soluciones o las que hay parecen difíciles de llevar a cabo. Pero... ¿és eso cierto? Alguna vez te preguntaste:

¿CÓMO PREVENIR DESDE LA FAMILIA?

- ✚ Empieza por el ejemplo. Tus hijos(as) siempre harán lo que ven de ti, no lo que les dices.
- ✚ Conoce con quién sale y enséñale a decir "NO".
- ✚ Motiva a tu hijo(a) a tener amistades positivas. Facilita que se mueva en ambientes sanos, como equipos deportivos o grupos que se unan con fines culturales o de ayuda a otros.
- ✚ Fortalece tu autoestima y escucha a tu hijo(a).
- ✚ Habla con tu hijo(a) sobre las drogas. Explícale que el uso y el abuso de alcohol y tabaco no son necesarios para "ser grande" o "importante" sino al contrario; dañan a las personas en todos los sentidos.
- ✚ Aprende a identificar las señales de alarma. Puede haber consumo de drogas si notas que cambia de amistades y se niega a que tú las conozcas, si está rebelde y pasa mucho tiempo fuera de casa.



¿CÓMO PUEDO PREVENIR LAS DROGAS EN MI VIDA?

Es necesario desarrollar habilidades sociales que favorezcan tu estabilidad emocional.

Y ¿CÓMO PUEDO DESARROLLAR HABILIDADES SOCIALES?

Aquí algunas sugerencias

- ✚ Reconoce tus debilidades y fortalezas.
- ✚ Sé tolerante con tus errores y más aún, con los ajenos.
- ✚ Escucha a tus padres y profesores.
- ✚ Vincúlate a actividades deportivas o culturales.

150



Las drogas no son una salida de escape a los problemas ¿pero **QUÉ HACER** con los usuarios(as) que padecen esta triste realidad?

RUTA DE ATENCIÓN





2



3

La I.P.S a través del profesional en Medicina, Psicología o Enfermería diligencia el formato de Vigilancia Epidemiológica (ver anexo 1 página 212) para que el caso sea notificado a la Secretaria de Salud Municipal. Esta notificación debe ser recepcionada por el Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C) -Programa de Salud Mental E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar- para el respectivo Seguimiento y Acompañamiento al proceso de atención del caso.



4

I.C.B.F interviene en los caso donde el usuario(a) es un N.N.A. Acoge el caso y adelanta el proceso de restablecimiento de derechos (ver aclaración 7 197).

152

Defensor de Familia: adopta medidas de restablecimiento de derechos (amonestación, retiro inmediato del N.N.A., ubicación en centros de emergencia, adopción), teniendo en cuenta los conceptos emitidos por el equipo.

Trabajo social: emite concepto técnico al Defensor de Familia de las condiciones socio familiares del N.N.A., con el fin de tomar las medidas administrativas a que haya lugar.

Psicología: evalúa el estado emocional del N.N.A. y formula un plan de intervención individual y familiar. Emite un concepto técnico al Defensor de Familia para que con ello tomen las medidas administrativas.

I.C.B.F. para el proceso de restablecimiento de derechos activa el sector salud para iniciar el proceso de desintoxicación y rehabilitación en salud y de otros tipos de intervenciones en salud pública. Y si el N.N.A. es mayor de 14 años gestiona su ingreso a la Fundación Faro en la ciudad de Neiva (ver aclaración 14 página 207) Es de aclarar que el acceso a estos cupos depende de la voluntad del N.N.A.





El usuario(a) (ya sea N.N.A. o mayor de edad) accede a los servicios del Centro Integral de Escucha Comunitario (ver aclaración 13 página 206), donde encuentra:

- ✚ Orientación, canalización y derivación a otras instituciones.
- ✚ Acompañamiento de un equipo profesional.
- ✚ Activación de una red de recursos para capacitación.
- ✚ Atención ambulatoria y seguimiento permanente.

CUANDO NO HAY INTOXICACIÓN PERO SE REQUIERE AYUDA

Ten presente que quizás la persona no quiera aceptar su condición y mucho menos aceptar o pedir ayuda, PERO si tú conoces la situación y la informas al Equipo de Salud, éste puede realizar intervenciones que favorezcan el deseo y la voluntad de la persona por querer vincularse a un proceso de recuperación. Entonces, Si consumes o conoces de una persona que consuma drogas y requiere ayuda debes **SEGUIR LOS SIGUIENTES PASOS**



153

Si es N.N.A. ingresa por I.C.B.F. para acceder a los servicios de restablecimiento de derechos.

En este caso el Defensor de Familia levanta medidas de protección (medida provisional de la custodia y cuidado personal, entre otras), activa la red familiar y si el N.N.A. es mayor de 14 años gestiona su ingreso a la Fundación

Faro en la ciudad de Neiva es de aclarar que el acceso a estos cupos depende de la voluntad del N.N.A.

Si es un N.N.A. infractor, menor de 14 años, el proceso de judicialización queda a cargo de la Unidad de Fiscalía 30 Responsabilidad para Adolescentes junto con la Fundación Picachos (ver aclaración 15 página 207).



Si la persona es mayor de edad, puede acudir al Centro Integral de Escucha Comunitario (Programa de Intervenciones Colectivas P.I.C., E.S.E. municipal Manuel Castro Tovar) para acceder a los servicios de:

- ✚ Orientación, canalización y derivación a otras instituciones.
- ✚ Acompañamiento de un equipo profesional.
- ✚ Activación de una red de recursos para capacitación.
- ✚ Atención ambulatoria y seguimiento permanente.



Para acceder al posterior Tratamiento Psicológico y/o Psiquiátrico de II y III nivel de atención en salud (de requerirse), se debe acudir por Consulta Externa al Médico General (I nivel de atención) para que este haga la respectiva remisión a dichos servicios.



154



**RED
 ESCRIBIENDO**

MIS APRENDIZAJES



**SOBRE EL
 CONSUMO DE
 SUSTANCIAS
 PSICOACTIVAS**

JUEGO DE ESCALERA



11. El consumo de drogas, trae unas consecuencias de diferente índole.
Une con una línea según corresponda, la consecuencia con su campo o área.

- Deterioro progresivo de la capacidad de juicio, con negación de la problemática.
- Aislamiento.
- Consumo compulsivo o incapacidad progresiva de abstenerse (dependencia).
- Bajo rendimiento académico
- Problemas de sueño: insomnio o sueño no reparador.
- Conflictos interpersonales.
- Maltrato y violencia familiar.
- Intentos de suicidio y/o suicidio
- Inseguridad.

SOCIALES

LABORALES

FAMILIARES

PSICOLOGICAS

FISICAS


ESCOLARES

13 Falso o verdadero. Hablar en familia sobre las drogas, hace que los hijos sientan curiosidad y consuman luego.

16 Falso o Verdadero. Dos factores que influyen mucho en el consumo de drogas, son: la falta de conocimiento y capacitación sobre el tema.

18 Falso o Verdadero: La droga es una sustancia que puede inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones.

20 Completa: El centro integral de escucha es una estrategia liderada por _____



**TIENES
PROBLEMAS,
DIFICULTADES Y
NO SABES ¿QUÉ
HACER?**

**PIENSACORRE
CTA
MENTE**



157

f.

**TIENES PROBLEMAS, DIFICULTADES Y NO
SABES ¿QUÉ HACER?**



ACTUA



**INTENTO
DE
SUICIDIO**



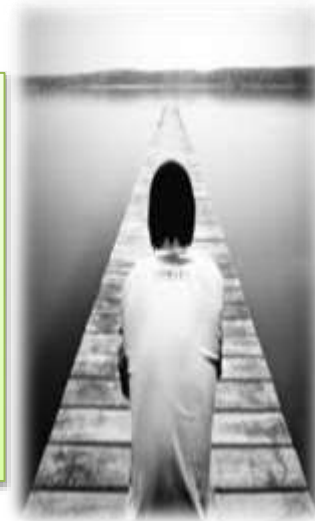
SUICIDIO

AMA LA VIDA

Según la **OMS** el suicidio es todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil

**Y ¿POR QUÉ ESTA DETERMINADO
EL ACTO SUICIDA?**

El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y drogas, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios.



Y si está determinado por estos factores es preciso comprender que **NADIE** está inmune a ellos y por lo tanto **NADIE** es inmune a tener ideas suicidas.



**ALGUNOS
CONVIENE CONCEPTOS
DIFERENCIAR**

Ideación suicida: deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida.

Conductas suicidas.

Tentativa de suicidio: acto voluntario realizado por la persona con el intento de producirse la muerte, pero sin llegar a conseguirlo.

Suicidio consumado: es el acto suicida que se ha llevado a cabo con éxito.



**ES NECESARIO EVITAR UNA SERIE DE CREENCIAS E IDEAS ERRÓNEAS
SOBRE EL SUICIDIO**



La persona que se quiere matar no lo dice. De cada diez personas que se suicidan, nueve indicaron sus propósitos y la décima dejó entrever su intención de acabar con su vida.

La persona que lo dice no lo hace. Toda persona que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que sucedía.

El suicidio se hereda. No está demostrado que el suicidio se herede.

La persona que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida. Entre el 1 y el 2% de las personas que intentan suicidarse lo logran durante el primer año después del intento, y entre el 10 y el 20% lo consumarán a lo largo de su vida.

La persona que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer. Casi la mitad de las personas que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado.

Las personas que intentan suicidarse no desean morir, sólo hacen el alarde. Aunque es cierto que no todas las personas que intentan suicidarse quieren morir, es un error tildarles de estar haciendo alarde de ello, porque son personas que han fracasado en formas útiles de adaptación y no encuentran otra alternativa que acabar con su vida.

Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren (suicidio efectivo) Toda persona con riesgo suicida se encuentra en una situación ambivalente entre sus deseos de vivir y morir. El método elegido para el suicidio no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza y proporcionarle otro de mayor letalidad es calificado como un delito de auxilio al suicida (se le ayuda a que lo cometa).

Toda persona que se suicida es un enfermo mental. Las personas con enfermedades mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente tiene que tener un trastorno mental para suicidarse. **Lo cierto es que toda persona con riesgo de suicidio es una persona que sufre.**

Una crisis suicida dura horas, días, raramente semanas, por lo que es importante reconocerla para su prevención. Toda persona que se suicida está deprimida. Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o suicidarse, no todas las que lo hacen presentan este desajuste. Pueden padecer esquizofrenia, alcoholismo, algún trastorno de mentalidad, etc.





Al hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo se le puede incitar a que lo realice. Si no se habla, nunca se podrá ayudar. Si alguien piensa en suicidarse, no se puede "poner más ideas en su cabeza" (ya las tiene); lo que se trata de hacer es prevenir y para ello se tiene que saber si lo piensa o no.

El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso. Toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como síndrome pre-suicidio, consistente en construcción de los sentimientos y del intelecto, inhibición de la agresividad (ya no está dirigida hacia otras personas) y existencia de fantasías suicidas, todo lo que puede ser detectado y evitar la consumación del suicidio.



otras pueden prevenir el suicidio. Es los psiquiatras son profesionales en la detección del riesgo de suicidio pero no son los únicos que pueden quiera interesado en auxiliar a personas nión de riesgo puede ser un valioso su prevención.

CÓMO SABER QUE UN PERSONA TIENE



Estas son algunas señales que indican que una persona está pasando por una **depresión severa** y hay riesgo de suicidio:





- ✦ Cambios en la personalidad, tales como tristeza, retraimiento, irritabilidad, ansiedad, indecisión, apatía.
- ✦ Cambios en los patrones de sueño; sueño exagerado o insomnio.
- ✦ Cambios en los patrones de alimentación; pérdida del apetito y de peso, o aumento exagerado del apetito.

- ✦ Pérdida de interés en los amigos, en la actividad sexual y en las actividades en las que participaba antes.
- ✦ Preocupaciones sobre dinero y enfermedades (reales o imaginarias).
- ✦ Temor de perder el control, de volverse loco, de dañarse a sí mismo o dañar a otros.
- ✦ Sentimientos abrumadores de culpabilidad, vergüenza y odio a sí mismo.
- ✦ Pérdida de esperanza en el futuro, "las cosas nunca mejorarán, siempre me sentiré igual."
- ✦ Consumo de alcohol o drogas.
- ✦ Pérdidas recientes; por muerte, divorcio, separación, término de una relación, trabajo, dinero, condición social, confianza en sí mismo.

El intento y suicidio no sólo afecta a las personas que lo cometen. Afecta a todos alrededor también. **Pero muchos pensamientos suicidas pueden evitarse si se RECONOCEN LAS SEÑALES DE ADVERTENCIA Y SE TOMAN LAS ACCIONES ADECUADAS.**

PREVENIR EN FAMILIA

- ✦ Desarrollar confianza en sí mismo, para lo cual debe ser educado destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, no humillarlos ni crearles sentimientos de inseguridad.
- ✦ Establecer una comunicación abierta y amorosa es una buena estrategia. Demostrando siempre que se le ama, se le acepta y apoya.

Y ¿CÓMO ME PUEDO AYUDAR YO MISMO?

Es necesario que definas o construyas tu **IDENTIDAD**, si sabes quién eres, cómo eres y para qué vives, estarás siempre fortalecido para asumir los fracasos y jamás tomarás una decisión que te haga daño y que dañe a los que más te aman. Pide orientación a tus padres y maestros para construir tu proyecto de vida y si ya eres un adulto, busca ayuda en amigos e instituciones que te puedan orientar.

162

Tu **IDENTIDAD** es quien eres y cómo eres. Día a día de ti.

PREVENIR DESDE LA COMUNIDAD

- ✦ Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia a la comunidad.
- ✦ Poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre.
- ✦ Desarrollar una variedad de intereses en la comunidad que no necesariamente tengan que ver con el núcleo familiar que le permitan equilibrar las dificultades en



El intento y el suicidio no es actuar correctamente ¿pero **QUÉ HACER** con los usuarios(as) que padecen esta triste realidad?

RUTA DE ATENCIÓN



163

¿CÓMO?

ENTENDER LA RUTA



El intento de suicidio no es delito en Colombia, pero sí su inducción, ayuda o instigación del mismo según el artículo 107 de la Ley 599 del 2000. Ahora cuando se omite la ayuda, auxilio o socorro, sin justa causa, a una persona cuya vida o salud se encuentre en grave peligro incurrirá en prisión. Del mismo modo no prestarle ayuda a una persona que tiene en curso un intento de suicidio o quizás omitir información con respecto a la ideación suicida de alguien y que posteriormente termine en un intento efectivo, podría llegar a considerarse una interpretación admisible para el artículo 131, por parte del sistema judicial (ver aclaración 16 página 208).

El suicidio es un fenómeno considerado dentro de las muertes violentas junto al homicidio y a las muertes por accidentes.

Si el usuario(a) presentan ideación suicida, o conoce de alguien que la presente, puede comunicarse con la "LINEA PARA LA VIDA" al número 321 494 19 22, profesionales en salud, vinculados al Plan de Intervenciones Colectivas P.I.C. - Programa de Salud Mental, E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar, lo atenderán.

CUANDO HAY INTENTO DE SUICIDIO





El usuario(a) debe ingresar por Servicio de Urgencias al Médico General (ya sea en el Hospital Departamental San Antonio de Pitalito o en la I.P.S. Saludcoop). Este profesional valora el estado actual del usuario (a) y atiende su salud física (ver aclaración 2 página 181).



Durante el proceso de recuperación de la salud física (Hospitalización) el Médico hace la respectiva remisión al profesional en Psicología (la I.P.S. Saludcoop aún no cuenta con este servicio), quien presta los servicios de:

, quien presta los servicios de:

- + Una Intervención en Crisis para restablecer el equilibrio emocional.
- + Una Atención Primaria para valorar la situación del y orientar al usuario(a).

Para acceder al posterior Tratamiento Psicológico y/o Psiquiátrico de II y III nivel de atención en salud (de requerirse), se debe acudir por Consulta Externa al Médico General (I nivel de atención) para que este haga la respectiva remisión a dichos servicios (ver aclaración 3 página 188).

