

**Fomento a la construcción de capacidades en relación a las políticas públicas apoyadas por
Contratos de Reforma Sectorial (CRS) en Bolivia**

Fortalecimiento de la capacidad institucional en los sectores de desarrollo integral con coca, tráfico ilícito de drogas y seguridad alimentaria para una eficiente gestión del apoyo presupuestario sectorial en Bolivia

**PRE-009 “Diseño curricular para el fortalecimiento de capacidades
institucionales en salud mental y adicciones con enfoque
comunitario”**

Misión de Corta Duración ATI

INFORME FINAL
Anexo 3 – Producto 2

Contrato n° DCI/LA/2017/392-699
N° de identificación: EuropeAid/138320/IH/SER/BO



Proyecto Financiado por
la Unión Europea



AECOM  **TRANSTEC**

Implementada por el consorcio:
AGRER — AECOM — TRANSTEC
La Paz, agosto de 2020

Disclaimer:

Este informe ha sido elaborado por el consorcio AGRER/AECOM/TRANSTEC con financiamiento de la Unión Europea. Las opiniones aquí expresadas son del consultor y no expresan necesariamente las de la Comisión Europea.

**Fortalecimiento de la capacidad institucional en los
sectores de desarrollo integral con coca, tráfico ilícito de
drogas y seguridad alimentaria para una eficiente
gestión del apoyo presupuestario sectorial en Bolivia
(DITISA)**

Contrato N° DCI/LA/2017/392-699

**PRE-009 “Diseño curricular para el
fortalecimiento de capacidades institucionales en
salud mental y adicciones con enfoque
comunitario”**

Misión de Corta Duración ATI

**INFORME FINAL
Anexo 3 – Producto 2**

Autor:

Juan Antonio del Pozo Irribarría

Bolivia, agosto 2020

Consorcio AGRER – AECOM – TRANSTEC



PRODUCTO 2

Una propuesta de contenidos formativos con una parte troncal y con una especificación para cada uno de los colectivos objeto de la capacitación.

BOLIVIA, AGOSTO DE 2020



Contenido

PRODUCTO 2. Una propuesta de contenidos formativos con una parte troncal y con una especificación para cada uno de los colectivos objeto de la capacitación.	9
METODOLOGIA PROPUESTA PARA EN DESARROLLO DE LA CAPACITACION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA	9
LOS CONTENIDOS DE LAS CAPACITACIONES SOBRE SALUD MENTAL COMUNITARIA.....	17
MODULOS TRONCALES DE CAPACITACION	17
1.- CONTENIDOS CURRICULARES SOBRE SALUD MENTAL COMUNITARIA	18
1.1. Principios de la salud mental comunitaria.....	18
1.2.- Referentes estratégicos y de planificación internacional que afectan a Bolivia en materia de uso de sustancias psicoactivas y en materia de salud mental.....	21
1.3.- Concepto de Salud Mental y adicciones con enfoque comunitario.	27
1.4.- Limitaciones del modelo de Salud Mental comunitaria, en relación con la prevención y tratamiento de adicciones y salud mental.....	29
1.5. Organización del enfoque comunitario en los servicios e intervenciones del sistema comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental.	31
1.6. Organización y estructura de la atención comunitaria en salud mental y adicciones. ...	35
1.7. Marco de la Salud Mental Comunitaria	43
1.8.- Enfoque intersectorial en los ETAs del sistema comunitario de atención en adicciones y salud mental.	52
1.9. Sobre el enfoque de la rehabilitación y reinserción en salud mental comunitaria. Organización de servicios.	54
1.10.- La atención de la salud mental y las adicciones en el primer nivel de salud.	58
1.11.- La atención de las adicciones y la salud mental en el primer nivel de salud segundo escalón: los CSMC (Centros de Salud Mental Comunitaria)	58
1.12. Trabajo en Redes Comunitarias.	59
2. CONTENIDOS CURRICULARES SOBRE ESTIGMA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA	61
2.1. INTRODUCCIÓN.....	61
2.2. CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL	61
2.3. DEFINICIÓN DE ESTIGMA	62
2.4. ORIGEN DEL ESTIGMA EN LA ENFERMEDAD MENTAL.....	63
2.5. CLASIFICACIÓN DE ESTIGMAS	64
2.6. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL Y LAS CONSECUENCIAS DE SU ESTIGMATIZACIÓN.....	65
2.7. ALGUNOS CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE ESTIGMA Y ACTITUDES SOCIALES.	65
2.8. LOS PROCESOS DE ESTIGMATIZACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS	66
2.9. ESTIGMA Y ENFERMEDADES MENTALES. ASPECTOS COMUNES Y ESPECÍFICOS.....	67
2.9.1. «Enfermedad mental» en general o enfermedades mentales concretas.....	67



2.9.2. Características generales de las actitudes hacia las personas con enfermedad mental grave.....	68
2.9.3. Violencia y enfermedad mental	70
2.9.4. Etiquetado social, modelo de enfermedad y atribuciones causales.....	70
2.10. Las consecuencias del estigma social	72
2.10.1. Discriminación como consecuencia directa del estigma.....	72
2.10.2. La «auto estigmatización» y sus consecuencias.....	73
2.10.3. Estigma por extensión o «asociación»	74
2.11. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Aprendiendo de la experiencia.....	74
2.12. La experiencia de programas y campañas anti-estigma en salud mental: tres estrategias básicas de distinta utilidad.....	75
2.13. Principales líneas de intervención sobre el estigma.....	77
2.13.1. Recapitulando información.	78
2.13.2. Una estrategia compleja para un problema complejo.....	79
ANEXO 1	84
MEDICION DEL ESTIGMA EN SALUD MENTAL	84
3.- PERSPECTIVA DE GENERO EN ATENCION A SALUD MENTAL Y ADICCIONES CON ENFOQUE COMUNITARIO.	87
LA INCLUSIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN EL SISTEMA PÚBLICO DE ATENCIÓN DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL.	87
A. INTRODUCCIÓN	87
B. ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA.....	88
C. POBLACIÓN OBJETIVO	91
D. LÓGICA DE INTERVENCIÓN.....	91
E. PROPUESTA DE COMPONENTES ESTRATÉGICOS.....	91
4. CONTENIDOS CURRICULARES SOBRE MODELO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.	95
TRATAMIENTO COMUNITARIO	95
EJES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO.....	96
TRATAMIENTO COMUNITARIO: MARCO GENERAL	97
TERMINOLOGIAS DE USO COMUN EN INTERVENCIÓN COMUNITARIA.....	97
MODULOS ESPECIFICOS DE CAPACITACIÓN.....	109
1. CONTENIDOS ESPECIFICOS CURRICULARES PARA PRIMER.....	109
NIVEL DE SALUD EN SALUD MENTAL COMUNITARIA	109
1.1. CARTERA DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL.....	109
1.1.1. CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN SALUD PÚBLICA... ..	109
1.1.2. CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN PRIMER NIVEL.	111



1.2. DETECCIÓN DE USO Y ABUSO DE ALCOHOL, OTRAS DROGAS Y ADICCIONES COMPORTAMENTALES, E INTERVENCIÓN TEMPRANA, EN EL PRIMER NIVEL DE SALUD. ...	114
1.3. PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN SALUD MENTAL ENTRE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS.....	124
1.4. PROGRAMAS E INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN EL PRIMER NIVEL DE SALUD.	131
2. CONTENIDOS ESPECIFICOS CURRICULARES PARA CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS	134
2.1. CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN SALUD PÚBLICA	134
2.2. PROCEDIMIENTO DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES Y SALUD MENTAL DENTRO DE SISTEMA PÚBLICO DE SALUD.	137
2.2.1. CONCEPTO DE CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES	137
2.2.2. TITULARES DE LA CARTERA DE SERVICIOS.....	137
2.2.3. ACCESO A LA CARTERA DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES	137
2.2.4. CARACTERÍSTICAS DE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES	138
2.2.5. PERSONAL Y CENTROS AUTORIZADOS	138
2.2.6. CRITERIOS Y REQUISITOS	139
2.2.7. CONTENIDO DE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES	140
2.2.8. ACTUALIZACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.	140
2.2.9. PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.....	141
2.2.10. COMISIÓN DE PRESTACIONES, ASEGURAMIENTO Y FINANCIACIÓN.	142
2.2.11. SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.	143
2.3. CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE DISPOSITIVOS COMUNITARIOS	143
Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC).....	143
2.4. CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (TERCER NIVEL DE ATENCIÓN)	145
2.5. CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES	146
2.6.- CONTENIDOS CURRICULARES SOBRE LA ACREDITACIÓN DE CENTROS Y SERVICIOS DEL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL.	147
2.6.1. La Habilitación de Centros y servicios de atención a la Salud Mental y adicciones.	148
2.7. PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ENTRE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD Y CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS.	153



2.8. ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD TÉCNICA Y LA EFICACIA Y EFICIENCIA DE LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS	160
2.9. PROGRAMAS DE ATENCION EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.....	162
2.9.1. Programa de salud mental y uso de alcohol y drogas para niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad y en conflicto con la ley.....	162
2.9.2. Programa de privados de libertad y en proceso de reinserción.	162
2.9.3. Programa prevención de la violencia de género.....	163
2.9.4. Programa de intervención en el medio laboral sobre alcohol y otras drogas.	164
2.9.5. Programa de intervención en el medio escolar de promoción y prevención, y asistencia sobre alcohol, y otras drogas.....	164
2.9.6. Programa de salud mental y adicciones con enfoque multicultural.....	165
2.9.7. Programa de intervención de base comunitaria en salud mental ya adicciones: trabajo en redes.	166
2.9.8. Programa para aplicación de la perspectiva de género en todas las fases de la atención en salud mental y adicciones.....	166
2.9.9. Protocolo de atención a la patología dual.....	167
2.9.10. Programa de formación continuada para el CSMSC.	167
2.9.11. Programa de cuidados para los profesionales de los CSMC.....	168
2.9.12. Programa de impulso de la investigación en los CSMC.....	168
2.10. DE LA FORMACION Y LA INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES	169
3. CONTENIDOS CURRICULO DE LOS MANDOS DIRECTIVOS Y GESTORES DE SALUD, EDUCACION, GOBERNACION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA.....	181
4. CONTENIDOS ESPECIFICOS DE CURRICULO FORMATIVO DE OPERADORES DEL SISTEMA DE JUSTICIA EN BOLIVIA.	190
5. CONTENIDOS CURRICULARES PARA PROFESIONALES DE CENTROS DE ACOGIDA DE MENORES EN CONFLICTO CON LA LEY Y PROGRAMAS DE MENORES EN RIESGO.....	207
6. CONTENIDOS ESPECIFICOS DE CURRICULO FORMATIVO DE FACILITADORES Y MEDIADORES EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.....	218
7. CONTENIDOS CURRICULO PARA MEDIO EDUCATIVO EN SALUD MENTAL COMUNITARIA Y EL ROL DEL MEDIO ESCOLAR.	227
8. CONTENIDOS CURRICULO PROFESIONANES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA Y ADICCIONES.	228



PRODUCTO 2. Una propuesta de contenidos formativos con una parte troncal y con una especificación para cada uno de los colectivos objeto de la capacitación.

METODOLOGIA PROPUESTA PARA EN DESARROLLO DE LA CAPACITACION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

1.- Marco de La capacitación:

Se va a dirigir a los dos colectivos dianas más importantes teniendo en cuenta que hablamos de salud mental comunitaria, es decir cercanía a los primeros niveles de atención en salud que son los profesionales de primer nivel de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, otros, los profesionales de los Centros de salud Mental Comunitaria (psiquiatra, psicólogo, enfermera y trabajador social), y los equipos de salud y multidisciplinarios de prisiones. En una segunda fase se trabajará con los profesionales de salud mental y adicciones de segundo y tercer nivel, ya que deben conocer los presupuestos sobre los que trabaja la puerta de entrada al sistema de salud mental ya dicciones, del que serán referenciados los pacientes y adonde realiza la contrarreferencia. Se va a extender la capacitación al sistema de información en salud (SNIS-VE, SUIIS) ya que se va a iniciar una ampliación de la información sobre salud mental ya dicciones y es bueno que conozcan el tipo de recursos y actividades que les van a reportar en el contexto de la Salud mental Comunitaria.

Del mismo modo, será esencial el rol de Entidades Autónomas Territoriales (ETAs) porque la gestión de los CSMC va a recaer sobre ellos especialmente a nivel municipal, y del mismo modo deben apropiarse del modelo de Salud Mental Comunitario. Asimismo, se va a proponer una capacitación para el medio educativo en salud mental comunitaria, en especial para maestros de todos los niveles.

La capacitación en salud mental comunitaria se entiende en un sentido amplio más allá del ámbito de la salud, de modo que hay operadores esenciales de otros ámbitos que deben conocer el modelo de salud mental comunitaria porque son parte de él y pueden usarlo como un recurso que puede potenciar su propio trabajo. Estamos hablando de operadores de justicia, mandos directivos de salud, educación y gobernación, profesionales de centros y programas de menores en conflicto con la ley, facilitadores y mediadores en salud mental y adicciones, y maestros de educación secundaria.

La iniciativa de articular un sistema público de atención comunitaria en salud mental en Bolivia es novedosa, y lo primero que hay que explicar y debe conocerse es porque se crea el Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de las Adicciones y la Salud Mental con el enfoque comunitario, qué ventajas tiene respecto a los sistemas tradicionales, cómo se trabaja en él, y cuáles son sus objetivos. Los profesionales de la salud mental y de salud general de primer nivel, deben conocer y apropiarse del enfoque



de Salud Mental Comunitaria. La idea de que se apropien del sistema es el objetivo principal de la capacitación, ya que el “modus operandi” en los centros de salud mental comunitarios será diferente a lo que se hace habitualmente en modelos de atención clásicos. Del mismo modo será parte de la capacitación, común a todos los agentes implicados en la salud mental y adicciones, lo referido a la estigmatización de la salud mental, y las personas con adicciones.

Por otro lado, se recomienda una metodología de capacitación activa-participativa para lograr esta apropiación que se ha comentado más fácilmente, siempre que sea posible.

✚ **OBJETIVO GENERAL DE LA CAPACITACIÓN:** Disponer de directivos ,profesionales y mediadores suficientemente formados en salud mental y adicciones con enfoque comunitario a nivel nacional que permita operar el sistema nacional de prevención, atención y rehabilitación, mediante conocimientos y habilidades necesarias para que la salud mental y adicciones de enfoque comunitario ocupe lugar relevante en las políticas de salud y en el ámbito social en general, con el fin de eliminar, en último término, el estigma social alrededor de esta problemática. Todo ello con perspectiva de género.

✚ **Objetivo general de la capacitación de los profesionales en el primer nivel de salud:**

Incrementar en los profesionales de salud de primer nivel su sensibilidad a la problemática de salud mental y adicciones de la población que atienden, su capacidad de detectar dichos problemas en la práctica habitual, sus habilidades para poder abordar de forma mínima los problemas que aparecen y con criterios para referenciar a otros niveles si es preciso. Con una comprensión de los es el enfoque comunitario de intervención en este ámbito. Todo ello bajo el paraguas de la comprensión real de la persona con problemas de salud mental y/o adicciones libres de estigmas sociales y con perspectiva de género.

✚ **Objetivos específicos referidos a la capacitación de los profesionales del primer nivel de salud:**

- Incrementar el conocimiento de lo que es la enfermedad mental y las adicciones para modificar las representaciones sociales estigmatizadoras de estas problemáticas entre los profesionales de la salud. (Troncal)
- Conocer las bases de la atención a la salud mental y adicciones desde un enfoque comunitario (Troncal)
- Adquirir conocimiento de la perspectiva de género en lo referido a la salud mental y adicciones. (Troncal)
- Valorar el impacto de la problemática de salud mental y adicciones en la práctica clínica habitual de primer nivel.
- Incrementar la capacidad de detección de casos que acuden al Centro de Salud.
- Adquirir habilidades de diagnóstico y valoración de la severidad de los casos.
- Ser capaz de manejar los casos para una intervención inicial y seguimiento.



- Conocer los criterios de referencia a otros niveles de atención.

 Objetivo general de la capacitación de los profesionales de los Centros de Salud Mental comunitaria y equipos de salud y multidisciplinares de prisiones.

Incrementar, en los profesionales que trabajan en los Centros de salud Mental y adicciones, y de los profesionales que forman parte del Sistema Integral de tratamiento de adicciones en privados de libertad, el conocimiento de la salud mental comunitaria, y los principios de la intervención de base en la comunidad. Y los programas que conforman su actividad cotidiana. Todo ello, en íntima relación con el primer nivel de salud como puesta de entrada al sistema de atención de la salud mental comunitaria. Todo ello desde una perspectiva de género.

 Objetivos específicos de la capacitación de los profesionales de los Centros de Salud Mental Comunitaria y los profesionales de salud y equipos multidisciplinares de prisiones

- Formar a profesionales de los Centros de salud Mental Comunitaria (CSMC) y los profesionales de salud y equipos multidisciplinares de prisiones, en los principios del trabajo en salud mental comunitaria. (Troncal)
- Sensibilizar entre los profesionales de salud mental y los profesionales de salud y equipos multidisciplinares de prisiones, sobre cómo afectan las representaciones sociales estigmatizadoras en la práctica clínica y preventiva. (Troncal)
- Conocer los principios de la intervención de base comunitaria como elemento esencial de la salud mental comunitaria. (Troncal)
- Adquirir conocimiento de la perspectiva de género en lo referido a la salud mental y adicciones (troncal)
- Conocer los principales programas de intervención que se lleva a cabo en este nivel.
- Conocer los principios de la acreditación de los dispositivos de salud mental.
- Conocer los principios de la calidad de la atención en salud mental.
- Conocer la importancia de la evaluación de programas de intervención en salud mental y adicciones y de la investigación aplicada.

 Objetivo general de la capacitación de los responsables y técnicos en los Entes Territoriales Autónomos (ETAs) en la implementación, seguimiento y control de los Centros de salud mental comunitarios.

Incrementar, en los responsables y profesionales de las ETAs, que trabajan en salud mental y adicciones, el conocimiento de la salud mental comunitaria y sus principios de actuación. Conocer la importancia de un dispositivo de Salud mental comunitaria para la población y la administración local. Así mismo que se familiaricen con la intervención de base comunitaria como eje del trabajo en salud mental y adicciones descentralizados.



Todo ello bajo el paraguas de la comprensión real de la persona con problemas de salud mental y/o adicciones libres de estigmas sociales y con perspectiva de género.

✚ **Objetivos específicos de la capacitación de los responsables y técnicos en los Entes Territoriales Autónomos (ETAs) en la implementación, seguimiento y control de los Centros de salud mental comunitarios.**

- Formar a profesionales de Salud mental y adicciones de los ETAs en los principios de la salud mental comunitaria. (Troncal)
- Sensibilizar hacia el estigma de la salud mental y las adicciones. (Troncal)
- Conocer los principios de la intervención de base comunitaria como elemento esencial de la salud mental comunitaria. (Troncal)
- Conocer la aplicación de la perspectiva de género en la atención de la intervención en salud mental y adicciones. (Troncal)
- Conocer la estructura, organización y funciones de los Centros de salud mental comunitarios.
- Conocer los programas de intervención más importantes de los Centros de salud mental y adicciones, y del ámbito penitenciario.
- Conocer el trabajo en red de recursos y programas del CSMC, en el ámbito municipal como eje esencial de actuación.

✚ **Objetivo general para la capacitación de los responsables y técnicos del Sistema Nacional de información sanitaria (SNIS-VE) y/o el Sistema Único de Información sanitaria (SUIS); en salud mental comunitaria y los CSMC.**

Incrementar en los responsables y profesionales de los sistemas de información sanitaria, el conocimiento sobre la salud mental comunitaria y sobre los CSMC y su organización dentro del sistema de salud. Valorar la importancia del registro de salud mental y adicciones para el sistema general de información sanitaria. Todo ello bajo el paraguas de la comprensión real de la persona con problemas de salud mental y/o adicciones libres de estigmas sociales y desde una perspectiva de género.

✚ **Objetivos específicos para la capacitación de los responsables y técnicos del Sistema Nacional de información SANITARIA (SNIS-VE) y/o el Sistema Único de Información sanitaria (SUIS); en salud mental comunitaria y los CSMC.**

- Sensibilizar hacia el estigma de la salud mental y las adicciones. (Troncal).
- Conocer los principios de la intervención de base comunitaria como elemento esencial de la salud mental comunitaria. (Troncal)
- Conocer la aplicación de la perspectiva de género en la recogida de información sanitaria sobre salud mental y adicciones. (Troncal)
- Formar a responsables y técnicos de los sistemas de información sanitaria en los principios de la salud mental comunitaria. (Troncal)



- Conocer la estructura, organización y funciones de los Centros de salud mental comunitarios.
- Conocer los programas de intervención más importantes de los Centros de salud mental y adicciones.
- Conocer las peculiaridades del registro de producción de salud mental y adicciones y sobre el registro de casos.

 Objetivo general para la capacitación de operadores del sistema de justicia en salud mental comunitaria y recursos de rehabilitación y reinserción en el medio abierto para personas con delitos por drogas; y de profesionales de centros de acogida de menores en conflicto con la ley y programas de menores en riesgo.

Incrementar en los operadores de justicia y profesionales del medio abierto, el conocimiento sobre la salud mental comunitaria y sobre los CSMC y su organización dentro del sistema de salud. Aprender a valorar el rol de los recursos comunitarios de tratamiento, rehabilitación y reinserción, y del trabajo de base comunitaria para el tratamiento de infractores por drogas y menores en conflicto con la ley.

 Objetivo general para la capacitación de operadores del sistema de justicia en salud mental comunitaria y recursos de rehabilitación y reinserción en el medio abierto para personas con delitos por drogas; y de profesionales de centros de acogida de menores en conflicto con la ley y programas de menores en riesgo.

- Formar a profesionales de justicia y de centros de menores en conflicto con la ley, de Salud mental y adicciones del sistema en los principios de la salud mental comunitaria. (Troncal)
- Sensibilizar hacia el estigma de la salud mental y las adicciones. (Troncal)
- Conocer los principios de la intervención de base comunitaria como elemento esencial de la salud mental comunitaria. (Troncal)
- Conocer la aplicación de la perspectiva de género en la atención de la intervención en salud mental y adicciones. (Troncal)
- Conocer la estructura, organización y funciones de los Centros de salud mental comunitarios y de su función en relación con el cumplimiento de medidas en medio abierto.
- Conocer los programas de intervención más importantes de los Centros de salud mental y adicciones, y del ámbito penitenciario.
- Conocer el trabajo en red de recursos y programas del CSMC, en el ámbito municipal como eje esencial de actuación.

 Objetivo general para la capacitación de mandos directivos y gestores de salud, educación, gobernación en salud mental comunitaria

Que los mandos directivos y gestores de los departamentos de salud, educación y gobernación adquieran una idea de lo que es el enfoque de salud mental comunitaria y de la importancia de la salud mental en todo el sistema de salud.



Que se sensibilicen hacia el estigma que arrastra la salud mental y las adicciones. Y que conozcan la importancia del trabajo en la comunidad. Todo ello con el conocimiento de la perspectiva de género.

 Objetivos específicos para la capacitación de mandos directivos y gestores de salud, educación, gobernación en salud mental comunitaria.

- Formar a directivos y gestores públicos en los principios de la salud mental comunitaria. (Troncal)
- Sensibilizar hacia el estigma de la salud mental y las adicciones. (Troncal)
- Conocer los principios de la intervención de base comunitaria como elemento esencial de la salud mental comunitaria. (Troncal)
- Conocer la aplicación de la perspectiva de género en la atención de la intervención en salud mental y adicciones. (Troncal)
- Conocer la estructura, organización y funciones de los Centros de salud mental comunitarios.
- Conocer el trabajo en red de recursos y programas del CSMC, en el ámbito municipal como eje esencial de actuación.

 Objetivo general para la capacitación de facilitadores y mediadores en salud mental y adicciones.

Formar a mediadores y facilitadores en salud mental y adicciones en los nuevos roles a desempeñar en la salud mental comunitaria. Que se sensibilicen con el concepto del estigma en salud mental y adicciones y en la perspectiva de género. Y que conozcan su rol dentro de las intervenciones de base comunitaria.

 Objetivos específicos para la capacitación de facilitadores y mediadores en salud mental y adicciones.

- Conocer los principios de la salud mental comunitaria. (Troncal)
- Sensibilizar hacia el estigma de la salud mental y las adicciones. (Troncal)
- Conocer los principios de la intervención de base comunitaria como elemento esencial de la salud mental comunitaria. (Troncal)
- Conocer la aplicación de la perspectiva de género en la atención de la intervención en salud mental y adicciones. (Troncal)
- Conocer las bases de la intervención no profesional en salud mental y adicciones.
- Conocer la estructura, organización y funciones de los Centros de salud mental comunitarios.
- Conocer el trabajo en red de recursos y programas del CSMC, en el ámbito municipal como eje esencial de actuación.



 Objetivo general para la capacitación de maestros y profesores de todos los niveles y ramas educativas en salud mental comunitaria.

Que adquieran un concepto claro de lo que es la salud mental de enfoque comunitario y del trabajo en la comunidad. Ayudar a que comprendan la importancia del enfoque de salud pública en el abordaje de problema en los menores como un problema más de salud. Sensibilizar sobre el estigma en salud mental ya dicciones y sus consecuencias para la prevención y el abordaje del problema. Conocer la perspectiva de género en esta área.

 Objetivo general para la capacitación de maestros y profesores de todos los niveles y ramas educativas en salud mental comunitaria.

- Conocer los principios de la salud mental comunitaria. (Troncal)
- Sensibilizar hacia el estigma de la salud mental y las adicciones. (Troncal)
- Conocer los principios de la intervención de base comunitaria como elemento esencial de la salud mental comunitaria. (Troncal)
- Conocer la aplicación de la perspectiva de género en la atención de la intervención en salud mental y adicciones. (Troncal)
- Conocer las bases de la intervención en medio educativo en salud mental y adicciones.
- Conocer la estructura, organización y funciones de los Centros de salud mental comunitarios y su relación con el medio escolar.
- Conocer el trabajo en red de recursos y programas del CSMC, en el ámbito municipal como eje esencial de actuación.

 Objetivo general para la capacitación de profesionales de los medios de comunicación en salud mental comunitaria.

Sensibilizar sobre el manejo de la información en las temáticas de la salud mental y adicciones para favorecer la erradicación del estigma en el imaginario social. Aumentar el conocimiento de las problemáticas más frecuentes de salud mental y adicciones. La imagen en los medios del enfermo mental y del adicto y su efecto social.

 Objetivos específicos para la capacitación de profesionales de los medios de comunicación en salud mental comunitaria.

- Sensibilizar hacia el estigma de la salud mental y las adicciones. (Troncal)
- Conocer los principios de la intervención de base comunitaria como elemento esencial de la salud mental comunitaria. (Troncal)
- Conocer la aplicación de la perspectiva de género en la atención de la intervención en salud mental y adicciones. (Troncal)
- Conocer los principios de la salud mental comunitaria. (Troncal)



🚦 **POBLACIÓN DIANA:** profesionales de primer nivel de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, otros) y los profesionales que van a trabajar en los Centros de salud Mental Comunitaria (psiquiatra, psicólogo, enfermera y trabajador social). Responsables y Personal técnico del SNIS-VE/SUIS. Responsables de Salud Mental de SEDES, SEDEGES y municipios donde se ubicarán (abierto a los que deseen participar) los CSMC. Profesionales del SNIS-VE y de SUIS. Operadores del sistema de justicia. Directivos y gestores de ámbitos relacionados con las adicciones. Profesionales que trabajan con menores en conflicto con la ley y mediadores y facilitadores de salud mental y adicciones. Por último, maestros de los diferentes niveles educativos. Profesionales de los medios de comunicación.

🚦 **SISTEMA DE COMUNICACIÓN:** Sistema de comunicación Virtual a través de plataformas de comunicación (TELESALUD, plataforma de la Escuela de Gestión Pública Plurinacional, otras).

NOTA: Si es posible realizar la formación presencial sería más adecuado.



LOS CONTENIDOS DE LAS CAPACITACIONES SOBRE SALUD MENTAL COMUNITARIA

La definición de los ejes de la capacitación en cuanto a objetivos y contenidos se va a basar en el conocimiento de la política de salud mental y adicciones que se mantiene actualmente en Bolivia. Y conforme a las bases conceptuales y ámbitos y estrategias que deben de guiar la salud mental comunitaria.

Estos puntos han sido consensuados con los agentes implicados en la prevención y asistencia de la salud mental y adicciones. En concreto por la siguientes entidades y organizaciones:

- Sociedad de psiquiatría de La Paz.
- Colegio de Psicólogos de La Paz.
- Responsable de salud Mental de SEDES La Paz.
- Colegio de Trabajadores sociales de La Paz
- Colegio de Enfermería de la Paz.
- INTRAID Tarija Salud mental.
- OPS BOLIVIA
- Asociación Ayninakuna (salud mental infanto-juvenil
- Observatorio Boliviano de seguridad ciudadana y lucha contra la drogas (OBSCD)
- secretaria de CONALTID
- VDS (Viceministerio defensa social; prevención holística).
- Red América de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS)
- SIGNO CENTRO INTERDISCIPLINARIO (URUGUAY)

MODULOS TRONCALES DE CAPACITACION

Como se puede ver en la definición de los objetivos generales y específicos de cada uno de los grupos diana de la capacitación, hay cuatro módulos de contenidos que son comunes a todos. Estos son:

- PRINCIPIOS GENERALES DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA.
- EL ESTIGMA EN LA SALUD MENTAL Y ADICCIONES.
- LA PERSPECTIVA DE GENERO EN LA ATENCION A LA SALUD MENTAL Y ADICCIONES CON ENFOQUE COMUNITARIO.
- PRINCIPIOS DE LA INTERVENCION DE BASE COMUNITARIA.