164

Del mismo modo se pueden recibir los servicios desde el área de Trabajo Social (en el Hospital), quienes brindan orientación y sensibilización para facilitar los trámites en la atención y el acceso efectivo a los servicios.



La I.P.S a través del profesional en Medicina, Psicología o Enfermería diligencia el formato de Vigilancia Epidemiológica (ver anexo 1 página 212) para que el caso sea notificado a la Secretaria de Salud Municipal. Esta notificación debe ser recepcionada por el Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C) -Programa de Salud Mental E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar- para el respectivo Seguimiento y Acompañamiento al proceso de atención del caso.



El Seguimiento del caso desde que es notificado a la Secretaria de Salud hasta que el proceso finaliza está a cargo del Plan de Intervenciones Colectivas P.I.C.-Programa de Salud Mental (E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar). El Seguimiento se hace a nivel individual, familiar y colectivo (contención del brote comunitario: respuesta institucional), se hace Atención Primaria en Salud, Primeros Auxilios Psicológicos (para el usuario y sus allegados), Vigilancia Epidemiológica (estudio de caso, visitas domiciliarias).



avés de la Estrategia "Línea para la Vida" se hace Atención Primaria en Salud las horas del día (cel: 321 494 19 22, PIN: 24cc9c95, lineaparalavida@gmail.com).

Para los casos de ideación suicida e intento de suicidio, done la persona involucrada es un N.N.A. este debe ser notificado al I.C.B.F. quienes acogen el caso para adelantar el proceso de protección del N.N.A. y garantizar el



CUANDO HAY SUICIDIO



Fiscalía C.T.I. hace la inspección técnica del cadáver para determinar si fue un suicidio o un homicidio inducido. Y remite hacia Medicina Legal.



Medicina Legal presta los servicios de:

- + Necropsias (para determinar la causa de muerte).
- + Toma de muestras.
- + Emisión de estadísticas hacia Secretaria de Salud Municipal.



El C.T.I. de la Fiscalía diligencia el formato de Vigilancia Epidemiológica para que el caso sea notificado a la Secretaria de Salud Municipal. Esta notificación debe ser recepcionada por el Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C) -Programa de Salud Mental E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar- para el respectivo seguimiento y acompañamiento al proceso de atención de los afectados.

El seguimiento del caso desde que es notificado a la Secretaria de Salud hasta que el proceso finaliza está a cargo del Plan de Intervenciones Colectivas P.I.C.- Programa de Salud Mental (E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar). El Seguimiento se hace para los afectados a nivel individual, familiar y colectivo (contención del brote comunitario: respuesta institucional), se hace Atención Primaria en Salud, Primeros Auxilios Psicológicos, Vigilancia Epidemiológica (estudio de caso, visitas domiciliarias), y a través de la Estrategia "Línea para la Vida" se hace Atención Primaria en Salud las 24 horas del día (cel: 321 494 19 22, PIN: 24cc9c95,

4



NOTA IMPORTANTE

Cuando el que se suicida es un padre/madre o cuidador de un N.N.A., es notificado a I.C.B.F. quienes verifican el estado de cumplimiento de derechos y toman las medidas de protección a que haya lugar, con el fin de garantizar y restablecer de forma integral los derechos de éstos.



Para acceder al posterior Tratamiento Psicológico y/o Psiquiátrico de II y III nivel de atención en salud para los afectados(as) (de requerirse), se debe acudir por Consulta Externa al Médico General (I nivel de atención) para que este haga la respectiva remisión a dichos servicios.

166



**RED
ESCRIBIENDO**



**SOBRE EL
SUICIDIO Y SU
INTENTO**

MIS APRENDIZAJES

A continuación encontraras varias actividades que te permitirán medir tus aprendizajes en la prevención y atención del Intento y Suicidio.

Actividad N° 1 Completa la frase

El _____ es todo acto por el que un _____ se causa a _____ mismo una _____, o un daño, con un grado variable de la intención de _____, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil.

Suicidio – Individuo – Si – Lesión – Muerte

Actividad N° 2 Recuerda que es necesario diferenciar ciertos conceptos respecto al Suicidio. Realiza este ejercicio de relación.



Derechos res

1. Acto voluntario realizado por la persona con el intento de producirse la muerte, pero sin llegar a conseguirlo.

A. IDEACIÓN SUICIDA

B. TENTATIVA DE SUICIDIO.

2. Es el acto suicida que se ha llevado a cabo con éxito.

C. SUICIDIO CONSUMADO

3. Deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida.

A-3; B-1; C-2

167

Actividad N° 3

Recuerda que es mejor **CONOCER** que ignorar. Marca con una X las creencias erróneas que se tienen sobre el suicidio.

1. Las personas que intentan suicidarse no desean morir, sólo hacen el alarde.
2. La persona que se quiere matar no lo dice
3. La persona que se repone de una crisis suicida corre peligro alguno de recaer.
4. El suicidio se hereda
5. Toda persona que se suicida es un enfermo mental
6. El suicidio está determinado por muchos factores
7. Al hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo lo puede ayudar.
8. Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio
9. El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso.

1-2-4-5-8-9



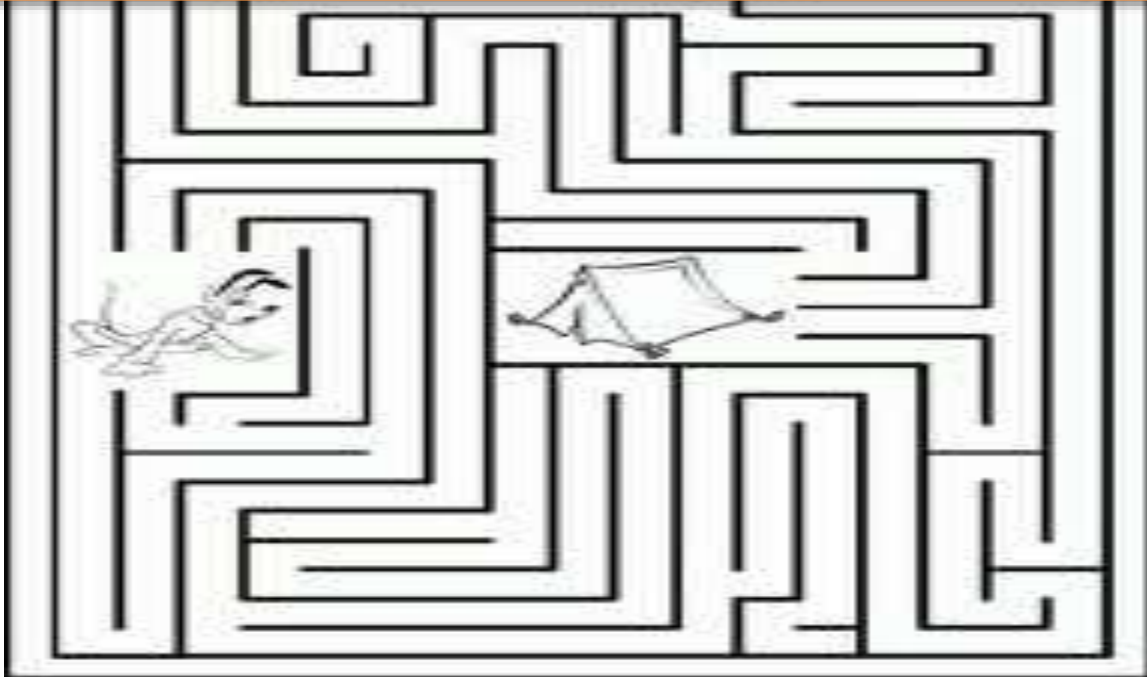
importante que compartas tus conocimientos con familiares y amigos. **INFÓRMALOS BIEN.**



Actividad N°4

Ya conociste las señales que indican que una persona está pasando por una **depresión severa**, Ayuda a concluir el posible camino de estas señales.

Si miras detenidamente el laberinto, podrás observar que hay un camino **LARGO** entre las señales y el acto, **ENTONCES**, el suicidio **SI**, se puede **PREVENIR**.



Actividad N° 5

ES MUY IMPORTANTE QUE TENGAS CLARO, CÓMO PREVENIR EL SUICIDIO.

Relaciona con una flecha cada frase de prevención con el cuadro del contexto que corresponda.

Yo soy responsable



Desarrollar confianza en sí mismo, para lo cual debe ser educado destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, no humillarlos ni crearles sentimientos de inseguridad

Desarrollar una variedad de intereses en la comunidad que no necesariamente tengan que ver con el núcleo familiar que le permitan equilibrar las dificultades en el hogar si las tuviera.

Cómo prevenir desde la familia



Poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre.

Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia.

Construir mi identidad. Yo decido, Yo actúo.

Establecer una comunicación abierta y amorosa es una buena estrategia, demostrando que se le ama y apoya.

Cómo prevenir desde la comunidad



2.

Organismos de Socorro

Cruz Roja Colombiana

QUIERA DE LOS FENÓMENOS EN SALUD MENTAL

EN CASO DE REQU
AUXILIOS EN EL Á
 PUDE SOLICITAR E

DE **PRIMEROS**
 Y PSICOLÓGICA
 ORGANISMOS DE

DEFENSA

CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE PITALITO:

3.

Circuitos de Atención-Canalización



El proceso de atención y canalización se entiende como el proceso que se genera a partir de la experiencia que el actor operador/a construye en su día a día en su contacto con la población asistente. Consiste en transferir la necesidad de Atención ante una demanda que sobrepasa o complementa sus competencias a otro organismo o institución especializada en su abordaje.

Cabe destacar que las fases que se describen, dan cuenta de un proceso en sí mismo, cada uno con sus propios requerimientos y alcances técnico-metodológicos. En su operacionalidad, no se manifiestan de manera secuencial, pudiendo desarrollarse simultáneamente.

A continuación, se revisa cada una de las fase como recurso para diseñar las estrategias que conduzcan a una intervención integral para todos los usuarios(as).



1- Detección



Corresponde al momento en que el actor operador(a) toma conocimiento de la existencia de la demanda de los usuarios(as). Este conocimiento puede producirse por diferentes vías, que de alguna manera reflejan, determinan o influyen la disposición del usuario(a) frente a este proceso.

171

Búsqueda activa: el actor operador(a) reconoce los problemas del usuario(a). Esto ocurre cuando en el trabajo de atención, ya sea intra o extramural, el actor operador(a) visualiza comportamientos, actitudes, evidencias, carencias u otro tipo de manifestación, que se constituyen en señales o "indicadores" de la existencia de un problema que no ha sido visualizado, definido o explicitado por el usuario(a). En este caso, es fundamental desarrollar un trabajo para "develar" el problema, donde se contemple las condiciones de vida y emocionales en que se encuentra el usuario(a) y la manera de evitar una reacción adversa o evasiva de su parte frente al problema que le afecta.

Es frecuente que el usuario(a) tengan invisibilizado el problema, teniendo como actitud permanente la aplicación de mecanismos de defensa como la negación, justificación o evasión. Frente a esto, se sugiere develar progresivamente y en los momentos más apropiados, los problemas interpretados y las posibles consecuencias al no abordarlos.

Esta detección también se puede dar por otros profesionales que abordan el caso en otras instancias. Ocurre cuando la problemática es descubierta por un tercero que atiende el caso y que se vincula con él desde otro organismo o institución. Esta vía de detección requiere de una eficiente coordinación con la otra institución, ya sea para establecer una atención complementaria, para apoyar al develamiento de la problemática o para concretar la derivación más pertinente.



Búsqueda pasiva: el usuario(a) busca al actor operador(a), porque perciben su problema como una necesidad sentida. La demanda es hecha de modo directo por el usuario(a), es decir, que por decisión propia, él/ella expresa sus problemáticas y/o necesidades. Esta es una situación favorable pues indica una disposición para recibir ayuda, en estos casos, el apoyo y estímulo por parte del actor operador(a) son vitales para reforzar positivamente esa motivación inicial, lo que podría aumentar las probabilidades de terminar con éxito la intervención o un proceso de canalización.

172

Lo más frecuente es que esta demanda directa se presente prolongado durante mucho tiempo y pudiendo haber canalizado, alteran fuertemente las condiciones de vida o de bienestar en episodios de crisis.



En cualquiera de estos casos, la actitud más útil es la de acoger al otro en su situación. Esto se define como la comunicación entre el usuario(a) y el actor operador(a) en condiciones de aceptación positiva, de empatía, respeto y autenticidad. Esta condición evita el surgimiento de sentimientos de desesperanza o desmotivación.

El diagnóstico del fenómeno recae sobre el trabajo del profesional pertinente (psicólogos, médicos legistas, jueces) quienes pueden definir los riesgos y las vulnerabilidades que enfrentan los usuarios(as). Metodológicamente, el diagnóstico permite la construcción de una línea de base, para orientar y buscar los recursos pertinentes y coherentes con sus necesidades.



En el caso del actor operador(a) lo que ha
basada en presunciones o sospechas de su
tipo (hace lectura de ciertos indicadores de
tratamiento responsable de la información
experta a cargo de profesionales de organ

2- Orientación

El actor operador(a) orienta al usuario(a) sobre las posibilidades o alternativas de solución de sus problemas y demandas, considerando que los responsables del proceso son los usuarios(as) mismos(as) en cooperación con las instituciones y sus profesionales. Es significativo resaltar que en este proceso el usuario(a) ejerce el rol protagónico y el actor operador(a) el rol de facilitador. De esta manera; la orientación exige que el actor operado(a), el usuario(a) y sus familias, incorporen la urgencia y necesidad de enfrentar sus procesos y desafíos, invirtiendo compromisos y energías para el cambio.

El acto
elemental

3- Búsqueda e Identificación

siguientes

- ✚ Problema que presenta el usuario(a).
- ✚ Quién está siendo afectado(a) por el problema (afectados indirectos).
- ✚ Soluciones que han intentado al respecto.
- ✚ Deterioro que el problema ha generado en el usuario(a) y su familia.
- ✚ Grado de cronicidad, referido a la permanencia en el tiempo del problema.
- ✚ Presencia de riesgo vital asociado.
- ✚ Existencia de otros problemas asociados.
- ✚ Existencia de intervención previa de otra institución.
- ✚ Existencia de otros organismos que den orientaciones acerca de cómo proceder ante el problema.



Una vez realizada esta indagación o sondeo inicial y considerando el nivel de prevalencia de cada uno de los elementos señalados, el actor operador(a) se encuentra en condiciones de clasificar las acciones que puede desarrollar, en función de él o los problemas detectados, con lo que la decisión respecto de su intervención será mucho más expedita.

Corresponde al momento en que se identifica a las instituciones que aportarán y complementarán la atención psicosocial.

La búsqueda corresponde a la acción de establecer los recursos con que cuenta la institución y las disposiciones de otras instituciones para la satisfacción de la demanda del usuario(a). Al respecto, es relevante considerar la amplia oferta de recursos que ofrecen las organizaciones territoriales, pues allí se puede encontrar espacios de participación que complementen la oferta institucional formal.



A partir de la distinción conceptual que se hace de la problemática del usuario(a) el actor operador(a) "orienta un plan de intervención" para determinar qué necesidades se pueden atender desde la propia institución y cuáles requieren de otros apoyos institucionales.

Aquí es importante distinguir entre los problemas y necesidades que pueden ser abordadas exclusivamente desde la propia institución y los que, por sus características, deben ser canalizados a otra institución. Esta última distinción daría origen a una co-intervención institucional, la que se define como la acción concertada intersectorialmente.

Acciones desde la propia institución: recursos, herramientas, orientaciones y competencias propias para brindar una primera respuesta al usuario(a), para que éste pueda recuperar el control sobre su situación y generar un plan de trabajo para la atención oportuna de los problemas o necesidades.

Acciones concertadas: se despliegan frente a aquellos problemas que por su nivel de complejidad, requieren de un abordaje interinstitucional, esto es, instalar la intervención en más de una institución especializada.