Ambos contenidos se corresponden con las necesidades detectadas en las reuniones mantenidas con colectivos profesionales implicados en la intervención en salud mental y adicciones. La primera necesidad es la carencia unánime de formación en salud mental comunitaria por parte de la formación académica en psiquiatría, en psicología, en enfermería y en trabajo social. Este hecho, sumado a la novedad de la puesta en marcha del Sistema Comunitario de atención y Tratamiento de las adicciones y la salud mental y la creación de los



Centros de salud Mental Comunitarios (CSMC), hace ineludible que sea un contenido troncal el referido a el concepto de salud mental comunitaria.

La Segunda necesidad detectada es la referida al estigma de la salud mental entre los profesionales de la salud, responsables políticos y gestores, y el mismo nivel descentralizado departamental y municipal en su nivel de técnicos y responsables políticos y gestores igualmente. Y no solamente hablando del ámbito de la salud sino de todos los agentes implicados directa o indirectamente en la salud mental y a las adicciones. No es un problema específico de Bolivia sino en general en todos los sistemas de salud del todo el mundo: la salud mental y las adicciones no reciben el mismo trato en las prioridades de las políticas de salud que otros problemas de salud.

En general se suele considerar que no es un problema urgente, en parte porque (esto es para ser tratado en las capacitaciones) el modelo de salud está muy centrado en un modelo medico en el que las dolencias físicas son lo central de la actividad curativa de la medicina y la enfermería. El concepto, muy conocido, de la OMS de la salud como resultante de variables biológicas, psicológicas y sociales, es más bien un “desiderátum” ya que los sistemas públicos no han desarrollado realmente una acción de promoción y prevención, y asistencia en salud con enfoque centrado en los determinantes biopsicosociales y la comunidad. Por todo ello, también es ineludible que un eje troncal de la capacitación sea el tema del estigma de la enfermedad mental.

Aquí conectamos con la tercera necesidad detectada y es conocer metodologías de intervención en la comunidad para incidir en los determinantes de sociales, culturales, educativos, económicos y otros de la salud. En la medida que se intervenga en la comunidad y con la comunidad para empoderarla obtendremos mejores resultados en los diagnósticos de la salud de las zonas de nuestra influencia.

Por último, se hace imprescindible la perspectiva de género como forma de trabajo en salud mental y adicciones. En este momento no se aplica esta perspectiva en la prevención ni en los tratamientos, en parte por carencia de conocimientos sobre cómo hacer esta tarea. Es una cuestión de equidad en la atención para las distintas opciones de género y diversidad sexual.

1.- CONTENIDOS CURRICULARES SOBRE SALUD MENTAL COMUNITARIA

1.1. Principios de la salud mental comunitaria.

1) RESPETO Y PROMOCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

Principios:

- **Concepción del ser humano como un ser integral:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión



sociocomunitaria, deben tener en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales y comunitarios de las personas y tratarlos como una integralidad indivisible.

- **Promoción de la ciudadanía:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria, deben promover, fomentar y fortalecer el desarrollo de la libertad de escoger y de actuar, aumentando la autoridad y el poder de los y las habitantes sobre los recursos y las decisiones que afectan a su vida. Atención orientada no solo al alivio de síntomas, sino que a la “recuperación”, en la que la persona tenga oportunidades de vivir una vida significativa, satisfactoria y con propósito, como también de ser un miembro valioso de la comunidad.

- **Participación e inclusión social:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria deben fomentar que las personas sean sujetos activos y responsables de sus propios procesos vitales, contribuyendo a potenciar una ciudadanía activa que se implique tanto en lo que le afecta individualmente como en lo comunitario. Para ello es necesario apoyar a los usuarios para vivir incluido en la comunidad, para acceder a oportunidades de vivienda, educación, empleo, a los beneficios pecuniarios a que tengan derecho y para participar en organizaciones y actividades políticas, sociales, culturales, religiosas y de recreación. Las estrategias de inclusión sociocomunitaria se centran en las personas, por un lado, y en los sistemas de actuación por otros. Las primeras tienen el propósito de fortalecer las capacidades de las personas para la inclusión comunitaria y la inclusión social, mientras las últimas buscan fortalecer las capacidades de los sistemas de actuación comunitarios e institucionales para la inclusión de las personas.

- **Igualdad jurídica:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria deben promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas y en especial entregar apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica de los usuarios con discapacidad mental, promoviendo el respeto de su dignidad inherente, evitando la hospitalización y el tratamiento sin el consentimiento libre e informado.

- **Autonomía y autodeterminación:** La búsqueda del mayor grado de autonomía posible es una cuestión de derechos, intrínseco a la condición de persona. Todas las personas tienen el derecho a ser autónomas, a tomar decisiones acerca de cómo quieren vivir su vida. Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación y los enlaces a redes de apoyo y otros servicios, que contribuyen a la capacidad para vivir con independencia en la comunidad, deben asegurar el ejercicio de este derecho, con planes de “recuperación” individuales, contruidos con los usuarios, enfatizando en aquellas personas más vulnerables y con mayor riesgo de ser excluidas.

- **Calidad de la atención:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria” deben asegurar que sus acciones otorguen el mayor beneficio posible a sus usuarios, reduciendo



al mínimo posible todo aquello que pueda resultar en un incremento de riesgos para las personas, a su integridad y la posibilidad de sufrir tratos inhumanos o degradantes.

2) LA PERSONA COMO UN SER INTEGRAL E INDIVISIBLE FÍSICA Y MENTALMENTE

Principios:

- **Indivisibilidad de la salud mental y la salud general:** Los trastornos mentales son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades transmisibles y no transmisibles y contribuyen a lesiones accidentales y no accidentales. Muchas condiciones de salud aumentan el riesgo de trastorno mental, o alargan episodios de enfermedad mental. La comorbilidad resultante complica la búsqueda de ayuda, el diagnóstico, la calidad de la atención prestada, el tratamiento y la adherencia, y afecta los resultados del tratamiento para las condiciones físicas, incluida la mortalidad relacionada con la enfermedad.

- **Integralidad de la atención:** La atención de salud mental debe incluir una gama de diferentes servicios coordinados, gestionar las necesidades agudas y crónicas de salud y abordar las necesidades de Inclusión sociocomunitaria a más largo plazo en coordinación con otros sectores.

- **Servicios de salud mental integrados a la red general de salud:** La atención de los problemas y trastornos mentales debe estar incluida en los nodos y puntos de atención que conforman la red de salud (pública y privada). En los nodos y puntos de atención de primer nivel, la atención de salud mental es entregada por el equipo de cabecera o equipo de sector. Cuando sea necesaria la hospitalización por razones de enfermedad mental, ésta debe realizarse en los hospitales generales.

- **Atención de salud mental centrada en la persona, su familia o red de apoyo:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria deben reconocer que cada individuo es un experto en su propia vida y que la “recuperación” consiste en trabajar en alianza con los individuos y sus familias para prestar apoyo de una manera que tenga sentido para ellos, deben por tanto escuchar a las personas y a sus familias, para aprender de ellos y actuar de acuerdo a lo que ellos comunican acerca de lo que es importante para cada individuo.

- **Continuidad de apoyos y cuidados:** La mayoría de los trastornos mentales, especialmente los de curso crónico se manejan mejor mediante el modelo de cuidado continuo, el que además enfatiza la necesidad de abordar la totalidad de las necesidades de los pacientes, incluyendo sus requerimientos sociales, ocupacionales y psicológicos.

- **Atención basada en la comunidad:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria deben brindar la atención en espacios comunitarios (hogar, barrio, lugar de estudio y trabajo, etc.) y con participación de recursos de la comunidad (familia, vecinos, profesor, agentes de salud, religiosos, laborales, deportivos, culturales, etc.) y deben orientarse a la inclusión sociocomunitaria de los usuarios.



3) EQUIDAD

Principios:

- **Accesibilidad:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria, deben estar disponible localmente y ser asequibles y aceptables para toda la población, sin importar su situación geográfica, su estatus económico, raza o condición social. Además, la atención de salud mental en la red asistencial debe estar en igualdad con los servicios generales de salud.

- **Pertinencia:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria, deben considerar las particularidades de la población a la que están destinados, incluyendo los enfoques de género, interculturalidad y vulnerabilidad.

- **Cobertura universal:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria deben estar disponibles para toda la población que habita en el territorio nacional y a lo largo del curso de vida.

- **Intersectorialidad:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria deben entregarse de forma coordinada entre los distintos sectores del Estado y con organizaciones de la sociedad civil.

1.2- Referentes estratégicos y de planificación internacional que afectan a Bolivia en materia de uso de sustancias psicoactivas y en materia de salud mental.

En relación con la consideración de uso de alcohol, otras drogas y otras adicciones como el juego patológico como parte de la política de salud pública, y, yendo más allá, como parte de los objetivos de promoción y prevención y los planes y programas, hay un reto pendiente no solo en la Región sino también a nivel global.

El marco de abordaje de estos temas queda bien recogido en el **Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública de la OPS** (Washington, 51º consejo directivo, 63ª sesión del comité regional, 2011). En este documento se definen los ámbitos de trabajo en sustancias psicoactivas desde la salud pública. Están referenciados como Áreas estratégicas y objetivos relacionados con ellas:

ÁREA ESTRATÉGICA 1: Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales en materia de salud pública y asignación de recursos compatibles con la magnitud del problema del consumo de sustancias psicoactivas.



Objetivo 1.1: Tener políticas y planes sanitarios nacionales en materia de consumo de sustancias psicoactivas en todos los países como parte de las políticas, planes y leyes sobre la salud en general. Tales políticas y planes deben complementar la política nacional en materia de drogas en general y coordinarse con ella, apoyar las metas de salud pública, reducir las disparidades, incluir una perspectiva de género y ceñirse a las convenciones de control de drogas, y a los instrumentos, declaraciones y recomendaciones aplicables del sistema interamericano y el sistema de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos.

Objetivo 1.2: Fortalecer la prevención, la detección sistemática y la intervención temprana, el tratamiento, la rehabilitación, la reintegración social y los servicios afines de apoyo mediante la promoción del bienestar sanitario y social de las personas, las familias y las comunidades y la reducción de las consecuencias adversas del uso de sustancias psicoactivas, en especial entre los grupos de alto riesgo.

Objetivo 1.3: Movilizar los recursos humanos y financieros necesarios para ejecutar las actividades planificadas y para procurar que esos recursos se utilicen principalmente en los servicios ambulatorios comunitarios de atención primaria y se integren en el sistema general de atención de salud.

ÁREA ESTRATÉGICA 2: Promoción de la prevención universal del consumo de sustancias, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de los niños y la población joven.

Objetivo 2.1: Promover modelos de prevención universal basados en datos probatorios y prácticas óptimas que apoyen el desarrollo psicosocial y económico de los jóvenes en especial y que mejoren el acceso a la información y a servicios de salud apropiados y basados en datos probatorios.

Objetivo 2.2: Promover la concientización a nivel comunitario con respecto al consumo de sustancias y los trastornos asociados por medio de programas de educación, capacitación y concientización.

ÁREA ESTRATÉGICA 3: Promoción de las intervenciones tempranas en los entornos de atención primaria y desarrollo de sistemas de tratamiento vinculados a la atención primaria de salud y servicios conexos.

Objetivo 3.1: Proporcionar un conjunto de intervenciones esenciales basadas en datos probatorios, en los diferentes niveles del sistema de atención de salud, que pueda ser adaptado por los Estados Miembros, poniendo de relieve la atención primaria de salud.

Objetivo 3.2: Suministrar herramientas para la capacitación y la certificación de la fuerza laboral sanitaria para que pueda abordar el consumo de sustancias y los problemas conexos, lo que incluirá las mejores prácticas para recetar medicamentos.

Objetivo 3.3: Proporcionar herramientas, capacitación y respaldo a los proveedores de atención sanitaria no remunerados y a los familiares.



Objetivo 3.4: Examinar y actualizar los programas de estudios de las profesiones dedicadas a la salud y otras afines a nivel de grado o posgrado y de los programas de educación continua sobre los temas relacionados con el consumo de sustancias.

Objetivo 3.5: Promover la disponibilidad adecuada de medicamentos psicoactivos fiscalizados a nivel internacional con fines terapéuticos y científicos, previniendo al mismo tiempo su desvío y uso con fines no terapéuticos.

ÁREA ESTRATÉGICA 4: Investigación, seguimiento y evaluación.

Objetivo 4.1: Crear la capacidad para investigación y el seguimiento y la evaluación de los servicios de prevención del consumo de sustancias, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, reintegración social y servicios de apoyo conexos orientados a la reducción de las consecuencias negativas del consumo de estas sustancias.

Objetivo 4.2: Mejorar los datos en los sistemas nacionales de información de salud sobre el consumo de sustancias, procurando recopilar y analizar regularmente los datos básicos pertinentes para la adopción de decisiones y la vigilancia de cambios con el transcurso del tiempo.

Objetivo 4.3: Promover la investigación y la vigilancia en los Estados Miembros a fin de crear una base de datos de estrategias eficaces de intervención y vigilar las tendencias del consumo de sustancias en la Región.

Objetivo 4.4: Compilar y difundir información y materiales basados en datos probatorios sobre los problemas relacionados con el consumo de sustancias, como evaluaciones de políticas y programas a nivel nacional y local.

ÁREA ESTRATÉGICA 5: Alianzas estratégicas.

Objetivo 5.1: Crear y fortalecer alianzas con otros interesados directos a fin de lograr una respuesta integral de salud pública a los problemas debidos al consumo de sustancias psicoactivas en la Región.

En los objetivos propuestos por la OPS, destacaría como añadido importante lo referido a la acción en prevención y asistencia de las adicciones en el medio laboral, así como acciones específicas en prevención en medio escolar, familiar y comunitaria, que no quedan especificadas suficientemente.

El enfoque desde la perspectiva de salud que aporta el Plan de Acción de OPS abarca desde la promoción y prevención de las adicciones hasta el proceso de tratamiento, la rehabilitación y reinserción, la información sobre el tema, la capacitación, la investigación y las alianzas



estratégicas; todos esos aspectos son esenciales para un adecuado diseño y organización de la política sobre adicciones desde la Salud Pública.

Por su lado, en lo referido a las Salud Mental, no es fácil encontrar en los planes de salud mental acciones continuadas sobre la promoción y prevención de la salud mental desde las estrategias de salud pública. No hay demasiada conciencia de la importancia de la prevención de los problemas de salud mental y la promoción de la salud mental.

Sin embargo, problemas epidémicos como el suicidio juvenil por ejemplo están poniendo en primera línea de la salud pública los planes para prevenir el suicidio como expresión de la mala salud mental.

Un documento estratégico que pone las bases de una acción desde la salud pública en salud mental es el **PLAN DE ACCIÓN SOBRE SALUD MENTAL 2013-2020 de la OMS**. Por ejemplificar los objetivos y acciones correspondientes más importantes que marca el documento, son:

Objetivo 1: Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.

- Participación de diferentes actores públicos y privados en definir la política.
- Rol esencial de las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil.
- Integración de las políticas de salud mental en las políticas y los planes nacionales de salud. Elaborar políticas y planes específicos de salud mental que ofrezcan orientaciones más detalladas.
- Las políticas, planes y leyes sobre salud mental deben cumplir con las obligaciones dimanantes de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y de otras convenciones internacionales y regionales de derechos humanos.

Objetivo 2: Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta.

- Desarrollo de servicios integrales de salud mental y de asistencia social de base comunitaria; la integración de la asistencia y los tratamientos de salud mental en los hospitales generales y la atención primaria; la continuidad asistencial entre diferentes prestadores y niveles del sistema de salud.
- Calidad asistencial mediante protocolos y prácticas basadas en evidencias, que incluyan la intervención temprana, la incorporación de los principios de los derechos humanos, el respeto de la autonomía individual y la protección de la dignidad de las personas.
- Enfoque basado en la recuperación que haga hincapié en el apoyo para lograr que las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales alcancen sus propias aspiraciones y metas.



- Participación y un apoyo más activo de los usuarios en la reorganización, la prestación y la evaluación y seguimiento de los servicios.

- Responder a las necesidades de los grupos vulnerables y marginados de la sociedad, tales como: las mujeres y niños víctimas de la violencia doméstica, los supervivientes de actos violentos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los pueblos indígenas, los migrantes, los solicitantes de asilo, las personas privadas de libertad o los grupos minoritarios en el contexto nacional.

- Número adecuado de profesionales sanitarios competentes, dedicados y bien formados y su distribución equitativa.

Objetivo 3: Aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental.

- Elaborar y aplicar políticas y programas de salud para atender las necesidades de las personas aquejadas de un determinado trastorno mental, y proteger y fomentar el bienestar mental de todos los ciudadanos.

- Extender responsabilidad de la promoción de la salud mental y prevenir los trastornos mentales a todos los sectores y todas las administraciones gubernamentales: empleo, vivienda, salud, servicios sociales, derechos humanos, deporte, ocio y tiempo libre, economía. Y otros.

- Implementar estrategias globales de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales durante toda la vida:

- Leyes contra la discriminación y campañas informativas que atajen la estigmatización.
- Educación sanitaria de los principales recursos psicológicos del individuo en las etapas formativas de la vida.
- Intervención temprana mediante la detección precoz, prevención y tratamiento de los problemas afectivos o de conducta, sobre todo en la infancia y la adolescencia.
- Instauración de condiciones saludables de vida y de trabajo.
- Programas o redes comunitarias de protección que combatan el maltrato infantil y otras formas de violencia en el ámbito doméstico o comunitario.
- Protección social de las poblaciones vulnerables: pobreza, indígenas.
- Estrategias de prevención del suicidio.

Objetivo 4: Reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental.

- Mejorar la información, los datos empíricos y la investigación para un adecuado proceso de elaboración de políticas, planificación y evaluación en materia de salud mental.



- Implementar sistemas de información periódica sobre salud mental:

- Prevalencia de los trastornos mentales y determinación de los principales factores de riesgo y de protección.
- Alcance de las políticas, leyes, intervenciones y servicios.
- Datos sobre impacto sanitario, social y económico.
- Perspectiva de género en los datos.

Nuevamente, se recogen todos los aspectos de una política sobre salud mental desde todas las vertientes, no solo desde la promoción y prevención.

La organización que debe soportar la política en salud pública pasa por varios requisitos tanto para salud mental como adicciones:

1.- Se debe articular una acción pública desde Salud que se apoya en la salud pública como tal y en el sistema prestador de atención sanitaria de salud mental y adicciones. Para ambos casos se requiere planificar las acciones y coordinarlas.

2.- Se requiere una regulación normativa que determine los roles de lo público y lo privado en la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción. Lo referido a la articulación de la acción comunitaria en Redes de intervención. Que establezca los mecanismos de intervención multisectorial para una acción múltiple, y descentralizada eficaces.

3.- Establecer a partir de la regulación normativa que determine responsabilidades en la política, y la elaboración de planes o estrategias de acción: Se recomienda que haya:

- un plan sobre la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud mental; información, capacitación e investigación.
- un plan de acción sobre promoción y prevención del uso de sustancias psicoactivas, y la asistencia y reinserción sociolaboral.
- Un Plan de acción sobre el alcohol.
- Un Plan de acción sobre el tabaco.
- Un plan de acción de adicciones comportamentales.
- Una estrategia de participación de la sociedad civil.
- Un plan de información, capacitación e investigación sobre adicciones.

4.- Constituir órganos de coordinación y seguimiento de la política, como Comisiones Técnicas y de monitoreo, con capacidad propositiva a instancias superiores.

5.- Establecer una estrategia de territorialización de la política, regional y local.

6.- Establecer el sistema de evaluación del cumplimiento de los planes de acción, y el sistema de corrección de desviaciones.



7.- Se recomienda que sea un departamento específico de salud pública el que elabora la planificación sobre sustancias psicoactivas y salud mental, tanto en la parte de promoción y prevención, como en la parte de prestación de servicios de atención.

8.- Dentro de los planes de acción de salud mental y adicciones especificar la estrategia de capacitación anual en la materia, así como lo referido a la investigación aplicada.

9.- Determinar el modo de participación de la sociedad civil en la implementación de las políticas de promoción y prevención en especial. Hay iniciativas referidas al control de bebidas alcohólicas, por ejemplo, que el éxito tendrá mucho mayor impacto en la medida que sea apoyada por la sociedad civil: en especial asociaciones vecinales, de madres y padres de alumnos, de afectados, y otras.

10.- Establecer ítems de salud pública para el impulso y desarrollo de los planes y la evaluación y monitoreo de estos. Así mismo, disponer de conceptos de presupuesto específicos para apoyar la implementación. Aunque como se dijo antes no es solo de competencia de salud, si no de otros sectores públicos y privados.

1.3.- Concepto de Salud Mental y adicciones con enfoque comunitario.

La Organización Mundial de Salud define la salud mental como el estado completo de bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (...) 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. (OMS, 2016) De esta forma la salud mental no se refiere solamente a la ausencia de problemas o trastornos mentales, sino más bien al ejercicio de las potencialidades para la vida personal y la interacción social. La salud mental se relaciona con los distintos grados de posibilidad que tienen las personas para participar e influir sobre su ambiente, ya sea para modificarlo, contribuir, establecer relaciones y proyectar su vida y la de su comunidad. Esta concepción trae implicancias importantes, tanto para el abordaje de la enfermedad mental como del bienestar mental y permite explicar por qué algunas personas que no presentan una enfermedad mental, tiene un bajo nivel de salud mental (si es que no tienen oportunidades de realización, relaciones sociales nutritivas ni competencias personales para lidiar con los problemas cotidianos) y, a la inversa, por qué es posible que personas con una enfermedad mental, incluso severa, puedan gozar de un nivel alto de salud mental (si, además de recibir un tratamiento adecuado, cuentan con acceso a vivienda, trabajo y educación dignos, formas de protección social adecuadas, y un clima social y cultural de aceptación y respeto por las diferencias).

Asimismo, el concepto de adicción que se baraja en este documento es en un modo amplio. La OMS entiende la adicción, a las drogas o alcohol como el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o



modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. A los efectos de este documento, la adicción se trata como un problema de salud mental, con entidad propia. Se entiende como un hábito que va desde el uso de la sustancia hasta la dependencia. La actividad de promoción y prevención de adicciones interviene en individuos, comunidades y contextos para evitar tener problemas de salud y problemas sociales por el uso de alcohol y drogas. Y se barajan conceptos intermedios como consumo perjudicial, consumo excesivo, consumo problemático, consumo de riesgo, y otros en un continuo hasta a la adicción. El concepto de adicción se trata en el documento indistintamente como Trastorno por uso de sustancias (TUS). La adicción es un concepto más amplio, como se recoge en la clasificación americana DSM-V; por razones de simplicidad y claridad expositiva adoptamos el criterio de la CIE-10.

Dentro de la Psicología comunitaria vamos a considerar que Las primeras experiencias empíricas de la Modificación de Conducta en salud comunitaria tienen lugar en el contexto de los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC).

De ellos y de la filosofía que los inspiró aparece el interés por la prevención y la promoción de la salud, perspectivas ambas que, como veremos más adelante, no eran irreconciliables teóricamente con el modelo conductual. Es más, este modelo viene a suplir algunas de las limitaciones teóricas de que adolecía el movimiento que inspiró la creación de dichos centros.

Cuadro 1. Dimensiones de la Salud Mental Comunitaria versus servicios tradicionales orientados clínicamente
(Bloom, 1973)¹.

DIMENSIONES DE COMPARACION	SALUD MENTAL COMUNITARIA	SERVICIOS CLINICOS TRADICIONALES
1. Ubicación de la intervención.	Practica en la comunidad	Practica en contextos de salud mental institucional.
1 Nivel de intervención.	Énfasis sobre una comunidad total o definida (Ej., una zona, o población de riesgo).	Énfasis sobre clientes individuales.
3. Tipo de servicio.	Énfasis sobre servicios preventivos.	Énfasis sobre servicios terapéuticos.
4. Cómo es distribuido el servicio.	Énfasis sobre servicios indirectos a través de la consulta y la educación.	Énfasis sobre servicios clínicos directos a los clientes.
5. Estrategias del servicio.	Dirigidas a llegar a un gran número de personas	Énfasis sobre la psicoterapia prolongada.

¹ BLOMM, B. L. Community mental health: A historical and critica1 analysis. Morristown, N. J. General Learning Press, 1973.



	incluyendo psicoterapia breve e intervención en crisis.	
6. Clase de planificación.	Racional, dirigida a la especificación de necesidades, poblaciones de alto riesgo, y coordinación de servicios.	Servicios individuales no planificados sin coordinación comunitaria; un sistema de "libre empresa".
7. Recursos humanos.	Profesionales de SM junto con nuevos recursos no profesionales, tales como estudiantes y usuarios o miembros de la comunidad.	Profesionales tradicionales de SM (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales).
8. Lugar de la toma de decisiones.	Responsabilidad compartida en el control y la toma de decisiones con relación a los programas de SM entre la comunidad y los profesionales.	Control profesional de todos los servicios de salud mental.
9. Asunciones etiológicas. Practica en la comunidad.	Causas ambientales del trastorno mental.	Causas intrapsíquicas del trastorno mental.

1.4.- Limitaciones del modelo de Salud Mental comunitaria, en relación con la prevención y tratamiento de adicciones y salud mental.

Ya en la década de 10s años sesenta, surge en EE. UU. y en Europa un movimiento critico que cuestionaba básicamente la concepción clínico-individual de distribución de los servicios. A este movimiento se le ha denominado "Salud Mental Comunitaria" (SMC).

Blomm (1973) resume en el cuadro anterior las dimensiones básicas del mismo, comparadas con el modelo clínico de distribución de los servicios.

Las ocho primeras dimensiones tienen relación con el carácter y tipo de distribución de servicios. Tan solo la dimensión nueve delimita los aspectos conceptuales etiológicos de ambas



concepciones. La Salud Mental Comunitaria enfatiza el factor ambiental por oposición a la concepción clínica tradicional, que destaca el componente intrapsíquico - individual en el origen de los desajustes psicológicos.

La Salud Mental Comunitaria supuso históricamente una llamada de atención sobre los aspectos preventivos y comunitarios de la salud mental, a la vez que fue uno de los primeros intentos organizados en plantearse la incorporación de recursos humanos no profesionales en las acciones terapéuticas y de salud. A pesar de estos aspectos positivos, el balance crítico de la Salud Mental Comunitaria no es muy alentador (Rappaport, 1977)². Una revisión crítica de los Programas de Salud Mental Comunitaria (G.Thornicroft; T. Deb; C.Henderson; 2016)³ ofrece un panorama poco optimista en cuanto a los objetivos de prevención y participación comunitaria de la Salud Mental Comunitaria.

La contribución de la Salud Mental Comunitaria ha estado más en desarrollar nuevas actitudes en cuanto a la distribución de los servicios que en desarrollar concepciones teóricas acerca del comportamiento humano. Este fue uno de los elementos débiles de la Salud Mental Comunitaria: la ausencia de una concepción teórica científica de la conducta humana y acorde con los nuevos planteamientos comunitarios y ecológicos que el nuevo movimiento demandaba. Hemos de recordar que la terapia en los años sesenta fue restringida casi exclusivamente a los psiquiatras, muchos de los cuales, si bien se identificaron con los postulados prácticos (dimensiones 1-8 de cuadro 1) de la Salud Mental Comunitaria, mantuvieron sus iniciales concepciones intrapsíquicas y estaban muy lejos de dominar los principios, paradigma y técnicas de una psicología científica.

La Salud Mental Comunitaria fracasa en desarrollar programas preventivos de salud. Una concepción intrapsíquica e individual del desajuste psicológico no podía ir más allá de las intervenciones terapéuticas. No sorprende, por tanto, que el énfasis principal de los Centros de Salud Mental Comunitaria en la práctica estuviera en el tratamiento de los ya identificados como "enfermos mentales". De acuerdo con esta concepción, el estilo de distribución de los servicios fue de espera (waiting mode) frente al de búsqueda (seeking mode). Es decir, el profesional ha de esperar en el Centro de Salud Mental Comunitaria a que el usuario potencial acuda demandando un servicio, generalmente terapéutico.

Una comunidad medicalizada, que solo percibe la necesidad de un servicio cuando está enferma o tiene problemas, no demandará servicios preventivos, sólo servicios terapéuticos cuando estos sean accesibles y haya información suficiente sobre ellos. De este modo, importantes sectores de la población, posiblemente los más necesitados y menos informados, quedarán al margen de las acciones de salud. La prevención y la promoción de la salud se convierten en utopías lejos de alcanzar. La Salud Mental Comunitaria fracasa también en promover la participación de la comunidad. Cuando los problemas de salud son conceptualizados con formulaciones mentalistas e inaprensibles, la salud pasa a ser competencia exclusiva de los

² RAPPAPORT, J. Community Psychology. New York: Holt. Rinehart y Winston. 1977

³ G.Thornicroft; T. Deb; C.Henderson: Community mental health care worldwide: current status and further developments. World Psychiatry. 2016 oct; 15(3): 276–286



especialistas (Costa, 1984) deviniendo así la ideología clínica tradicional en un fermento conceptual para la no participación.

1.5. Organización del enfoque comunitario en los servicios e intervenciones del sistema comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental.

ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA EN TODAS LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Las Salud Mental y las adicciones son un problema de Salud Pública vinculado al autocuidado de la salud individual y colectiva.

Como cuestión de salud pública, las actuaciones en el ámbito de la Salud mental y de las adicciones, están alineadas con las contenidas en Ley 913, 16 de marzo de 2017.- ley de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas y la Ley 475, de prestaciones servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia, 30 de diciembre de 2013. y La ley 1152, de 20 de febrero de 2019, modificatoria de la Ley 475, de 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia, modificada por ley 1096 de 28 de mayo de 2018, hacia el sistema único de salud, universal y gratuito.

Y el Marco de actuación a nivel comunitario de salud previsto en Decreto Supremo n.º 29601, nuevo modelo sanitario de Bolivia “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”.

Así mismo, asumen en todas las políticas el paradigma de Salud basado en la acción intersectorial en todos los niveles de la Administración para generar políticas efectivas y sostenibles que contribuyan al logro de un máximo nivel de salud y bienestar de la población.

Desde ese punto de vista, el Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental, tiene en cuenta los determinantes sociales de la salud entre los que destacan los factores ambientales que rodean a la persona, que influyen en la toma de decisiones el autocuidado de la salud mental y sobre el uso de drogas.

Por ello, plantea actuar sobre las conductas relacionadas con la salud, poniendo énfasis en las acciones individuales y colectivas, muy especialmente, en actuaciones orientadas a crear entornos saludables e influir en factores estructurales de orden social, económico y político.

ENFOQUE PREVENTIVO COMUNITARIO E INTEGRADO EN EL SISTEMA DE SALUD

Por cuanto el Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental, engloba acciones de prevención integradas en la comunidad para la salud mental y comprende también lo referido a las consecuencias delictivas desde la salud pública derivadas del uso de drogas. Se aborda la problemática desde el inicio del proceso delictivo-adictivo, persiguiendo como fin último promover la evitación de la entrada en procesos judiciales y planteando alternativas a la privación de libertad cuando existe un abuso o adicción de drogas como problema de salud pública.

El abuso de alcohol y drogas se integra de pleno en el sistema de salud desde el primer nivel de atención, el segundo y el tercer nivel, como una patología más de salud mental, evitando la creación de redes paralelas de tratamiento.



PROCESO CONTINUADO HASTA REHABILITACION Y LA REINSENCION SOCIO LABORAL

El proceso de prevención de salud mental y las adicciones, y su tratamiento en muchos casos requiere un proceso de rehabilitación y reinserción. La reinserción social y laboral es fundamental para la consolidación del tratamiento de salud mental y de la adicción. Por todo ello, se proponen una acción continuada hasta la plena reinserción.

Ambos procesos se articulan en la comunidad con el aprovechamiento de los recursos de que se disponga en lo referido a el empleo, el ocio y tiempo libre, el deporte, y otras áreas de interés.

INTEGRACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA SALUD PÚBLICA Y LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL Y LAS ADICCIONES.

El Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental contempla la perspectiva de género en todo su proceso de elaboración y acción.

Integrar la perspectiva de género en la prevención y tratamiento de la salud mental y de las adicciones significa tener en cuenta las diferentes necesidades de mujeres y hombres en todas las fases del desarrollo de políticas y programas. El objetivo fundamental es logra la equidad de género.

La incorporación de la perspectiva de género en las adicciones desde la salud pública implica abordar la influencia de los factores biológicos, sociales y culturales en los recursos sanitarios para mejorar la eficiencia, cobertura y equidad en los programas.

En mujeres que padecen problemas de salud mental y adicciones significa tomar en cuenta las especificidades sociales, legales y de salud que afectan a su situación particular. E implementar acciones que den respuesta a esas necesidades. Por ejemplo: las barreras familiares y sociales para acceder a los tratamientos, el estigma asociado por ser mujer, los diferentes enfoques terapéuticos que funcionan mejor en la mujer que en el hombre, consideraciones sobre los psicofármacos en la mujer, entre otros temas.

Será necesario, por tanto, reforzar los factores de protección en las mujeres para recobrar el empoderamiento en el autocuidado de la salud.

Partiendo de los principios de equidad y accesibilidad en relación con la prevención y los recursos de atención a la salud mental y adicciones, se deben tener en cuenta en primer lugar las diferencias fisiológicas y psicológicas entre hombres y mujeres.

Y contemplar la puesta en marcha de programas sensibles al género para que las mujeres superen los posibles obstáculos de acceso a los tratamientos.

Para ello, se hace necesario abordar las actuaciones en materia de adiciones teniendo en cuenta las diferentes condiciones y necesidades de mujeres y hombres.

VISIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL Y LAS ADICCIONES



Dado el carácter multifactorial del fenómeno de la salud mental y de las adicciones debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinar e integral. Se trata de potenciar los factores de protección y reducir los factores de riesgo, garantizando la prevención y asistencia a las personas que lo necesiten.

El Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental, como instrumento estratégico de planificación de la prevención y tratamiento de la salud mental y las adicciones, marca las prioridades en materia de intervención en la comunidad para la prevención y atención temprana de los problemas de salud mental y adicciones. También en el ámbito de consumo de drogas se incardina este sistema con el Sistema Integral de atención y tratamiento de las personas Privadas de Libertad (ver documento de la consultoría en Dir. Gen. De Régimen Penitenciario).

Establece los ámbitos de actuación y facilita la puesta en marcha de mecanismos que faciliten la participación social y la coordinación de acciones.

COLABORACIÓN Y COORDINACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL

La estrategia de participación y colaboración social y de los recursos es uno de los pilares de acción del Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental. La sociedad estará representada a través de las ONG, Sector Privado, Instituciones y Administraciones en los niveles estatal, departamental y local, para contribuir a la construcción de una política integrada que conformará el Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental.

En este sentido, la administración departamental y administración local cumplen un papel fundamental debido a su cercanía al ciudadano, y como ejes vertebradores de la atención a la salud mental y las adicciones a través de las competencias que tienen atribuidas, especialmente en el primer y segundo niveles de atención.

ATENCIÓN ESPECIAL A LA VULNERABILIDAD

El Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental trata de ser equilibrado mediante el planteamiento de objetivos que atienden especialmente la vulnerabilidad social de los adolescentes y jóvenes y mujeres, tanto en la prevención como en el tratamiento de las adicciones.

La vulnerabilidad viene determinada por la aparición de contextos sociales multifactoriales. Las creencias y estructuras de las relaciones sociales, y los factores culturales, configuran colectivos con el mayor riesgo de exclusión en el acceso a la atención sanitaria y social y la prevención. Por otra parte, la edad, el género, el nivel educativo, el nivel socio -económico y la cultura, son factores de una mayor o menor desprotección ante las consecuencias del consumo de alcohol y de drogas ilegales.



Por todo ello, el S Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental prioriza la atención de los colectivos más vulnerables y en riesgo de exclusión asegurando el acceso de todas las personas a los servicios y recursos.

El Objetivo 3 de los ODS de Naciones Unidas señala que se debe: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", y en su meta 3.4, dice que para 2030, se deberá haber reducido en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

El "Informe Mundial sobre las Drogas 2019", por otro lado, señala entre otras cosas que las respuestas en materia de salud pública siguen siendo insuficientes. No hay tantas intervenciones de tratamientos eficaces, basadas en datos científicos y respetuosas con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, ni son tan accesibles, como haría falta, y los Gobiernos nacionales y la comunidad internacional deben reforzar las intervenciones para suplir esa carencia. Y señala también que se deben ampliar las intervenciones de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas basadas en datos científicos que estén integradas dentro del sistema de salud de cada país, comprendan el acceso universal a los servicios, estén a disposición de las personas que las necesiten, sean accesibles en diferentes entornos, se basen en los principios de los derechos humanos y la ética y atiendan las diversas necesidades de las personas con trastornos por consumo de drogas.

Por todo ello, la aplicación de los ODS en salud pública referido al Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental implica garantizar a todos los usuarios del sistema de atención la accesibilidad a la prevención y el tratamiento a todos los niveles, por lo que el Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental se cimenta en los principios de universalidad y equidad.

El principio de universalidad implica el acceso universal a los recursos de prevención y promoción de la salud, protección y tratamiento, que aplica de igual manera a las personas en situación de privación de libertad.

El principio de equidad busca todas las personas sin distinción, incluidas que las personas privadas de libertad tengan las mismas oportunidades para enfrentar sus problemas de salud mental y su adicción, independientemente de sus condiciones personales o sociales, o culturales y de género.

PRINCIPIO DE UNIVERSALISMO PROPORCIONAL

El principio de universalismo proporcional es fundamental cuando los recursos son limitados: las actuaciones en materia salud mental y de adicciones deben ser universales, pero con una escala e intensidad que sea proporcional a las necesidades y los recursos disponibles. Este principio rige el Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental en su concepción.



1.6. Organización y estructura de la atención comunitaria en salud mental y adicciones.

Ejes de la atención comunitaria en salud mental y adicciones

- **Promoción de salud mental comunitaria.**

La promoción de la salud mental consiste en desplegar acciones que generen entornos y condiciones de vida que resguarden el desarrollo integral de las personas, comunidades o barrios, para favorecer modos de vida saludables. La promoción entonces debe reconocer dimensiones previas a la posibilidad de la emergencia de una enfermedad, siendo esencial la participación de otros sectores del Estado: educación, trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, vivienda, municipios, ONG, entre otros actores que, con sus prácticas y políticas públicas, impactan en la calidad de vida de las personas y sus comunidades. Trabajar con ellos permitirá encauzar acciones intersectoriales que contribuyan a favorecer la salud mental de la población, resguardando no moldear, desde lo sanitario, la esencia de la comunidad.

- **Prevención en Salud Mental y adicciones.**

La prevención en el contexto del modelo comunitario y de determinantes sociales constituye un esfuerzo por conocer, promover y apoyar las capacidades de autogestión de las personas, familias y comunidades frente a aquellas condiciones y riesgos, especialmente aquellos que configuran entornos con altos niveles de vulnerabilidad, marginación y exclusión social. Con la prevención se busca fortalecer, por un lado, aquellas condiciones protectoras identificadas en una comunidad y por otro, contrarrestar los efectos que tienen los determinantes sociales desfavorables sobre la salud de grupos, familias y comunidades. Las estrategias preventivas deben identificar aquellos condicionantes que moldean los estilos de vida y producen crisis recurrentes asociadas a hábitos y conductas que predisponen la ocurrencia de trastornos mentales y adicciones en las personas. Esto supone buscar estrategias y acciones colectivas basadas en la intersectorialidad, que impacten en esos condicionantes del daño.

Con esta visión, se deben desarrollar estrategias de prevención desde salud y desde los servicios locales, pensadas y gestionadas con una lógica comunitaria e intersectorial, impulsando el potencial de colaboración entre los equipos y la comunidad misma, y que se basen en las características específicas de las comunidades territorializadas, respetando sus sentidas necesidades.

- **Atención y cuidados en salud mental y adicciones.**

La atención y cuidados en salud mental y adicciones en y con la comunidad se centran en que la persona, que presenta una enfermedad mental o problema con las drogas, mantenga o recupere su capacidad de relacionarse con los otros y participar de la vida en comunidad, así también debe considerar a la familia y su entorno como parte fundamental del proceso de recuperación de la persona. Esto adquiere un profundo sentido terapéutico, en tanto el



trastorno mental es una fuerza que empuja a la persona a aislarse de su grupo y su comunidad, siendo las condiciones subjetivas para vivir con los otros, soportar los conflictos de la vida en común, desarrollarse y mantener habilidades para generar vínculos satisfactorios, lo primero que se pierde como consecuencia de la enfermedad.

Debe ir más allá del control de los síntomas en las personas y orientarse a propiciar un cambio en las relaciones de ese sujeto con su entorno, y las condiciones sociales. Esto demanda la articulación en red con otros servicios que otorguen las condiciones básicas que requieren las personas para su bienestar: trabajo, vivienda, educación, lazos afectivos, relaciones sociales, etc., consideración de su cosmovisión para comprender y vivir su trastorno, derechos básicos, cuya ausencia o insuficiencia contribuyen al malestar subjetivo y generan trastornos mentales. Por tanto, incorporar en la atención y el cuidado, el entorno y su cosmovisión en el que, las personas con trastornos de salud mental y adicciones y sus familias se desenvuelven, hace necesario contar con servicios organizados en red que faciliten la participación activa de la comunidad; la eliminación de la estigmatización y la discriminación; la mejora de la legislación y de las actitudes públicas con miras a eliminar barreras a la integración en la comunidad.

La atención desde el modelo comunitario se basa en tres elementos centrales interrelacionados⁴:

a) **El trabajo en red:** La constitución de la red no reside en los dispositivos que la forman, sino fundamentalmente en las relaciones entre las instituciones y entre profesionales de las mismas. Cada profesional del equipo debe aportar a una tarea común dirigida a un sujeto concreto con necesidades de cuidados, en una red de salud coordinada con otros sectores de manera horizontal.

La red de salud mental no solo es parte del sistema sanitario, sino de un sistema social más amplio, dónde el sujeto se construye.

b) **El abordaje de la psicopatología, basada en un modelo de sujeto de relación:** la atención en salud mental y adicciones debe trascender la psicopatología de los síntomas y entender al sujeto en un entramado de vínculos con los otros, a través de los cuales se construye. En este sentido, los síntomas no pueden separarse de la persona que los experimenta en un momento dado de su historia, su curso de vida y su entorno.

c) **Gestión clínica:** Es la descentralización de la toma de decisiones, esto se traduce en mayores niveles de autonomía de profesionales y personas usuarias, generando una institucionalidad más flexible y participativa. La gestión clínica, así entendida, debe buscar la consecución de objetivos de eficiencia y eficacia por medio de la conformación de equipos en base a perfiles de competencia.

⁴ Manuel Desviat , Ana Montero, “Reseña de ‘Acciones de Salud Mental en la Comunidad,’”
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012



Continuidad de atención y cuidados en salud mental⁵.

En el plano de la salud mental, la continuidad del cuidado se define como el proceso que involucra el movimiento sucesivo, ininterrumpido de usuarios/as entre los diversos elementos del sistema de provisión de servicios. Implica la relación persona, familia, comunidad - sistema de salud, el grado de cuidado individualizado, la accesibilidad, los vínculos entre servicios, la integralidad y la flexibilidad de la ubicación de los servicios.

Se identifican dos elementos centrales: la temporalidad de las acciones y la articulación de distintos recursos integrados en torno a un sistema de atención, es decir, entienden la continuidad como un resultado en que la integración de la red da cuenta del cuidado de una persona o una comunidad, que ocurre en una línea de tiempo.

La OPS define tres mecanismos que contribuyen a la continuidad del cuidado:

- a) compartir información sobre una persona (coordinación de la información),
- b) coordinar el cuidado entre los distintos niveles asistenciales (gestión integrada del cuidado) y
- c) regular el acceso a lo largo de la red de servicios (regulación del acceso). Todo esto en el marco de una adecuada aplicación de las convenciones y tratados internacionales, y la legislación nacional, en el ámbito de la salud mental u adicciones.

En síntesis, la continuidad del cuidado se traduce en estrategias y acciones que optimicen la resolución de las necesidades de salud de las personas y sus comunidades en el marco de una red y en donde la persona y su familia experimenten un acompañamiento y seguridad en la atención de manera continua y oportuna. Esta continuidad implica una coherencia entre el modelo, el diseño de las atenciones, los recursos y el tiempo para el trabajo comunitario, de manera que se valide (valorización y registro) de la misma forma que las prestaciones clínicas.

Discapacidad, rehabilitación e inclusión sociocomunitaria.

A. Deficiencia. Problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida. Entendido el cuerpo como el organismo humano como un todo; incluyendo el cerebro y sus funciones. Las funciones mentales (o psicológicas) se clasifican, dentro de las funciones corporales.

B. Discapacidad. El concepto de discapacidad ha transitado desde una concepción que la asociaba directamente a la presencia de una enfermedad o deficiencia en particular, a una concepción que entiende la discapacidad como un término genérico y relacional que incluye condiciones de salud, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de una persona, lo que se traduce como el resultado negativo de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales, incorporando de esta forma las variables propias de los contextos sociales, culturales, económicos, espirituales, etc.

⁵ Joyce, A. and et al., "Continuity of Care in Mental Health Services: Toward Clarifying the Construct," Can J Psychiatry, vol. 49, no. 8, pp. 539–550, 2004.



La rehabilitación de personas que viven en situación de discapacidad ya sea esta temporal o de larga data, será entendida desde una lógica que incorpora los aspectos contextuales de la persona que ha visto mermada sus capacidades y habilidades de relacionarse con su entorno familiar y social, así como también las posibilidades de ejercer sus derechos ciudadanos.

C. Rehabilitación Psicosocial. Se orienta a que la persona pueda recuperar sus capacidades psíquicas perdidas y/o desarrollar nuevas competencias y capacidades que le permitan desenvolverse adecuadamente con su entorno, a la vez que se trabaja con este entorno para que genere recursos y apoyos que faciliten el desempeño y la integración del individuo mediante la construcción de nuevas formas de relación.

No existe la persona con discapacidad psíquica descontextualizada de los determinantes sociales.

Por un lado, los trastornos psiquiátricos, en especial los severos, producen una serie de alteraciones en el “ser social” del individuo, en su forma de comportarse y relacionarse con el mundo y con las personas que le rodean, limitando sus posibilidades de interacción y acoplamiento. Por otro lado, el entorno social se manifiesta con el despliegue de una serie de dinámicas adaptativas en respuesta a este nuevo comportamiento, produciendo un nuevo modo de relación que puede ser favorable o no para el desarrollo de la persona. Así pues, los intercambios que se producen entre ambos, entre el individuo y su entorno social, son determinantes en la construcción de la realidad psíquica, social y cultural del hombre, e influyen poderosamente en todos sus procesos de desarrollo desde el nacimiento hasta la muerte.

La rehabilitación es, entonces, un conjunto de estrategias e intervenciones orientadas a aumentar las oportunidades de intercambio de recursos y emociones entre el individuo y su medio, y por tanto es un proceso que implica la apertura de espacios sociales de negociación para el usuario, su familia, la comunidad que lo rodea y los servicios que lo apoyan en su proceso de recuperación de inclusión social.

Tradicionalmente se ha intervenido para que las personas con discapacidad psíquica incrementen su autonomía y se adapten a su entorno. Sin embargo, la rehabilitación debe propiciar también la transformación de los espacios sociales o la creación de otros nuevos, donde no solo las personas con trastornos mentales deban realizar cambios a nivel personal respetando la diversidad.

La rehabilitación psicosocial es un eje central del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, y debe considerarse como un componente inherente del proceso de atención y cuidados, y no como acciones aisladas y otorgadas en un momento o un lugar determinado, descontextualizadas del proceso de atención en salud integral.

Las estrategias de rehabilitación psicosocial deben ser intersectoriales, abordando aquellos aspectos del entorno, tales como las barreras de acceso a trabajo, educación, vivienda, salud y otros derechos que, de no ejercerse, generan inequidades que merman la calidad de vida de estas personas.



D. Inclusión Sociocomunitaria. Es el objetivo central de la rehabilitación psicosocial, se refiere a que las personas, desde sus proyectos de vida y sus particularidades, logren participar de forma activa y constante de su entorno natural, cuyo espacio les otorga la posibilidad de entablar relaciones y vínculos con los otros, donde se juega la vida cotidiana, la convivencia, se construyen identidades, usos, saberes, valores y costumbres.

Complejidad, severidad y vulnerabilidad.

La provisión de servicios en Salud mental y adicciones hace necesaria la correcta definición de la población destinataria del quehacer de la red. Esta definición operativa debe ir más allá del diagnóstico nosológico, que ha demostrado ser insuficiente para este fin, y dar cuenta de los principios del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental (Modelo SAFCI), de los determinantes sociales y del curso de vida, en concordancia con la estrategia de Redes Integradas de Salud.

En este sentido, la experiencia muestra que la mejor definición y criterio para establecer la población objetivo surge de la interacción de tres conceptos estrechamente vinculados. Una comprensión de la severidad, vulnerabilidad y complejidad de las personas con una enfermedad mental o adicción, permite una comprensión de la problemática y de la experiencia de “vivir” la enfermedad desde lo personal, familiar y social, en forma integrada y comprensiva.

a) Un primer concepto es el de **severidad**, el que alude al grado de la enfermedad en un momento determinado y el curso de esta, dando cuenta de aspectos clínicos relativos al sujeto de atención.

Entendida la severidad como un proceso que ocurre en un momento determinado y no como una condición del sujeto y en el cual se conjugan distintos elementos del entorno y una vivencia particular sobre el proceso de salud y enfermedad, afectando seriamente su funcionalidad y la conducta de la persona. No relacionándose exclusivamente con el diagnóstico nosológico, sino con la condición clínica.

Al centrarse solo en el diagnóstico nosológico se corre el riesgo de dejar a una población potencialmente pertinente fuera de la intervención, cronificar e inmovilizar a los sujetos al interior de la red, cuestión que en definitiva provoca la fragmentación de las redes y sus relaciones, como también, tiene efectos en la propia persona que vive una enfermedad, su familia y comunidad al mantenerse el estigma y la exclusión social.

b) Un segundo concepto es el de **vulnerabilidad** que se relaciona, por un lado, con la susceptibilidad de desarrollar una enfermedad, y los recursos que la modulan y, por otro lado, alude a la vulnerabilidad psicológica de la persona que ya padece un trastorno mental o adictivo y que, en un momento de la evolución de su enfermedad, pierde la capacidad de conexión con su entorno quedando expuesta al actuar y protección o desamparo de otros.

c) El tercer concepto es el de **complejidad**, que describe el compromiso multidimensional de la experiencia de un sujeto con su enfermedad, esta dimensión ha sido ampliamente utilizada para este propósito en salud.



El abordaje de los problemas en salud implica la consideración de múltiples dimensiones que dan cuenta de la integralidad de la vivencia en el proceso salud – enfermedad y que determinarán el proceso de intervención. Estas operan en una comunidad determinada, a través de un individuo, familia o grupo, los que no solo tienen características individuales, sino que sociales y culturales, que dan cuenta de las formas de este vivenciar y de los potenciales recursos disponibles para su bienestar.

Estructura de la atención a las adicciones y la salud mental.

La relación de estructuras de tratamiento para la salud mental y adicciones que se presentan representa un objetivo de largo plazo de referencia hacia donde deben de ir los pasos para la implantación de una red completa.

SERVICIOS COMUNITARIOS AMBULATORIOS

1.- Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC)

- Son los dispositivos básicos de atención especializada a la enfermedad mental y las adicciones y constituyen el primer nivel de atención especializado, con los que se coordinan el resto de los dispositivos asistenciales.
- Están constituidos por equipos multidisciplinares especializados en la atención ambulatoria.
- Atienden a personas de cualquier edad y a todo el espectro de trastornos mentales y adicciones.
- La derivación a estos centros se produce fundamentalmente desde los equipos de Atención Primaria, aunque también se puede acceder a través de urgencias hospitalarias o a petición de otras especialidades.
- Se desarrollan programas de rehabilitación y reinserción psico social y laboral para trastornos de salud mental y adicciones.

SERVICIOS DE DÍA

2.- Hospitales de Día (HD)

- Son dispositivos intermedios de Hospitalización a tiempo parcial, con estancia limitada, encaminada a pacientes con trastorno mental grave en fase aguda o subaguda, mayores de 16 años.
- Los Hospitales de Día realizan programas alternativos al ingreso en las unidades de hospitalización psiquiátrica y de tratamiento intensivo en la comunidad.
- La derivación a estos centros se realiza desde otros dispositivos sanitarios del sistema comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE

3.- Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP)



- Integradas en Hospitales Generales, para tratamiento en régimen de ingreso de 24 horas, y estancias cortas de pacientes con enfermedad mental grave en fase aguda y desintoxicaciones de alcohol y otras drogas.
- Incorporan la atención de Urgencias de Psiquiatría las 24 h. del día en los servicios de Urgencias del Hospital General de referencia.
- Realizan programas de Interconsulta y Psiquiatría de enlace con otros Servicios del Hospital de referencia.
- Se accede mediante derivación desde otros dispositivos sanitarios de sistema comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental o desde el Servicio de Urgencias Hospitalaria.

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDIA/LARGA ESTANCIA

4.- Unidad de Media Estancia (UME)

La finalidad de ellas es atender a pacientes procedentes de la Unidades de Hospitalización Breve que precisan ingresos más prolongados de los previstos en estos dispositivos para su estabilización y recuperación y en los que se persigue, junto con la mejoría sintomática, la rehabilitación funcional y social del paciente.

5.- Centro de Rehabilitación (CR)

- Es un centro suprasectorial destinado a la rehabilitación de la enfermedad mental grave, diseñado para media-larga estancia entre 6 y 18 meses. Atiende a toda la población mayor de 16 años con sintomatología cronicada, que afecta significativamente al funcionamiento general del paciente y es susceptible de un programa de rehabilitación
- Ofrece tratamiento multidisciplinar de alta intensidad básicamente en torno a dos programas:
 - Centro de Día: recurso de hospitalización parcial, de 10:00 a 17:00, de lunes a viernes
 - Programa de Hospitalización de 24 h. de lunes a viernes.

SERVICIOS SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Estos servicios se dirigen a la población de 16 años o menos.

. Las personas de 17 años que precisan atención por trastorno mental son atendidas de forma flexible en recursos infanto-juveniles o de adultos según sus características y necesidades.

6.- Centros de Salud Mental Infanto – Juvenil (CSM-IJ)

- Estos servicios se dirigen a la población de 16 años o menos. Las personas de 17 años que precisan atención por trastorno mental son atendidas de forma flexible en recursos infanto-juveniles o de adultos según sus características y necesidades.
- El primer nivel de asistencia especializada en salud mental a la infancia y adolescencia se realiza en los CSMC, donde está definido un programa de atención infanto-juvenil.



- El segundo nivel de asistencia lo constituye el CSMIJ, centro suprasectorial, que atiende a niños y jóvenes que precisan tratamientos de carácter más intensivo o especializado que el que se puede facilitar en los CSMC. El acceso se realiza por medio de derivación desde los CSMC de referencia. El CSMIJ está constituido por un equipo multidisciplinar especializado y funciona por programas.

7.- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil (UHPIJ)

- La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil.
- El acceso se realiza desde el resto de los programas y/o dispositivos de salud mental infanto-juvenil o desde Urgencias Psiquiátricas Hospitalarias.

8.- Hospital de día Infanto Juvenil (HDIJ)

- Hospital de día específico para población menor de 16 años, que permite el tratamiento intensivo en régimen de hospitalización parcial.
- Los pacientes son derivados desde CSMIJ y UHPIJ.

A. DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS DE ADICCIONES

. - Los dispositivos específicos de atención a las adicciones que se encuadran en el segundo nivel son:

- Hospitales de segundo nivel con programas de desintoxicación de alcohol y otras drogas,
- Hospitales de segundo nivel con programas hospitalarios de tratamiento de deshabituación y estabilización de las adicciones de corta duración,
- Consultas externas Hospitalarias de segundo nivel de salud mental y adicciones con mayor nivel de intensidad.
- Centros de Día para personas con problemas de adicciones.

. - En relación con estos dispositivos, es preciso poner en marcha de modo progresivo los programas hospitalarios de segundo nivel para llegar en un plazo a la máxima cobertura nacional. Del mismo modo crear si no hubiere, Centros de Día para personas con problemas de adicciones en rehabilitación, al menos uno por Departamento.

. - Los dispositivos específicos de atención a las adicciones que se encuadran en el tercer nivel son:

El tercer nivel de atención son dispositivos de tratamiento de adicciones de mayor complejidad técnica y dotación de personal de alta especialización. La vía de entrada al tercer nivel se realiza a través del protocolo de referencia del CSMC, por ser el eje del sistema de tratamiento específico.

Los dispositivos de tercer nivel que forman parte de este nivel son:



1.- Unidades de Internamiento para Adicciones (Comunidades Terapéuticas intra y extrapenitenciarias). Programas de tratamiento de adicciones en régimen cerrado, con objetivos de reconstrucción personal y social, y programas de preparación para el alta e itinerarios individualizados de reinserción.

. - Las Unidades de Internamiento en Régimen Cerrado para Adicciones intra penitenciarias también formaran parte del Sistema Público de salud de modo que se le aplicaran los mismos requisitos de acreditación (con especificidades), y tendrán régimen de conciertos o acuerdos con los recursos extrapenitenciarios para no interrumpir los programas terapéuticos a la salida en libertad, y el proceso de reinserción.

. - En su caso para cumplimientos de penas en comunidades extra penitenciarias, Ministerio de Salud y Régimen Penitenciario firmaran convenios al efecto.

. - Se propone ayudar vía subvención a ONG con programas de Internamiento en Régimen Cerrado para Adicciones, para el cumplimiento de los criterios de acreditación para su funcionamiento que les permitirá colaborar con el SUS., teniendo en cuenta la perspectiva de género en la convocatoria.

. - En régimen de Conciertos, se propone acordar con entidades privadas que disponen de Unidades de Internamiento para adicciones, la utilización de plazas de ingreso para permitir cubrir necesidades en este tipo de programas.

. - Promover y crear si es preciso Unidades de Internamiento para adicciones mixtas o para mujeres específicamente, o con módulos específicos para mujeres.

1.7. Marco de la Salud Mental Comunitaria

I. FUNCIONES DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS (CSMC)

1º Asistencial

a) En los consultorios.

Podrá ser efectuada por cualquiera de los profesionales integrantes de la Unidad. En su mayor parte se tratarán de consultas programadas. Cabe admitir la consulta espontánea en función de la urgencia y la gravedad del cuadro de circunstancias sociales y geográficas (largos desplazamientos).

La labor asistencial se centrará tanto en pacientes remitidos desde los Equipos de Atención Primaria, como en el seguimiento de enfermos dados de alta desde las unidades de hospitalización. Esta tarea asistencial incluirá los controles farmacológicos, entrevistas exploratorias, elaboración de informes, así como una serie de actividades, como psicoterapias individuales y de grupo, terapias familiares, etc.



b) Domiciliarias.

Será desarrollada fundamentalmente por enfermería, si bien, en caso necesario, el psicólogo o el psiquiatra deberán desplazarse al domicilio del enfermo.

c) Desplazamiento de alguno de los componentes del equipo a otras localidades del área de salud, para realizar la atención "in situ".

d) De urgencias, en colaboración con el resto de los dispositivos psiquiátricos de la zona.

e) Colaboración con centros hospitalarios de la Red de salud mental y adicciones. Esta colaboración engloba:

- Realización de interconsultas hospitalarias, en aquellos centros que carezcan de unidades de psiquiatría.

- Colaboración en guardias psiquiátricas.

Asimismo, resulta imprescindible lograr una íntima coordinación entre las Unidades Intrahospitalarias y las Unidades de Salud Mental ambulatorias.

f) Interconsultas con los Equipos de Atención Primaria, que deben tener una doble finalidad:

- clínica
- formativa

g) Aplicación de técnicas que faciliten la rehabilitación y la reinserción social de estos pacientes. Este tipo de actividad debería realizarse a través de programas conjuntos desarrollados por los Centros de Salud Mental y los servicios y recursos comunitarios.