Una vez conocida y diagnosticada la situación, y en el caso de no poder dar respuesta desde la institución, por no poseer todos los recursos pertinentes, se resuelve que es necesario canalizar en razón de disminuir la complejidad detectada.



En los problemas y necesidades de Salud Mental, es frecuente que se requiera más de un circuito institucional, sobre todo, en lo que respecta a la violencia intrafamiliar, por el daño físico y emocional que provocan y las implicancias judiciales de los hechos que las constituyen.



El Nivel de Atención que brinda cada institución, el cual debe ser coherente al grado de complejidad del caso. Aquí se identifican las instituciones que aporten a la intervención, principalmente en relación a su oferta institucional y el ámbito de acción que habitualmente abordan.

Es fundamental que consideres los siguientes elementos: ¿Cuáles son los objetivos institucionales? ¿Qué tipo de atención realiza? ¿Cuáles son los Programas de trabajo o líneas de acción que ejecuta? ¿Cuáles son las actividades o servicios que ofrece? ¿Cuáles son los recursos profesionales con que cuenta?

Una vez considerados estos elementos, el actor operador(a) se encuentra en condiciones de clasificar la o las instituciones, puesto que la claridad sobre el nivel de atención, le ha permitido identificar la capacidad de respuesta de cada una de ellas frente a la demanda del usuario(a).

Todo lo anterior requiere de un conocimiento exhaustivo de la oferta institucional existente en el contexto municipal. La claridad respecto a la oferta institucional, ayuda a optimizar y orientar la definición de la estrategia de atención-canalización que se deba desarrollar.



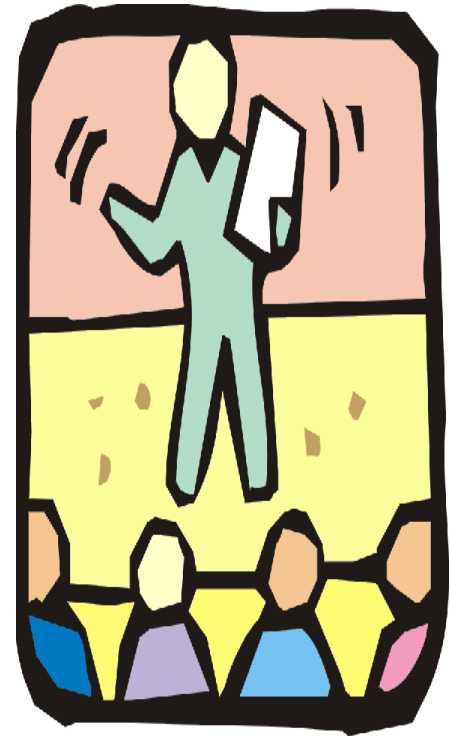
Para facilitar ese conocimiento, en el capítulo IV encontraras información sobre las distintas instituciones que entregan respuesta a necesidades y problemas de salud mental, dando cuenta del tipo y nivel de atención que otorgan.

Una vez que se ha tomado la decisión de dónde canalizar y se ha dado la correspondiente orientación al usuario(a), se debe efectuar como tal la canalización. En términos metodológicos, este proceso no es otra cosa que transmitir el caso a las instituciones correspondientes.

Para que la canalización se efectúe eficientemente, es necesario asistir al usuario(a) en todo momento. Esto implica, recabar y ordenar la información del caso y reforzar positivamente con una actitud de apoyo para generar seguridad y confianza en el usuario(a). Lo anterior permite disminuir el riesgo de frustración o baja recepción hacia el apoyo psicosocial.

Algunos usuarios(as), dado su perfil de mayor autonomía, sólo necesitarán información sobre el lugar y procesos a las que acudirán sin mayores dificultades. Sin embargo, existen otros(as) que requerirán de apoyo en el proceso de vinculación con la institución receptora. Estas situaciones exigirán de los actores operadores(as), de un acompañamiento presencial.

Para resguardar un proceso de canalización asistida, se deben considerar las siguientes acciones:



- + Establecer contactos previos con los profesionales responsables de la co-intervención.
- + Gestionar la atención prioritaria para los usuarios(as) que así lo requieran.
- + Completar los documentos y protocolos correspondientes, exigidos por cada institución y enviarlos oportunamente a los encargados.
- + Establecer reuniones para el traspaso de la información.
- + Indicar a los usuarios(as), las referencias exactas de la institución que le acogerá.
- + Entregárselas verbalmente y por escrito, utilizando un lenguaje claro y directo, señalando la hora y lugar indicado para la atención; asimismo, se deberá entregar la documentación que él o ella necesite. Para esto último se sugiere preparar una carpeta.

¿Cómo me coordino con las instituciones que complementan mi atención-acogida?

El proceso de atención-canalización y la construcción de circuitos para su concreción, tiene como principal sustento el "vínculo", "conexión" o relacionamiento permanente entre los actores operadores(as) de la Red, es decir, acciones concertadas, que requieren de un soporte que garantice niveles de coordinación operativos y eficientes entre los distintos actores operadores(as) institucionales.



5- Seguimiento



Esta metodología, se ha centrado principalmente en la construcción de Rutas de atención para la acción concertada y colaborativa, donde se hace efectiva las tareas que son transversales a todas las instituciones de la Red. Además del establecimiento de alianzas estratégicas que faciliten y hagan más expeditos los procesos de Atención-canalización.



Esta etapa corresponde a las coordinaciones que se debe establecer para monitorear el curso que ha tomado la atención recibida por el usuario(a) en la institución donde se le canalizo. Este seguimiento busca entregar apoyo o contención

constituye en la etapa que cierra el Circuito de canalización por la problemática que se detectó inicialmente, sin embargo participación en los programas de promoción y prevención.

se sugiere indagar si la persona asiste a las citas y si el tratamiento está siendo bien evaluado

RECOMENDACIONES

Para el monitoreo de la canalización, se sugiere establecer contacto telefónico o presencial, con el/la profesional que recibe el caso, para conocer el resultado de la atención, proveerle información adicional que requiera, o determinar el cierre de la atención-acogida y la canalización a otra institución.



Es importante considerar por parte del actor operador(a) la capacidad de manejo de crisis en el caso que el usuario(a) haya vivido una mala experiencia al momento de acudir a la otra institución, lo que puede manifestarse a través de desesperanza, deserción, o victimización secundaria en casos de mayor complejidad. Frente a esta situación; se sugiere aplicar técnicas de contención, reorientación, establecimiento de pausas y es prudente establecer contacto con la otra institución para indagar lo sucedido y buscar alternativas de solución mutuas.

4.

Promoción y Prevención

Para prevenir los factores de riesgo que pueden llevar a la ocurrencia y evolución de cualquiera de los fenómenos en salud mental mencionados y fortalecer factores protectores en estilos de vida saludables para ejercer un mayor control sobre los determinantes del bienestar, a continuación se relaciona la oferta institucional en programas, estrategias, actividades y acciones intersectoriales desarrolladas en el municipio de Pitalito

179

**SERVICIOS EN PROMOCION DE LA SALUD Y
PREVENCION DE LA ENFERMEDAD**

INSTITUCION	PROGRAMAS	DIRIGIDO A
	PROGRAMAS PARA LA PRIMERA INFANCIA (0 A 5 AÑOS) modalidades de atención:	A niños-niñas de 0 -5.
INSTITUCION	PROGRAMAS	DIRIGIDO A
Comisaria de Familia	Erradicación del trabajo infantil. CELEBRACIONES ESPECIALES: Día de la Familia y Día del Niño y de la Niña.	Comunidad en general.
E.S.E. Departamental Hospital San Antonio de Pitalito	ESTRATEGIA I.A.M.I.: Institución Amiga de la Mujer y la Infancia.	Madres gestantes y lactantes.
Unidad de Fiscalía 30 Responsabilidad para Adolescentes	PREVENCION DEL DELITO PRE (restaurantes escolares). Generaciones con Bienestar. Familias con bienestar.	Comunidad en general. derechos.

180

**SERVICIOS EN PROMOCION DE LA SALUD Y
PREVENCION DE LA ENFERMEDAD**





E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (P.I.C.) PROGRAMA DE SALUD MENTAL.	
	SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JOVENES (sede Paraíso y Cálamo): salud sexual y reproductiva, habilidades para vivir, programa Centro Integral de Escucha Comunitario.	Adolescentes y jóvenes
	REBUSQUE: estrategia para la prevención del consumo y canalización del consumidor.	Población vulnerable
	HABILIDADES PARA LA VIDA: prevención de drogas y estilos de vida saludables, desarrollado a través de ferias de la salud.	Instituciones educativas
	PACTOS POR LA VIDA: saber beber, saber vivir y consumo seguro".	Adolescentes y jóvenes
	RBC: libre esparcimiento y aprovechamiento del tiempo libre, desarrollado a través de ferias y olimpiadas de la discapacidad Surcolombiana.	Indígenas y discapacitados

Ppp

Ppp

181

TITUCION

PROGRAMAS

DIRIGIDO A

SERVICIOS EN PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD



182

SERVICIOS EN PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

ciudadana de protección a la infancia y promoción de espacios de participación infantil "con las voces de los niños y las niñas"

general



	PROGRAMA CENTRO INTEGRAL DE ESCUCHA COMUNITARIO: Capacitaciones sobre las causas, consecuencias y formas de intervención de problemáticas como el maltrato y la violencia familiar.	Comuna 2
BATALLON	ABORDAJE EN FAMILIA: Disminución de factores psicosociales que inciden en la salud mental desde el ámbito familiar, a través de: campañas masivas, academias, conferencias, encuestas, instructivos, boletines, plegables, talleres de aprendizaje experiencial y atención en consulta. RESOLUCION DE CONFLICTOS: Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad. FAMILIAS SALUDABLES Y RELACION DE PAREJA: Adaptación a los cambios de vida, comunicación y pautas de crianza.	Personal militar y sus familias
POLICÍA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA	TEMÁTICAS DESARROLLADAS EN PREVENCIÓN: Violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia sexual, explotación sexual comercial (proxenetismo - prostitución), pornografía infantil, derechos sexuales y reproductivos, embarazo en adolescentes, aborto, enfermedades de transmisión sexual, trabajo infantil y mendicidad, consumo de sustancias psicoactivas (spa), consumo de alcohol, consumo de cigarrillos, reclutamiento y utilización de N.N.A. por grupos organizados, subculturas urbanas y juveniles	Toda la comunidad
	trato.	

ppppp

183

SERVICIOS EN PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

N		
	(hippies, emos, punk, góticos), suicidio, uso responsable del internet - video - juegos, principios y valores "el perdón y la tolerancia", violencia escolar (matoneo), violencia de género (física, psicológica, económica, social, sexual),	





paternidad y maternidad responsable y pautas de crianza, porte y uso de armas de fuego por parte de adultos, cuando hay niños, niñas y adolescentes, uso de pólvora por parte de adultos, cuando conviven o están presentes adolescentes, uso de juguetes bélicos por niños, niñas y adolescentes; proyecto de vida, legislación nacional (Ley 1098, ley 906 y ley 599), sectas satánicas, barras bravas y trata de personas.

NOTAS:

- Recuerda que en las E.P.S. y Secretaria de Salud Municipal se puede solicitar información sobre cómo prevenir los fenómenos en salud mental (instructivo, boletines, plebables, etc); además las E.P.S. capacitan a sus usuarios(as) en temas de prevención de riesgos y promoción de estilos de vida saludable.

- Es importante que tengas presente que con el objetivo de contribuir a la formación de ciudadanos activos que aporten a la construcción de una sociedad democrática, participativa, pluralista e intercultural, en concordancia con el mandato constitucional y la Ley General de Educación -Ley 115 de 1994 se creó la ley 1620 del 15 de marzo de 2013 "por la cual se crea el sistema nacional de convivencia Escolar y formación para el ejercicio de los derechos Humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y Mitigación de la violencia escolar"

Esta ley es un instrumento que convoca al Sector Educativo principalmente, a I.C.B.F Como Coordinador del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Ministerios de Cultura, personerías y los integrantes del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes para unir esfuerzos y trabajar en la prevención de la violencia en cualquier manifestación.

De acuerdo al artículo 33. Atención en Salud Mental. La atención en Salud Mental a los niños, niñas, adolescentes y las familias afectadas por la violencia escolar o vulneración de derechos sexuales y reproductivos, será prioritaria con base en el Plan Obligatorio de Salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ppp

De acuerdo al artículo 23 Literal 1 y 3 en el marco del Sistema Nacional de convivencia escolar y formación para los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar, el Ministerio en su carácter de coordinador del Sistema General de Seguridad Social en Salud, será el encargado de:

1. Garantizar que las entidades prestadoras de salud, en el marco de la ruta de atención integral, sean el enlace con el personal especializado de los establecimientos educativos, de que trata el artículo 31 de la presente Ley. Estos equipos conformados por la EPS y el establecimiento educativo acompañarán aquellos estudiantes que han sido víctimas así como a sus victimarios y harán trabajo social con sus respectivas familias. El acompañamiento se prestará de conformidad con la reglamentación que para tal fin expidan los Ministerios de Salud y de Educación Nacional.



184

5.

Aclaraciones



Aclaraciones frente a la operatividad de las rutas de atención en salud mental y de situaciones que se pueden presentar durante la activación de las mismas



En distintas situaciones la ley
 los aspectos entre mayores y
 además tener claridad sobre el
 e, de la minoría de edad.

artículo 34 hace una definición
 la persona se refiere:

ese infante o niño, todo el que
 ón que no ha cumplido catorce
 e; adulto, el que ha dejado de
 ante mayor, el que ha cumplido
 e menor, el que no ha llegado a

mayor, empleadas en las leyes
 enido habilitación de edad, en
 leyes no hayan exceptuado

006 Código de la infancia la
 adolescencia, en su artículo 6 contempla define el concepto de una
 forma mucho más sencilla:

Sujetos titulares de derechos. Para todos los efectos de esta ley son
 sujetos titulares de derechos todas las personas menores de 18 años.
 Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34 del Código Civil, se
 entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y por
 adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad.

De las normas transcritas se advierte que una persona es considerada
 menor de edad cuando no ha cumplido los 18 años de edad, y caso
185 rior, se considera mayor de edad si ya ha cumplido los 18 años de
 on que falte un día para cumplir los 18 años, se considera menor
 de edad.



Aclaración 2

En salud mental son consideradas urgencias, según la
 guía para manejo de urgencias tomo III del
 Ministerio de la Protección Social 3° edición (2009):
 Pacientes psiquiátricos: la persona presenta
 alteraciones del estado de ánimo, del pensamiento o



Estos usuarios(as) son prioriza urgencias a través de un "t clasificación de pacientes, basa terapéuticas del usuario(a) disponibles, para determina el ti que será atendido. De este modo una valoración clínica breve, q enfermedades o lesiones gr inmediatamente y que se post quienes presenten enfermedad (éstos deben ser trasladados a condiciones de seguridad, sin rie secuelas). Este proceso es muy d rápidamente como lo hace e paciente.





Marco legal en urgencias

El Decreto 5261 de agosto 5 de 1994 conmina a los médicos de urgencias a obrar de manera prudente y racional en el momento de atender una urgencia. Ahora bien, este mismo artículo da la potestad al médico para definir cuándo se está en presencia de una verdadera urgencia, pues es él quien tiene los conocimientos técnicos para hacer tal definición.

Según el Decreto 412 de 1992 se define urgencia como "la alteración de la integridad física y/o mental de una persona causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte".

La urgencia no solo responde a enfermedades orgánicas, sino que incluye las alteraciones mentales que condicionan la urgencia: trastornos psicóticos agudos (como la crisis de pánico derivada de un dolor precordial atípico interpretado como posible infarto por el paciente).

Si bien es cierto que gran número de pacientes consulta al servicio de urgencias con enfermedades que de ninguna manera ponen en riesgo su vida, la ansiedad con que enfrentan su enfermedad y los temores que los embargan ameritan una consulta tendiente a minimizar el estrés psicológico, que produce tanto el daño como la enfermedad física.



la de atención oportuna, eficaz, eficiente inmediata. Sin embargo, en que establecer escalas de prioridad para que los pacientes más rápidos que aquellos cuya gravedad es menor y por lo tanto o un tiempo prudencial. Sin embargo, demorar la consulta por el concepto de consulta prioritaria es un riesgo que fácilmente el libre acceso a los servicios de salud.



aminada a
erte. Esto
os servicios
ales de los
e impresión
ulatorio u
ones no se
encia y por
tado.

Ley 100 de 1993:

Artículo 168. Atención Inicial de Urgencias. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía, en los casos previstos en el artículo anterior, o por la entidad promotora de salud al cual este afiliado en cualquier otro evento.

Decreto 4747 de 2007:

Artículo 7. Parágrafo 1. Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado. Si las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, contratados por capitación son prestados o suministrados por otro prestador, por remisión de la institución prestadora o en caso de urgencias, la entidad responsable del pago cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar el valor de la atención.

Artículo 10. Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "triage". El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "triage", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios.

Artículo 11. Parágrafo 1. El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, "triage" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

Artículo 12. Informe de la atención inicial de urgencias. Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de la Protección Social.

La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

a. Para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.

b. Para atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

Atendiendo el procedimiento señalado por el Ministerio de la Protección Social, de no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura.



189

Decreto 5261 de 1994.

Artículo 9. Urgencia. Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

Artículo 10. Atención de urgencias. Comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la E.P.S. respectiva o aún en el caso de personas no afiliados al sistema.

Artículo 45. Actividades para la atención de pacientes en el servicio de urgencias. evaluación y atención médica, atención médica que requiera sutura, atención médica con cuidado en observación, hasta por 24 horas; atención médica con cuidado en hidratación; evaluación, estabilización y remisión del paciente que lo requiera; otras actividades y procedimientos médicos y de enfermería e interconsulta especializada.

ESCALA DE PRIORIDADES DEL "TRIAGE"

Escala	Tiempo de respuesta	Descripción
--------	---------------------	-------------



<p>Prioridad I Reanimación</p>	<p>Atención médica y de enfermería: inmediato, simultánea a la valoración.</p>	<p>Paciente quien presenta una condición que amenaza la vida; el paciente requiere una intervención médica inmediata. Se incluyen en esta categoría pacientes con dificultad respiratoria severa, estado de inconciencia o ausencia de signos vitales, debido a trauma mayor, problemas cardiorrespiratorios o neurológicos.</p>
<p>Prioridad II Emergencia</p>	<p>Atención de enfermería: inmediato. Atención médica: 15 minutos.</p>	<p>Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica, cuyo problema representa un riesgo potencial de amenaza a la vida o pérdida de una extremidad u órgano si no recibe una intervención médica rápida; por ejemplo pacientes en estado de agitación, dolor torácico, dolor abdominal, síntomas asociados con diabetes descompensada, algunas cefaleas, trauma o fiebre alta en niños, otras dolencias como vómito y diarrea, dolor de cólico renal, amputación traumática. También se incluye todo tipo de dolor severo (nivel 7-10) y afecciones en las cuales el tiempo es crítico para iniciar el tratamiento.</p>

ESCALA DE PRIORIDADES DEL "TRIAGE"

Escala	Tiempo de respuesta	Descripción
<p>Prioridad III Urgencia</p>	<p>Atención médica y de enfermería: menor de 30 minutos.</p>	<p>Paciente con estabilidad ventilatoria, hemodinámica y neurológica con condiciones que pueden progresar a problemas serios que requieren intervención de emergencia. Regularmente se asocian con molestias relevantes que interfieren en el trabajo o las actividades de la vida diaria. Son ejemplos de estos síntomas cefalea, dolor torácico, asma leve a moderada, sangrado leve a moderado y síntomas asociados con diálisis. También se incluye todo tipo de dolor moderado y afecciones en las cuales el tiempo es crítico para iniciar el tratamiento.</p>
<p>Prioridad IV Urgencia menor</p>	<p>Atención médica y de enfermería: menor de 60 minutos</p>	<p>Condiciones relacionadas con la edad del paciente, angustia o deterioro potencial o complicaciones, que se beneficiará de la intervención o de tranquilizarlo dentro de 1-2 horas. Incluye síntomas como dolor torácico (no sugestivo de síndrome coronario agudo), dolor de cabeza, dolor abdominal y depresión.</p>
<p>Prioridad V No urgente</p>	<p>Tiempo de atención: 120 minutos</p>	<p>Condiciones que pueden ser agudas pero no comprometen el estado general del paciente y no representan un riesgo evidente; también condiciones que hacen parte de problemas crónicos sin evidencia de deterioro. Por ejemplo, trauma menor, estrés emocional e inflamación de la garganta. La atención puede ser postergada y el paciente puede ser referido a consultorio anexo.</p>

Acuerdo 029 de 2011 Plan Obligatorio en Salud.

Atención de urgencias: prestación oportuna de servicios de salud, con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras mediante tecnologías en salud, para la atención de usuarios que presenten alteraciones de la integridad física, funcional y/o mental, por cualquier causa, y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

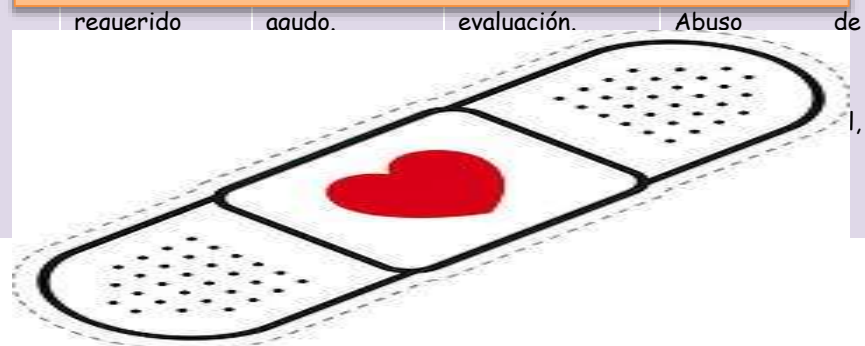
Atención inicial de urgencias: acciones realizadas a una persona con una condición de salud que requiere atención médica en un servicio de urgencias, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud y buscando:

- a. La estabilización de sus signos vitales, que implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, y que no implica necesariamente la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento.
- b. La realización de un diagnóstico de impresión.
- c. La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia.



Artículo 20. Atención de urgencias. El POS cubre las tecnologías en salud necesarias para la atención de urgencias del paciente, teniendo en cuenta el resultado del Sistema de Selección y Clasificación de Pacientes en Urgencias, "triage", según la normatividad vigente.

Artículo 21. Atención inicial de urgencias. La cobertura de atención inicial de urgencias es obligatoria y su pago está a cargo de la EPS cuando se trata de sus afiliados y la prestación oportuna es responsabilidad del IPS al que el paciente demande el servicio, incluyendo la apropiada remisión cuando no cuente con las tecnologías necesarias para el caso.



Aclaración 3

Niveles de atención en salud: según la Resolución No. 5261 de 1994 los servicios tienen niveles de responsabilidad y niveles de complejidad de la atención en salud:

NIVEL I. Médico General y/o personal auxiliar, y otros profesionales de la salud.

NIVEL II. Médico General con Interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados.

NIVEL III Y IV. Médico Especialista con la participación del médico general.

Artículo 2. Disponibilidad del servicio y acceso a los niveles de complejidad. Parágrafo: el acceso al servicio de salud siempre será por el I nivel o por el servicio de urgencias. Para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo a las normas definidas para ello, las que como mínimo deberán contener una historia clínica completa en la que se especifique el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos.

Artículo 7. Consulta médica especializada. Es aquella realizada por un médico especialista en alguna de las ramas de la medicina, quien recibe al paciente por remisión de un médico general, o interconsulta especializada, o directamente en casos de urgencia por que la patología que presenta el paciente requiere evaluación especializada.

Acuerdo 029 de 2011 Plan Obligatorio en Salud (P.O.S.)

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación: el P.O.S. se constituye en un instrumento para el goce efectivo del derecho a la salud y la atención en la prestación de las tecnologías en salud (actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud) que cada E.P.S. debe garantizar a través de su red de I.P.S., a los afiliados dentro del territorio nacional y en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

Artículo 2. Plan obligatorio de salud: el P.O.S. es el conjunto de tecnologías en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al S.G.S.S.S. y cuya prestación debe ser garantizada por las E.P.S.



Consulta médica: valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración comprende anamnesis (conjunto de datos clínicos relevantes y otros del historial del paciente), toma de signos vitales, examen físico, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento en cualquier fase de la atención: promoción, prevención, curación, rehabilitación y/o paliación. La consulta puede ser programada o de urgencia y general o especializada.

Artículo 7. Garantía de acceso a los servicios de salud. Las entidades promotoras de salud deberán garantizar a los afiliados el acceso efectivo al derecho a la salud a través de la prestación de las tecnologías en salud incluidas en el presente acuerdo.



Artículo 11. Niveles de los procedimientos y servicios incluidos en el P.O.S. Se adopta la definición por niveles 1, 2 y 3 de los procedimientos en los casos descritos. Lo anterior sin perjuicio de las normas de calidad y habilitación de servicios al interior de un prestador de servicios en salud.

Artículo 12. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. De conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud A.P.S. el P.O.S. cubre todas las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, protección específica y detección temprana.

Artículo 13. Acciones para la recuperación de la salud. El P.O.S. cubre las tecnologías en salud contempladas en el presente acuerdo para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de las enfermedades y problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad.

Artículo 15. Acceso a servicios especializados de salud. Para acceder a los servicios especializados de salud es indispensable la remisión por medicina general conforme al Sistema de Referencia y Contrarreferencia definido por la E.P.S. y por las normas de calidad vigentes. Si el caso amerita interconsulta al especialista, el usuario debe continuar siendo atendido por el profesional general, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.

Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiere periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada sin necesidad de remisión por el médico u odontólogo general.

Artículo 17. Atención en salud mental. El P.O.S. cubre la atención ambulatoria (sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente) con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

1. hasta 30 sesiones de psicoterapia individual en total por psiquiatría y por psicología durante el año calendario.
2. hasta 30 terapias grupales, familiares y de pareja en total por psiquiatría y por psicología durante el año calendario.

Artículo 18. Atención psicológica y/o psiquiátrica de mujeres víctimas de violencia. El P.O.S. cubre la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante, y adicionales a las coberturas establecidas en los artículos 17 y 24.

Artículo 22. Atención de urgencias en salud mental. El P.O.S. incluye la atención de urgencias del paciente con trastorno mental, en el servicio de urgencias y en observación. Esta atención cubre las primeras 24 horas, en el evento que ponga en peligro su vida o integridad o la de sus familiares o la comunidad.

Artículo 24. Internación para el manejo de enfermedad en salud mental. En caso de que el trastorno o la enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente o la de sus familiares y la comunidad, o por prescripción específica del médico tratante, el P.O.S. cubre la internación de pacientes con problemas y trastornos en salud mental hasta por 90 días, acorde con la prescripción del médico tratante y las necesidades del paciente. Sin perjuicio del criterio médico tratante, el paciente con problemas y trastornos en salud mental, se maneja de preferencia en el programa de internación parcial según normatividad vigente.



Los siguientes servicios del Acuerdo 029 son unificados por el Acuerdo 032 de 2012, para las personas entre los 18 y 59 años de edad.

Artículo 67. Atención en salud. El P.O.S. para los menores de dieciocho (18) años de edad cubre todas las tecnologías en salud descritas en los anexos 01 y 02 del presente Acuerdo, según las condiciones establecidas en el Título II y las coberturas especiales del presente Título.

Artículo 73. Atención psicológica y/o psiquiátrica de menores víctimas de violencia intrafamiliar. El P.O.S. para los menores de 18 años cubre la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para todo menor de edad víctima de violencia intrafamiliar debidamente certificada esa condición por la autoridad competente, de acuerdo con los límites establecidos en los artículos 17 y 24 del presente acuerdo.



Artículo 74. Casos de abuso sexual. El P.O.S. para los menores de 18 años cubre la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación (ingreso a una institución prestadora de servicios de salud para recibir tecnologías en salud con una duración superior a 24 horas) para todo menor de edad con diagnóstico confirmado o presuntivo de abuso sexual, de acuerdo con los límites establecidos, y adicionales a las coberturas establecidas en los artículos 17 y 24.

Artículo 76. Casos de uso de sustancias psicoactivas en menores de 18 años. Sin perjuicio de las evaluaciones y atenciones realizadas por profesionales de la salud, todo menor de 18 años de edad que use sustancias psicoactivas tendrá derecho a recibir atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación, y adicionales a las coberturas establecidas en los artículos 17 y 24.

Artículo 77. Atención psicológica y/o psiquiátrica de menores con discapacidad. El P.O.S. para los menores de 18 años de edad cubre la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria o con internación para todo menor de edad con discapacidad debidamente certificada esa condición por la autoridad competente, y adicionales a las coberturas establecidas en los artículos 17 y 24.

ANEXO 2 LISTADO DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS EN POS

CUPS	Descripción	Nivel
890108	Atención (visita) domiciliaria, por psicología	2
890114	Atención (visita) domiciliaria, por promotor de la salud	1
880115	Atención (visita) domiciliaria, por otro equipo interdisciplinario	2
890116	Atención (visita) domiciliaria, por otro profesional de la salud NCOC	2
890208	Consulta de primera vez por psicología	2
690215	Consulta de primera vez por equipo interdisciplinario	2
890308	Consulta de control o de seguimiento por psicología	2
890315	Consulta integral de control o de seguimiento por equipo interdisciplinario	2
890408	Interconsulta por psicología	2
890608	Asistencia intrahospitalaria por psicología	2
890615	Asistencia intrahospitalaria por equipo interdisciplinario	2
930102	Prueba cognitiva	2



ANEXO 2 LISTADO DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS EN POS

940200	Administración (aplicación) de prueba de personalidad (cualquier tipo)	2
	<p>Aplicación de prueba psicométrica o psicológica destinada a identificar atributos, rasgos, factores esenciales, perfiles y dimensiones de la personalidad en el ámbito de la evaluación clínica en salud mental. La duración de la aplicación es determinada por el manual específico de cada una de ellas. Incluye diferentes tipos de prueba: Rorschach, Wartegg, test de apercepción temática (TAT), Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), 16 Personality Factors (16 PF y 16 PF-5), ESPQ cuestionario factorial de personalidad para niños, CPQ cuestionario de factores de personalidad de Porter y Catell, dibujo de la figura humana y de escritura de Machqver o MC Cover para niños entre 7 y 12 años, HSPQ cuestionario de personalidad para adolescentes entre 12 y 18 años, MCMI II para adultos, MACI para adolescentes, NEO-PI-R</p>	
940301	Evaluación en alteraciones emocionales y/o de conducta	2
940900	Determinación del estado mental por psicología SOD	2
941100	Determinación del estado mental por psiquiatría SOD	2
943101	Psicoterapia individual por psiquiatría	2
943102	Psicoterapia individual por psicología	2
943500	Intervención en crisis SOD	2
944001	Psicoterapia de pareja por psiquiatría	2
944002	Psicoterapia de pareja por psicología	2
944101	Psicoterapia familiar por psiquiatría	2
944102	Psicoterapia familiar por psicología	2
944201	Psicoterapia de grupo por psiquiatría	2

Aclaración 4

Ley 906 de 2004 Código de Procedimiento Penal:

Artículo 66. Titularidad y obligatoriedad. El Estado, por intermedio de la Fiscalía General de la Nación, está obligado a ejercer la acción penal y a realizar la investigación de los hechos que revistan las características de un delito, de oficio o que lleguen a su conocimiento por medio de denuncia, petición especial, querrela o cualquier otro medio.

Ley 1542 del 5 de Julio de 2012

Artículo 1. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto garantizar la protección y diligencia de las autoridades en la investigación de los presuntos delitos de violencia contra la mujer y eliminar el carácter de querrelables y desistibles de los delitos de violencia intrafamiliar e inasistencia alimentaria, tipificados en los artículos 229 y 233 del Código Penal.