- **Con todo esto se persiguen los siguientes objetivos:**

A. Elevación del nivel de Salud Mental del área.

B. Mejora global de la calidad de la atención al enfermo mental.

C. Disminución del número de primeros ingresos en las Unidades de hospitalización psiquiátrica.

D. Drástica reducción del número de reingresos.

E. Disminución de la duración de las hospitalizaciones, gracias a la mejora de las prestaciones extrahospitalarias, que deberán permitir altas más precoces, y una reducción en el número de ingresos,



F. Reducción de la estigmatización, marginación y del aislamiento generado por la enfermedad mental (colaboración con otros recursos de la comunidad).

G. Incremento de la calidad de vida de los sectores de la población que presenta problemas mentales.

2º. Apoyo a los Equipos de Primer nivel de salud.

Con el fin de realizar más fácilmente esta función y para una mejor integración en la comunidad, los Centros de Salud Mental Comunitaria se ubicarán preferentemente en Centros de Salud de Primer nivel o en su caso dispositivos cercanos a la comunidad.

La función de apoyo se ejercerá:

A) A través de una labor de información general sobre los profesionales que componen los Equipos de Primer Nivel de Salud, con los siguientes objetivos:

- Difusión de la idea de que los trastornos psíquicos deben ser tratados; que estos tratamientos conducen a una remisión total en un alto porcentaje de enfermos y una mejoría notable en los restantes.
- Modificación de actitudes que favorecen la estigmatización del enfermo psíquico.
- Concienciación de que los enfermos mentales deben vivir en la comunidad donde deben ser atendidos.
- Identificación de la magnitud del problema y de los costes sociales y económicos generados por los trastornos psiquiátricos.

B) Información sobre actuaciones específicas que posibiliten el tratamiento de enfermos psíquicos por los Equipos de primer Nivel de Salud.

C) Programación de sesiones clínicas y evaluación conjunta de casos, en los que intervengan los Equipos de Primer Nivel de Salud y Centros de Salud Mental Comunitaria.

3º. Funciones de trabajo comunitario de creación de redes de apoyo para intervención en determinantes de la salud mental y uso de drogas.

Tiene como objetivo la mejora de los determinantes de la aparición de problemas de salud mental y uso de drogas en la comunidad, mediante acciones, instrumentos, prácticas y conceptos organizados en un proceso que tiene como fin el mejoramiento de las condiciones de vida de área de influencia del CSM.

Entre las funciones estarían:



- 1.- Diagnósticos e intervención para mejora de recursos relacionados con la salud mental y adicciones de la comunidad: para proveer cuidados, nivel de empoderamiento, procesos de participación y apropiación comunitarios, líderes informales.
- 2.- Diagnostico e implementación de las redes y nodos relacionados con inicio de consumo de drogas y con la continuidad del mismo.
- 3.- Estudio de factores de vulnerabilidad en salud mental y adicciones.
- 4.- Diagnóstico e intervención sobre factores de riesgo de ambientales y de contexto que promueven el consumo abusivo de alcohol.
- 5.- Evaluaciones de impacto de los programas de tratamiento de base comunitaria.
- 6.- Articulación de los recursos de rehabilitación y reinserción socio laboral para personas con problemas de salud mental y adicciones. Así mismo con los ex privados de libertad que llegan a la comunidad.
- 7.- Creación de redes de recursos comunitarios para favorecer la prevención y promoción, y la continuidad de cuidados, y en entornos escolar, laboral, familiar comunitario, y en el ámbito rural.

4º. Funciones preventivas y de promoción de la Salud Mental

a) Promoción de la Salud Mental.

Tiene como objetivo la adquisición de una serie de conocimientos y la modificación de hábitos y actividades negativas con el fin de incrementar el nivel de salud. Esto puede realizarse por:

- Actuaciones directas, ejercidas sobre:
 - Colectivos, por medio de charlas, coloquios, etc.
 - Sobre las personas que acudan al Centro de Salud Mental Comunitario.
 - Uso de la TICs y Redes sociales para la promoción de la salud mental.
- Actuaciones indirectas: labor ejercida sobre otros profesionales que intervienen en el ámbito de la salud mental comunitaria (SLIMS, Defensorías del menor, Servicios SEDEGES, etc.).

b) Colaboración en programas preventivos específicos.



5º. Investigación

La investigación de las Unidades de Salud Mental se centrará fundamentalmente en temas epidemiológicos y de calidad de la atención (eficacia de programas), uso de servicios y barreras de acceso, entre otros; persiguiendo los siguientes objetivos:

- Evaluación de las tasas de incidencia y prevalencia de los trastornos mentales en un área de salud determinada.
- Determinación de las necesidades asistenciales en Salud mental y de los niveles de utilización de los Servicios de Salud por parte de los enfermos mentales.
- Determinación de factores ambientales y de desarrollo que condicionan la aparición de permanencia y la evolución de trastornos mentales.

6º. Funciones de registro de actividad y apoyo a los Sistemas de Información.

Cumplimentación de los formularios sobre actividad de cada profesional. Reportar los requerimientos de información del salud mental y adicciones de los sistemas de información de salud (SUIS-SNIS) y otros que sea requeridos.

II. METODOLOGIA DE TRABAJO

Los Centros de Salud Mental Comunitarios compartirían con los Equipos de Primer nivel de Atención de salud, una misma metodología de trabajo, que puede resumirse en:

a) Realizar un Diagnóstico de la situación de salud del área de influencia del Centro de Salud Mental Comunitario: diagnóstico de vulnerabilidades sociales, económicas de servicios; diagnóstico de problemas más prevalentes en la zona; diagnósticos de problemas sociales de mayor impacto en la salud mental y adicciones:

- Descripción del nivel de salud mental y adicciones.
- Identificación de los problemas de salud mental y adicciones: Elaborar un mapa de riesgos.
- Determinación de los factores condicionantes (medio físico, estructura socioeconómica, demografía, recursos sanitarios).
- Evaluación de las consecuencias en diferentes ámbitos de los diferentes problemas detectados.

b) Formulación de un plan, que incluye:

- Establecimiento de prioridades en función de la magnitud de los diferentes problemas, de su trascendencia de desarrollo y sociocultural, de la relación costo-eficacia, etcétera.



- Establecimiento de objetivos en función de las prioridades.
- Determinación de actividades y elaboración de programas.
- Evaluación de los resultados obtenidos.
- Análisis de los obstáculos.
- Requisitos necesarios para la puesta en marcha del Plan.

c) Abordaje integral del problema salud-enfermedad.

d) Situación enmarcada en el seno de la Comunidad: Elaborar una estrategia de intervención de base comunitaria en función de los diagnósticos realizados de vulnerabilidad.

e) Articular la participación del ciudadano en las tareas de planificación, organización, funcionamiento y control del Centro.

III. FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES QUE INTEGRAN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

A. Funciones del Psiquiatra.

1º. Coordinación y dirección del Centro de Salud Mental Comunitario, coordinación con el Equipo de Primer Nivel de Salud y con los restantes dispositivos psiquiátricos del Área de Salud (esta función podrá ser alterna con el Psicólogo Clínico por periodos establecidos)

2º. Atención especializada al sector de la población que le corresponda, desplazamiento a otras localidades del Área de Salud con fines asistenciales.

3º. Indicación de hospitalizaciones y de la derivación de pacientes a otros especialistas o a otros centros.

4º. Participación en interconsultas y en Sesiones Clínicas con los Equipos de Atención Primaria.

5º. Participación de las actividades de prevención y promoción de la Salud Mental.

6º. Promoción de estudios epidemiológicos y de calidad asistencial realizados por el centro de salud mental comunitario.

7º. Organización de las Sesiones Clínicas y Reuniones del CSM (si tiene funciones de coordinación).

8º. Funciones administrativas, realización de informes, estadísticas (sistemas de información) y memoria anual de actividad del centro de salud mental comunitario.



9º. Trabajo comunitario en redes y apoyo a los recursos comunitarios.

B. Funciones del Psicólogo.

1º. Coordinación y dirección del Centro de Salud Mental Comunitario, coordinación con el Equipo de Primer Nivel de Salud y con los restantes dispositivos psiquiátricos del Área de Salud (esta función podrá ser alterna con el Psiquiatra por periodos establecidos)

2º. Atención especializada, psicoterapias, elaboración de informes psicológico, psicodiagnóstico.

3º. Desplazamiento a otras localidades del Área de Salud, con fines asistenciales; visitas domiciliarias en casos necesarios.

4º. Interconsultas con los Equipos de Atención Primaria.

5º. Tareas de prevención y promoción de la Salud Mental y adicciones.

6º. Promoción de los estudios epidemiológicos y de calidad asistencial y otras labores de investigación desarrolladas por los Centro de Salud Mental Comunitario.

7º. Participación en las reuniones del Centro de Salud Mental Comunitario y en reuniones de coordinación con otros dispositivos asistenciales.

8º. Organización de las Sesiones Clínicas y Reuniones del CSM (si tiene funciones de coordinación).

9º. Funciones administrativas, realización de informes, estadísticas (sistemas de información) y memoria anual de actividad del centro de salud mental comunitario.

10º. Trabajo comunitario en redes y apoyo a los recursos comunitarios.

C. Funciones de la Enfermera.

1º. Establecer el primer contacto con el usuario (acogida), a través de la elaboración de la historia psicosocial, valorando la urgencia de la demanda y estableciendo la citación.

2º Realiza la asignación de usuarios a los diferentes profesionales y/o programas de centro.

3º. Efectuar el control y seguimiento de los pacientes que han sido atendidos en el Centro, mediante visita domiciliaria o desde el propio centro.

4º. Realizar visitas domiciliarias para establecer primeros contactos, efectuar seguimientos y administrar tratamientos.



- 5º. Administrar tratamientos en el Centro de Salud Mental Salud Mental Comunitaria.
- 6º. Participar y colaborar en las distintas terapias que se realicen en el Centro.
- 7º. Participar en las tareas de apoyo en actividades clínicas, formativas, de investigación y coordinación, a los Equipos de Primer Nivel de Salud y en los programas de prevención y promoción.
- 8º. Impartir formación de Enfermería en pregrado y postgrado, dentro del Centro de Salud Mental Comunitario.
- 9º. Participar en la realización de investigaciones epidemiológicas y de calidad asistencial, y científicas que se desarrollen en el Centro.
- 10º. Realizar actividades de educación en Salud Mental, y participar en programas preventivos.
- 11º. Trabajo comunitario en redes y apoyo a los recursos comunitarios.
- 12º. Funciones administrativas, realización de informes, estadísticas (sistemas de información) y memoria anual de actividad del centro de salud mental comunitario.

D. Funciones del trabajador social.

- 1º. Función de Atención Directa: Es la atención prestada a individuos, familias y grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud mental.
- 2º. Función Preventiva, de promoción e inserción de la salud mental: Con el objetivo de conseguir la adecuación personal al medio social y familiar del enfermo mental, mediante la aceptación e integración del mismo.
- 3º. Función de Coordinación: se le considera al trabajador social como el especialista de lo social y en las organizaciones y servicios sociales. Su rol es asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias
- 4º. Intervenciones grupales socio educativas y terapéuticas.
- 5º. Participación en reuniones de coordinación interna del equipo de salud mental comunitaria y externa con primer nivel de salud, con el resto de los dispositivos de salud mental y adicciones de segundo y tercer niveles, prisiones, entre otros.
- 6º. Formación, docencia e investigación.



7º. Trabajo comunitario basado en el conocimiento de la población y la comunidad; y en la identificación de los problemas principales para poder desarrollar las acciones y los programas necesarios que den respuesta a ello. Creación de Redes de tratamiento y prevención

8º. Intervención domiciliaria: intervención social constituida principalmente por técnicas de observación y entrevista, que permite el acercamiento e interacción del profesional con el contexto interno de la realidad familiar.

9º. Funciones administrativas, realización de informes, estadísticas (sistemas de información) y memoria anual de actividad del centro de salud mental comunitario.

IV. DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES

A título orientativo, se propone la siguiente distribución de actividades:

1º. Actividad Asistencia: la actividad asistencial ocupará el mayor porcentaje de tiempo del horario laboral, siguiendo la distribución siguiente:

Psiquiatra 35%

Psicólogo 30%

Enfermera. 30%

Trabajador social: 15%

2º. Funciones de apoyo a los Equipos de Primer Nivel de Salud, y de promoción y prevención de la Salud Mental.

Psiquiatra 10%

Psicólogo 5%

Enfermera 5%

Trabajador social 5%

3º. Investigación y Estudios Epidemiológicos y de Calidad asistencial.

Psiquiatra 10%

Psicólogo 20%



Enfermera 10%

Trabajo social 10%

4º. Trabajo comunitario de creación de redes de apoyo para intervención en determinantes de la salud mental y uso de drogas.

Psiquiatra 30%

Psicólogo 30%

Enfermera. 40%

Trabajador social: 50%

5º. Reuniones de la Unidad de Salud Mental y reuniones de coordinación con los Equipos de Atención Primaria con otras Unidades psiquiátricas.

Psiquiatra 10%

Psicólogo 10%

Enfermera 5%

Trabajador Social 5%

6º. Funciones administrativas, elaboración de informes, estadísticas (sistemas de información), memorias.

Psiquiatra 5%

Psicólogo 5%

Enfermera 10%

Trabajador social 15%

1.8.- Enfoque intersectorial en los ETAs del sistema comunitario de atención en adicciones y salud mental.

La reducción de las inequidades en salud mental y adicciones como objetivo del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental, exige del trabajo conjunto entre el sector de la salud y otros sectores gubernamentales que tienen influencia sobre los determinantes sociales de la salud. Sobre la base de tal premisa, el centro de interés no es



cualquier acción intersectorial, sino aquellas iniciativas que puedan reducir o eliminar las desigualdades en salud mental, aunque dichas iniciativas no se originen en el sector de la salud, no sean lideradas por este, ni él participe directamente en cada una de las intervenciones que constituyen la acción intersectorial.

Eriger a la equidad en el centro de dicha estrategia permite analizar si la intersectorialidad que se ha desarrollado ha tenido un impacto o no en la reducción de las inequidades. En base a ello, afloran algunos aspectos que cabría considerar en el diseño y evaluación de la intersectorialidad.

Adoptando la perspectiva de equidad de salud como objetivo central, la premisa principal es que la acción intersectorial puede ser eficaz para mejorar la salud en general, pero ineficaz para reducir las inequidades, si es que no se considera en su diseño el abordaje de las causas estructurales.

Un tercer elemento que guarda relación con lo expuesto es analizar la meta de las acciones intersectoriales.

Al respecto se pueden identificar tres grandes enfoques:

- (1) mejoramiento de la salud de los grupos de baja posición socioeconómica o de mayor vulnerabilidad a través de programas específicos;
- (2) reducción de las brechas de salud entre los grupos sociales más pobres o vulnerables y los grupos en mejor situación;
- (3) abordaje del gradiente de salud, es decir, la asociación entre la posición socioeconómica y la salud en el conjunto de la población.

Los tres enfoques difieren significativamente en los valores subyacentes y en sus implicaciones para la programación.

En este sentido, cabe considerar que existe una amplia variedad de mecanismos y herramientas que pueden ayudar al desarrollo de la intersectorialidad y a la sustentabilidad de las iniciativas (St. Pierre, 2009)⁶. Ejemplos de ellos pueden ser los siguientes:

- Intercambio de información entre los sectores sobre investigación, transferencia de conocimiento, retroalimentación de los resultados de la evaluación, las comunicaciones, entre otros.
- Mantener contactos para la planificación y el establecimiento de prioridades.
- Mantener contactos sobre el desarrollo y la implementación de la solución política.
- Informar sobre el progreso y la realización de la evaluación de manera conjunta.
- Obtención de la aprobación del presupuesto o los recursos de manera conjunta.

⁶ St. Pierre, L. (2009), Governance Tools and Framework for Health in All Policies. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, International Union for Health Promotion and Education and European Observatory on Health Systems and Policies. Información disponible en: http://rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Governance_tools_and_framework.pdf.



En todo caso, es importante tener en cuenta que los mecanismos de iniciación o impulsores de la intersectorialidad tienden a diferir de aquellos que son necesarios para la sustentabilidad del proceso y, por lo tanto, hay que examinarlos por separado y en los contextos específicos (OMS, 2010⁷; Shankardass, Solar et al., 2012⁸).

Como ya se ha mencionado, entre los mecanismos que pueden darle sustentabilidad a la intersectorialidad están las estructuras que permiten el encuentro y adhesión entre los sectores del gobierno, tales como, eventualmente, los gabinetes sociales, los comités interdepartamentales, o los comités de dirección específicos. Sin embargo, la existencia de una estructura no asegura el éxito de la iniciativa.

Otro mecanismo que facilita la existencia y la sostenibilidad de la intersectorialidad es la integración de los presupuestos. El presupuesto incluso puede actuar como un importante catalizador que da lugar a la intersectorialidad, ya sea a través de presupuestos integrados de diversos sectores, incentivos fiscales para la colaboración intersectorial, acuerdos entre sectores sobre la financiación de la estrategia compartida, entre otros.

Otro aspecto descrito que incide en la sustentabilidad se refiere a los mecanismos de seguimiento y evaluación de las intervenciones intersectoriales, ya que pueden constituirse en un espacio de coordinación y de intercambio entre diferentes sectores. Es necesario examinar y sistematizar los casos que han ejecutado experiencias de evaluación, a fin de identificar oportunidades de aprendizaje y de monitoreo de la intersectorialidad.

Finalmente, es preciso tener en consideración que también inciden en la sustentabilidad del trabajo intersectorial la capacidad y el conocimiento de las partes interesadas, su habilidad para trabajar en conjunto, así como el comportamiento de los actores y las culturas de los diversos sectores. Por ello es que resulta relevante facilitar un proceso de formación adecuada en salud pública del conjunto de los actores, que incluya una formación sobre los determinantes sociales de la salud.

Se agrega a lo anterior considerar en la eficacia el grado en que el sector de la salud ha integrado en sus políticas las exigencias de otros sectores y, a la vez, si los resultados descritos en realidad han tenido impacto en la equidad en salud.

1.9. Sobre el enfoque de la rehabilitación y reinserción en salud mental comunitaria. Organización de servicios.

Relaciones entre atención comunitaria, rehabilitación y apoyo social

La atención a personas con trastornos mentales graves, con adicciones y en proceso de salida en libertad, en sistemas basados en el paradigma de atención comunitaria en salud mental,

⁷ Organismo de Salud Pública del Canadá y OMS (2010), Movilización de la acción intersectorial para la promoción de la salud: El caso de la iniciativa ActNowBC en Columbia Británica, Canadá, ISBN: 978-0-662-03362-2. Información disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca>.

⁸ Shankardass, K.; Solar, O.; Murphy, K.; Greaves, L.; O'Campo, P. (2012), A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments, en International Journal of Public Health (2012) 57:25-33.



como es el SISTEMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES., no cabe hablar entonces de "la" rehabilitación en términos globales, ni a efectos de discutir su papel y/o ubicación, en general, dentro del conjunto de intervenciones y servicios, ni a la de valorar esos aspectos en sistemas concretos. La conceptualización debe basarse en estas premisas:

1. En el nivel global de la *Atención comunitaria en salud Mental y Adicciones* y considerando que ésta se organiza en redes de servicios y equipos profesionales tanto sanitarios como no sanitarios, es pertinente hablar del papel de la *rehabilitación en un sentido amplio*, entendiéndola como **filosofía y estrategia**. En ese sentido, la rehabilitación es una característica básica definitoria del conjunto de la atención comunitaria y no de un determinado tipo de dispositivos, equipos o profesionales, ni de un determinado sector o adscripción administrativa (sanitario, social, laboral, educativo, etc.).

Lo que significa que todos y cada uno de los dispositivos y profesionales, que configuran una red comunitaria de salud mental y adicciones, deberían basar sus intervenciones en consideraciones rehabilitadoras y reinserción, en el sentido de orientarlas hacia la consecución del mayor nivel posible de funcionalidad personal y social de cada una de las personas atendidas, a la vez que deberían incorporar realmente, en todos los niveles de la red, la sensibilidad general sobre las dimensiones funcionales asociadas a la enfermedad mental y adicción, la consideración de cada usuario o usuaria como protagonista del proceso, y la consiguiente inclusión de estos aspectos en la evaluación de necesidades, y en la programación y desarrollo de las intervenciones concretas.

- En lo que respecta al *sistema de salud mental y adicciones*, Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental, *son* pertinentes además dos tipos de consideraciones sobre rehabilitación, utilizando ahora el término en sentido más restringido (programas de intervención y dispositivos y equipos profesionales):

a. Si hablamos de *programas de rehabilitación psicosocial*, hay que facilitar desde los servicios sanitarios aquellas técnicas sobre cuya efectividad hay un razonable consenso profesional: rehabilitación cognitiva, recuperación o desarrollo de habilidades personales y sociales, y psicoeducación de los pacientes y de sus familiares. Grupo de intervenciones que, con distintos grados de estructuración, intensidad y especialización, debe ser por tanto un componente básico de la atención sanitaria.

b. Y, si hablamos de *dispositivos y profesionales*, un sistema de atención comunitaria de salud mental y adicciones de calidad necesita disponer de profesionales con capacidad para aplicar esos programas concretos de rehabilitación (recuperación y/o desarrollo de habilidades concretas de funcionamiento personal y social) en muy distintos lugares de su red (básicamente en todos los que mantienen una relación prolongada con las personas con trastorno mental grave y adicción). Pero también parece razonable disponer en ella de algún dispositivo y/o equipo profesional específicamente capacitado, tanto para la evaluación funcional como para la aplicación de programas especializados y complejos de rehabilitación. Siempre que entendamos su función no sólo como aplicación directa de los mismos, en los casos de mayor complejidad y dificultad, sino también y quizás fundamentalmente, como apoyo al desarrollo de este tipo de



programas en el conjunto de la red (incluyendo la investigación y la formación de personal). Dispositivos y profesionales que, en nuestra opinión, deben tener una adscripción sanitaria, reforzando así la dimensión psicosocial de los servicios de salud mental y facilitando la formación, en la misma, del conjunto de los profesionales.

En lo que respecta a los *programas y dispositivos de apoyo social*, habría que considerarlos como un elemento diferenciador de atención, que, aunque surgido en gran medida como prolongación de la atención sanitaria (desde el "tronco común" del hospital psiquiátrico), forma parte cada vez más de las políticas de inclusión social, dirigidas a favorecer el ejercicio del derecho de ciudadanía por parte de personas y colectivos con diferentes tipos de discapacidad. Como parte de una red comunitaria más amplia (sanitaria y social), los dispositivos y profesionales de apoyo social se incluyen plenamente en el campo de la "rehabilitación", en sentido amplio. Y, al mismo tiempo, suponen o deberían suponer en la mayoría de los casos, espacios y recursos personales privilegiados para el desarrollo de actividades de "rehabilitación" (en el sentido más restringido de "actividades dirigidas a la recuperación y/o desarrollo de habilidades concretas para el funcionamiento personal y social"), de distinto nivel de especialización.

Aunque en todo caso dichas actividades deben realizarse con distintos grados de coordinación con el personal sanitario, cabe que algunas de ellas, de bajo nivel de complejidad, puedan ser desarrolladas por personal de la propia red de apoyo social.

Para que todo este enfoque pueda funcionar como una red de atención comunitaria en salud mental y adicciones, es preciso definir explícitamente tanto el marco general de intervención, desde la perspectiva global del sistema de atención a salud mental y adicciones y para todos sus dispositivos y equipos profesionales, cuanto su concreción individual para cada persona a atender ("*Programa individualizado de atención*"). Lo que significa también establecer mecanismos de evaluación de necesidades y resultados, de formación y apoyo al personal, y los correspondientes espacios de coordinación, desde la discusión de casos a la gestión de los dispositivos y programas.

La Reinserción de salud mental y adicciones desde la perspectiva de Salud mental comunitaria.

- . - La reinserción es un proceso continuo que es parte de la finalización de un programa terapéutico, no necesariamente en régimen cerrado.
- . - Desde las necesidades del tratamiento de adicciones y salud mental y respecto al sistema público, para asegurar la continuidad alta, con el proceso de reinserción se va a exigir en la acreditación, la existencia de programas de preparación para el alta de los pacientes, y la formulación de un itinerario de reinserción social y laboral personalizado.
- . - Los programas de preparación para el alta de los pacientes se basa en el empoderamiento del paciente en capacidades personales y recuperación de autoestima y auto eficacias positivas. Se desarrollan trabajos especialmente grupales y familiares.



. - El itinerario personalizado se realizará conjuntamente entre el dispositivo de CSMC si el paciente es atendido en este nivel, o desde los centros de internamiento para adicciones, junto con los SEDEGES y recursos laborales. Todo ello antes de la salida a la comunidad.

. - El programa de reinserción para PPL (privados de libertad) será coordinado con los CSMC para que el PPL a la salida en libertad tenga un punto de acogida inmediato que gestionara los recursos de reinserción en el exterior, junto con SEDEGES. Y pongan la acción el itinerario personalizado de reinserción que se ha elaborado previamente a la salida.

A.- Propuesta de estructura de servicios de rehabilitación:

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN COMUNITARIOS

Servicios de atención ambulatoria,

De intensidad variable según necesidades de las personas con el objeto de facilitar la permanencia en el entorno habitual y apoyando a las personas cuidadoras.

Equipos de Intervención Comunitaria.

Ofrecen atención en medio abierto y acompañamiento social, durante todos los días laborables del año de lunes a viernes, según las necesidades de las personas.

Centros De Rehabilitación Psicosocial.

Ofrecen dos modalidades diferenciadas:

- Programas de Rehabilitación Psicosocial (PRPS)

Con apertura del servicio, once meses al año, todos los días laborables del año de lunes a viernes.

- Centro de Día (CD)

Atención en régimen de hospitalización parcial de atención diaria, con apertura del servicio once meses al año, todos los días laborables de lunes a viernes, con horario de atención de 8 horas diarias.

SERVICIOS RESIDENCIALES

Los recursos de alojamiento suponen un modelo de atención alternativo a la familia con atención las 24 horas del día, todos los días de la semana. Las características de cada uno de ellos vienen condicionadas por la situación de enfermedad y el nivel de supervisión e intensidad de intervención que ofrece a la persona con enfermedad mental grave. La intensidad del recurso es inversamente proporcional a la autonomía de la persona que lo ocupa.

. - Residencia Asistida para Enfermos Mentales y adicciones.

Plazas residenciales en Centros sociosanitarios monográficos para la atención de personas con enfermedad mental grave que precisan atención intensiva sanitaria y social.



. – Pisos protegidos y supervisados para salud mental y adicciones.

Servicio residencial prestado en una vivienda normalizada, donde la dinámica de relación y convivencia es de tipo familiar, que ofrece atención integral a las necesidades básicas y sociosanitarias para mantener o mejorar la autonomía personal, facilitando la integración y participación social.

. - Vivienda con Apoyo para personas con enfermedad mental y adicciones, es la modalidad con mayor autonomía de los pacientes.

RECURSOS OCUPACIONALES

Los centros ocupacionales ofrecen servicio de atención diaria, en días laborables once meses al año, prestado en un establecimiento específico para ofrecer programas de actividad ocupacional y de desarrollo personal y social a personas con enfermedad mental y/o adicciones que no pueden integrarse en una actividad laboral de mercado, sea centro especial de empleo o empresa ordinaria.

1.10.- La atención de la salud mental y las adicciones en el primer nivel de salud.

IDEA CLAVE: EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ES LA PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA NACIONAL DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL

. - Los pacientes entrarán por las consultas de médicos de familia y enfermería, que realizarán una tarea de detección de problema de salud mental y de la adicción, y una intervención breve con el paciente. Y posterior derivación a SEGUNDO ESCALON EN EL PRIMER NIVEL: los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC).

. - Para que el primer nivel de salud pueda ejercer su tarea de modo eficiente como puerta de entrada, se debe formar a todo el personal de primer nivel en salud mental y en adicciones, en especial en las tareas que se van a determinar cómo propias de este nivel: detección e intervención breve en adicciones y derivación a otros niveles.

. - Así mismo se elaborará un procedimiento administrativo y un protocolo técnico de referencia y contrarreferencia del primer nivel hacia los demás niveles de ámbito estatal, que ordene las relaciones entre niveles y sea de obligado cumplimiento.

1.11.- La atención de las adicciones y la salud mental en el primer nivel de salud segundo escalón: los CSMC (Centros de Salud Mental Comunitaria)

IDEA CLAVE: EL EJE DEL SISTEMA PÚBLICO DE ATENCIÓN ESPECÍFICA DE LAS ADICCIONES Y SALUD MENTAL SON LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA (CSMC)



- . - Se ubican en el primer nivel de atención de salud, si bien actúan como un segundo escalón de ese nivel, ya que no son puerta de entrada al sistema de tratamiento.
- . - La relación con los centros de salud de primer nivel es íntima y en permanente coordinación, para ejercer una verdadera labor preventiva sobre adicciones y salud mental, y de cribado para otros niveles de atención. Para ello, se requiere un procedimiento de puesta en común de casos y sesiones clínicas entre médicos, enfermeras y trabajadoras sociales de primer nivel y los técnicos de CSMC
- . - El segundo nivel de atención de adicciones y salud mental dentro del SUS se caracteriza por el nivel de intensidad del tratamiento. Y es lo que le diferencia del primer nivel. Además de poder ofertar un nivel de contención del paciente que no es posible en el primer nivel.
- . - El acceso al tercer nivel de atención se realiza por referencia del CSMC y en cumplimiento de los protocolos de coordinación formulados al efecto. Así mismo, por el carácter de los CSMC en íntima coordinación con primer nivel, las referencias hacia el resto de los dispositivos de segundo nivel se realizarán a través de ellos igualmente.
- . - Los CSMC llevarán a cabo una atención psiquiátrica, psicológica, de enfermería, social y de reinserción o inserción sociolaboral.