Artículo 2. Suprímase del numeral 2, del artículo 74 de la Ley 906 de 2004, Código de Procedimiento Penal, modificado por el artículo 108 de la Ley 1453 de 2011, las expresiones: violencia intrafamiliar (C. P. artículo 229); e inasistencia alimentaria (C. P. artículo 233).

En consecuencia, la pena privativa de la libertad por la comisión del delito de violencia intrafamiliar será la vigente de cuatro (4) a ocho (8) años con los aumentos previstos en el artículo 33 de la Ley 1142 de 2007, que modificó el artículo 229 de la Ley 599 de 2000, Código Penal.

Artículo 3. Adiciónese al artículo 74 de la Ley 906 de 2004, Código de Procedimiento Penal, el siguiente párrafo:

Parágrafo. En todos los casos en que se tenga conocimiento de la comisión de conductas relacionadas con presuntos delitos de violencia contra la mujer, las autoridades judiciales investigarán de oficio, en cumplimiento de la obligación de actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra las mujeres consagrada en el artículo 7° (literal b) de la Convención de Belém do Pará, ratificada por el Estado colombiano mediante la Ley 248 de 1995.

Artículo 4. Adiciónese un inciso al numeral 4 del artículo 38 A de la ley 599 de 2000, del siguiente tenor: Para la verificación del cumplimiento de este presupuesto, en los delitos de violencia intrafamiliar, la decisión del juez de ejecución de penas y medidas de seguridad deberá ser precedida de un concepto técnico favorable de un equipo interdisciplinario de medicina legal.

Ley 906 de 2004 Código de Procedimiento Penal:

Artículo 67. Deber de denunciar. Toda persona debe denunciar a la autoridad los delitos de cuya comisión tenga conocimiento y que deban investigarse de oficio. El servidor público que conozca de la comisión de un delito que deba investigarse de oficio, iniciara sin tardanza la investigación si tuviera competencia para ello, en caso contrario, pondrá inmediatamente el hecho en conocimiento ante la autoridad competente.

Artículo 68. Exoneración del deber de denunciar. Nadie está obligado a formular denuncia contra sí mismo, contra su cónyuge, compañero o compañera permanente o contra sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o civil, o segundo de afinidad, ni a denunciar cuando medie el secreto profesional.





Artículo 69. Requisitos de la denuncia, de la querrela o de la petición. La denuncia, querrela o petición se hará verbalmente, o por escrito, o por cualquier medio técnico que permita la identificación del autor, dejando constancia del día y hora de su presentación y contendrá una relación detallada de los hechos que conozca el denunciante. Este deberá manifestar, si le consta, que los mismos hechos ya han sido puestos en conocimiento de otro funcionario.

Artículo 218. Aviso de ingreso de presuntas víctimas. Quien en hospital, puesto de salud, clínica, consultorio médico u otro establecimiento similar, público o particular, reciba de entrada a persona a la cual se le hubiese ocasionado daño en el cuerpo o en su salud, dará aviso inmediatamente a la dependencia de policía judicial que le sea más próxima o, en su defecto a la primera autoridad del lugar.

Comentario:

Teniendo en cuenta estos dos marcos legales, se deja a consideración de la ética personal y profesional el poner el caso en conocimiento de la autoridad competente (Fiscalía) mediante oficio, en las situaciones donde el usuario(a) se rehúsa a hacer efectiva la demanda.

De todos modos es importante que el profesional que aborde el caso, durante el encuadre en la consulta refiera las condiciones en las cuales la confidencialidad y el secreto profesional se pueden mantener, recuerde que se puede revelar la información obtenida en consulta siempre y cuando el no hacerlo conlleve a daños en el propio usuario(a) o a otras personas, por solicitud de una autoridad, cuando el usuario(a) se encuentra en incapacidad física o mental o cuando se trate de niños.

Así el usuario(a) se informa bajo qué condiciones se podrá manejar la información dejándose por sentado que la divulgación de la misma no tiene nada que ver con faltas éticas o profesionales, sino que tiene que ver con normas legales que así lo requieren por el bien de todos.

Esto también tiene coherencia con el principio del mal menor, pues en estos casos siempre entran en juego otros derechos fundamentales y el de otras personas, así el mal menor sería que el usuario(a) se sienta vulnerado por parte del profesional, pero el mal mayor sería que a raíz de mantener en secreto dicha información se agrave el fenómeno, dejando secuelas psicológicas y físicas peores.

Para los profesionales de la psicología tener en cuenta el artículo 5° Título II de la Ley 1090 de 2006 (Código Deontológico y Bioético), sobre la confidencialidad y sus excepciones.

Recuérdese también que es importante comunicarle al usuario que su caso será notificado a la Secretaría de Salud municipal mediante el diligenciamiento de la ficha de Vigilancia Epidemiológica y que esa información llegará a conocimiento de los profesionales del Plan de Intervenciones Colectivas P.I.C. del Programa de Salud Mental E.S.E. municipal Manuel Castro Tovar quienes harán el respectivo seguimiento del caso habiendo o no notificación hacia la autoridad competente.

Para el fenómeno de maltrato infantil, cuando un N.N.A. se encuentre en una situación de inobservancia, amenaza o vulneración de sus derechos, las autoridades públicas y la comunidad en general deberán informar, oficiar o conducir de manera inmediata ante la Policía de Infancia o Adolescencia, Policía Nacional, Defensoría de Familia, Comisaria de Familia, Inspector de Policía, Personería municipal y autoridades tradicionales indígenas, afrocolombianas, raizales o ROM, según el caso.

Los Defensores de Familia, los Comisarios de Familia o los Inspectores de Policía, mediante sus actuaciones administrativas, deberán procurar y promover la realización y restablecimiento de los derechos reconocidos a la niñez y a la adolescencia.

Las autoridades tradicionales indígenas, son las autoridades encargadas de dirigir, adelantar y resolver el correspondiente proceso de restablecimiento de los derechos, en los casos de niños, niñas o adolescentes pertenecientes a minorías étnicas.

¿Cómo se presenta una denuncia? En forma verbal o escrita mediante una narración breve de cómo sucedieron los hechos, fecha y lugar. Si se conoce a los presuntos autores, incluirá todos los datos que se conozca sobre los mismos

¿Dónde puedo denunciar? Si usted es una persona natural o jurídica que se vea afectada o tenga conocimiento de un delito debe denunciar ante las Unidades de Reacción Inmediata (URI), Salas de Atención al Usuario (SAU), Policía Nacional, Centros de Atención Inmediata CAI o Casas de Justicia.

¿Los N.N.A. pueden denunciar? Sí, cualquier colombiano o colombiana sin importar su edad, género o raza puede y tiene el deber de denunciar. Los menores de edad deben ser acompañados de sus padres o de un familiar. Si no es el caso, la Fiscalía le asignará un defensor de familia que lo acompañe a la hora de poner la denuncia.

¿Qué son las Unidades de Reacción Inmediata - URI? Estas Unidades facilitan el acceso al ciudadano a través de la prestación permanente del servicio. Logran la efectividad de la acción judicial y dan respuesta oportuna a las necesidades de la comunidad. Las URI brindan servicio permanente los 365 días del año durante las 24 horas del día con unidades ubicadas estratégicamente en el país.

Aclaración 5

Ley 1098 de 2006 Código de la Infancia y la Adolescencia:

Artículo 89. Funciones de la policía: prestar la logística necesaria para el traslado de N.N.A., recibir las quejas y denuncias de la ciudadanía sobre amenazas o vulneraciones de los derechos del N.N.A. actuar de manera inmediata para garantizar los derechos amenazados y para

Aclaración 6

Ley 906 de 2004 Código de Procedimiento penal.

Artículo 200. Órganos. Corresponde a la Fiscalía General de la Nación realizar la indagación e investigación de los hechos que revistan características de un delito que lleguen a su conocimiento por medio de denuncia, querrela, petición especial o por cualquier otro medio idóneo.

Artículo 204. Órgano técnico científico. El instituto de nacional de medicina legal y ciencias forenses, de conformidad con la ley y lo establecido en el estatuto orgánico de la fiscalía general de la nación, prestara auxilio y apoyo técnico científico en las investigaciones desarrolladas por la Fiscalía General de la Nación y los organismos con funciones de policía judicial.

Artículo 250. Procedimiento en casos de lesionados o víctimas de agresiones sexuales. Cuando se trate de investigaciones relacionadas con la libertad sexual, la integridad corporal o cualquier otro delito en donde resulte necesaria la práctica de reconocimiento y exámenes físicos de las víctimas, tales como extracciones de sangre, toma de muestras de fluidos corporales, semen y otros análogos, y no hubiera peligro de menoscabo para su salud, la policía judicial requerirá el auxilio del perito forense a fin de realizar el reconocimiento o examen respectivo.

En todo caso, deberá obtenerse el consentimiento escrito de la víctima o de su representante legal cuando fuere menor o incapaz y si estos no lo prestare, se les explicara la importancia que tiene para la investigación y las consecuencias probables que se derivarían de la imposibilidad de practicarlos. De perseverar en su negativa se acudirá al juez de control de garantías para que fijen los condicionamientos dentro de los cuales debe efectuarse la inspección.

El reconocimiento o examen se realizara en un lugar adecuado, preferiblemente en el instituto de medicina legal y ciencias forenses o, en su defecto, en un establecimiento de salud.



201

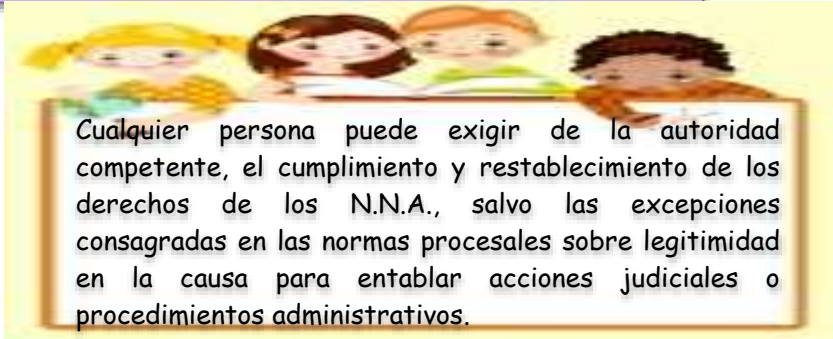
Capitulo V. cadena de custodia.

Artículo 254. Aplicaciones. Con el fin de demostrar la autenticidad de los elementos materiales probatorios y evidencia física, la cadena de custodia se aplicara teniendo en cuentan los siguientes factores: identidad, estado original, condiciones de recolección, preservación, embalaje y envío; lugares y fechas de permanencia y los cambios que cada custodio haya realizado. Igualmente se registrara el nombre y la identificación de todas las personas que hayan estado en contacto con esos elementos.

La cadena de custodia se iniciara en el lugar donde se descubran, recauden o encuentren los elementos materiales probatorios y evidencia física, y finaliza por orden de autoridad competente.

Aclaración 7

Para el I.C.B.F se entiende por Restablecimiento de los Derechos de los N.N.A, el conjunto de actuaciones administrativas y de otra naturaleza, que la autoridad competente debe desarrollar para la restauración de su dignidad e integridad como Sujetos de Derechos, y de su capacidad para disfrutar efectivamente de los derechos que le han sido vulnerados; lo anterior, dentro del contexto de la protección integral y los principios de prevalencia, interés superior, perspectiva de género, exigibilidad de derechos, enfoque diferencial y corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado.



Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente, el cumplimiento y restablecimiento de los derechos de los N.N.A., salvo las excepciones consagradas en las normas procesales sobre legitimidad en la causa para entablar acciones judiciales o procedimientos administrativos.

202

Etapa I: Ingreso.

Paso 1. Triage: método para la selección y clasificación de los casos de los N.N.A., basándose en las prioridades de atención, de acuerdo a sus necesidades y los recursos disponibles. Este primer contacto lo realiza el equipo de Atención al Ciudadano para determinar de manera inmediata o prioritaria las actuaciones a que haya lugar de acuerdo con la situación detectada.

Cuando un niño, niña o adolescente se encuentre en situación de inobservancia, amenaza o vulneración de sus derechos, las autoridades públicas y la comunidad en general deberán informar, oficiar o conducir de manera inmediata ante la

ACTORES	ACTUACIONES	TIEMPO
Atención al ciudadano	1. Abre el primer folio de la Historia de Atención y lo registra en el SIM, después de haber hecho la atención inicial.	15 minutos
	Contacta al representante legal, responsable o cuidador del niño, niña o adolescente.	10 minutos
	Clasifica la petición por el motivo de ingreso	5 minutos
	Cita y direcciona la atención	

En este primer contacto se realizan las siguientes acciones:

- 1. Abrir el Primer Folio de la Historia de Atención:** contiene los datos básicos y la descripción de la situación actual del N.N.A. y se registra de manera inmediata en el Sistema de Información Misional del ICBF, S.I.M., según lo establecido en el Art. 77 de la Ley 1098 de 2006. Se registra el motivo por el cual se pide ayuda al Defensor de Familia o a la Autoridad Competente.
- 2. Contactar al Representante Legal del N.N.A.:** se contacta de manera inmediata a la familia o a la red vincular próxima del N.N.A.
- 3. Clasificar el Motivo de Ingreso:** de acuerdo a la situación de sus derechos (inobservancia, amenaza o vulneración).
- 4. Cita y Direccionar la Atención:** hacia el Equipo Técnico Interdisciplinario o hacia la autoridad competente.



Si el caso de maltrato infantil es reportado telefónicamente, el I.C.B.F. tiene tres días hábiles para hacer la constatación del caso, si este es verdadero se accede a todo el proceso de restitución de derechos. Si el caso reportado es de abuso sexual se tienen 24 horas para la constatación del mismo.

Equipo Técnico Interdisciplinario de la Defensoría de Familia

El Defensor de Familia debe contar con un equipo técnico interdisciplinario que está integrado por lo menos por un psicólogo, un trabajador social y un nutricionista.

Las funciones principales son:

- a) Verificar la garantía de derechos de los N.N.A.
- b) Emitir el concepto de Verificación de estado de cumplimiento de derechos junto con el Defensor de Familia.
- c) Emitir conceptos integrales sobre la situación de derechos de los N.N.A. por la Autoridad competente.
- d) Emitir dictámenes periciales.



Situaciones de Ingreso al Proceso de Restablecimiento de Derechos:

Inobservancia: Consiste en el incumplimiento, omisión o negación de acceso a un servicio, o de los deberes y responsabilidades ineludibles que tienen las autoridades administrativas, judiciales, tradicionales nacionales o extranjeras, actores del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, sociedad civil y personas naturales, de garantizar, permitir o procurar el ejercicio pleno de los derechos de los niños, niñas o adolescentes nacionales y extranjeros que se encuentren en el territorio colombiano o fuera de él.

Amenaza: Consiste en toda situación de inminente peligro o de riesgo para el ejercicio de los derechos de todos los niños, las niñas o los adolescentes.

Vulneración: Es toda situación de daño, lesión o perjuicio que impide el ejercicio pleno de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Etapas de Ingreso y Trámites para el Restablecimiento de Derechos

Los N.N.A. ingresan a Restablecimiento de Derechos con el fin de que la autoridad administrativa competente prevenga, proteja, garantice o restablezca sus derechos, de manera oficiosa o a partir de una petición verbal o escrita, telefónica o virtual originada por cualquier persona natural o jurídica, nacional o extranjera. En ningún caso podrá negarse la atención argumentando falta de documentos.

En el restablecimiento de derechos se evalúan los derechos vulnerados del N.N.A. y se garantiza su restitución, por ejemplo, garantizar su educación, salud, nutrición, familia, vivienda, entre otros, y para ello el I.C.B.F. como coordinador del sistema articula las competencias de las demás instituciones que tienen injerencia en el cumplimiento de estos derechos.

Aunque las rutas son claras y determinan la responsabilidad de cada institución, es importante **CLARIFICAR** que cada institución tiene a su vez la responsabilidad de identificar, captar e informar casos que sean revelados en su institución.

SECTOR SALUD

- Garantizar la atención integral del caso y asegurar las intervenciones individuales y familiares que se requieren de acuerdo a su competencia.
- De acuerdo a la valoración del caso, asegurarse de la canalización del evento a un nivel de complejidad superior (proceso de contrareferencia).
- Realizar seguimiento del caso.
- Diligenciar la ficha de notificación para el caso a la secretaria de Salud Municipal.
- En el caso de haber menores de edad, notificar al I.C.B.F.



SECTOR EDUCATIVO

- Identifica casos.
- Notifica y denuncia casos a la Secretaria de Salud y al I. C. B. F si hay menores de edad involucrados.
- Activa la vinculación de P.I.C., en contención del brote o actividades y programas de promoción y prevención.
- Realiza seguimiento al caso y lo notifica a Secretaria de Salud Municipal.

SECTOR PROTECCIÓN, COMISARIA DE FAMILIA

- Recibe denuncia y orienta al usuario(a) sobre acciones a instaurar.
- Tiene autoridad de policía judicial.
- Apoya a la familia y acompaña a las víctimas de violencia conyugal específicamente.
- Practica rescates para darles fin a situaciones de peligro.
- Brinda atención en crisis con equipo psicosocial.
- Remite casos a Fiscalía.
- Solicita dictamen a Medicina Legal.
- Toma medidas de protección.

SECTOR PROTECCIÓN

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

- Identifica y recibe el caso cuando son N.N.A.
- Verifica garantías de derechos.
- Brinda atención en crisis.
- Puede activar la red de atención en salud.
- Gestiona de inmediato la denuncia a la Fiscalía.
- Acompaña y apoya a la víctima.
- Remite y gestiona atención en servicios especializados (nutrición, psicología, trabajo social, educación y salud).
- Realiza investigación socio-familiar.
- Toma medidas de restablecimiento de derechos.
- Realiza seguimiento del caso.
- Representa a N.N.A. en las actuaciones judiciales y administrativas cuando no esté presente o carezcan de representante legal.
- Ejerce la secretaria técnica del comité intersectorial para el abordaje de los casos.

POLICIA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

- Presta la ayuda necesaria a personas e instituciones en caso de que se requiera la acción inmediata por inminente peligro.
- Lleva a la persona afectada por violencia intrafamiliar o violencia sexual hasta el hospital o la clínica más cercana.
- Acompaña a las víctimas hasta un lugar seguro o hasta su hogar para el retiro de las pertenencias personales, en caso de considerarse necesario para su seguridad.
- Recibe denuncia, remite a Fiscalía y solicita diagnóstico a Medicina legal.
- Protege escenas del delito.
- Apoya a las demás autoridades.
- Para evitar la comisión de una conducta punible por actos de violencia, maltrato o agresión, la policía está facultada para capturar a la persona sorprendida en flagrancia y ponerla inmediatamente a disposición de la autoridad judicial correspondiente. Igualmente penetrar en un domicilio previa autorización de cualquiera de sus moradores; allanar un domicilio en caso de flagrancia sin orden escrita de autoridad judicial.



SECTOR JUSTICIA

FISCALIA

- Recibe denuncia e investiga judicialmente.
- Ordena pruebas (Policía Judicial - C.T.I.)
- Aplicación de la cadena de custodia.
- Solicita diagnóstico a Medicina Legal.
- Realiza visita a escena.
- Ordena medidas de protección, inclusive atención en servicios especializados.
- Orienta a la víctima.
- Dispone judicialización y captura a la persona agresora.
- Investiga el delito penal; Comisaria de Familia dictan medidas de protección ante situaciones de emergencia.
- Investiga los delitos contra la vida y la integridad personal, la autonomía personal, la familia y contra las libertades y formación sexuales.
- Cuando la Fiscalía recibe un caso con un informe del sector salud o protección, la evaluación del caso parte de este, para no revictimizar al usuario(a) ni duplicar acciones institucionales.
- CTI- SIJIN- DIJIN: apoya Fiscal, investiga, compila pruebas, captura y adelanta la iniciativa.

Aclaración 8

Ley 906 de 2004 Código de Procedimiento Penal.

Artículo 14. Intimidación. No podrán hacerse registros, allanamientos ni incautaciones en domicilio, residencia, o lugar de trabajo, sino en virtud de orden escrita del fiscal general de la nación o su delegado, con arreglo de las formalidades y motivos previamente definidos en este código. Se entienden excluidas las situaciones de flagrancia y demás contempladas por la ley.

Capitulo II. Actuaciones que no requieren autorización judicial previa para su realización.

Artículo 229. Procedimiento en caso de flagrancia. En las situaciones de flagrancia, la policía judicial podrá proceder al registro y allanamiento del inmueble, nave o aeronave del indiciado. En caso de refugiarse en un bien inmueble ajeno, no abierto al público, se solicitara el consentimiento del propietario o tenedor o en su defecto se obtendrá la orden correspondiente de la fiscalía general de la nación, salvo que por voces de auxilio resulta necesaria la intervención inmediata o se establezca coacción del indiciado en contra del propietario o tenedor.



207

Artículo 230. Excepciones al requisito de la orden escrita de la Fiscalía General de la Nación para proceder al registro y allanamiento. Excepcionalmente podrá omitirse la obtención de la orden escrita de la Fiscalía General de la Nación para que la policía judicial pueda adelantar un registro y allanamiento, cuando:

Medie consentimiento expreso del propietario o simple tenedor del bien objeto del registro, o de quien tenga interés por ser afectado durante el procedimiento. En esta eventualidad, no se considerara como suficiente la mera ausencia de objeciones por parte del interesado, sino que deberá acreditarse la libertad del afectado al manifestar la autorización para el registro

Artículo 301. Flagrancia. Se entiende que hay flagrancia cuando: la persona es sorprendida y aprehendida al momento de cometer el delito; la persona es sorprendida o individualizada al momento de cometer el delito y aprehendida inmediatamente después por persecución o voces de auxilio de quien presencie el hecho.

Artículo 302. Procedimiento en caso de flagrancia. Cualquier persona podrá capturar a quien sea sorprendido en flagrancia. Cuando sea una autoridad la que realice la captura deberá conducir al aprehendido inmediatamente o a más tardar en el término de la distancia, ante la Fiscalía General de la Nación. Cuando sea un particular quien realiza la aprehensión deberá conducir al aprehendido en el término de la distancia ante cualquier autoridad de policía.

Aclaración 9

Ley 1098 de 2006 Código de la Infancia y la Adolescencia, artículo 89. Funciones de la Policía: brindar apoyo a las autoridades judiciales, los Defensores y Comisarios de Familia, Personeros municipales e Inspectores de Policía en las acciones de policía y protección de los niños, niñas y adolescentes y de su familia, y trasladarlos cuando sea procedente, a los hogares de paso o a los lugares en donde se desarrollen los programas de atención especializada de acuerdo con la orden emitida por estas autoridades. Es obligación de los centros de atención especializada recibir a los niños, niñas o los adolescentes que sean conducidos por la Policía.

Aclaración 10

Competencia concurrente: cuando en un mismo municipio existe Defensoría y Comisaría de Familia, para determinar claramente las competencias entre estas autoridades el legislador estableció en el Decreto 4840 de 2007, que reglamento la Ley 1098 de 2006, un criterio diferenciador de competencias, radicado en el contexto en el cual se susciten las circunstancias de maltrato, amenaza o vulneración del derecho del N.N.A. y se regula desde la misión que cada entidad tiene, determinando la competencia en cabeza de la Comisaria de Familia cuando la inobservancia, amenaza o vulneración del N.N.A. se da en un contexto de violencia intrafamiliar. Específicamente en el artículo 7 del Decreto 4840, establece que el comisario de Familia se encargara de prevenir, garantizar, restablecer y reparar los derechos de la familia ; circunstancias de maltrato infantil, amenaza, vulneración de derechos suscitadas en el de violencia intrafamiliar

208

Aclaración 11

Ley 1257 de 2008: por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.

Artículo 1. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto la adopción de normas que permitan garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización.

Artículo 2. Definición de violencia contra la mujer. Por violencia contra la mujer se entiende cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado.

Para efectos de la presente ley, y de conformidad con lo estipulado en los Planes de Acción de las Conferencias de Viena, Cairo y Beijing, por violencia económica, se entiende cualquier acción u omisión orientada al abuso económico, el control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica o política. Esta forma de violencia puede consolidarse en las relaciones de pareja, familiares, en las laborales o en las económicas.





209 | Can Stock Photo - csp0808036

la mujer. Para las siguientes

proveniente de la
o controlar las
y decisiones de
intimidación,
cta, humillación,
que implique un
determinación o

disminución de la

c) Daño o sufrimiento sexual: Consecuencias que provienen de la acción consistente en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.

d) Daño patrimonial: Pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o económicos destinados a satisfacer las necesidades de la mujer.



nción para las mujeres en

ración de la víctima a través
administradoras de Régimen
de habitación y alimentación
de servicios de salud, o
a para tales fines; en todos
transporte de las víctimas
nte, contarán con sistemas
cia para la atención de las
guarda de su vida, dignidad

rmanecer en los servicios
hayan sido contratados, se
mensual para la habitación y
os e hijas, siempre y cuando
ilizado para sufragar estos
que habite el agresor. Así
dicionado a la asistencia a
quiátricas que requiera la

subsidio será equivalente al
víctima al S.G.S.S.S., y para
valente a un salario mínimo

de Régimen Subsidiado serán
de servicios de asistencia
a las mujeres víctimas de

Aclaración 12



de 2012 (estipula que la
conciliable es un delito que
denunciante no se puede
a para el proceso judicial
esor(a), para el proceso
amiento de derechos y
medido(a) se aplica la figura



ción 13

Desde el mes de octubre de 2011 personal de la E.S.E Municipal Manuel Castro Tovar en articulación con miembros de la comunidad ha venido realizando acciones de enganche y acercamiento para conocer las principales problemáticas sociales. En esta indagación por medio de reuniones comunitarias, charlas informales y observación directa del grupo de salud mental ha sido el consumo de sustancias psicoactivas el principal fenómeno de preocupación por parte no solo de los habitantes que no consumen, sino incluso ha sido una reflexión de muchos de los jóvenes que hoy solicitan ayuda para superar el consumo.

Las actividades del Centro Integral de escucha comunitario están fundamentados según la norma en salud así: programa del joven (Resolución 412), las actividades contempladas en la resolución 425 y el enfoque propuesto en la ley 1438 de 2011; bajo el enfoque de gestión de riesgos sociales que busca disminuir la vulnerabilidad en individuos y comunidades.

Dentro de las funciones está: Escuchar, mediar, organizar y capacitar. Y su finalidad principal apunta a la mitigación del daño asociado al consumo de sustancias psicoactivas, así como a generar un proceso de trabajo comunitario que desarrolle las fuerzas sociales necesarias para el cambio social del barrio y la comuna.

Para mayor información puedes comunicarte con el Psicólogo Oscar Gaitán. Teléfono: 3153156224.

211



Aclaración 14

La Fundación Familiar Faro sirve a personas de ambos sexos (niñas, niños, jóvenes y adultos), afectado o en riesgo de incurrir en el consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

En la Fundación Familiar Faro se brindan los elementos necesarios para que las niñas, los niños, los jóvenes y los adultos, beneficiarios de los programas, puedan superar o prevenir el consumo de drogas y/o alcohol con la participación de un equipo interdisciplinario.

El ICBF tiene Convenio, para los menores mayores de 14 años.

Sede San Pedro Internado Protección - Consumidores de SPA 36

Sede San Pablo Internado Protección - Consumidores de SPA 10

Correo: contacto@fundacionfaro.org Teléfono 3173316795



Aclaración 15



tución sin ánimo de lucro, por lo tanto está altos niveles de eficiencia y eficacia en su tegración a su quehacer de las diversas fuerzas el departamento y el país. Fomenta la defensa participa en convocatorias a nivel local, nacional ando al municipio, el departamento y otros privados para que actúen como cofinanciadores. bienestar social de las comunidades y áreas más el medio ambiente, y promueve acciones el patrimonio cultural y promover las ventajas serva natural los Picachos

cuentra desarrollando proyectos en el sur del el I.C.B.F. dentro de ellos se encuentra, el erechos a niños, niñas y adolescentes menores netido infracción a la ley penal y adolescentes factores no judicializados que no se les inicio es centro de atención de las 37 familias que de Generación de Ingresos.

nformación@fundacionpicachos.org.

Aclaración 16



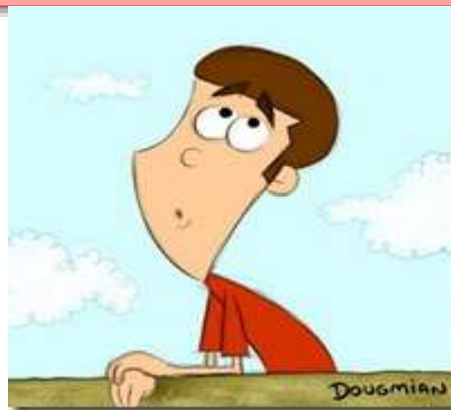
Ley 599 de 2000 Código de Penal.

Artículo 107. Inducción o ayuda al suicidio. El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años.

Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de uno (1) a dos (2) años.

Artículo 131. Omisión de socorro. El que omitiere, sin justa causa, auxiliar a una persona cuya vida o salud se encontrare en grave peligro, incurrirá en prisión de dos (2) a cuatro (4) años.

Omisión en la Atención Inicial de Urgencias. El que teniendo la capacidad institucional y administrativa para prestar el servicio de atención inicial de urgencias y sin justa causa niegue la atención inicial de urgencias a otra persona que se encuentre en grave peligro, incurrirá en pena de prisión de treinta y seis (36) a setenta y dos (72) meses



Lo que me asombra es no haber abandonado por completo mis esperanzas, que parecen absurdas e irrealizables. Pero sin embargo, me aferro a ellas a pesar de todo y sigo creyendo en la inmensa bondad del ser humano.