1.12. Trabajo en Redes Comunitarias.

Las redes son 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. Estos sistemas abiertos están en constante cambio y potencian a sus integrantes, satisfaciendo 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". La construcción, reconstrucción y fortalecimiento de redes, e/ trabajo en redes, es una de las estrategias fundamentales en salud mental comunitaria. Para ello es necesario conocer quiénes trabajan en la zona; elaborar un mapa de redes, que varía dependiendo del tema que se trate, por ejemplo, liderazgo comunitario de los jóvenes, prevención de la violencia familiar, fortalecimiento de organizaciones de víctimas de violencia política, etc.

El trabajo en redes permite: El desarrollo de relaciones informales propicias para la integración social de la comunidad. Aceptar la diversidad y el respeto por el otro. Buscar el consenso sobre ciertos objetivos comunes para la acción colectiva en salud mental comunitaria incorporando a la diversidad de actores sociales de quehacer afín (instituciones públicas y privadas, ONG, organizaciones comunitarias, entre otras).

Fomentar, fortalecer, canalizar la participación social. Aceptar y aprovechar el valor constructivo de los conflictos. Usar la negociación como instrumento para lograr metas. Responder a necesidades con una orientación que busca solucionar problemas y producir recursos o mejorar su utilización. Difundir la información y el conocimiento en la comunidad. Movilizar a la



comunidad, incorporándola a la solución de conflictos. Generar un espacio común de reflexión sobre los problemas de salud mental y los factores psicosociales y culturales que intervienen. El trabajo en redes comunitarias encuentra obstáculos tales como: liderazgos autosuficientes y egocéntricos que buscan el protagonismo único en la solución de los problemas de salud mental comunitaria; desconfianza en la capacidad de los otros para responder adecuadamente a las demandas; desesperanza y centralización del trabajo en los líderes con poca participación de los demás miembros de la comunidad y la falta de compromiso auténtico de los miembros. Del mismo modo, existen procesos psicosociales que potencian las redes comunitarias como: el fomento de la inclusión social, el respeto del otro y de otras formas de pensar, así como la apertura hacia nuevas ideas y nuevas soluciones. Otras son la visión compartida y distribución equitativa de responsabilidades, el rescate de la cotidianidad como potencial para la acción



2. CONTENIDOS CURRICULARES SOBRE ESTIGMA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

2.1. INTRODUCCIÓN.

El estigma es un término vigente en muchos ámbitos y especialmente en la esfera de la salud mental, lo cual ha sido una barrera importante para el desarrollo de las intervenciones sociales y para la integración de las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental, normalmente se encuentran en la tesitura de tener que luchar, por un lado, con la sintomatología de la enfermedad y por otro con el estigma social que ha padecido este colectivo a lo largo de los años.

2.2. CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

Para poder definir el concepto de enfermedad mental debemos atender a las clasificaciones desarrolladas por la American Psychiatric Association en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. En su última versión el DMS-V define la enfermedad mental como: “Síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes”. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013:5) A su vez, según el DSM-TR-IV, encontramos que los ejes en los que se divide la enfermedad mental son: • Enfermedades Mentales. • Trastornos de personalidad y desarrollo. • Enfermedades médicas. • Problemas psicosociales y ambientales. • Evaluación de la actividad global (funcionamiento laboral, escolar, social y familiar). Tomando como referencia estos ejes, podemos llegar decir en palabras de Díaz (2007)⁹ que todos y todas somos sujetos susceptibles de padecer en algún momento de nuestra vida algún tipo de enfermedad mental, ya que, según este autor, una de cada cuatro personas puede padecer una enfermedad mental a lo largo de su vida. Sin embargo, este dato parece no ser suficientemente incidente en la sociedad general para acabar con las actitudes estigmatizantes y discriminatorias hacia las personas con enfermedad mental. Por otro lado, tomando como referencia la definición de salud de la OMS (Organización Mundial de la Salud), la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2017). Por lo que, para catalogar la enfermedad mental no sólo debemos tener en cuenta el diagnóstico clínico sino todos aquellos agentes externos o factores sociales que inciden en el desarrollo vital de cualquier individuo.

⁹ DIAZ, D. (2007, 15 de mayo de 2007). “El estigma de la enfermedad mental.” Elpaís.com. Extraído el 3 de octubre de 2014, desde http://elpais.com/diario/2007/05/15/salud/1179180005_850215.htm



2.3. DEFINICIÓN DE ESTIGMA

El término estigma, si nos remontamos a la antigua Grecia, se utilizaba para referirse a marcas que las personas portaban en alguna parte de su cuerpo, estas marcas podían ser cortes o quemaduras con el objetivo de que fuera reconocido su estatus social, ya que estas personas solían ser esclavos o delincuentes. Con el paso de los años, con la instauración del cristianismo, este terminó acuñó unas connotaciones algo más positivas, debido a que se solía aplicar este término a personas que poseían alguna característica física fuera de lo común, adquiriendo la condición de gracia divina.

En la actualidad, la palabra estigma es un término que se aproxima bastante a su connotación más antigua, ya que hoy en día en palabras de Goffman (1963)¹⁰ “es una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que la persona portadora sea incluida en una categoría social y hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores”.

Por lo tanto, más allá de poderlo definir como algo propio que genera un individuo, esta palabra lleva asociada una previa construcción social que se puede definir como proceso de estigmatización, el cual en palabras de Morales et al. (2008)¹¹, incluye varios elementos: estereotipos, prejuicios, conductas discriminatorias, mecanismos psicológicos de construcción del significado e identificación de los atributos estigmatizadores.

Una perspectiva más dinámica y amplia sobre el proceso de estigmatización es la propuesta por Link & Phelan (2001)¹², en la que se argumenta que el estigma tiende a construirse a partir de cinco procesos interrelacionados:

- la construcción de las diferencias (color de la piel, género, coeficiente intelectual, etc.)
- el enlace o vinculación con ciertos prejuicios y estereotipos más o menos bien definidos.
- el distanciamiento social o la segregación entre los de adentro (“nosotros”) y los de afuera (“ellos”)
- la degradación (pérdida de status) y discriminación de las personas.
- la asimetría del poder que se mantiene entre los estigmatizadores y los estigmatizados.

En consecuencia, un estigma generado en cualquier sociedad y hacia cualquier individuo o colectividad está condicionado por el relativismo social y cultural, debido a que atribuirle a una persona alguna característica estigmatizadora dependerá del momento histórico y del contexto en el que se produzca, así sucedió por ejemplo con la obesidad en la Edad Media, la cual era símbolo de salud y riqueza, pero que en la actualidad está excluida de los estándares de belleza y es considerada una condición perjudicial para la salud. Por lo tanto, no podemos usar una definición estándar cuando hablamos de estigma, ya que pertenecer a un grupo estigmatizado o a un grupo estigmatizador, en cierta manera, es una consecuencia dinámica y cambiante. Como resultado de lo anteriormente descrito, es necesario que tengamos en cuenta que todos somos integrantes de una sociedad que tiende a categorizar y etiquetar como proceso de economía cognitiva y por ende, hoy podemos pertenecer a un grupo y mañana a otro, de ahí la importancia de determinar las bases de los procesos estigmatizadores.

¹⁰ Goffman, E. (1963). Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.

¹¹ Morales, J.F., Huici, C., Gómez, A. & Gaviria, E. (Eds.). (2008). Método, teoría e investigación en Psicología Social. Madrid: Pearson.

¹² Link, B.G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology, 27: 363-385.



2.4. ORIGEN DEL ESTIGMA EN LA ENFERMEDAD MENTAL

Existen varias teorías para determinar el origen del estigma que padece la enfermedad mental, en palabras de Crisp (2001)¹³, “existe una tendencia propia y profunda en los seres humanos a categorizar y etiquetar de manera exagerada los comportamientos de otros que se salen de lo esperado y que pueden ser interpretados como amenazas o algo de lo cual hay que alejarse”. Por lo tanto, la persona que estigmatiza suele reaccionar de forma que su conducta se ve alterada ante la presencia del estigmatizado, pudiendo mostrar actitudes como la agitación, inquietud, inmovilidad o nerviosismo. Siguiendo esa línea, Haghghat (2001)¹⁴ afina su definición del proceso estigmatizador y lo define como un instrumento utilizado en la competencia social, ya que, solemos categorizar, generalizar y ser defensivos ante la peligrosidad de un solo individuo, por ejemplo, ante un paciente con esquizofrenia irreflexivamente expandimos su “peligrosidad” a todos lo que ocupen la misma categoría. Así pues, partiendo de esta perspectiva del origen del estigma como un proceso que no depende exclusivamente del individuo, la Sociología ha abordado este origen del estigma una interacción mutua entre el contexto y el individuo, (Pilgrim & Rogers, 2005)¹⁵. Por consiguiente, en la actualidad es necesario abordar la enfermedad mental desde un modelo bio-psico-social centrado en atender a la enfermedad mental desde tres factores (biológico, psicológico y social), siendo esencial en su proceso diagnóstico como en su tratamiento, atender a la persona afectada con una enfermedad de estas características desde la perspectiva de ámbito médico, psicológico y social. Así pues, lo anteriormente expuesto es de vital importancia en la intervención de personas con esta diagnosis, debido a la existencia de numerosos prejuicios y mitos que giran alrededor de los trastornos mentales, porque si no se aborda desde una triple perspectiva suelen transformarse en enfermedades que determinan la vida de la persona que padece dicha enfermedad. Ante dicha problemática, la persona afectada no solo tiene que lidiar con las dificultades asociadas a su enfermedad, sino que a estas les debemos añadir las que se encuentra la persona con enfermedad mental para poder realizar una vida normalizada en la sociedad (Aznar & Berlanga, 2004)¹⁶.

Es importante tener en cuenta que muchas de las creencias que aparecen habitualmente en los estudios tienen una cierta base de realidad. Es cierto que algunas de las personas diagnosticadas de esquizofrenia, aunque no todas ni de manera permanente, tienen comportamientos violentos, o hacen cosas poco previsibles y difíciles de entender por las personas que los rodean o resulta difícil «contactar» o establecer sintonía afectiva con ellos. Es decir, que hay que tener en cuenta que los estereotipos exageran y distorsionan parcialmente, pero no inventan sin más todos estos aspectos, por lo que se utilizan para justificar reacciones sociales en parte defensivas, aunque su origen sea más complejo.

¹³ Crisp A. The tendency to stigmatise. Br J Psychiatry 2001; 178: 197-9.

¹⁴ Haghghat, R. (2001). A unitary theory of stigmatisation. The British Journal of Psychiatry, 178(3), 207-215.

¹⁵ Pilgrim, D., & Rogers, A. E. (2005). Psychiatrists as social engineers: A study of an antistigma campaign. Social Science & Medicine, 61(12), 2546-2556.

¹⁶ Aznar, E. & Berlanga, A. (2004). Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia: Manual para la familia y el cuidador. Madrid: Ediciones Pirámide.



En relación con esto y en referencia al origen de las actitudes negativas, desde la Psicología Social y especialmente la Sociología (que encuentra aquí un área privilegiada de interacción con la Salud Mental, se señalan los efectos defensivos del estigma y su papel de refuerzo a la identidad grupal¹⁷. Y se consideran, también, parcialmente justificados como sobrevaloración y exageración de características reales. Pero también se señala, al igual que sucede con otros estereotipos, su papel de racionalización de situaciones sociales concretas, enraizadas en la cultura y la historia, en general. Lo que, en el caso de las enfermedades mentales, encaja con la evolución del imaginario social a lo largo de los siglos («loco» como persona peligrosa por los riesgos de agresión y contagio y papel de la «sinrazón» como imagen negativa de la razón y su entrelazamiento e interdependencia con las figuras institucionales del encierro (Asilos y Hospitales Psiquiátricos), tradicionalmente descritos por Foucault y otros historiadores de la Psiquiatría. La organización de la atención sobre la base de instituciones monográficas, separadas tanto del sistema sanitario como del conjunto de la vida social, e identificadas como lugares de reclusión y no de tratamiento, se constituye así en un factor de refuerzo del estigma, confirmando la visión de peligrosidad, incurabilidad e imposibilidad de convivencia que persiste en la población. Se cierra así un círculo vicioso que hay que romper de manera radical si queremos modificar positivamente la situación.

2.5. CLASIFICACIÓN DE ESTIGMAS

Ante la innumerable cantidad de estigmas que se han ido generando a lo largo de la historia, podemos encontrar en la actualidad según González et al. (2008)¹⁸, tres grandes categorías basándose en la procedencia del mismo, por lo tanto, la clasificación resultante que tomaremos como referencia se resume en:

- Físicos: Relacionados con defectos físicos o corporales
- Psicológicos: Referidos a alteraciones psicológicas como las enfermedades mentales.
- Sociales: Centrados en resaltar atributos propios de una etnia, cultura o factores sociales como la pobreza. Así pues, además de atender a esta clasificación, debemos de tener muy presente, que estar bajo el paraguas de un atributo estigmatizador puede depender de una característica adquirida a lo largo de la vida o puede ser una característica intrínseca de un individuo, así pues, no es lo mismo pertenecer a alguna minoría étnica, que ser diagnosticado con algún tipo de enfermedad mental en el transcurso de tu vida. El hecho de nacer y pertenecer o poseer desde ese momento una característica estigmatizadora puede ayudar, en cierta manera a sobreponerse de forma más positiva a la discriminación que puede padecer el individuo, sin embargo, una persona que adquiera un atributo estigmatizador, en palabras de Morales et al. (2009)¹⁹, podrá padecer efectos más destructores.

¹⁷ CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C.; OTTATI, V., «From Whence Comes Mental Illness Stigma?», Int. J. Soc. Psychiatry, 2003, 49, 2, pp. 142-157.

¹⁸ González Fernández, R., Lozano Maneiro, B. & Catein Maestro, J.L. (Eds.). (2008). Psicología del Estigma: ensayos sobre la diferencia, el prejuicio y la discriminación. Madrid: Editorial Universitas.

¹⁹ Morales, J.F., Moya, M., Gaviria, E. & Cuadrado, I (Eds.). (2009). Psicología Social. (3ª ed.). Madrid: MC Graw Hill.



2.6. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL Y LAS CONSECUENCIAS DE SU ESTIGMATIZACIÓN

Las principales dificultades que se encuentran asociadas a las personas con enfermedad mental son el bajo nivel de estudios que poseen, el alto porcentaje que se encuentra en situación de desempleo, bajo nivel de ingresos y el reducido grupo social con el que se relacionan en su día a día. Para certificar las afirmaciones anteriores, se toma como base documental, el estudio realizado conjuntamente por Jiménez et al. (2008)²⁰ para la Comunidad de Madrid, la Universidad Pontificia Comillas de Madrid y con la participación de la Asociación Madrileña de Familiares y Amigos de Enfermos con Esquizofrenia (AMAFE). Como datos generales de los participantes que formaron parte de la muestra (800 personas), el perfil general de las personas diagnosticadas eran varones, solteros, sin hijos, diagnosticados de esquizofrenia, que viven con sus padres, sin estudios universitarios y sin ninguna ocupación profesional. En términos más concretos, con respecto al nivel educativo de los participantes, casi un tercio de la muestra no posee ningún título académico, más del 70% vive con sus progenitores y casi el 60% tiene unos ingresos entre 300 y 600 € al mes. En relación con los aspectos relacionados con la vida social y las actividades de ocio, todos declaran que sus relaciones se centran exclusivamente con las personas de su entorno familiar. Los recursos de ocio y tiempo libre que más utilizan son las asociaciones de salud mental, las cafeterías, los cines y salir de viaje. La mayoría de los encuestados nunca han estado implicados en algún tipo de proceso judicial (73,8%), sin embargo, un 12,8% afirma haber estado inmerso en estos procesos como víctima de algún tipo de agresión. Por consiguiente, podemos concluir que las personas con enfermedad mental se encuentran inmersos en una espiral de dificultades de la cual es muy difícil salir, en la que el trabajo por parte de todos los agentes sociales es de vital importancia para la reducción del estigma social y la igualdad de oportunidades de estas personas.

2.7. ALGUNOS CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE ESTIGMA Y ACTITUDES SOCIALES.

Ese complejo fenómeno social que resumimos bajo el término estigma no afecta tan solo a las personas con enfermedad mental, sino que ha venido caracterizando, en nuestras sociedades, a las relaciones que la mayoría de la población establecemos con determinados grupos de personas. En realidad, con el término hacemos referencia a un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o «marca» que permite identificarlos. En su clásico análisis del tema, Erving Goffman²¹ utiliza así el término estigma para referirse a un «atributo profundamente desacreditador», es decir una característica que ocasiona en quien la posee un amplio descrédito o desvalorización, como resultado que dicha característica o rasgo se relaciona en la conciencia social con un estereotipo negativo hacia la persona que lo posee.

El estigma se asocia por tanto a rasgos simples, fácilmente identificables (rasgos físicos, aspecto, conductas, etc.) que relaciona con tipos de personas que pueden considerarse potencialmente

²⁰ Jiménez, M. T. R., Partido, J. P. N., Anchía, R. J., Peón, R. M., & Direct, M. Calidad de vida y esquizofrenia. Disponible en <http://www.amafe.org/wpcontent/uploads/2014/12/calidad-de-vida-y-esquizofrenia.pdf>

²¹ GOFMAN, E., Estigma. La identidad deteriorada, Buenos Aires, Amorrortu, 1970



peligrosas: extranjeros, enfermos, delincuentes, etc. El ya citado análisis de Goffman, diferenciaba en principio tres tipos de «marcas», según derivasen de defectos físicos, «defectos de carácter» o de factores étnicos o «tribales». Clasificación que podría actualizarse hablando de rasgos físicos, psicológicos y socioculturales como tres categorías o dimensiones claramente identificables en los distintos tipos de estigma. Y que pueden darse además simultáneamente en una misma persona, generando discriminaciones «duales» o múltiples: mujer, inmigrante, de orientación homosexual, con enfermedad mental y alguna otra enfermedad o defecto físico, por poner un ejemplo, no tan extremo como parece.

2.8. LOS PROCESOS DE ESTIGMATIZACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS

Por otro lado, la asociación de este complejo de actitudes a personas y grupos concretos tiene lugar a través del denominado «proceso de estigmatización» (stigma process) que básicamente supone un conjunto de pasos más o menos sucesivos: a) La distinción, etiquetado (labeling) e identificación de una determinada diferencia o marca que afecta a un grupo de personas. b) La asociación a las personas etiquetadas de características desagradables, en función de creencias culturales prevalentes. c) Su consideración como un grupo diferente y aparte: «ellos» frente a «nosotros». d) Las repercusiones emocionales en quien estigmatiza (miedo, ansiedad, irritación, compasión) y en quien resulta estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza), frecuentemente menospreciadas, pero de gran trascendencia en el refuerzo del proceso y en sus consecuencias sobre la conducta, según los modelos de atribución causal. e) La pérdida de estatus y la discriminación que afecta consecuentemente a la persona o grupo estigmatizado, dando lugar a resultados diferentes y habitualmente desfavorables en distintas áreas. f) La existencia de factores o dimensiones estructurales que tiene que ver en último término con asimetrías de poder sin las cuales el proceso no funcionaría o, al menos, no con la misma intensidad ni con las mismas consecuencias para las personas afectadas. En general este conjunto de actitudes tiene consecuencias negativas para las personas objeto de estigmatización, incluyendo, en la terminología de Goffman, tanto las ya «desacreditadas» como las potencialmente «desacreditables», es decir aquellas que no han sido todavía identificadas de manera pública, pero saben que pueden serlo en el momento en que se conozca su condición. En las primeras, promoviendo directamente lo que denominamos «distancia social» o rechazo (no las aceptaríamos como amigos o amigas, vecinos o vecinas, empleados o empleadas, maridos, esposas, nueras o yernos, no nos gustaría que fueran a la escuela con nuestros hijos e hijas, etc.), lo que restringe derechos y oportunidades, al funcionar como barrera en el acceso a la vida social plena y a los servicios de ayuda que necesitaran. En las segundas, generando conductas de evitación. En ambos casos, produciendo desagradables y nocivas repercusiones sobre la autoestima y la conducta personal y social, como veremos luego en el caso de las personas con enfermedad mental. A este respecto, el cuadro 1 permite resumir, en el caso de estas personas, los tres componentes clásicos, tanto en los aspectos «públicos» (población general) como en los relativos a las personas estigmatizadas.



Cuadro 1: Componentes cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con el «estigma público» y el «auto-estigma» en personas con enfermedad mental.

	ESTIGMA PÚBLICO	AUTO-ESTIGMA
Estereotipo	Creencias negativas sobre un grupo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).	Creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).
Prejuicio	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (miedo, cólera).	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza).
Discriminación	Comportamiento en respuesta al prejuicio (rechazo, negativa a emplear o alojar, negativa a ayudar).	Comportamiento en respuesta al prejuicio (falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo y alojamiento, rechazo a buscar ayuda).

Hay que señalar también que la investigación psicológica y sociológica identifica diferentes estrategias para manejar las dimensiones personales del estigma (su internalización o «auto-estigma»), poniéndose últimamente el acento en las posibilidades de autoafirmación (empowerment), que permiten a una minoría de las mismas, en conexión con factores personales, pero también grupales, hacer frente a las negativas consecuencias del proceso.

2.9. ESTIGMA Y ENFERMEDADES MENTALES. ASPECTOS COMUNES Y ESPECÍFICOS

En el caso específico de las personas con enfermedades mentales, es importante valorar de qué manera y en qué medida se ven afectadas por este proceso de defensa grupal, y, si es posible, entender las razones reales y los argumentos que intentan justificarlo. En definitiva «cómo, cuánto y por qué» nuestras sociedades estigmatizan específicamente a las personas con este tipo de problemas. Y a ese respecto, lo primero que hay que decir es que, aunque hablamos de un fenómeno unitario (estigma y enfermedad mental), nos encontramos también con una cierta diversidad. De hecho y como veremos con algo más de detalle a continuación, las actitudes, aunque sobre un fondo negativo común bastante generalizado, son variables con relación a las distintas enfermedades y problemas concretos, los contextos sociales y culturales en los que se desarrollan y algunas características individuales de las personas que las expresan y en las que se miden

2.9.1. «Enfermedad mental» en general o enfermedades mentales concretas

Así, antes de entrar a comentar los aspectos más relevantes de la información acumulada sobre distintos componentes del proceso de estigmatización de personas con enfermedades mentales, hay que señalar que una primera fuente de variabilidad tiene que ver con los distintos tipos de problemas que incluimos bajo esa denominación genérica, aunque esa diferenciación no siempre se tiene en cuenta al presentar los resultados de algunos estudios.



Como era previsible, las actitudes sociales hacia las personas con esquizofrenia no son exactamente las mismas que las relacionadas con otros síndromes o trastornos, como la ansiedad o la depresión, y aunque hay una base común de rechazo, encontramos, en las diversas medidas utilizadas, un cierto gradiente, que iría desde los problemas citados de salud mental «que pueden afectarnos a todos» y podemos entender hasta problemas más cercanos a la imagen tradicional de la «locura» (esquizofrenia y similares). Las referidas a estos últimos tipos de problemas (trastornos mentales graves), que, pese a estas diferencias, parecen ser la referencia última que contamina las actitudes hacia todo lo que suene a «enfermedad mental», suelen ser también más negativas que las existentes con respecto a otros trastornos y enfermedades físicas, situándose en el imaginario social más cerca de las que afectan a algunas drogodependencias, la prostitución u otras conductas consideradas «antisociales». En el caso de los trastornos más comunes, hay también una mejor imagen social de determinados procedimientos de intervención o psicoterapias así como de determinadas profesiones (Psicología, Trabajo Social), que parecen irse aceptando de manera progresiva en nuestras sociedades, presentando una creciente diferencia con los trastornos más graves y los mecanismos de intervención y profesionales percibidos como más directamente asociados a ellos (tratamientos biológicos y psiquiatras, por ejemplo) y que, como veremos, se ven afectados también por el estigma.

2.9.2. Características generales de las actitudes hacia las personas con enfermedad mental grave.

Entrando ya en la exploración de las actitudes concretas, tal y como aparecen en los distintos y a partir de los instrumentos de medida los contenidos cognitivos («estereotipos») más frecuentemente expresados sobre las personas con enfermedad mental grave, suelen agruparse en algunos factores de significativa consistencia y concordancia, al menos en las sociedades llamadas «occidentales»: peligrosidad, extrañeza e impredecibilidad, dificultad de relación e incapacidad para manejar su vida, todo ello unido a la creencia de incurabilidad y a un grado variable de atribución de responsabilidad y «culpa» sobre lo que les sucede. Asociados a estas ideas se encuentran sentimientos («prejuicios») de miedo, rechazo, desconfianza, pero también compasión, aunque siempre «manteniendo la distancia». Y, consecuentemente, la predisposición a disminuir los contactos sociales –«distancia social»– mediante el rechazo, el aislamiento o la recomendación de los tratamientos coercitivos y la reclusión institucional. Habitualmente los estudios reflejan también la consideración de las personas con enfermedades graves (esquizofrenia) como formando parte de un grupo distinto («ellos» frente a «nosotros»), a la vez que parecen enteramente definidas por la enfermedad: se asume que la persona «es» esquizofrénica y no que «tiene» o «padece» esquizofrenia. Elementos que concuerdan con las imágenes transmitidas desde los medios de comunicación (periódicos, películas, programas de TV), primera fuente de información sobre el tema en nuestras sociedades, y donde las personas con enfermedad mental aparecen básicamente bajo tres visiones prototípicas: la del maníaco o la maníaca homicida que hay que recluir, la de la persona adulta con conductas infantiles que requieren control externo y la del espíritu libre y creativo que produce una cierta admiración. Las tres se caracterizan por ofrecer visiones extremas, que sitúan en todo caso a las personas afectadas fuera de lo considerado normal, pero es siempre la primera de ellas, la relacionada con la violencia, la más frecuente y la que suele destacarse por encima de todas. Pero hay que



señalar también que esos contenidos no sólo se encuentran en los distintos sectores de la llamada «población general» sino que, aunque con evidentes matices, aparecen también entre profesionales sanitarios^{22, 23, 24}) e incluso en quienes trabajamos específicamente en Salud Mental^{25, 26, 27, 28, 29, 30}). Es llamativo, además de preocupante, que, aunque el número y representatividad de los estudios publicados sean todavía escasos, nos encontremos en ellos con un número importante de profesionales de salud mental, cuyo conocimiento sobre las «enfermedades» es evidentemente superior al de la población general, pero cuyas opiniones sobre las personas que las padecen y a las que se supone deberían ayudar a vivir en la comunidad o las medidas de «distancia social» hacia ellas, no difieren significativamente de las de la mayoría de la población, fuertemente sesgadas como estamos comentando. Algunos estudios muestran además por ejemplo cómo, en el caso de psiquiatras, una historia previa de violencia en un paciente tiende a determinar más fácilmente que le diagnostiquen de esquizofrenia. En resumen, que parecería que, en este caso, el papel positivo del contacto social —al que luego haremos referencia como factor que se asocia a menor grado de estigmatización y deseo de distancia social hacia las personas con enfermedad mental— no funcionase en el «contacto profesional». Y que hay dudas razonables sobre nuestra capacidad, como colectivo, para cumplir de manera general con algunas de nuestras funciones, incluyendo el esperable liderazgo de la información y educación de la población.

²² ARBOLEDA-FLOREZ, J., «Considerations on the Stigma of Mental Illness», Can J. Psychiatry, 2003, 48, 10, pp. 645-650

²³ GRAY, A. J., «Stigma in Psychiatry», J. R. Soc. Med., 2002, 95, pp. 72-76

²⁴ SARTORIUS, N., «Iatrogenic Stigma of Mental Illness. Begins with Behaviour and Attitudes of Medical Professionals, Especially Psychiatrists», B. M. J., 2002, 324, pp. 1.470-1.471.

²⁵ ARBOLEDA-FLOREZ, J., «Considerations on the Stigma of Mental Illness», Can J. Psychiatry, 2003, 48, 10, pp. 645-650.

²⁶ CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C., «Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness», World Psychiatry, 2002, 1, 1, pp. 16-20

²⁷ FARINA, A., «Stigma», en MUESSER, K. T.; TARRIER, N., Handbook of Social Functioning in Schizophrenia, Boston, Allyn and Bacon, 1998, pp. 247-279

²⁸ GRAY, A. J., «Stigma in Psychiatry», J. R. Soc. Med., 2002, 95, pp. 72-76.

²⁹ CORRIGAN, P. W.; PENN, D. L., «Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma», Am. Psychol., 1999, 54, 9, pp. 765-776

³⁰ SARTORIUS, N., «Iatrogenic Stigma of Mental Illness. Begins with Behaviour and Attitudes of Medical Professionals, Especially Psychiatrists», B. M. J., 2002, 324, pp. 1.470-1.471.

LAUBER, C., y otros, «What about Psychiatrist's Attitude to Mentally Ill People?», Eur. Psychiatry, 2004, 19, pp. 423-427.

LAUBER, C., y otros, «Do Mental Health Professionals Stigmatize their Patients?», Acta Psychiatr. Scand., 2006, 113, sup. 429, pp. 51-59.

MAGLIANO, L., y otros, «Beliefs of Psychiatric Nurses about Schizophrenia: a Comparison with Patients' Relatives and Psychiatrists», Int. J. Soc. Psychiatry, 50, 4, pp. 319-330. MAGLIANO, L., y otros, «Beliefs about Schizophrenia in Italy: a Comparative Nationwide survey of the General Public, Mental Health Professionals and Patient's Relatives», Can J. Psychiatry, 2004, 49, 5, pp. 322-330.

CLARK, T.; ROWE, R., «Violence, Stigma and Psychiatric Diagnosis: the Effects of a History of Violence on Psychiatric Diagnosis», Psychiatr. Bull., 2006, 30, pp. 254-256



2.9.3. Violencia y enfermedad mental

La asociación enfermedad mental y violencia es un tema clave a este respecto, de ahí la relevancia que su análisis tiene para plantearse estrategias de cambio. Todos los estudios manifiestan que la consideración de que las personas con esquizofrenia y por extensión otros trastornos mentales graves, realizan actos violentos, ya sea como comportamiento habitual o probable, es una constante cuando se analizan, tanto las actitudes de distintas personas y sectores sociales, como los mensajes de los medios de comunicación. Es también conocido el hecho de que basta un acto violento especialmente grave o extraño, cometido por una persona etiquetada de enfermo mental, para que las ideas tradicionales vuelvan a emerger, incluso en situaciones en que parecían estar en retroceso.