<http://www.taringa.net>



FICHAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA



Derechos reservados: Propiedad intelectual de la





SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Subsistema de Información SIVIGILA
Ficha de notificación



Violencia intrafamiliar y violencia sexual código INS 875

RELACION CON DATOS BÁSICOS

REG-R02.003.0000-053 V.00 AÑO 2012

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. N° de identificación
_____	_____	_____

* TIPO DE ID: 1- RC: REGISTRO CIVIL | 2- TI: TARJETA DE IDENTIDAD | 3- CC: CÉDULA CIUDADANA | 4- CE: CÉDULA EXTRANJERA | 5- PA: PASAPORTE | 6- MS: MENOR SIN ID | 7- AD: ADULTO SIN ID

5. Naturaleza de la violencia

1. Violencia física 3. Privación y Negligencia 5. Acoso sexual 7. Explotación sexual comercial de niños niñas y adolescentes 9. Pornografía con NNA (niños, niñas y adolescentes)
 2. Violencia psicológica 4. Abuso sexual 6. Asalto sexual 8. Turismo sexual 10. Trata de personas para explotación sexual

6. Datos de la víctima

6.1 Escolaridad de la víctima 1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnica 4. Universitaria 5. Sin escolaridad 6. Postgrado

6.2 Factor de vulnerabilidad de la víctima que influyó en la ocurrencia del hecho violento

<input type="radio"/> 1. Actividades sindicales o gremiales	<input type="radio"/> 7. Población LGTBI	<input type="radio"/> 12. Líderes cívicos	<input type="radio"/> 19. Misión médica	<input type="radio"/> 25. Mujer cabeza de familia
<input type="radio"/> 2. Actividad política	<input type="radio"/> 8. Reciclador	<input type="radio"/> 13. Religiosos (a)	<input type="radio"/> 20. Funcionarios (as) judiciales	<input type="radio"/> 26. Otro
<input type="radio"/> 3. Campesino (a)	<input type="radio"/> 9. Consumidor de sustancias psicoactivas	<input type="radio"/> 14. Maestro (a)	<input type="radio"/> 21. Tribus urbanas	
<input type="radio"/> 4. Persona bajo protección sanitaria	<input type="radio"/> 10. Defensor (a) de los derechos humanos	<input type="radio"/> 15. Servidor público	<input type="radio"/> 22. Trabajador (a) sexual	
<input type="radio"/> 5. Presunto colaborador (a) grupo legal	<input type="radio"/> 11. Habitante de calle	<input type="radio"/> 16. Fuerza pública	<input type="radio"/> 23. Periodista	
<input type="radio"/> 6. Consejero(a)	<input type="radio"/> 12. Desmovilizados (as) y reintegrados (as)	<input type="radio"/> 17. Económicos	<input type="radio"/> 24. Estudiante	

6.2.1 ¿Cuál factor de vulnerabilidad? _____

6.3 Antecedente de hecho similar (en los últimos tres meses, que requirió atención médica) 1. Sí 2. No

6.4 ¿Presencia de alcohol u otras sustancias en víctima? 1. Sí 2. No

7. Datos del agresor

7.1 Edad aparente del agresor (a)	7.2 Sexo del agresor (a) <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	7.3 Ocupación del agresor (a)	Código	7.4 Escolaridad del agresor (a) <input type="radio"/> 1. Primaria <input type="radio"/> 4. Universitaria <input type="radio"/> 2. Secundaria <input type="radio"/> 5. Sin escolaridad <input type="radio"/> 3. Técnica <input type="radio"/> 6. Postgrado
7.5.1 Familiaridad o parentesco <input type="radio"/> 1. Esposo (a) <input type="radio"/> 8. Padre <input type="radio"/> 15. Madrastra <input type="radio"/> 22. Otro <input type="radio"/> 2. Compañero (a) permanente <input type="radio"/> 9. Medio <input type="radio"/> 16. Tío <input type="radio"/> 17. Primo <input type="radio"/> 3. Nieto (a) <input type="radio"/> 10. Hijo (a) <input type="radio"/> 17. Primo <input type="radio"/> 18. Cuñado <input type="radio"/> 4. Amante <input type="radio"/> 11. Encargado (a) del NNA/ adulto mayor <input type="radio"/> 19. Suegro <input type="radio"/> 5. Ex- esposo (a) <input type="radio"/> 12. Hermano (a) <input type="radio"/> 20. Otros familiares civiles o consanguíneos <input type="radio"/> 6. Ex- novio (a) <input type="radio"/> 13. Abuelo <input type="radio"/> 21. Sin información <input type="radio"/> 7. Ex- amante <input type="radio"/> 14. Padrastro	7.5.1.1 ¿Cuál otro familiar? _____	7.5.1.2 Conviene con el agresor (a) <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		
7.5.2 No familiar <input type="radio"/> 1. Profesor (a) <input type="radio"/> 4. Compañero (a) de estudio <input type="radio"/> 7. Vecino (a) <input type="radio"/> 10. Otro <input type="radio"/> 2. Amigo (a) <input type="radio"/> 5. Custodio (a) <input type="radio"/> 8. Conocido (a) sin ningún trato <input type="radio"/> 11. Otro <input type="radio"/> 3. Compañero (a) de trabajo <input type="radio"/> 6. Desconocido (a) <input type="radio"/> 9. Sin información	7.5.2.1 ¿Cuál otro agresor no familiar? _____	7.5.3.1 ¿Cuál otro grupo? _____	7.6 ¿Presencia de alcohol y otras sustancias en agresor(a) ? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	
7.5.3 Grupos <input type="radio"/> 1. Ejército <input type="radio"/> 3. Armada <input type="radio"/> 5. Narcotráfico <input type="radio"/> 7. Pandillas y "tribus urbanas" <input type="radio"/> 9. Paramilitar <input type="radio"/> 11. No sabe no responde <input type="radio"/> 2. Fuerza Aérea <input type="radio"/> 4. Policía <input type="radio"/> 6. Bandas criminales <input type="radio"/> 8. Religioso <input type="radio"/> 10. Guerrillero <input type="radio"/> 12. Sin información <input type="radio"/> 13. Otro				

8. Datos del hecho

8.1 Armas y otros mecanismos utilizados para la agresión

<input type="radio"/> 1. Ahorcamiento / estrangulamiento / sofocación	<input type="radio"/> 4. Cortante / cortapuntas / Punzante	<input type="radio"/> 7. Inmersión / Sumersión	<input type="radio"/> 10. Mordedura	<input type="radio"/> 13. Otro
<input type="radio"/> 2. Caídas	<input type="radio"/> 5. Electrocutión y electrofúgación	<input type="radio"/> 8. Intoxicación	<input type="radio"/> 11. Proyectil arma fuego	
<input type="radio"/> 3. Contundencia / carbocondencia	<input type="radio"/> 6. Explosivos	<input type="radio"/> 9. Minas antipersona	<input type="radio"/> 12. Quemadura	

8.1.1 Nombre de la sustancia que produjo la intoxicación _____

8.1.2 ¿Cuál otra arma o mecanismo utilizado? _____

8.1.3 Otros mecanismos 1. Insultos 3. Amenazas 4. Otro

8.1.4 ¿Cuál otro mecanismo utilizado para la agresión? _____

8.2 Fecha del hecho (dd/mm/aaaa) _____ / _____ / _____

8.2.1 Hora del hecho _____ : _____

8.2.2 Escenario 1. Via pública 3. Escuela 5. Sitio de diversión 7. Otro
 2. Casa 4. Lugar de trabajo 6. Deportivo

8.2.1 ¿Cuál otro escenario? _____

8.3 Zona de conflicto 1. Sí 2. No

8.4 Sector que notifica 1. Salud 2. Justicia 3. Educación 4. Protección 5. Otro

8.4.1 ¿Cuál sector notifica? _____

9. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

1. Atención psicosocial 2. Profilaxis ITS 3. Anticoncepción de emergencia 4. Orientación iVE 5. Atención en salud mental especializada
 6. Informe a la autoridad 7. Otro 9.1 ¿Cuál otra acción en salud pública? _____ 9.3. Recomendación de protección 1. Sí 2. No 9.4. Amerita trabajo de campo 1. Sí 2. No

correo.sivigila@ins.gov.gt/ins.sivigila@gmail.com

5192033182





GOBERNACIÓN DEL HUILA - SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
FICHA ÚNICA DE NOTIFICACIÓN



MALTRATO INFANTIL (CÓD. 905)

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: _____

TIPO ID: _____

Nº IDENTIFICACIÓN: _____

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

TIPO DE CASO

- 1. PELIGRO MORAL
- 2. NEGLIGENCIA
- 3. ABUSO SEXUAL
- 4. TRABAJO INFANTIL
- 5. MALTRATO PSICOLÓGICO
- 6. MALTRATO FÍSICO
- 7. SÍNDROME DEL BEBÉ ZARANDADO
- 8. GESTACIÓN Y MALTRATO
- 9. MALTRATO SOCIAL E INSTITUCIONAL

NARRACIÓN DEL CASO (DESCRIBIR CON EXACTITUD LOS HECHOS)

HORA DEL HECHO

HH : MM

DATOS DE LA VÍCTIMA

ESCOLARIDAD

- 1. PARVULOS
- 2. PREESCOLAR
- 3. PRIMARIA
- 4. SECUNDARIA

- 5. TÉCNICA
- 6. UNIVERSITARIA
- 7. POSTGRADO
- 8. SIN ESCOLARIDAD

TIPO DE FAMILIA

- 1. COMPUESTA
- 2. EXTENSA
- 3. MONOPARENTAL MATERNA
- 4. MONOPARENTAL PATERNA
- 5. NUCLEAR
- 6. VIVE CON AMIGOS
- 7. VIVE SOLO
- 8. VIVE EN LA CALLE
- 9. SIN DATOS

DISCAPACIDAD MANIFESTADA

SÍ NO

ANTECEDENTES DE MALTRATO INFANTIL

SÍ NO

FRECUENCIA DE LA AGRESIÓN (SI LA RESPUESTA ES "SÍ")

- A). 1 - 2 VECES AL AÑO
- B). 3 - 5 VECES AL AÑO
- C). MÁS DE 5 VECES AL AÑO

DATOS DEL AGRESOR

PARENTESCO CON LA VÍCTIMA

- 1. PADRE
- 2. MADRE
- 3. HERMANO(A)
- 3. CUIDADOR/NIÑERA
- 4. ABUELO(A)
- 5. MADRASTRA/PADRASTRO
- 6. TIO(A)
- 7. OTROS FAMILIARES
- 8. NOVIO(A)
- 9. AMIGO(A)
- 9. OTROS AGRESORES
- 10. SIN DATOS

NOMBRES/APELLIDOS DEL AGRESOR: _____

TIPO ID: _____ Nº IDENTIFICACIÓN: _____

EDAD: _____ SEXO: F M MUNICIPIO RESIDENCIA: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____

OCCUPACIÓN: _____ TELÉFONO: _____

CONDICIÓN DEL AGRESOR

- 1. CONSUMO DE ALCOHOL
- 2. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
- 3. TRASTONO MENTAL
- 4. OTRA CONDICIÓN
- 5. SIN DATOS

CUAL: _____

ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

- 1. MÉDICA
- 2. PSICOLÓGICA
- 3. LEGAL
- 4. SOCIAL
- 5. NUTRICIÓN
- 6. POLICIVA
- 7. OTRAS
- CUAL: _____

DATOS DE QUIEN NOTIFICA

NOMBRE RESPONSABLE EN LA INSTITUCIÓN: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO FIJO: _____

TELÉFONO CELULAR: _____

SECTOR QUE NOTIFICA: SALUD JUSTICIA EDUCACIÓN PROTECCIÓN OTRO





Prosperidad



GOBERNACIÓN DEL HUILA - SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
FICHA ÚNICA DE NOTIFICACIÓN



CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (CÓD. 910)

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE

TIPO ID:

No. IDENTIFICACION:

OTROS DATOS DEL PACIENTE

ESCOLARIDAD 1. PRIMARIA 4. UNIVERSITARIA **ESTADO CIVIL** 1. CASADO 4. SEPARADO
2. SECUNDARIA 5. POSTGRADO 2. UNION LIBRE 5. SOLTERO
3. TÉCNICA 6. SIN ESCOLARIDAD 3. VIUDO 6. SIN DATOS

DISCAPACIDAD NO SÍ CUAL: _____ **COMUNIDAD LGTBI** NO SÍ

MMA * CON MEDIDA DE PROTECCIÓN (* NIÑO, NIÑA, ADOLESCENTE) **HABITANTE DE CALLE** NO SÍ

1. CON MEDIDA DE PROTECCIÓN NO SÍ
2. CON RESPONSABILIDAD PENAL NO SÍ

TRATAMIENTOS PREVIOS POR CONSUMO DE SPA

NO SÍ SIN DATOS

COMO ACUDIO A LA INSTITUCIÓN

1. VOLUNTARIAMENTE 4. POR INDICACIÓN MÉDICA
2. LO LLEVARON AMIGOS VOLUNTARIOS 5. POR INDICACIÓN ACADÉMICA
3. POR ORDEN JUDICIAL 6. SIN DATOS

PATRONES DE CONSUMO

PATRONES DE CONSUMO <small>(Verificar según ítem de la instructiva)</small>	TIPO DE DROGA					
	DROGA DE INICIO	D2	D3	D4	D5	D6
A) TIPO DE DROGA						
B) FRECUENCIA DE USO						
C) VÍA DE ADMINISTRACIÓN MÁS FRECUENTE						
SE HA INYECTADO LA SUSTANCIA ALGUNA VEZ						
SE HA INYECTADO LA SUSTANCIA EN EL ÚLTIMO AÑO						
EDAD EN LA CUAL LA USÓ POR PRIMERA VEZ						
EDAD EN LA QUE DEJO DE CONSUMIRLA						
ESCENARIO HABITUAL DE CONSUMO						

INSTRUCTIVO A. TIPO DE DROGAS

1. NO HAY DROGA 11. POLVO DE ANJEL 21. BUSPAR
2. ALCOHOL 12. SNOGAN (LEVOMEPROMACINA) 22. TOTRANIL (MIPRAMINA)
3. TABACO 13. MELER (FLORIDAZINA) 23. CUALT-D (ANTRIPRALINA)
4. INHALANTES/DISOLVENTES 14. HALOPROX (HALOPERIDOL) 24. MORTYAL (MORTIFLINA)
5. ESCOPOLAMINA 15. LEPOREX (CLOZAPINA) 25. CODEINA
6. MARIJUANA (CANNABIS) 16. ATIVAN (LORAZEPAM) 26. ANSLAN FLUTIN (FLUOXETINA)
7. COCAINA 17. ROHYNOL (FLURAZEPAM) 27. MORFINA-SALES Y PREPARADOS
8. BAZUCO 18. LEXOTAN ASINLOSEN (BROMAZEPAM) 28. OPIO Y SUS DERIVADOS
9. HEROÍNA 19. VALIUM (DIAZEPAM) 29. OTRA MEZCLAS
10. EXTASIS (MEFLOXIMINALFETAMINA) 20. FENOBARBITAL

INSTRUCTIVO B). FRECUENCIA DE USO

1. UNA VEZ POR DÍA 4. MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA 7. NO HA USADO EN EL ÚLTIMO MES
2. DOS A TRES VECES POR DÍA 5. UNA VEZ POR SEMANA 8. SIN DATOS
3. MÁS DE TRES VECES POR DÍA 6. VARIAS VECES POR SEMANA

INSTRUCTIVO C. VÍA DE ADMINISTRACIÓN

1. ORAL 3. INHALADA 5. DÉRMICA
2. FUMADA 4. INYECTADA 6. SIN DATOS

DATOS DE QUIEN NOTIFICA

NOMBRE RESPONSABLE EN LA INSTITUCIÓN: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

TELEFONO FIJO: _____ TELEFONO CELULAR: _____

SECTOR QUE NOTIFICA: SALUD JUSTICIA EDUCACIÓN PROTECCIÓN OTRO

CORREO: atendidos@finamul.com

VERSIÓN 2013





GOBERNACIÓN DEL HUILA - SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
FICHA ÚNICA DE NOTIFICACIÓN



MUERTE POR SUICIDIO (CÓD.901) - INTENTO DE SUICIDIO (CÓD.902)

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: _____

TPO ID: _____

Nº IDENTIFICACION: _____

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

LUGAR DE LOS HECHOS

- 1. DOMICILIO
- 2. FINCA O PARAJE RURAL
- 3. ESTABLECIMIENTO PÚBLICO
- 4. VÍA PÚBLICA
- 5. LUGAR DE TRABAJO
- 6. CENTRO DE RECLUSIÓN
- 7. RIO / MAR
- 8. VEHICULO AUTOMOTOR
- 9. SIN DATOS
- 10. OTRO SITIO

→ CUAL: _____

MECANISMO QUE FUE UTILIZADO

- 1. ARMA DE FUEGO
- 2. AHORACAMIENTO
- 3. AHOGAMIENTO
- 4. INTOXICACIÓN
- 5. ARMA CORTOPUNZANTE
- 6. LANZAMIENTO AL VACIO
- 7. OTRO MEDIO
- 8. SIN INFORMACIÓN

EN CASO DE INTOXICACIÓN, ESPECIFICAR:

- 1. PLAGUICIDAS
- 2. FARMACOS
- 3. METANOL
- 4. SOLVENTES
- 5. SUSTANCIAS SPA
- 6. OTRA SUSTANCIA
- 7. SIN DATOS

↓ NOMBRE PRODUCTO: _____

HORA DEL HECHO

HH: MM

NARRACIÓN CORTA DE LOS HECHOS: _____

DATOS DE LA VÍCTIMA

ESCOLARIDAD

- 1. PRIMARIA
- 2. SECUNDARIA
- 3. TÉCNICA
- 4. UNIVERSITARIA
- 5. POSTGRADO
- 6. SIN ESCOLARIDAD

ESTADO CIVIL

- 1. CASADO
- 2. UNIÓN LIBRE
- 3. VIUDO
- 4. SEPARADO
- 5. SÓLTERO
- 6. SIN DATOS

COMUNIDAD LGTBI

SI NO

EVENTOS RELACIONADOS

- 1. DUELO RECIENTE
- 2. CONFLICTOS FAMILIARES
- 3. PROBLEMAS SENTIMENTALES
- 3. PROBLEMAS ESCOLARES
- 4. PROBLEMAS LABORALES
- 5. PROBLEMAS DE SALUD
- 6. CRISIS ECONOMICA
- 7. ANTECEDENTES SOCIALES
- 8. ANT. FAMILIARES CONSUMO SPA
- 9. CONSUMO DE SUSTANCIAS SPA
- 10. CONSUMO DE ALCOHOL
- 11. OTRO EVENTO
- 12. SIN DATOS

→ CUAL: _____

INTENTOS PREVIOS DE SUICIDIO

- SI
- NO
- SIN DATOS

FECHA DEL HECHO: DD/MM/AAAA

HOSPITALIZADO SI NO

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL

- SI
- NO
- SIN DATOS

CUAL ENFERMEDAD MENTAL: _____

CONSUMO RECURRENTE DE SPA U OTRA SUSTANCIA

NOMBRE DE LA SUSTANCIA: _____

ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

- 1. ATENCIÓN PSICOSOCIAL
- 2. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL ESPECIALIZADA
- 3. INFORME A LA AUTORIDAD
- 4. OTRA ACCIÓN EN SALUD PÚBLICA

CUAL: _____

DATOS DE QUIEN NOTIFICA

NOMBRE RESPONSABLE EN LA INSTITUCIÓN: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO FIJO: _____

TELÉFONO CELULAR: _____

SECTOR QUE NOTIFICA: SALUD JUSTICIA EDUCACIÓN PROTECCIÓN OTRO



CAPÍTULO IV

ASPECTOS OPERATIVOS

¿CON QUÉ RECURSOS CONTAMOS?



219

¿De qué trata
este capítulo?



Derechos reservados: Propiedad intelectual de la

Resulta necesario que el actor operador(a) disponga de información completa y veraz acerca de los recursos institucionales existentes, para que a partir de allí pueda orientar y canalizar a sus usuarios(as) según sean las características y funcionamiento de los servicios, programas e instituciones que complementan su atención-acogida.



Recuerda que el proceso de atención-canalización, requiere en su fase de búsqueda e identificación el establecimiento de las necesidades que se pueden atender desde la propia institución y las que requieren de otras intervenciones institucionales a las cuales se debe canalizar al usuario(a). En el caso de esta última y tal como se ha señalado, el criterio orientador debe ser el nivel de atención-intervención que cada institución presta, el que debe responder coherentemente al grado de complejidad del problema detectado.

Para facilitar ese criterio orientador, en este capítulo encontraras información sobre las distintas instituciones que entregan respuestas a necesidades y problemas de salud mental, las cuales se han organizado en una serie de fichas institucionales estructuradas en apartadas así: I información básica, II información organizacional, III marco legal y IV capacidad de respuesta institucional (información específica y servicios de atención en salud mental, talento humano y recursos materiales). En resumen, cada ficha contiene información sobre los programas, servicios y las necesidades que se cubren en cada institución, dando cuenta del tipo de atención que otorgan y los niveles de coordinación que es recomendable establecer con cada una de ellas.

De otro lado, además del conocimiento de la oferta institucional, el actor operador(a) debe resguardar la vinculación con otros actores operadores(as) y profesionales de las demás instituciones lo que, estratégicamente, facilita el acceso a los servicios, la transferencia de información, la canalización del usuario(a) y el seguimiento de casos y para ello se ha construido un directorio de contactos directos con los otros actores operadores(as) pertenecientes a la Red. **220**

El contenido también contempla un formato, diseñado a manera de cuaderno de trabajo, para tomar notas o apuntes personales, que invitan al actor operador(a) a profundizar en las distintas fases del circuito de atención-acogida-canalización; a registrar información relevante sobre los usuarios(as) que esté atendiendo y a ampliar la búsqueda de contactos institucionales que a nivel local puedan involucrarse en estos procesos.

En este sentido el capítulo ¿Con qué recursos contamos? se presenta como una herramienta operativa (práctica) para facilitar estas tareas: no se convierte en un material acabado, sino



221

“Los logros de una organización son los resultados del esfuerzo combinado de cada individuo”

Vince Lombardi



**C
o
n
t
e
n
i
d
o**

- ✓ Mis Notas de "Red-acción".
- ✓ Mis Datos de "Redacción".
- ✓ Redirectorio de contactos institucionales
- ✓ Fichas institucionales.
 - Secretaria de Salud.
 - E.S.E. Municipal Manuel Castro Tovar
 - E.S.E. Departamental Hospital San Antonio de Pitalito.
 - Asmet Salud.
 - Comparta.
 - Nueva E.P.S.
 - Mallamas.
 - Coomeva.
 - Caprecom.
 - Sanitas.
 - Saludcoop.
 - Comfamiliar.
 - Cafesalud.
 - Emcosalud.
 - I.C.B.F.
 - Medicina Legal.
 - Comisaria de Familia.
 - Personería.
 - Batallón.
 - Policía de Infancia y Adolescencia.
 - Fiscalía General.
 - Fiscalía Unidad 30.
 - Cruz Roja.
 - Defensa Civil.
 - Cuerpo de Bomberos.
- ✓ Anexos

222

MIS NOTAS DE "REDACCIÓN"





**“Por una mejor atención-acogida-canalización
elaboro mis propios circuitos de atención”**

En la siguiente sección el actor operador(a) podrá registrar algunos elementos que le ayuden a elaborar los circuitos de atención y canalización que está llevando a cabo en el municipio.

223

1

DETECCION DEL FENOMENO

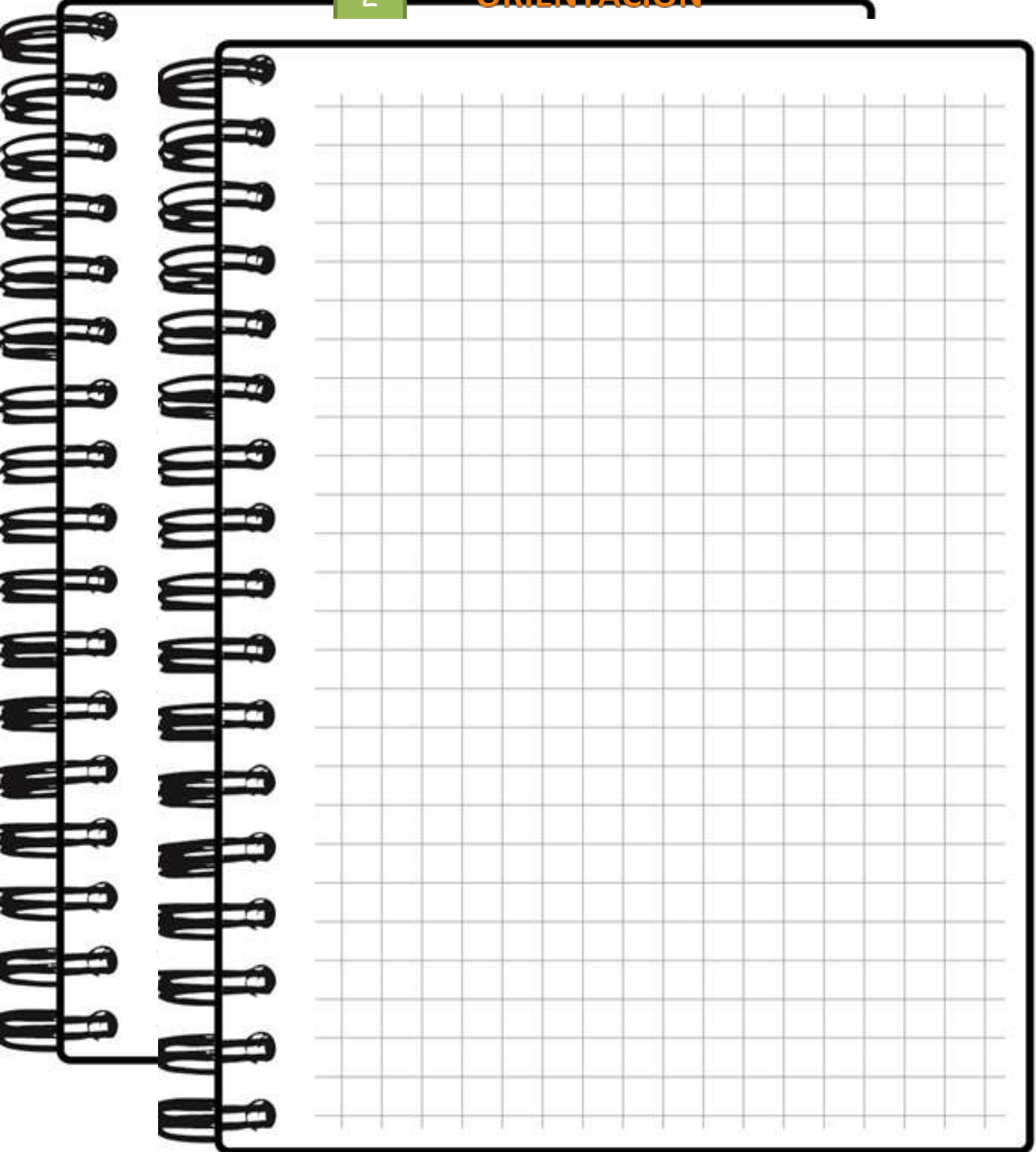
¿Qué demandas se presentan con mayor frecuencia en los usuarios(as) que atiendo?





2

ORIENTACIÓN





3

BUSQUEDA E IDENTIFICACIÓN

¿En el territorio que instituciones cubren las demandas





4

CANALIZACIÓN

¿Qué debo considerar para facilitar la canalización de los usuarios(as) que atiendo?





5

SEGUIMIENTO

¿Cuáles son mis mecanismos para concretar el seguimiento?





En esta última sección, el actor operador(a) podrá encontrar los datos

INSTITUCIÓN	NOMBRE	TELÉFONO	PROFESION
ASMET SALUD	Nelcy Yolanda Calderón	8364923	Técnico GRS
	Paola Cristina Ordoñez	8364923	
	Claudia Patricia Molina	8364923	
	Fanny Montenegro	8715321 Ext 105	
CAPRECOM	John Jairo Beltrán	3212102422	
233 BOMBARDEROS	José Reinel Samboni	3114822529	Bombero cabo

INSTITUCIÓN	NOMBRE	TELÉFONO	PROFESION
I.C.B.F	Sonia Mosquera	3134182723	Psicóloga
	Socorro Parra	8360320	psicóloga
E.S.E MANUEL CASTRO TOVAR	Sergio Mauricio Zúñiga	3125034540	
	Yuliana Karoli Reyes	3133902353	Psicóloga
	Oscar J. Gaitán T.	3153156224	Psicólogo
	Natalia Ayerbe	3214483831	Psicóloga
	Yon Dairo Montes	3125648548	Auxiliar enfermería
	Wilson E. Murcia		Psicólogo
	Judith Martínez	3112515562	Psicóloga
	Nelly Munar	3214998885	psicóloga
	Oscar A Cerón Trujillo	3156100033	
	Luis Darío Ruiz	3208637047	
	Leidy Yaneth Facundo	3203129246	
	Edna Cristina Motta Meneses	3203683225	
	Claudia Claros	3133026705	Psicóloga
	Viviana Hurtado	3102352805	
	John Eduard Quintero	3138642189	
Juan Pablo Parra	3115947969		
William Arbey Gaviria Cuellar	3132441849		
Lina María Cabrera Vargas	3212001664		
Carlos O. Cedeño Cabrera	3132081576		
Danithza Lizeth Otálora Z.	3142768945		
BATALLÓN N° 27	Alejandra Valderrama	3208092181	Psicóloga
	Paola López	3124834887	Enfermera
	Gerardo Cifuentes		Psicólogo
FISCALIA	Sandra Milena Claros Ardila	3106089010	Abogada



INSTITUCIÓN	NOMBRE	TELÉFONO	PROFESION
EPS MALLAMAS COMPARTA SECRETARIA DE SALUD	Zenaida Ome	3113115018	SIAU
	Viseth R. Velásquez	8364840	
	James López Ruiz	8366083	Profesional Universitario
	Luz Edith Beltrán		Terapeuta profesional
HOSPITAL DEPARTAMENTAL	Marco Aurelio Puentes	3216309905	Médico
	Luz Andrea Jaramillo	3112117974	Psicóloga
	Piedad Pertuz Molina	3105858525	Trabajadora Social
	Ángela María Rodríguez	3143054370	Psicóloga
MEDICINA LEGAL CAFESALUD SUBSIDIADO	Diana M Conde	8362500	
	Astrid Viviana Amaya	8360564	
	Lida Beatriz Castro	3107602077	
DEFENSA CIVIL	Alexander Torres	3112422754	Jefe Talento humano
POLICIA NACIONAL	John Cristian Vega	3184863570	
	Julián Ricardo Martínez	3203029095	Policía Infancia y adolescencia
	Bryan Arango Muñoz	3203042684	Policía Judicial infancia y adolescencia.
	Raulis Ramírez	3211370986	Policía de infancia y adolescencia
COMISARIA DE FAMILIA	Aura Leonor Pérez Muñoz	8360040	Psicóloga
	Amparo Trujillo Vargas	8360040	Abogada
CRUZ ROJA	Esmeralda Fernández	3158083487	Enfermera jefe
COMFAMILIAR	Yemith Loaiza Córdoba	3124982774	
	Edwin Zambrano	8362999	Orientador Saludable
	Elizabeth Sánchez	8362999	Orientador Saludable
	Osiris Trujillo	3138895295	





R 2013 Edición N° 1 EDESCUBRIR

Alternativa para mejorar la atención
de salud mental en el Municipio de
Pitalito - Huila



Derechos reservados: Propiedad intelectual de la





R 2013 Edición N° 1 EDESCUBRIR

Alternativa para mejorar la atención
de salud mental en el Municipio de
Pitalito - Huila



Derechos reservados: Propiedad intelectual de la





R 2013 Edición N° 1 EDESCUBRIR

Alternativa para mejorar la atención
de salud mental en el Municipio de
Pitalito - Huila



Derechos reservados: Propiedad intelectual de la





R 2013 Edición N° 1 EDESCUBRIR

Alternativa para mejorar la atención
de salud mental en el Municipio de
Pitalito - Huila



Derechos reservados: Propiedad intelectual de la





R 2013 Edición N° 1 EDESCUBRIR

Alternativa para mejorar la atención
de salud mental en el Municipio de
Pitalito - Huila



Derechos reservados: Propiedad intelectual de la





R 2013 Edición N° 1 EDESCUBRIR

Alternativa para mejorar la atención
de salud mental en el Municipio de
Pitalito - Huila



Derechos reservados: Propiedad intelectual de la





R 2013 Edición N° 1 EDESCUBRIR

Alternativa para mejorar la atención
de salud mental en el Municipio de
Pitalito - Huila



Derechos reservados: Propiedad intelectual de la





R 2013 Edición N° 1 EDESCUBRIR

Alternativa para mejorar la atención
de salud mental en el Municipio de
Pitalito - Huila



Derechos reservados: Propiedad intelectual de la





R 2013 Edición N° 1 EDESCUBRIR

Alternativa para mejorar la atención
de salud mental en el Municipio de
Pitalito - Huila



Derechos reservados: Propiedad intelectual de la





R 2013 Edición N° 1 EDESCUBRIR

Alternativa para mejorar la atención
de salud mental en el Municipio de
Pitalito - Huila



Derechos reservados: Propiedad intelectual de la



P

P

p