Por otra parte, no hay que olvidar que, si hablamos de violencia, la que se asocia más frecuentemente a personas con este tipo de problemas tiene más que ver con violencia recibida, tanto bajo la forma de autoagresión, incluyendo suicidio, como de asaltos de diverso tipo en la comunidad. Y, además, que, en los casos en que se producen realmente actos violentos, éstos provienen de solo una mínima parte de las personas diagnosticadas de esquizofrenia o psicosis –menos del 5% de las mismas presentan episodios graves de violencia–, y hay además una serie de variables específicamente relacionadas con ellos: tipo de sintomatología, actos previos, consumo de sustancias, falta de tratamiento, situaciones de hostilidad, falta de contacto social, o entornos vecinales desorganizados. Lo que implica que es posible establecer grupos de riesgo objeto de una atención preventiva, en un área de especial trascendencia si queremos desarrollar una estrategia razonable frente al estigma.

2.9.4. Etiquetado social, modelo de enfermedad y atribuciones causales

También en relación con esto, merece la pena recordar lo que decíamos al hablar, en términos generales, del proceso de estigmatización, para enlazar con un interesante debate, el relativo a la identificación y etiquetado de las personas como enfermos o enfermas mentales, proceso previo a que se les adscriban estereotipos y prejuicios que reflejan opiniones y sentimientos prevalentes en el medio social. En efecto, hay un número considerable de estudios que muestran que la simple etiqueta de «enfermo o enferma mental» dispara opiniones y sentimientos personales por sí sola, independientemente de las conductas de las personas que la llevan. De hecho, lo que permite identificar a una persona como «enfermo o enferma mental» son tanto dichas conductas –derivadas de la sintomatología positiva y, especialmente, de la negativa, pero también de los efectos secundarios de algunos fármacos y del contexto social habitual de muchas de las personas con trastorno mental grave, tras años de evolución de la enfermedad y de mala atención –, como el conocimiento de la existencia de un diagnóstico y del uso de los servicios de salud mental. Por ello, desde análisis sociológicos serios y rigurosos se pone énfasis en estos últimos aspectos como reforzadores del estigma, vía etiquetado, superando algunas simplificaciones de las versiones iniciales del etiquetado social, que les atribúan un papel causal desproporcionado. Sin negar el papel positivo del diagnóstico, la atención sanitaria y la adherencia al tratamiento, estas teorías alertan sobre los efectos contradictorios de ambos procesos y señalan que el terreno para valorar de manera precisa sus efectos es la investigación empírica. Y que, en cualquier caso y en función de los datos de que



ya se dispone, éste debe ser un área que hay que manejar con cuidado y no de manera simplista, como a veces se hace desde algunos sectores profesionales y otras instancias sociales, excesivamente proclives a enfoques reduccionistas.

Es cierto que el término o etiqueta diagnóstica facilita la comunicación, pero también puede reforzar la desvalorización y el rechazo, además de funcionar como elemento que caracteriza por sí mismo a toda la persona. Y que el tratamiento, cuando está razonablemente basado, ayuda a las personas con este tipo de problemas, pero les genera también efectos secundarios y les señala «para siempre» ante los demás. De ahí la importancia, además, de que los servicios de salud mental no se organicen de modo monográfico y aislados de los restantes servicios sanitarios y sociales, sino que se integren en las redes generales de atención, tal y como se propone desde modelos comunitarios^{31, 32}.

Un aspecto relacionado con éste es el de la repercusión que, sobre el estigma, pudieran tener dos aspectos derivados de los enfoques profesionales hacia las personas con enfermedad mental grave. Uno de ellos es el referido a la alternativa entre dos modelos de presentación general de dichas personas, que suelen denominarse respectivamente como «medicalización» y «normalización», enfatizando el primero de ellos su carácter de personas enfermas, a imagen y semejanza de las que padecen otras enfermedades, e insistiendo el segundo, por el contrario, en los problemas personales concretos y en las dificultades específicas que tienen para vivir de manera satisfactoria en su entorno habitual. Y, muy relacionado con este aspecto, el del papel que pueden tener atribuciones de causalidad predominantemente biológicas, especialmente genéticas, o predominantemente psicosociales, debate inconcluso en lo relativo a las enfermedades o trastornos mentales graves. Por un lado, la identificación de algunas de ellas, especialmente la esquizofrenia, con otras enfermedades crónicas (en función de su probable origen multicausal, pero con una base genética evidente y alteraciones orgánicas cada vez más claras), parece que podría disminuir la especificidad de esta enfermedad y relacionarla con otras mejor toleradas en nuestras sociedades. Pero la trascendencia que estas atribuciones y, más en general, el énfasis en la enfermedad, pueden tener sobre el estigma no está clara, ya que si bien es verdad que tienden a equiparar la situación de las personas con enfermedad mental con otro tipo de personas enfermas, también lo es que, por otro lado, parecen potenciar la visión de las personas afectadas como un grupo extraño y acentuar la distancia social hacia ellas.

A diferencia del énfasis en dificultades personales y explicaciones más psicosociales, más próximas a la capacidad personal de entender conductas y problemas y más proclives a generar una mayor simpatía hacia las personas afectadas. Lo mismo puede suceder con explicaciones en términos de discapacidad, a pesar de los cambios en la terminología (y en los planteamientos de base, evidentemente) que introduce la nueva clasificación internacional de la OMS, más correctas e integradoras pero también con riesgos de generar etiquetas separadoras, si nos dejamos llevar por la inercia de los términos y no hacemos explícitas las limitaciones reales y concretas que pretenden designar, en términos de tipo, intensidad y duración de dichas discapacidades⁶. El tema, que enlaza con discusiones internas al campo de la salud mental, tiene importantes repercusiones también sobre las personas afectadas y está lejos de estar resuelto,

³¹ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, Mental Health: A Report of the Surgeon General, National Institute of Mental Health, 1999.

³² WORLD HEALTH ORGANIZATION, World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, Ginebra, New Hope, WHO, 2001



más allá del rechazo a los extremismos biológicos y psicosociales, y a la necesidad de combinar informaciones sobre lo que se conoce de las enfermedades y trastornos mentales con lo que puede llegar a preocupar realmente a las personas, que son los problemas, dificultades y sufrimientos, pero también las expectativas, posibilidades y logros de nuestros conciudadanos y conciudadanas concretas afectadas por este tipo de problemas.

2.10. Las consecuencias del estigma social

El estigma social hacia las personas con trastorno mental grave tiene consecuencias a muchos niveles, en unos casos comunes a las de otros grupos estigmatizados y en otras lógicamente más específicos. Y también aquí, aunque el análisis debe diferenciar aspectos y factores, en la vida cotidiana, las interacciones, mayoritariamente negativas son habituales. El primer grupo de repercusiones estudiado es el referido, lógicamente, a las propias personas estigmatizadas, aunque también se describen repercusiones sobre el entorno familiar e incluso sobre los propios servicios y profesionales de salud mental³³. Las personas más directamente afectadas, es decir aquellas que padecen trastornos mentales graves, experimentan al respecto dos grandes tipos de efectos: los producidos directamente como resultado de la discriminación personal y estructural que les afecta y los derivados de su propia autoestigmatización. En este último aspecto intervienen además varios tipos de factores, relacionados con la internalización de los estereotipos prevalentes y con las reacciones emocionales negativas que produce el proceso, pero también con sus propias estrategias de manejo del problema. Aunque, a la hora de medir los efectos prácticos sobre su vida, no siempre sea fácil diferenciar esas diversas causas.

2.10.1. Discriminación como consecuencia directa del estigma.

Si consideramos globalmente las consecuencias directas, hay evidencia abundante del efecto de barrera que el estigma juega en el ejercicio de derechos y en el acceso a servicios, agravando considerablemente los efectos de la enfermedad (síntomas y discapacidad). Así, en distintas sociedades y aunque no siempre resulte fácil separar unos efectos de otros, se constata la discriminación directa en el acceso a la vivienda, al empleo, así como a distintos tipos de relaciones sociales significativas: pareja, redes sociales, etc. Y también, aunque no siempre resultan tan evidentes, las discriminaciones de tipo legal o el efecto sobre el nivel de servicios sanitarios y sociales para estas personas que tiene el estigma, a la vez resultado y refuerzo, en el ámbito de las políticas públicas, de los estereotipos y prejuicios sociales, así como de su reflejo en las imágenes de los medios de comunicación³⁴.

A este respecto suelen olvidarse efectos derivados de legislaciones que restringen derechos en función del diagnóstico y no de la presencia temporal o permanente de dificultades reales para su ejercicio, incluyendo derechos civiles tan importantes como la libertad en general, el voto, el matrimonio y el cuidado de los hijos, el manejo del dinero, etc. Las legislaciones específicas para enfermos mentales en aspectos como la capacidad o incapacidad civil o los tratamientos

³³ CORRIGAN, P. W.; PENN, D. L., «Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma», Am. Psychol., 1999, 54, 9, pp. 765-776.

³⁴ EDNEY, D. R., Mass Media and Mental Illness: a Literature Review, Ontario, Canadian Mental Health Association, 2004, en www.ontario.cmha.ca.

STOUT, P. S.; VILLEGAS, J.; JENNINGS, N. A., «Images of Mental Illness in the Media: Identifying Gaps in the Research», Schizophr. Bull., 2004, 30, 3, pp. 543-561.



involuntarios juegan así un papel de refuerzo del estigma que tendría que tenerse en cuenta a la hora de intentar regular esos aspectos, en beneficio de las personas con trastornos mentales y no sólo de la familia o el entorno social. Y también que la atención sanitaria y social a este tipo de problemas se sitúa, prácticamente en todos los lugares y a pesar de las obvias diferencias internacionales, por debajo de los estándares habituales de atención a otros problemas sanitarios y sociales. Pero, además, hay dificultades de atención en servicios generales tanto sanitarios como sociales, educativos, de empleo, etc.

A ese respecto no se tienen en cuenta habitualmente aspectos como el uso indebido de los diagnósticos o el trato desigual y poco respetuoso, sin olvidar la discriminación pura y simple que se da en muchas ocasiones con y sin apoyo de la ley. Así, aunque las restricciones legales al uso de determinados servicios generales vayan disminuyendo sigue habiendo todavía, como todos sabemos, discriminaciones efectivas en la atención sanitaria no especializada en salud mental o en el acceso a servicios sociales generales, educativos, legales o de empleo, discriminaciones que hunden sus raíces en la visión tradicional del Hospital Psiquiátrico como espacio exclusivo y universal para la «atención» a las personas con este tipo de problemas.

2.10.2. La «auto estigmatización» y sus consecuencias

Un aspecto diferente, más difícil aún de medir, aunque igualmente negativo en términos generales, a juzgar por las opiniones de los directamente afectados, es el ya referido del «autoestigma»³⁵ (ver cuadro 1). De hecho, los estudios publicados muestran que muchas de las personas con trastorno mental grave, viven las opiniones y sentimientos públicos de manera contradictoria y habitualmente negativa. En primer lugar, porque, a este respecto, muchas de ellas suelen manifestar actitudes similares a las de la población general, asumiendo los estereotipos de la peligrosidad, incapacidad de manejo e incurabilidad, con efectos añadidos a los de la propia enfermedad. En general, se describe, así como la auto estigmatización conduce a una real desmoralización, con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima, favoreciendo el aislamiento y dificultando la petición de ayuda (conductas similares a las de otras personas tanto «desacreditadas» como potencialmente «desacreditables» utilizando la terminología de Goffman). Y ello, además de constituirse en un factor de estrés, que, según los modelos de vulnerabilidad, aumenta el riesgo de recaídas e incluso de suicidio.

Pero no en todos los casos las personas afectadas, al igual que en otros tipos de estigma, reaccionan interiorizando las actitudes prevalentes, según el modelo de la auto estigmatización. De hecho, desde el análisis psicosociológico y sociológico se refieren también otros dos tipos de respuesta alternativos, uno caracterizado por la indiferencia y otro, que sustenta una interesante línea de investigación, mencionada anteriormente, basado en la autoafirmación o «empowerment». Parecería que la respuesta depende del análisis que la persona afectada hace de la situación, en función de variables personales, pero también del contexto social y especialmente del nivel de apoyo social e institucional y de los grupos de referencia con que cuente. De ahí el papel fundamental de los movimientos asociativos de usuarios y usuarias, así como la colaboración de las y los profesionales para potenciar este aspecto defensivo frente al

³⁵ RÜSCH, N.; ANGERMEYER, M. C.; CORRIGAN, P., «Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences and Initiatives to Reduce Stigma», Eur. Psychiatry, 2005, 20, pp. 529-539



estigma, que no solo representa una interesante concepción filosófica ligada a los movimientos de rehabilitación psicosocial, sino que tiene consistencia teórica y operativa y sobre el que existe, además, evidencia creciente relativa a su utilidad en el proceso de recuperación.

Un aspecto relacionado con estos, que enlaza indirectamente con el debate anteriormente resumido sobre el etiquetado y las estrategias de «medicalización– normalización», tiene que ver con el reconocimiento público de padecer una enfermedad mental y sus efectos contradictorios: la conciencia de enfermedad favorece la adherencia al tratamiento, pero puede implicar un estigma más acentuado, asociado al inicio de un proceso específico de pérdida de oportunidades y marginación. Aspecto igualmente pendiente de valoración empírica rigurosa.

2.10.3. Estigma por extensión o «asociación»

También se describen efectos sobre las familias de personas con trastornos mentales graves³⁶ en línea similar a los que sufren ellas mismas, dando lugar también a fenómenos de auto estigmatización, aumentando su ya reconocida sobrecarga con la necesidad de manejar un cierto descrédito añadido. Con el consiguiente empobrecimiento de su red social e importantes limitaciones (y «autolimitaciones») en el acceso a servicios de ayuda. Y, finalmente, también se mencionan, aunque tampoco sean fácilmente medibles, efectos sobre los servicios de salud mental³⁷. Por una parte en relación con los conocimientos, habitualmente insuficientes y distorsionados, que suele haber con respecto a la eficacia de los tratamientos existentes y por otra porque, más allá de la anecdótica desconfianza hacia «los psiquiatras», clásicamente incorporada al humor social, todo el sector, incluyendo sus profesionales, sufre distintas formas más o menos disimuladas de desvalorización desde otros sectores y profesionales de la Salud, así como desde sectores sociales más amplios. Además de los ya referidos efectos estructurales sobre inversiones en investigación, desarrollo de servicios y medidas específicas de apoyo.

2.11. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Aprendiendo de la experiencia.

El desarrollo de actividades de efectividad razonable para combatir el estigma y la discriminación hacia las personas con enfermedades mentales debe tener en cuenta la información anterior, pero también y muy especialmente la referida a programas e intervenciones que han sido sometidas a algún tipo de comprobación empírica. En definitiva, se trata de aprender de la experiencia, no solo específicamente referida a personas con enfermedades mentales, sino también de la relacionada con las luchas a favor de otros grupos

³⁶ PHELAN, J. C.; BROMET, E. J.; LINK, B. G., «Psychiatric Illness and Family Stigma», Schizophr. Bull., 1998, 24, 1, pp. 115-126.

SRUENING, E. L., y otros, «The Extents to witch Caregivers believe most People Devalue Consumers and their Families», Psychiatr., Serv., 2001, 52, 12, pp. 1.633-1.638.

ÖSTMAN, M.; KJELLIN, L., «Stigma by Association. Psychological Factors in Relatives of People with Mental Illness», Br. J. Psychiatry, 2002, 181, pp. 494-498.

³⁷ BUCHANAN, A.; BRUGRA, D., «Attitude of the Medical Profession to Psychiatry», Acta Psychiatr. Scand., 1992, 85, pp. 1-5.



objeto de estigma y discriminación³⁸: mujeres, minorías étnicas, personas con orientaciones sexuales diversas, etc.

A ese respecto, en las últimas décadas, se ha ido acumulando alguna información de interés habitualmente concordante con los conocimientos psicológicos y sociales anteriormente resumidos), a pesar de que muchos de los datos de que se dispone son todavía parciales y hay una gran escasez de estudios sistemáticos, globales y especialmente orientados a medir consecuencias sobre la conducta real (y no solo sobre las actitudes), con diseños prospectivos y a largo plazo.

2.12. La experiencia de programas y campañas anti-estigma en salud mental: tres estrategias básicas de distinta utilidad.

En términos generales, desde la Psicología Social y la Sociología se han estudiado tres estrategias, ya mencionadas anteriormente y que han mostrado éxitos y fracasos diferenciados en otros sectores objeto de estigmatización: protesta, educación y contacto social. Estrategias que también pueden servirnos para repasar la experiencia acumulada en relación con las personas con enfermedades mentales graves.

✓ Movilización y protesta social

La protesta social, que ha resultado aparentemente útil en otros movimientos de lucha contra el estigma y la discriminación, parece tener claros efectos a corto plazo, disminuyendo, por ejemplo, la difusión de imágenes negativas basadas en estereotipos hacia las personas estigmatizadas. Pero no garantiza por sí sola una utilidad a largo plazo, dada su menor capacidad para promover imágenes positivas y la resistencia al cambio de los estereotipos, habiendo incluso evidencia de «efectos rebote» de medidas basadas exclusivamente en la protesta. En nuestro campo, a imagen de otros grupos minoritarios objeto de estigmatización, distintas asociaciones de personas afectadas (tanto usuarios y usuarias como familiares) y también de profesionales y personas interesadas por el problema y los derechos civiles en general, vienen realizando protestas públicas de mayor o menor envergadura y consecuencias con respecto a situaciones de discriminación, a distintos niveles y en distintos países. Aunque no parece haber estudios experimentales (al menos publicados) al respecto, los resultados, tanto del efecto de «lobby», en general como de distintas protestas concretas, suelen suponer la disminución o supresión al menos temporal de alguna forma específica de discriminación, o algunos cambios temporales en los mensajes de los medios de comunicación, pero no una mejora sostenida y constatable en las actitudes reales ni, especialmente, en la conducta general hacia dichas personas. Pero sí parecen, por el contrario, contribuir a mejorar la autopercepción y capacidad de manejo de los usuarios y usuarias que participan en movimientos de reivindicación y protesta en línea con lo que venimos refiriendo sobre autoafirmación y empowerment.

³⁸ CORRIGAN, P. W.; MATTHEWS, A. K., «Stigma and Disclosure: Implications for Coming out the Closet», Journal of Mental Health, 2003, 12, 3, pp. 235-248.



✓ **Información y educación de la población general y sus diversos sectores.**

Más útiles resultan los programas educativos, especialmente de larga duración y si incluyen no sólo la transmisión pasiva de información sino la discusión, la presentación de casos reales y, especialmente, con presencia de personas afectadas. Aun así, la ya referida resistencia de los estereotipos tampoco garantiza que, por sí sola, la educación resuelva el problema, no existiendo demasiados datos de su capacidad para cambiar, no ya creencias o actitudes en sentido más general, sino especialmente conductas reales y, por tanto, discriminaciones efectivas. Hay que tener en cuenta también el riesgo de inutilidad de actividades que huelan a propaganda, que suelen convencer básicamente a los ya previamente convencidos.

En lo que respecta a las personas con trastornos mentales, en las últimas décadas se han desarrollado en distintos lugares algunos programas («campañas») específicamente dirigidos a cambiar las actitudes sociales hacia ellas, unas veces con carácter general y otras en relación con enfermedades específicas, especialmente esquizofrenia y depresión.

A pesar de las importantes diferencias en la extensión territorial, temporal y de tipo de intervenciones contempladas en una gran parte de los casos incluían como elemento importante, cuando no exclusivo, intervenciones de carácter pretendidamente educativo (a veces meramente informativo) a través de los medios de comunicación. En bastantes ocasiones, sin embargo, especialmente en las campañas focalizadas en trastornos depresivos, la información versaba más sobre el conocimiento de la enfermedad y de los tratamientos biológicos, que sobre otro tipo de conocimientos y creencias poblacionales.

En general, los escasos datos de evaluación publicados muestran básicamente la escasa utilidad de intervenciones de corta duración y de carácter exclusivamente informativo, así como de mensajes muy generales (para todos los problemas y todos los grupos sociales). Por el contrario, en concordancia con los conocimientos generales de la Psicología Social y la Sociología, parece que es más útil desarrollar iniciativas complejas, que combinen distintos mecanismos y se prolonguen razonablemente en el tiempo.

Iniciativas que deben incluir intervenciones claramente definidas para grupos específicos (especialmente profesionales de los medios de comunicación y personal docente, así como para sectores poblacionales concretos (por ejemplo, empresarios y vecindario de estructuras residenciales). Y siempre con mensajes diferenciados para distintos problemas de salud mental y tipos de creencias a modificar (especialmente las de peligrosidad e imprevisibilidad en el caso de enfermedades o trastornos graves).

En definitiva, que hay que establecer intervenciones con objetivos claramente segmentados y definidos, que se articulen entre sí durante un tiempo prolongado y que se integren en políticas y estrategias más generales.

Por último, parece que, si lo que se pretende es cambiar actitudes como vía para cambiar conductas, lo menos importante son las medidas predominantemente informativas, siendo necesario, como en todo proceso educativo, integrar información, discusión e interacción social con las personas que tienen los problemas. Buscando, además, contrarrestar el efecto general



de las campañas educativas, que suelen ser más efectivas para cambiar actitudes hacia el problema «en general» que hacia las personas concretas directamente afectadas³⁹.

✓ El contacto y la interacción social

Lo que nos lleva por último a la tercera estrategia, la que, apuesta por el contacto directo como la vía más importante para cambiar actitudes y conductas, en concordancia con los conocimientos psicológicos y sociológicos que indican que las actitudes se refuerzan y cambian en la interacción social.

Así, hay información abundante sobre la utilidad de favorecer la interacción y su capacidad para poner en marcha en los participantes procesos de recategorización de las personas y de desarrollo de ideas y actitudes nuevas, lo que se ve favorecido especialmente en situaciones de igualdad de estatus, de apoyo institucional y de contactos con personas con conductas y rasgos «intermedios». Es decir, de personas que no respondan básicamente al estereotipo ni se alejen demasiado de él, presentando «enfermos perfectos», que parecen irreales y excesivamente disonantes. Y, también, de que las interacciones se produzcan en el «mundo real» y no solo en el «laboratorio». En el caso de las personas con enfermedad mental, la estrategia empieza a contar también con alguna evidencia experimental, incluso prospectiva⁴⁰. Así, la asociación entre contacto y actitudes más favorables está cada vez mejor establecida, aunque es necesaria más investigación para dilucidar claramente los mecanismos intervinientes, que pudieran basarse en una recategorización a partir de la experiencia, y/o actuar predominantemente sobre las atribuciones de responsabilidad-irresponsabilidad. Lo que, en este último caso, parece que podría generar simpatía asociada al reconocimiento de la falta de culpabilidad de la persona. Por otro lado, en cualquiera de los casos, hay que mencionar de nuevo la utilidad de estrategias de autoafirmación y «empowerment», así como el papel de los apoyos institucionales y de los grupos de afectados, que son protagonistas principales de intervenciones de protesta, pero también de las interacciones personales que favorecen procesos educativos y de contacto e interacción social en general.

2.13. Principales líneas de intervención sobre el estigma.

Hacia un modelo basado en la información disponible La revisión de la información publicada en los últimos años debería permitirnos ahora establecer mejor las bases de un modelo orientador de las intervenciones sobre el estigma. Así, tras resumir una vez más los aspectos más significativos de la información recopilada, vamos a sintetizar nuestra interpretación, proponiendo finalmente las líneas básicas de lo que pensamos que puede ser un modelo razonable, esperando que el debate profesional y la experiencia investigadora y de intervención que a partir del mismo podamos desarrollar entre todos, nos ayude a irlo mejorando progresivamente.

³⁹ PENN, D. L.; COUTURE, S. M., «Strategies for Reducing Stigma Towards Persons with Mental Illness», *World Psychiatry*, 2002, 1, 1, pp. 20-21.

⁴⁰ COUTURE, S. M.; PENN, D. L., «The Effects of Prospective Naturalistic Contact on the Stigma of Mental Illness», *J. Community Psychol.*, 2006, 34, 5, pp. 635-645



2.13.1. Recapitulando información.

El estigma que afecta a las personas con enfermedades mentales graves se presenta, por lo que hemos podido ver, como un fenómeno fundamentalmente social, aunque con importantes componentes

individuales, en términos de causas y especialmente de repercusiones. Lo que implica que también sus posibles soluciones necesiten intervenciones a niveles sociales y personales, algunas de ellas, aunque no todas ni las más importantes, de carácter sanitario en general y, específicamente, clínico.

En concreto, los conocimientos actuales permiten afirmar razonablemente que:

1. Se trata de un fenómeno probablemente universal, que entronca con mecanismos habituales del conocimiento y la dinámica social y resulta por ello difícil de erradicar.

2. Tiene, como sucede en general con las actitudes sociales, componentes personales cognitivos, emocionales y conductuales, además de aspectos estructurales, que, aunque se dan unidos, tienen dinámicas, efectos causales y condiciones de «vulnerabilidad» propias.

3. Funciona sobre personas y grupos concretos (en nuestro caso preferentemente personas con trastornos mentales graves) a través de un proceso en varias fases, que van desde la identificación y etiquetado, la aplicación de estereotipos y la separación «ellos-nosotros», a distintas repercusiones emocionales en unos y otros; todo ello con resultados negativos en términos de discriminación y siempre sobre la base de situaciones de asimetría de poder.

4. En lo que respecta concretamente a personas con graves problemas de salud mental, hay una serie de factores que parecen contribuir a su desarrollo y/o refuerzo, como son: a) Las conductas extrañas, características de muchas personas con este tipo de problemas y que se relacionan con los síntomas de la enfermedad, pero también con el efecto de fármacos y las condiciones de vida habituales de una parte significativa de las mismas, en parte derivadas de una deficiente atención. b) El propio diagnóstico y uso de los servicios especializados de salud mental, que los identifican como «diferentes». c) Los episodios de violencia que cometen ocasionalmente una minoría de estas personas. d) Las imágenes difundidas desde los medios de comunicación que distorsionan y magnifican algunos de estos problemas. e) Los servicios tradicionales de salud mental (Hospitales Psiquiátricos), basados en lógicas de exclusión y defensa sociales y separados del resto de los servicios. f) Y algunas conductas profesionales, tanto en sectores sanitarios como no sanitarios, incluidos los propios servicios de salud mental.

5. Hay distintas estrategias de utilidad diversa, como son la protesta, la educación y el contacto social, siendo esta última especialmente valorada como útil, junto con las intervenciones más estructurales.

6. Y, como siempre, hay muchos aspectos que necesitan ser explorados con metodología rigurosa para completar nuestro conocimiento del problema y nuestra valoración de estrategias y procedimientos de intervención.



2.13.2. Una estrategia compleja para un problema complejo

En conjunto, esos aspectos permiten establecer, con una cierta «razonabilidad» aunque sin grandes concesiones al optimismo, algunos elementos básicos para una estrategia de intervención. Estrategia que se plantea dos grandes objetivos: interrumpir los procesos de estigmatización, modificando las actitudes sociales prevalentes y eliminando factores de refuerzo, por un lado, y, paralelamente, disminuir el impacto que el estigma tiene sobre las personas afectadas y ayudarlas a desarrollar estrategias personales más adecuadas para el manejo del problema.

Para ello es necesario articular, en procesos sostenidos y de larga duración, una serie de intervenciones diferentes pero que deben planificarse y desarrollarse de manera conjunta e interrelacionada, además de someterse a evaluación empírica.

El texto que sigue las expone de manera un poco más detallada y siguiendo un orden diferente, empezando por las que suelen ser más habituales.

Aunque la información por sí sola no garantiza cambios efectivos en las actitudes ni en las conductas, es necesario dar información correcta, segmentada según objetivos, contenidos y sectores, preferentemente integrada en los sistemas habituales de formación e información, evitando que suene a propaganda, y utilizando mecanismos interactivos de probada eficacia en otros sectores. En definitiva, que la información debe integrarse en procesos educativos de dinámica interactiva o, como decía Allport, que lo que hace falta no es tanto «información sobre» cuanto «conocimiento de/con», es decir obtenido de forma compartida.

En lo que respecta a los ámbitos, además de intervenciones específicas con sectores poblacionales concretos, si queremos llegar a la población general es necesario intervenir sobre el sistema educativo, además de sobre los medios de comunicación y, a ser posible, sobre lo que podemos denominar «Industria del ocio», cuya capacidad de integrar información útil y repercusiones emocionales positivas y negativas es clara.

En relación con los medios de comunicación no se trata de impedir que se dé información sobre acontecimientos negativos, sino que se traten correctamente, sin añadir ideas falsas o exageradas y que, además, se difundan también acontecimientos e iniciativas positivas, que suelen ser habitualmente menos noticiables.

En relación con los contenidos y aunque parece más efectivo centrarse en objetivos concretos que en temas generales, parece conveniente, sobre la base de la información sobre conocimientos y actitudes concretas, actualizar información científica sobre las distintas enfermedades mentales y sus tratamientos, aunque con la prudencia necesaria, mientras no esté claro el papel de las atribuciones causales ni los modelos de enfermedad. Un tema importante, sobre el que hay que insistir con informaciones reales, es el del riesgo de violencia, sobre cuya importancia en la configuración de los estereotipos y temores públicos hemos insistido en su momento. Pero especialmente parece útil hablar, más allá de «las enfermedades», sobre las personas que las padecen, es decir sobre los problemas concretos, las capacidades y las alternativas posibles en áreas como las relaciones sociales, el alojamiento, el empleo y los derechos humanos básicos.



1. También es importante considerar el uso de términos que no tiendan a identificar de manera global y exclusiva a las personas con las etiquetas diagnósticas (las personas no son esquizofrénicas, solo esquizofrénicas y siempre esquizofrénicas). Aunque el uso de términos «políticamente correctos», como «usuarios» y «usuarias», «clientes», etc., no parece tener mucha incidencia en el cambio de actitudes ni mucho menos de conductas. Y, en relación con los procedimientos, parece necesario evitar intervenciones muy puntuales («campaña» esporádica en medios de comunicación), de efectos efímeros cuando no inexistentes, o las «lecciones magistrales» o el adoctrinamiento, que suelen convencer a los ya convencidos.

Es preferible utilizar intervenciones más continuadas, así como mecanismos interactivos, discutiendo las creencias y sentimientos concretos de las personas y favoreciendo la relación con los y las directamente afectadas.

2. Pero, además, facilitar la interacción y los contactos sociales parece una estrategia útil en sí misma, la más indicada para cambiar no sólo las creencias sino los sentimientos y posiblemente las conductas. Para ello, además de distintos programas concretos y locales basados en promover formas de interacción y trabajo en común, es necesario favorecer la integración en la vida cotidiana de personas con problemas de salud mental. Y en todo ello es importante, aunque sea un tema sobre el que insistiremos luego, junto a distintas formas de apoyo estructural, impulsar la participación de los movimientos asociativos de familiares y personas afectadas.

Se trata en todo caso de ofrecer una visión de las personas ejerciendo roles normales (vecino o vecina, trabajador o trabajadora y ciudadano o ciudadana) que ayuden a recategorizar y resituar creencias y emociones, mediante la interacción en contextos diferentes de los habitualmente asociados al estereotipo. Pero eso significa también que para ello hay que facilitarles oportunidades reales de vivir en la comunidad, con los apoyos necesarios para residir en entornos vecinales normales, trabajar en empleos reconocidos y valorados, participar en condiciones de igualdad en tareas comunes y mantener relaciones sociales significativas.

3. Directamente en relación con los movimientos de personas afectadas se sitúan las intervenciones de protesta, sobre cuya función contradictoria hemos hablado ya, pero que son un componente inevitable en cualquier estrategia compleja contra el estigma. Aunque aquí es precisa además la intervención profesional y de los poderes públicos, para reforzar el papel y la legitimidad de la protesta y eliminar factores estructurales de discriminación, aspecto este último de particular trascendencia por sus efectos directos, pero también por su refuerzo al cambio de actitudes.

Y, también aquí, hay que resaltar la utilidad de estrategias que favorezcan la autoafirmación y el aumento de autonomía y capacidad de interlocución (en definitiva, de poder) de las personas afectadas y sus asociaciones.

4. Un aspecto que no suele tenerse en cuenta pero que parece clave es eliminar factores de refuerzo, especialmente el relativo a los sistemas tradicionales de atención. Por ello la desaparición planificada y controlada de las instituciones psiquiátricas monográficas y separadas de la vida social y de los sistemas generales de atención, es decir el cierre de los Hospitales Psiquiátricos y su sustitución por redes de servicios comunitarios, integrados en los



sistemas sanitarios y sociales públicos, aparece como un paso imprescindible en la lucha contra el estigma.

En el mismo sentido hay que considerar el papel de las legislaciones específicas, los procedimientos coercitivos y el uso inadecuado del diagnóstico. Pero también es necesaria, y ambos aspectos deben ir unidos, la prestación de una atención sanitaria y social de calidad técnica y humana, es decir efectiva a la vez que respetuosa y promotora de poder e igualdad en usuarios y usuarias. Atención que debe ser precoz y continuada, priorizando a las personas con mayores dificultades y problemas e intentando mejorar su situación y condiciones de vida en la comunidad, a la vez que prevenir la violencia en los pocos casos en que puede darse.

5. El apoyo a las personas afectadas directamente por el problema (pacientes y familiares) es, a ese respecto, igualmente necesario, enfatizando de nuevo el papel del movimiento asociativo, además del apoyo individualizado y el entrenamiento en estrategias de manejo del estigma, que deben incorporarse al tratamiento habitual. Aspectos que afectan igualmente a los familiares. Y ambos, familiares y usuarios y usuarias, deben ser tenidos en cuenta individual y colectivamente en el diseño, desarrollo y evaluación de las intervenciones contra el estigma.

6. En todo ello y como hemos podido ver a lo largo del texto, hay una serie de «agentes» sociales que deben ser objeto de especial interés, por su papel clave en distintos momentos y etapas del proceso de estigmatización y, por tanto, del de «desestigmatización». Aquí hay que mencionar a profesionales de medios de comunicación, al personal docente, pero también a empresarios, profesionales de Atención Primaria de Salud, de los servicios sociales comunitarios y de otros servicios de ayuda a las personas, entre ellos la Policía.

Pero también y de manera específica a los y las profesionales de salud mental que, como hemos visto, no son inmunes al estigma a la vez que tienen muchas oportunidades de contribuir a mejorar la situación, tanto en términos generales actuando en funciones de «educadores sanitarios» de la población, cuanto en el «olvidado» terreno del día a día de nuestra actividad de atención directa.

A este respecto y como ya hemos comentado, hay dudas razonables con respecto a la pertinencia de que seamos las y los profesionales de salud mental y, específicamente las y los psiquiatras, quienes asuman o asumamos el protagonismo directo en la lucha contra el estigma. Además de razones históricas, repetidamente señaladas desde los movimientos críticos que están en el origen de los modelos comunitarios, que permiten hablar del papel estigmatizante de la Psiquiatría tradicional (y de mucha de la no tan tradicional, podríamos añadir razonablemente hoy), hay debates importantes sobre el carácter social del estigma y el papel contradictorio del diagnóstico y el tratamiento, a algunos de los cuales hemos aludido anteriormente. Está claro que este combate exige medidas multisectoriales y es evidente que no hay razones «de principio» para excluir a profesionales de salud mental que mantengan orientaciones teóricas biopsicosociales y posiciones basadas en el paradigma tecnológico comunitario, pero no podemos olvidar que esta posición no es, hoy por hoy, la única ni la claramente dominante en muchos de los servicios públicos de salud mental.



7. Y, por último, como hemos podido comprobar, es evidente que sabemos algunas cosas sobre el estigma, pero ignoramos todavía muchas otras. Por ello la necesidad de desarrollar investigaciones coordinadas y multidisciplinarias, tanto de carácter básico como aplicado, es evidente. En un caso para mejorar nuestro conocimiento de las complejidades de los procesos de estigmatización y sus consecuencias individuales y colectivas, y en el otro para medir la efectividad de nuestras intervenciones.

A ese respecto, algunas de las áreas prioritarias son las relativas a la elaboración y comprobación empírica de modelos teóricos sobre distintos aspectos del proceso de estigmatización y las diferentes estrategias de cambio, el análisis del funcionamiento de los medios y su tratamiento de las noticias relacionadas con las personas con enfermedades mentales, al estudio de las estrategias de manejo personal, las evaluaciones de efectividad de las distintas intervenciones y la búsqueda de medidas estandarizadas de repercusión en usuarios y familiares. Y, en todo ello, estableciendo comparaciones entre distintos sectores de nuestras sociedades y distintas sociedades y culturas. Distintas intervenciones cuya combinación planificada y coordinada puede permitirnos avanzar en el difícil camino de mejorar las actitudes sociales y las discriminaciones efectivas hacia las personas con trastornos mentales graves, contribuyendo a un objetivo más general, relacionado con lo que Haghghat refiere como «desarrollo de culturas que promuevan la desestigmatización»⁴¹ y eviten la consiguiente marginación, tanto de ésta como de otras minorías sociales.

En definitiva, que aumenten la tolerancia social hacia las personas diferentes, lo que sin duda significa promover «salud mental» o, más en general, salud. Siempre que eso sea lo que realmente queremos, porque, evidentemente, si de lo que se trata es de promocionar el consumo de fármacos o de hacer ver que hacemos algo, las estrategias pueden entonces ser considerablemente más simples.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS SOBRE ESTIGMA DE LA SALUD MENTAL

- 1.- Asociación Americana de Psiquiatría. “Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM -5”. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- 2.- Aznar, E. & Berlanga, A. (2004). Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia: Manual para la familia y el cuidador. Madrid: Ediciones Pirámide.
- 3.- Ayestarán, S., & Páez, D. (1986). Representación social de la enfermedad mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría., 6(16), 095-128.
- 4.- Crisp A. The tendency to stigmatise. Br J Psychiatry 2001; 178: 197-9.
- 5.- DIAZ, D. (2007, 15 de mayo de 2007). “El estigma de la enfermedad mental.” Elpaís.com. Extraído el 3 de octubre de 2014, desde http://elpais.com/diario/2007/05/15/salud/1179180005_850215.htm
- 6.- Flores, M. C. (1990). Percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes de educación media-superior. Salud Mental, 13(2), 18-23.

⁴¹ HAGHIGHAT, R., «A Unitary Theory of Stigmatisation. Pursuit of Self-interest and Routes to Destigmatisation», Br. J. Psychiatry, 2001, 178, pp. 207-215.



- 7.- Fukuhara, M. (1986). The Attitude of Students towards Consultation Counselling. *School Psychology International*, 7(2), 76-82.
- 8.- Haghighat, R. (2001). A unitary theory of stigmatisation. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 207-215.
- 9.- Hernandez, M.R. (2009). Actitudes hacia la enfermedad mental en los estudiantes de primer año de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Disponible en: <http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/2157/3/EPS1AHE00901.pdf>
- 10.- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- 11.- González Fernández, R., Lozano Maneiro, B. & Catein, Maestro, J.L. (Eds.). (2008). *Psicología del Estigma: ensayos sobre la diferencia, el prejuicio y la discriminación*. Madrid: Editorial Universitas.
- 12.- Jiménez, M. T. R., Partido, J. P. N., Anchía, R. J., Peón, R. M., & Direct, M. Calidad de vida y esquizofrenia. Disponible en <http://www.amafe.org/wpcontent/uploads/2014/12/calidad-de-vida-y-esquizofrenia.pdf>
- 13.- Link, B.G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27: 363-385.
- 14.- Magliano, L., Read, J., Patalano, M., Sagliocchi, A., Oliviero, N., Campitiello, F. & Cerrato, F. (2012). Contrarrestar el estigma hacia las personas con esquizofrenia en el ámbito sanitario: una experiencia piloto en una muestra de estudiantes italianos de medicina. *Psychology, Society & Education*, 4(2), 169-181.
- 15.- Morales, J.F., Huici, C., Gómez, A. & Gaviria, E. (Eds.). (2008). *Método, teoría e investigación en Psicología Social*. Madrid: Pearson.
- 16.- Morales, J.F., Moya, M., Gaviria, E. & Cuadrado, I (Eds.). (2009). *Psicología Social*. (3ª ed.). Madrid: MC Graw Hill.
- 17.- Moscovici, S. (1986). *Psicología Social II, Pensamiento y Vida Social, Psicología Social y Problemas Sociales*. Madrid: Paidós Ibérica.
- 18.- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- 19.- Perales, A., Sogi, C., & Morales, R. (2003, December). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 64, No. 4, pp. 239-246). UNMSM. Facultad de Medicina.
- 20.- Pilgrim, D., & Rogers, A. E. (2005). Psychiatrists as social engineers: A study of an antistigma campaign. *Social Science & Medicine*, 61(12), 2546-2556.
- 21.- Taylor SM, Dear MJ.(1981) Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull.* 1981;7:225-40.
- 22.- Townsend, J. M. (1975). Cultural conceptions and mental illness: a controlled comparison of Germany and America. *The Journal of nervous and mental disease*, 160(6), 409-421.
- 23.- Urbiola, A., Willis, G. B., Ruiz-Romero, J., & Moya, M. (2014). La reducción del prejuicio hacia la población gitana en la vida real: Efectos de la visita a la exposición “Vidas Gitanas (Lungo Drom)”. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 11-16.



ANEXO 1

MEDICION DEL ESTIGMA EN SALUD MENTAL

Cuestionario CAMI (Community Attitudes towards the Mentally Illness) El cuestionario CAMI (Taylor & Dear, 1981)

se trata de una versión abreviada, revisada y actualizada de la escala Opinions about Mental Illness (OMI). Este cuestionario engloba 40 ítems, evaluados con una escala Likert de 5 puntos, que va desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. La escala consta de 4 factores llamados: autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología de la salud mental en la comunidad. Cada factor contiene 10 declaraciones referentes a las opiniones sobre la manera de tratar y cuidar a las personas con una enfermedad mental grave. Cinco de los 10 ítems se expresan en positivo y los otros 5 están redactados en negativo. Su fiabilidad es de α .923.

factores:

a. Autoritarismo. Evalúa las opiniones acerca de las personas con enfermedad mental como una clase inferior a los individuos sanos, esta escala está compuesta por los ítems 1, 5, 9, 13, 21, 25, 29, 33 y 37. Consistencia interna α .659

b. Benevolencia. Valora actitudes de acogida hacia los pacientes, pero que pueden llegar a representar una actitud paternalista, compuesta por los ítems 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30 y 38. Consistencia interna α .788

c. Restricción social. Evalúa el peligro para la sociedad y sugiere que la gente con enfermedad mental se debe limitar, tanto antes como después de la hospitalización. Está compuesta por los ítems 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31 y 39. Consistencia interna α .765

d. Ideología de la salud mental en la comunidad. Engloba los ítems 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32 y 40 y evalúa las actitudes y creencias relacionadas con la inserción de las personas con enfermedad mental en la comunidad y en la sociedad en general. Consistencia interna α .816

CUESTIONARIO DE ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (CAMI)

Las afirmaciones siguientes expresan opiniones distintas sobre enfermedades mentales y las personas que las padecen. Debes marcar con una "X" la respuesta que refleja más adecuadamente tu reacción a cada frase. La primera reacción es la más importante. No te preocupes si algunas son parecidas a otras que ya has respondido anteriormente. Por favor, no dejes ningún ítem sin respuesta.

Debes responder puntuando entre 1 y 5 en cada casilla, en una escala en la que: 1 significa "Totalmente de acuerdo" y 5 "Totalmente en desacuerdo".



(1) Totalmente de acuerdo (2) De acuerdo (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (4) No estoy de acuerdo (5) Totalmente en desacuerdo

	1	2	3	4	5
1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital.					
2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales.					
3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad.					
4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad.					
5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.					
6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad.					
7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente.					
8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio.					
9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales.					
10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo.					
11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado.					
12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad.					
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.					
14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público.					
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio.					
16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes.					
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño.					
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales.					
19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental.					



20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local.						
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.						
22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales.						
23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal.						
24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios						
25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave.						
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales.						
27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público.						
28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes.						
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto.						
30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión.						
31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales.						
32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales.						
33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad.						
34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales.						
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales.						
36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental.						
37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental.						
38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales.						
39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros.						
40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales.						



3.- PERSPECTIVA DE GENERO EN ATENCION A SALUD MENTAL Y ADICCIONES CON ENFOQUE COMUNITARIO.

LA INCLUSIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN EL SISTEMA PÚBLICO DE ATENCIÓN DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL.

A. INTRODUCCIÓN

La adicción es entendida por la OMS como una enfermedad crónica y progresiva que, si bien no es curable, es tratable, aunque con riesgo de múltiples recaídas, ya que una persona adicta tiene alta probabilidad de volver a recaer en la misma u otras adicciones, si es que no recibe un tratamiento integral y un seguimiento y control permanente.

Las adicciones son también consideradas un problema social, ya que las personas adictas tienden a desarrollar estados de co-dependencia con las personas cercanas a ellas, lo que en muchos casos dificulta aún más su proceso de rehabilitación y genera fracturas al interior de las familias.

Las adicciones a sustancias como las conductas de co-dependencia, pueden generar efectos más o menos perjudiciales de acuerdo a la persona en la que se manifiestan. Así, por ejemplo, las y los adolescentes suelen ser más propensos a desarrollar adicciones hacia las drogas, en tanto las personas jóvenes y adultas pueden desarrollar adicciones más conductuales.

La salud de mujeres y hombres también es diferente y desigual. **DIFERENTE** porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad, que muchas veces siguen invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud y **DESIGUAL** porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género, y que influyen de una manera particularmente injusta en la salud de las mujeres.

En este marco, el género es un importante determinante de la salud, pues permite observar cómo diversas problemáticas que hasta ahora se habían analizado y tratado de forma aislada como propias de hombres o mujeres, encuentran explicación en factores culturales relacionados con creencias, valores y asignaciones de género profundamente arraigadas. Esto también sucede en el caso de las adicciones.

Si bien las estadísticas muestran que en Bolivia las mujeres tienden a registrar menores porcentajes en la prevalencia de consumo de alcohol y drogas frente a los hombres⁴², son la

⁴² De acuerdo a Gloria Achá (2014) las sustancias de mayor adicción en el país son el alcohol y el tabaco, siendo el consumo de drogas ilícitas minoritario. El Informe sobre el consumo de drogas en las Américas, elaborado en 2019 por la Comisión



población que tiene el mayor riesgo de sufrir efectos directos por estas adicciones, ya que la violencia y las agresiones de género se manifiestan con mayor frecuencia en hombres adictos que ejercen violencia hacia sus cónyuges y parejas, y mujeres adictas que son violentadas justamente a causa de sus adicciones por sus familiares y la sociedad en su conjunto, que tiende a juzgarlas y estigmatizarlas de forma más recurrente y punitiva.

Asimismo, en las mujeres los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes que en los hombres⁴³, con lo cual la co-dependencia afectiva muchas veces es el factor detonante de una drogodependencia o abuso de sustancias como el alcohol, el tabaco o fármacos, así como también el elemento que dificulta aún más su proceso de rehabilitación.

En ese sentido, las mujeres en estados de adicción presentan una serie de necesidades específicas de atención que no siempre son correctamente atendidas por los servicios existentes para el tratamiento de adicciones, dado que la mayor parte de las terapias existentes han sido diseñadas pensando en los hombres, y tienden a dejar de lado factores socioculturales generadores de estigma y presión sobre las mujeres, como la propia co-dependencia afectiva. Es por ello por lo que para desarrollar un sistema de atención integral de adicciones y de salud mental, es primordial incluir el enfoque de género a fin de visibilizar los mayores riesgos que existen de acuerdo al género al cual pertenecen las personas y además desarrollar tratamientos efectivos que minimicen el riesgo de efectos nocivos resultantes.

B. ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA

Existen múltiples factores que incrementan el riesgo o la probabilidad de que una persona se inicie al consumo de las diferentes drogas, de que repita esta conducta o de que acabe abusando o dependiendo de estas sustancias. Muchos de estos factores son comunes a hombres y mujeres, pero otros inciden de forma particular en las mujeres: Estos son:

- La presencia de trastornos afectivos de tipo depresivo.
- Baja autoestima.
- Estrés y ansiedad.
- Tristeza, frustración o soledad.
- Aislamiento y soledad.
- Necesidad de superar la timidez y de mejorar la sociabilidad.
- Abusos sexuales en la infancia o la adolescencia.
- Necesidad de conexión y miedo a la desconexión respecto a la pareja (cuando la misma es consumidora de drogas).
- Acompañamiento en el consumo a la pareja en busca de su aceptación.
- Presencia de trastornos alimentarios (bulimia, anorexia).
- Insatisfacción con las relaciones afectivas y sexuales.

Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la OEA muestra que Bolivia tiene los porcentajes más bajos de consumo de alcohol con respecto a los países vecinos y de la región; sin embargo, pese a que la prevalencia de consumos de alcohol y drogas es menor, el riesgo asociado es mayor, debido a que Bolivia registra el mayor porcentaje de población con riesgo de desarrollar adicciones problemáticas.

⁴³ En la gestión 2016 -en el primer registro (de la incidencia de la enfermedad) que se obtuvo- Bolivia registró 8.778 casos de consultas nuevas o segundas consultas por depresión, habiendo en mujeres 6.105 y en varones 2.673, según datos del informe del SNIS (Sistema Nacional de Información en Salud)



- Insatisfacción personal, imposibilidad de cubrir los ideales femeninos de género y las exigencias derivadas del mismo (belleza, maternidad, etc.).

Las motivaciones de las mujeres para consumir drogas varían según las sustancias: El consumo de alcohol y tabaco se relaciona con su participación en la vida social y la asimilación de hábitos presentes en los varones; el consumo de tranquilizantes y somníferos se relaciona con su rol tradicional femenino, centrado en la reproducción y el cuidado del hogar (incluyendo el cuidado de los hijos y las personas dependientes)⁴⁴, lo que favorece la aparición de situaciones de incomunicación y aislamiento social, la ausencia de reconocimiento y valoración social y la carencia de proyectos y espacios propios para la realización personal. Esta sobrecarga física y emocional a la que se ven sometidas numerosas mujeres se incrementa entre quienes compatibilizan el trabajo productivo fuera del hogar y las tareas domésticas.

La iniciación al consumo de drogas ilícitas o al abuso de alcohol por parte de las mujeres jóvenes y adultas se asocia con frecuencia a relaciones afectivas con parejas consumidoras y como respuesta a conflictos personales o familiares (violencia, abusos, etc.); ser víctima de la violencia de género puede ser el desencadenante del abuso de alcohol u otras drogas como método de afrontamiento.

Es así como, en el caso de las mujeres, una forma (inadecuada) de respuesta a determinados estados emocionales carenciales o problemas psicológicos las lleva al consumo de drogas con la (falsa) esperanza de poder hacer frente o evitar problemas como estrés, ansiedad, soledad, depresión, etc.

Las mujeres con consumos problemáticos perciben con más frecuencia e intensidad que los hombres que han fracasado a nivel personal, familiar y social, incapaces de desempeñar satisfactoriamente el papel que les ha sido asignado (ser una buena madre o una buena ama de casa). Las consecuencias de esta vivencia suelen ser la desvaloración personal, las tensiones y conflictos familiares, cuando no la violencia familiar.

La co-dependencia afectiva de la pareja es más intensa en el caso de las mujeres, que se inician con frecuencia al consumo para compartir experiencias con su pareja (conseguir su aceptación y una mayor vinculación) y cuya opinión suele ser determinante a la hora de abandonar el consumo e iniciar tratamiento.

El consumo de drogas no tiene el mismo significado para hombres y mujeres, ni es valorado del mismo modo por los demás. Mientras que entre los hombres el consumo de drogas es percibido como una conducta natural, social y culturalmente aceptada (salvo en casos extremos donde la adicción a las drogas aparece asociada a conductas violentas o antisociales), entre las mujeres supone un reto a los valores sociales dominantes. Por ello las mujeres con adicción a las drogas

⁴⁴ Diversos estudios confirman que las mujeres que trabajan fuera del hogar tienen un mejor estado de salud que aquellas que trabajan a tiempo completo en los trabajos del hogar. Esto es debido a los beneficios que proporciona el empleo fuera de casa, entre ellos la oportunidad para desarrollar la autoestima y la confianza personal, tener experiencias que aumentan la satisfacción personal o mantener contactos y recibir apoyo social.



soportan un mayor grado de reproche o rechazo social, que se traduce en un menor apoyo familiar o social.

Esta diferente respuesta del entorno social ante los problemas de adicción a las drogas explica porqué muchas mujeres optan por ocultar el problema, por no demandar ayuda, temerosas de ser estigmatizadas como adictas y sufrir la exclusión o rechazo de su pareja, familia y entorno próximo.

El impacto que tienen las adicciones en las mujeres tiene un alto costo en su vida. El consumo de alcohol y otras drogas tiene un efecto inicial desinhibidor, causando la pérdida de control y el deterioro del juicio y la capacidad de tomar decisiones acertadas. Ello facilita encuentros sexuales y ciertos comportamientos de riesgo que, de estar en plenitud de condiciones, habrían sido evitados, evitando que decidan libremente sobre su vida sexual y forzándolas, en ocasiones, a la prostitución. El abuso de alcohol en las adolescentes contribuye a la expansión de las enfermedades de transmisión sexual y al aumento del número de embarazos no deseados y abortos entre este colectivo.

Por otra parte, el modelo tradicional de los roles masculino y femenino, vigente en nuestra sociedad, sigue condicionando la visión que las y los ciudadanos y que las y los profesionales de la salud tienen de las drogas y sus consecuencias en las mujeres, provocando que no se les preste la debida atención a los consumos femeninos, ignorando la evidencia de que tanto hombres como mujeres consumen drogas.

Las mujeres mantienen, en general, una evolución menos favorable en los tratamientos de las adicciones, con una menor adherencia terapéutica y un pronóstico más negativo, fenómeno que se relaciona con el hecho de que los servicios asistenciales no tienen en cuenta las necesidades terapéuticas específicas de las mujeres, así como con las presiones que reciben del entorno familiar para concluir el tratamiento y asumir sus responsabilidades familiares.

De ahí la importancia de que se brinde una atención y tratamiento integral a las necesidades específicas de las mujeres que considere aspectos tales como: que las cargas y responsabilidades familiares que tienen dificultan el tratamiento (el inicio del tratamiento supone con frecuencia abandonar sus responsabilidades en el cuidado del hogar y de los hijos menores); que presentan sentimientos de culpabilidad y una baja autoestima y estados depresivos y de ansiedad que dificultan su acceso a los tratamientos y el éxito en los mismos; algunas han sufrido experiencias traumáticas (violencia de género, abusos sexuales, intentos de suicidio, etc.); son objeto de una especial estigmatización o rechazo social, que se intensifica entre aquellas que tienen hijos, y que se traduce en el silenciamiento u ocultación del problema (negando su existencia) y en el retraso o la no demanda de apoyo para superarlo; horarios rígidos en los programas asistenciales o la ausencia de servicios de guardería que permitan compatibilizar el tratamiento con las responsabilidades familiares); tienen miedo a perder la custodia de sus hijos si hacen pública su adicción; dependen económicamente de la familia o la pareja y; tienen una importante precariedad laboral (desempleo, contratos temporales, etc.).



Para que avance la recuperación, se deben considerar tanto las relaciones de adicción y su dinámica como las dependencias específicas que conducen a ellas. Entre ellas las co-dependencia emocional y afectiva a su pareja, así como la detección a tiempo de situaciones de violencia que estuviesen viviendo aquellas mujeres que, sin ser adictas, conviven con un adicto que las agrede.

C. POBLACIÓN OBJETIVO

- Mujeres que se encuentran cursando una adicción
- Mujeres que sufren los efectos de las adicciones de la pareja o familiares

D. LÓGICA DE INTERVENCIÓN

Se propone abordar las principales problemáticas que se diferencian por género, en las adicciones. Esto implica trabajar en la identificación, análisis y comprensión de los siguientes aspectos:

1. Visibilización de las adicciones por género o géneros
2. Identificación de los estereotipos y prejuicios tanto en la sociedad como en los profesionales en salud que atienden adicciones
3. Evitar la penalización social resultante del sistema patriarcal.
4. Fortalecimiento de las redes de apoyo femeninas
5. Identificación temprana de riesgo de violencia por parte de pareja con adicción
6. Sexualidad y prostitución
7. Maternidad y roles de familia
8. Violencia física y sexual
9. Fortalecimiento de la autoestima y trabajo integral de la codependencia afectiva
10. Procesos de resiliencia efectiva
11. Apoyo psicosocial y acceso universal a métodos alternativos en casos de pánico como prevención para detener la escalada de crisis.

Partiendo de estos aspectos, el tratamiento integral de las adicciones debe diferenciarse para los distintos géneros, para lo cual es importante fortalecer los Centros de Atención Integral Familiar Comunitaria CSMC que fueron impulsados por el Ministerio de Salud en coordinación con gobiernos autónomos departamentales y municipales.

E. PROPUESTA DE COMPONENTES ESTRATÉGICOS

Para la construcción de un sistema público comunitario de atención integral de adicciones y salud mental desde un enfoque de género se propone lo siguiente:

1. **Asistencia técnica para la constitución de un grupo multidisciplinario de trabajo para el diseño e implementación del Plan.**
2. **Prevención de riesgos para el desarrollo de adicciones.**



Implica desarrollar acciones que tiendan a generar conciencia y responsabilidad en las poblaciones vulnerables, para modificar sus conductas y hábitos que puedan degenerar en posibles adicciones. Implica un trabajo coordinado entre los sectores educación, salud y justicia. Algunas acciones que pueden anotarse de forma enunciativa son:

- ✚ Desarrollo e implementación de una campañas y materiales educativos.
- ✚ Propuesta de contenidos para un paquete de materiales de prevención de adicciones y violencia por adicción (cápsulas informativas; videos, guía de detección de violencia por adicción, etc.) dirigido a personal de salud, niñas/os y adolescentes y mujeres en co-dependencia afectiva).
- ✚ Desarrollo de una app interactiva para detectar posibles adicciones y brindar información sobre establecimientos donde pueden obtener ayuda.
- ✚ Concurso de elaboración de comics de prevención de adicciones dirigido a jóvenes de colegios y profesores.
- ✚ Campaña de información estratégica por redes sociales (Facebook).
- ✚ Generación de indicadores desglosados por género en cuanto a las adicciones.

3. Investigación en género y salud mental y adicciones.

La adopción de una perspectiva de género en salud mental y adicciones significa varias cosas a conseguir, entre ella están:

- Incorporar la perspectiva de género en las actuaciones, los programas, las actuaciones y las políticas de salud mental y drogas.
- Sensibilizar y mejorar los conocimientos en perspectiva de género de los agentes implicados en el Sistema Comunitario de atención de las adicciones y la salud mental.
- Adecuar el material y el contenido de los programas, integrando la perspectiva de género de forma transversal.
- Sensibilizar a los profesionales que participan del Sistema Comunitario de atención de las adicciones y la salud mental y mandos directivos y planificadores en mejorar sus competencias para incorporar la perspectiva de género en la prevención y tratamiento de la salud mental y adicciones.
- Mejorar la atención de las mujeres atendidas en los diferentes programas de salud mental y adicciones y reinserción social, así como en los programas de prevención del delito, de adolescentes y jóvenes en vulnerables, y cualesquiera que se elaboren dentro de los CSMC, de intervención (minimizar los sesgos en el tratamiento: barreras de acceso y mantenimiento) y evitar desigualdades en el tratamiento.

Todo ello precisa un programa de investigación sobre género en prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción; además de las barreras de acceso.

Desde este presupuesto las líneas de investigación serían:



- 1.- Estudios en el terreno de variables diferenciales en cuanto a factores de riesgo entre chicas y chicos sobre salud mental y el abuso de alcohol y otras drogas.
- 2.- Estudios sobre barreras para el acceso a programas de prevención y programas de tratamiento, y ensayo de medias alternativas.
- 3.- Estudios clínicos sobre modelos de tratamiento con perspectiva de género.
- 4.- Comparar los resultados de los programas basados en la evidencia en función del género para determinar cómo mejorar la eficacia de los programas de prevención para las chicas y los chicos, puesto que existe evidencia de que su efectividad y/o efectos preventivos pueden ser diferentes.
- 5.- Como sigue constatándose un aumento en la iniciación y el uso de distintas drogas entre las chicas, es muy importante aumentar la investigación sobre los enfoques específicos de género en el uso indebido de sustancias, poniendo un mayor énfasis en el desarrollo de modelos y programas etiológicos basados en el género y la difusión de las intervenciones preventivas eficaces para las chicas y para los chicos.
- 6.- Debe profundizarse en la investigación dirigida a identificar las estrategias preventivas que resultan más efectivas con las chicas y los chicos adolescentes, estableciendo la idoneidad o no de desarrollar programas específicos de género o programas mixtos comunes para chicas y chicos.
- 7.- Es necesario investigar sobre el impacto que distintas medidas dirigidas reducir la oferta de drogas (desarrollos normativos, políticas fiscales y de precios en relación con las bebidas alcohólicas y el tabaco, etc.) tienen en hombres y mujeres.
- 8.- Estudios de perspectiva de género para la planificación de programas preventivos en todos sus componentes: Evaluación de necesidades, diseño e implementación y evaluación.
- 9.- Diseño y evaluación de programas específicos de género para las mujeres que se centren en la promoción de la unión familiar, la comunicación y la supervisión de los hijos, así como en el reconocimiento de las funciones cruciales de la imagen corporal, depresión y asertividad social, como precursores de los consumos de drogas femeninos.

4. Fortalecimiento del primer nivel de atención para la detección

- Atención integral

Implica la atención integral que parte desde la identificación de personas adictas, hasta el desarrollo de terapias y tratamientos integrales multidisciplinarios, incluyendo en cada acción la transversalización del enfoque de género, a fin de establecer protocolos y procedimientos diferenciados por género. Entre las actividades a desarrollar están:



- Identificación de establecimientos de salud integrales que cuentan con la capacidad para tratar adicciones leves.
- Como etapa inicial para las y los profesionales de la salud comunitaria la necesidad de Inducciones obligatorias en cuanto a: relación géneros y salud, géneros y adicciones, codependencia, claves de género en la calidad de atención.
- Como etapa posterior: se debe trabajar la sensibilización y capacitación al personal de salud en la detección temprana de adicciones y en el abordaje en estos casos, considerando las diferencias por género, interculturalidad y grupos de riesgo.
- Generación de alianzas con establecimientos privados y ONG que cuentan con establecimientos especializados en el tratamiento de adicciones y salud mental
- Establecer redes de referencia y contrarreferencia cuando, como efecto de las adicciones, se requiera atención médica especializada (por ejemplo, en violencia física y sexual).

5. Mitigación de daños y reinserción social (rehabilitación psico social y socio laboral)

Esto implica, desde un enfoque de género, mejorar el seguimiento a las personas recuperadas, incidiendo de forma positiva en la reconstrucción de su medio social, y la generación de autoestima y valores positivos, de tal forma que se minimicen los efectos de los estereotipos vigentes en la sociedad, la carga de la doble moral y las penalidades por pertenecer a un género o grupo social determinado. En este componente se pueden desarrollar las siguientes tareas:

- Desarrollo de un protocolo de seguimiento en caso de existencia de antecedentes de violencia física o sexual a causa de adicciones.
- Desarrollo de contenidos de material de difusión para evitar las recaídas y contar con el apoyo inmediato de establecimientos especializados.
- Generación de acuerdos con SLIMs, defensorías, etc, para promover una adecuada reinserción social, especialmente en caso de mujeres con hijos.
- Desarrollo y programación de Plataforma y APP: Mochila salvavidas, que tenga facilidad de acceso y consejos de psicólogas, podcasts para ansiedades, videos, terapias naturales alternativas como p/ejemplo técnicas de respiración en casos de pánico, links a otras plataformas de ayuda, y contacto de emergencia al momento.
- Generación de herramientas guía, podcasts, audiovisuales, compilación de información, red de apoyos: acuerdos con centros especializados y otros.



4. CONTENIDOS CURRICULARES SOBRE MODELO DE INTERVENCION COMUNITARIA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

Teniendo en cuenta como referencia la propuesta de Efrem Milanese⁴⁵ vamos a exponer los contenidos introductorios sobre la intervención de base comunitaria que van a permitir tener una idea sobre las posibilidades que tiene este método de intervención para cualquier operador de salud, justicia o educación. Para un nivel posterior de trabajo se podrá ampliar la propuesta formativa sobre ello.

Por ser un contenido troncal para diferentes perfiles profesionales no se puede profundizar como para poder desarrollar una intervención como tal, pero si se puede llegar a conocer las potencialidades del método.

TRATAMIENTO COMUNITARIO

CONCEPTO. Tratamiento Comunitario es un conjunto de acciones, instrumentos, prácticas y conceptos organizados en un proceso que tiene como fin el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que abusan de drogas o tienen problemas de salud mental, en una situación de exclusión social, y el mejoramiento de las condiciones de vida en las comunidades locales en las cuales ellos viven y los operadores trabajan.

El adjetivo comunitario evidencia como este proceso se lleva a cabo en la comunidad local, junto con la comunidad local, por medio de la comunidad local. Se puede decir que se trata de un acercamiento en el cual la institucionalización del “paciente” no es necesaria.

Cuando hablamos de comunidad, en su más sencilla definición, nos referimos a un conjunto de redes sociales que definen y animan un territorio delimitado por confines geográficos.

En la actualidad las puertas de entrada en la exclusión social grave son: abuso de drogas y alcohol, HIV-AIDS, ETS, vida en la calle y pobreza y, trabajo sexual en condiciones de alto riesgo y explotación sexual, violencia extrema, entre otros determinantes.

FINALIDAD Y OBJETIVOS GENERALES. La finalidad de esta propuesta es acompañar a las personas para que recuperen la capacidad de opera socialmente, y la mejora de su calidad de vida.

Los objetivos generales del tratamiento comunitario pueden ser considerados como fases de un caminar no lineal y realizado en parte por caminos que existen y en parte por caminos que hay que hacer existir, por caminos que siempre se cruzan con otros y también consigo mismos. El tratamiento comunitario quiere acompañar a la persona para que ella de sentido y orden a este caminar. Los objetivos de este caminar son:

- Detener el agravarse de los procesos de autodestrucción: que se detenga el incremento de uso de drogas y el uso riesgoso de drogas, de conductas sexuales de riesgo, de conductas relacionales de riesgo (violencia manifiesta, robo, vida en la ilegalidad etc.) ... es decir que la

⁴⁵ Efrem Milanese (2007) Tratamiento Comunitario y Reducción del daño del consumo de drogas: evaluación. UNESCO/CARITAS ALEMANA.



situación de dolor y sufrimiento no siga agravándose; Detener el agravarse de los procesos de autodestrucción

- Estabilizar a la persona en esta fase: que la persona pueda lograr mantenerse en los cambios logrados.
- Hacer más seguras y menos peligrosas las conductas de riesgo. Por ejemplo: no mezclar drogas, no utilizar drogas de las cuales no se conoce la composición, usar agujas nuevas, usar líquido de solución estéril, usar preservativos en las relaciones sexuales, lavarse periódicamente, comer regularmente, no participar en acontecimientos de violencia física manifiesta etc.
- Estabilizar: que la persona pueda lograr mantenerse en esta fase durante un “cierto tiempo”.
- Mejorar las condiciones de vida por medio de la reducción o disminución de las conductas de riesgo y de sus consecuencias: disminuir el uso de sustancias, la cantidad y tipo de conductas de riesgo (sexuales, relacionales, conflictuales etc.) y estilos de vida de riesgo (vida de calle y en la calle, participación en grupos de alto riesgo etc. (modificación de la red subjetiva comunitaria),
- Estabilizar: que la persona pueda lograr mantenerse en esta fase durante un “cierto tiempo”.
- Iniciar un proceso de salida de las situaciones de riesgo (rehabilitación): incremento en la modificación de la red subjetiva, incluir actividades diversificadas de tipo ocupacional y cultural etc.)
- Vivir un proceso de rehabilitación (cambio de estilo y de condición de vida) en la comunidad y fuera de ella por medio de procesos educativos, organizativos, de rehabilitación y cura, de modificación del campo ocupacional y de sustentamiento.

EJES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO

El tratamiento comunitario se fundamenta en la práctica de cinco aspectos/macro acciones o ejes:

organización, asistencia (care) educación, terapia (cura), trabajo.

- **Organización:** conocimiento y organización de los recursos (individuales, grupales, comunitarios etc.) en función de las necesidades de las personas, de los objetivos del tratamiento.
- **Asistencia (care):** dar servicios básicos a personas con problemas de drogas y salud mental excluidas (refugio, higiene, y otros. Y acciones de reducción del daño) contando con su participación activa.
- **Educación:** empoderamiento a nivel individual, grupal, institucional y comunitario por medio de procesos educativos formales y no formales (entrenamiento y formación) con el fin de mejorar la participación en la vida social y la calidad de vida.
- **Terapia (cure):** acciones o procesos de cura médica y psicológica que restituyan a la persona, en la medida de lo posible (experiencias graves de exclusión pueden producir daños irreversibles) un cuerpo y una mente sanos.
- **Trabajo:** las personas necesitan de un trabajo que les garantice autonomía económica; esto tiene que incluirse en un



proceso de tratamiento. La ausencia de una oportunidad laboral digna es un elemento esencial de pronóstico negativo en un proceso de tratamiento comunitario o institucional.

Estos cinco elementos o ejes están relacionados y son complementarios, por esto cada fase del proceso CBT puede ser evaluada utilizándolos como criterios o variables.

Si utilizamos por ejemplo es esquema clásico del CBT constituido por los pasos siguientes: (i) prevención primaria generalizada, (ii) prevención primaria específica o focalizada, (iii) reducción del daño, (iv) rehabilitación, (v) cura, (vi) reinserción social y laboral, en cada uno de ellos es posible ponderar la incidencia de los ejes organizativo, asistencial, educativo, terapéutico y de trabajo, como macro-categoría de evaluación del CBT.

De esta manera es posible entender que el CBT no consiste inicialmente en transportar en la comunidad local estrategias y servicios experimentados en la comunidad terapéutica o en hospitales o en otras formas institucionalizadas de asistencia, sino detectar, reunir, organizar, fortalecer, educar, curar y hacer trabajar juntos los recursos presentes en la comunidad.

En este proceso se pueden utilizar obviamente metodologías, instrumentos y recursos procedentes de experiencias terapéuticas, educativas, organizativas y productivas institucionalizadas; sin embargo, estas se utilizan cuando está demostrado que no existen en la comunidad; evitando introducir en la comunidad recursos que ya existen.

Cuando introducimos en una comunidad local recursos que la comunidad posee y que es posible utilizar (profesionales que ya existen en la comunidad, por ejemplo) estamos fortaleciendo procesos de contra empoderamiento y dependencia.

Se aplica siempre el principio de subsidiaridad. Para que este proceso organizativo, de asistencia, educativo, terapéutico y de autonomía económica por medio del trabajo sea posible, el instrumento más importante es la “relación” directa y personal con los actores de la vida comunitaria. Se entiende entonces que la primera labor es la de construir, mantener, fortalecer, desarrollar la relación.

TRATAMIENTO COMUNITARIO: MARCO GENERAL

TERMINOLOGIAS DE USO COMUN EN INTERVENCION COMUNITARIA

Los términos más usados y una breve descripción de su significado:

Operador: termino genérico que se refiere a todas las personas que trabajan en un determinado proyecto. A veces se hace la distinción entre operador profesional y no profesional. En este caso el operador profesional es una persona que ha seguido un proceso de estudios y entrenamiento por el cual ha recibido una acreditación. Los operadores profesionales pueden ser “técnicos” es decir con diploma no universitarios o “profesionales” (propiamente dichos) es decir con diploma profesional.

Operadores ex-pares: miembros del equipo que han tenido las mismas experiencias de las personas pertenecientes al grupo meta y que las han superada (ex farmacodependientes en este caso). En el caso de personas HIV+ un operador es par es un miembro del equipo que es HIV+ y



que ha vivido un proceso de elaboración de su estado que le permite ser recurso para otras personas que viven su experiencia.

Operadores pares: miembros del equipo que tienen las mismas características de la población meta del proyecto.

Profesional: persona que ha cursado una carrera académica y ha llevado a cabo con resultado positivo el entrenamiento adecuado para poder ejercer su profesión.

Tratamiento Comunitario: es un conjunto de acciones, instrumentos, prácticas y conceptos organizados en un proceso que tiene como fin el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que abusan de drogas en una situación de exclusión social grave, y el mejoramiento de las condiciones de vida en las comunidades locales en las cuales ellos viven y los operadores trabajan.

Red de Recursos Comunitarios. Es el conjunto de actores (personas, grupos, instituciones, organizaciones) y sus conexiones que son directamente contactadas por los “operadores” en el transcurso del trabajo de prevención y de comunidad y que poco a poco son integrados entre los aliados que pueden ser activados para la gestión de casos, de situaciones políticas, culturales etc. La construcción de una red de recursos comunitarios es una premisa indispensable para la reducción del daño y un producto del trabajo de prevención.

Red de Recursos Operativos: es la red compuesta por todas las personas que participan en la realización de las diferentes tareas del proyecto (no solamente los miembros del equipo). Dicho de otra manera, son todas aquellas personas (y sus conexiones) que participan en el cumplimiento de los objetivos institucionales o del proyecto independientemente de su relación de contrato con la institución, del estatus, rol, mansión, sueldo etc.

Red de líderes de opinión: es el conjunto de personas y sus conexiones que los miembros de una comunidad consideran ser referentes significativos (informales o formales) en determinadas áreas de la vida de comunidad. La red de líderes de opinión es el referente inicial principal del trabajo de prevención. Es el conjunto de personas y sus interconexiones con las cuales un operador, en la comunidad en la cual trabaja, tiene relaciones “amistosas”.

La Red Subjetiva Comunitaria: contribuye en construir en la comunidad local un contexto de seguridad. Se puede entender que este tipo de red caracteriza la posición de todos los actores de una comunidad, no solamente de los operadores.

Red Subjetiva Comunitaria Activa: Es el conjunto de personas y sus interconexiones pertenecientes a la Res Sujetica Comunitaria de un beneficiario directo, las cuales por medio del contacto directo con el manejador de casos u otro miembro del equipo “participan” en el tratamiento comunitario.

Red Operativa: es el conjunto de personas y sus conexiones, que constituyen el equipo de trabajo.



Red Operativa en Acción: es el conjunto de miembros del equipo que efectivamente está trabajando en un caso específico. Puede suceder en efecto que no todos los operadores de un equipo estén involucrados en la cogestión de un caso.

Red Operativa en Acción Integrada. Es el conjunto de miembros del equipo y de la red de recursos operativos que activamente participa en la gestión de un caso.

EL PROCESO DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

- Construir un equipo
- Iniciar un proceso de formación común
- Realizar una capacitación de base
- Producir perfiles operativos diferenciados
- Producir un modelo organizativo.
- Identificar la comunidad local (territorio).

1. CONSTRUIR UN EQUIPO INICIAL.

Se trata de escoger y reunir un número mínimo de operadores para la intervención.

El proceso a seguir tiene dos ejes:

- identificar y escoger a las personas en función de una identificación operativa (trabajar en la misma área, conocimiento previo etc.)
- mezclar personas con profesión escolarizada (formal) y personas con experiencia profesional en el campo (formación por medio de la experiencia).

El grupo meta es conseguir:

- Operadores Profesionales en el área de salud pública y trabajo social con experiencia en el área de prevención y rehabilitación.
- Operadores técnicos con experiencia en el área de prevención y rehabilitación.
- Operadores ex-pares (ej. Personas que han completado con resultado positivo un proceso de rehabilitación) y pares.

La meta es construir una red de recursos operativos de unas 20 unidades para poder formar un equipo de unas 6/7 unidades (tamaño mínimo inicial).

2. INICIAR UN PROCESO DE FORMACIÓN COMUN.

La acción central es la formación común Inicial. El objetivo de la misma es producir y compartir un estilo de trabajo, una actitud hacia la tarea, los objetivos y la relación en el interior del equipo y con los beneficiarios (producir una cultura organizativa).

La formación inicial se realiza en un encuentro semanal de una hora y media en el cual se habla de objetivos y finalidades, de modelo organizativo, actitud y estilo de relación con la tarea, los roles, los miembros del equipo y la comunidad.



3. REALIZAR UNA CAPACITACIÓN DE BASE.

La acción central aquí es realizar una capacitación de base. El objetivo es realizar una capacitación que produzca un marco común de conceptos, conocimientos, prácticas y lenguaje. Se realiza en encuentro semanal de una hora y media en el cual se estudian conceptos, prácticas, métodos, procesos de trabajo en la comunidad.

La red de recursos operativos es la que debe recibir la capacitación.

Es importante como buena práctica que se debe definir en grupo y con claridad las necesidades de capacitación individuales y del grupo. Definir un conjunto de conceptos, prácticas, procesos, instrumentos que todos tienen que conocer con el mismo nivel de calidad (normalización de habilidades operativas). Construir procesos individualizados de capacitación. Diferenciar los procesos de capacitación en función de las necesidades del proyecto. Prever y construir instrumentos de evaluación y monitoreo.

4. PRODUCIR PERFILES OPERATIVOS DIFERENCIADOS.

La acción central es producir perfiles operativos diferenciados. Con el Objetivo de tener los perfiles de base para iniciar el proyecto.

Esta acción se realiza en el marco de la capacitación y de la formación. Se trata de definir la red de recursos operativos. Y la meta central es tener perfiles operativos adecuados a las tareas y a los roles.

Las buenas prácticas en esta tarea son:

- Producir perfiles operativos entre los cuales existan áreas de interconexión.
- Diferenciar con claridad competencias y conocimientos (perfil operativo) y rol organizativo en el proyecto (diferenciar entre la función ejecutiva o de coordinación).

Los perfiles operativos y sus roles son los siguientes:

- 🚦 AGENTES COMUNITARIOS PARES: establece y mantiene el contacto con los pares de su grupo meta, distribuye información sobre sexo seguro, uso seguro de drogas, Hiv-Aids, Ets, etc., ayuda a los otros miembros del equipo en el conocimiento de la comunidad local y de los miembros del grupo meta, participa en reuniones de trabajo en equipo.
- 🚦 OPERADOR COMUNITARIO DE BASE: Planeación, organización, gestión y control de la vida cotidiana en asambleas comunitarias (para educadores de comunidad terapéutica). Manejo de grupos centrados en la tarea (en particular solución de problemas y mediación de conflictos). Gestión de situaciones de crisis relacional ligadas a la vida cotidiana individualmente y en grupo. Gestión de grupos-equipo para la organización de la vida cotidiana: horarios, tareas, tiempos, recursos etc. Organización, gestión, acompañamiento y evaluación de grupos de autoayuda. Construcción, gestión, evaluación de procesos de prevención y tratamiento individuales y de grupo. Trabajo de Calle.



- ✚ EDUCADORES DE COMUNIDAD Y DE CALLE: Planeación, organización, gestión y control de la vida cotidiana en asambleas comunitarias (para educadores de comunidad terapéutica).
Manejo de grupos centrados en la tarea (en particular solución de problemas y mediación de conflictos). Gestión de situaciones de crisis relacional ligadas a la vida cotidiana individualmente y en grupo. Gestión de grupos-equipo para la organización de la vida cotidiana: horarios, tareas, tiempos, recursos etc. Organización, gestión, acompañamiento y evaluación de grupos de autoayuda. Construcción, gestión, evaluación de procesos de prevención y tratamiento individuales y de grupo. Trabajo de Calle.
- ✚ CASE MANAGER: Satisfacer los requisitos de la formación como Promotor en el modelo Eco². Construcción, y manejo de una Red Subjetiva Comunitaria. Construcción, fortalecimiento y manejo de una Red Operativa en Acción y en Acción Integrada. Participación en la construcción, fortalecimiento y manejo de la Red de Recursos Comunitarios. Establecer y mantener el contacto con “beneficiarios finales” directamente en la comunidad local (trabajo de calle, visitas en las familias y en los lugares de vida y trabajo).
Hacer emerger y recopilar en el marco de una relación amistosa y cercana, la información necesaria para definir, junto con el beneficiario, un programa de acción. Participar a las reuniones de equipo para las discusiones de los casos y el establecimiento de los acuerdos operativos sobre programas de acción con los beneficiarios.
Ejecutar las acciones previstas en los programas individuales o grupales de atención (motivar, apoyar, acompañar, aconsejar, pensar con, hacer con, estar con...).
Evaluar junto con el equipo el desarrollo de los programas y de las acciones, participar en la revisión de programas etc.
Recopilar, sistematizar y discutir la información relacionada con los “casos”. Manejo de los instrumentos de recopilación de la información y de sistematización de la experiencia.
- ✚ COORDINADOR DE CASE MANAGER: Nivel de Especialidad en el modelo Eco² o formación equivalente. Construir, mantener, fortalecer, manejar la red de recursos comunitarios.
Conocer y controlar todos los programas individuales de los manejadores de casos.
Crear sinergia entres casos y recursos (Red Operativa, Red Operativa en Acción, Red Operativa en Acción Integrada).
Acompañar a los manejadores de casos en la fase de planeación, ejecución y evaluación de los programas de tratamiento comunitario (individuales, de grupo etc.).
Identificar necesidades de capacitación y formación de los manejadores de casos e implementar las acciones necesarias para ello.



- ✚ AGENTE DE RED (NETWORK MANAGER): Capacidad de construir, mantener, fortalecer, manejar, evaluar redes subjetivas, redes operativas, redes de recursos comunitarios, de trabajo, redes operativas en acción, redes operativas en acción integradas etc.
- ✚ COORDINADOR DE PROYECTO: Nivel mínimo: “Especialidad en prevención y tratamiento de adicciones” en el Modelo Eco 2
Coordinación y dirección: organización, gestión y evaluación de programas. Planeación de proyectos y búsqueda de fondos.
Manejo y coordinación de equipos de trabajo. Construcción, fortalecimiento y gestión de la red de recursos comunitarios.
Manejo de grupos con finalidad organizativa y de mantenimiento del dispositivo de trabajo
Selección, inducción, administración y control del personal. Evaluación de calidad de todo el proyecto.
- ✚ SUPERVISOR/ASESOR EXTERNO: Profesional de psiquiatría, psicología, sociología, antropología, pedagogía o equivalentes.
Con experiencia en procesos de psicoterapia (individual o de grupo), que ejerce tareas de supervisión y acompañamiento al equipo.
- ✚ ADMINISTRADOR: Administración de recursos financieros, gestión de recursos financieros, gestión de proyectos, creación y gestión de microempresas productivas. Diferenciado de la dirección del proyecto.
- ✚ OPERADORES “ESPECIALES”: colaborador con una especialización que apoya en la capacitación inicial y continua de los recursos operativos, planeación y monitoreo de acciones o programas específicos relacionados con su especialidad.
Ejecución de acciones relacionadas con su especialidad

5. PRODUCIR UN MODELO ORGANIZATIVO.

La acción central es producir un modelo organizativo, con el objetivo de dar orden, eficacia y eficiencia a la acción del proyecto.

El proceso básico se realiza en la fase de capacitación al dedicar algunas sesiones de trabajo al estudio de modelos organizativos en proyectos análogos. Hacer un taller conducido por un experto externo para dibujar una propuesta de modelo organizativo. La meta es tener un modelo organizativo discutido, consensado y aceptado por la dirección del proyecto que lo realiza. Como buenas prácticas se propone:

- Iniciar a elaborar el tema del modelo organizativo tempranamente en la fase de formación y de capacitación.
- Introducir en el modelo organizativo un documento escrito en el cual se indiquen criterios o elementos de un código ético de acción.



6. IDENTIFICAR LA COMUNIDAD LOCAL (TERRITORIO).

La acción central aquí es identificar la comunidad local. El objetivo es identificar la comunidad en la cual se pretende desarrollar la acción.

Se puede identificar la comunidad local porque:

- un actor comunitario, o político ha manifestado una demanda explícita,
- el equipo operativo tiene un contacto anterior con actores de esa comunidad,
- la organización que pretende realizar el proyecto está presente en esa comunidad con otro tipo de acciones.
- la comunidad responde a criterios de alto riesgo y vulnerabilidad.

La meta es definir territorios de alto riesgo donde se va a intervenir.

Las buenas prácticas en esta tarea son:

- Da buenos resultados incluir en la capacitación algunas sesiones de estudio (sociología y antropología urbana en un nivel básico) de la ciudad o región en la cual se pretende realizar el proyecto,
- Producir un conjunto de criterios observables y objetivables para la elección de la comunidad local, a partir de datos sociológicos y antropológicos.
- Equilibrar las necesidades institucionales y de las organizaciones ejecutoras con criterios objetivos de elección.

ENTRAR EN LA COMUNIDAD.

Para entrar en una comunidad es necesario buscar la puerta de entrada. Hay muchas. La propuesta del tratamiento comunitario sugiere entrar por medio de las redes de líderes de opinión no formales y formales. Se ha entendido que la exclusión social grave es uno de los productos de las relaciones entre estas redes. La práctica evidencia como la intervención es focalizada casi siempre en los grupos meta (beneficiarios finales).

Se trata de construir las relaciones-redes indispensables para iniciar el trabajo y por medio de estas tener las informaciones esenciales para planearlo. Lo ideal es hacer un diagnóstico comunitario previo, pero no siempre es posible por falta de tiempo y recursos. Por este motivo es imposible entrar, a veces, en la comunidad por la puerta de las redes, solo queda abierta la puerta de los grupos meta. Se trata de llegar a las redes que construyen y animan la cultura comunitaria.

El **objetivo general** de la fase de entrada en la comunidad local es construir un dispositivo que permita trabajar. Construir un dispositivo para la acción.

El dispositivo que se construye está compuesto por un conjunto de redes, una organización de recursos locales (humanos y materiales) y una base física que hace concreta la presencia activa del proyecto en esa comunidad (centro de escucha, centro de bajo umbral etc.).

La propuesta de investigación en la acción prevé que el equipo entre en la comunidad construyendo el conocimiento en manera participada por medio de la acción. Esto es válido también para equipos que están trabajando en el territorio desde antes del inicio del tratamiento comunitario. El tratamiento comunitario exige en efecto un dispositivo que se tiene



que construir intencionalmente. Sucede en la realidad que algunas veces proyectos anteriores han construido partes o algunos elementos de este dispositivo. En la fase de entrada es necesario evaluarlos y sistematizarlos por un lado y armonizarlos con los nuevos por el otro.

Indicamos algunos pasos del proceso:

1. trabajo de calle
2. acciones de enganche
3. acciones de construcción del dispositivo
4. acciones de construcción de conocimiento

Para entender el sentido de estos pasos y su articulación es necesario recordar que la propuesta está dirigida a comunidades de alto riesgo o en situación de exclusión social grave.

El trabajo de calle en una comunidad de alto riesgo es el instrumento central de construcción comunitaria y de construcción participada del conocimiento, este se diferencia entonces de las otras acciones siendo en realidad la base sobre la cual estas se apoyan.

El trabajo de calle como instrumento central de construcción participada del dispositivo de trabajo.

El trabajo de calle se alía con las acciones de enganche y con estas constituyen el hacer a partir del cual se construye el dispositivo y el conocimiento de la comunidad. Esto significa concretamente que estas cuatro áreas de acción son de hecho simultáneas, con objetivos convergentes, aunque bien distintas.

1. TRABAJO DE CALLE: El trabajo de calle consiste en vivir la comunidad local desde la calle. Las acciones que forman parte de ello son:

- encontrar a las personas que viven o trabajan en la calle (no solamente grupo meta), conocerlos y hacerse conocer.
- contactar a organizaciones y grupos que trabajan en la calle.
- contactar dueños de negocios, tiendas... todos aquellos que de alguna forma viven y reciben personas que vienen de la calle (los comerciantes son un grupo meta especial).
- construir una red subjetiva comunitaria.
- identificar la red de recursos operativos.
- establecer una relación fuerte con los miembros del grupo meta.
- conocer el territorio (mapeo ecológico).
- monitorear, evaluar, mantener al día el diagnóstico de comunidad.

2. ACCIONES DE ENGANCHE: Este objetivo se puede lograr por medio de la realización de las acciones siguientes:

- Acciones Organizativas.
- Acciones en el área de la salud.
- Educación no formal.
- Animación y acciones culturales.
- Acciones de asistencia inmediata.

Las acciones de enganche son uno de los instrumentos privilegiados de trabajo de la investigación en la acción y por consecuencia constituyen la base del trabajo de diagnóstico comunitaria.



3. ACCIONES ORGANIZATIVAS: Esta tipología de acciones se realiza siguiendo tres caminos inicialmente separados y sucesivamente interconectados.

- Construcción de la Red de Recursos Comunitarios.
- Formalización de las agrupaciones de excluidos que existen en la calle.
- Encuentro entre agrupaciones de excluidos y proveedores de servicios.

Se trata de llegar a la Red de Recursos Comunitarios, y agrupaciones de personas en alta situación de riesgo (vendedores ambulantes, niños de la calle, trabajadoras y trabajadores sexuales, travestis, etc.)

4. ACCIONES EN EL AREA DE LA SALUD: Por medio del trabajo de calle focalizar las necesidades más importantes en el área de salud de la población excluida.

Incluir entre las acciones en el área de salud aquellas que la experiencia ha indicado ser importantes, aunque no presentes en las demandas explícitas de la población excluida: prevención de Hiv-Aids, prevención de Ets (enfermedades de transmisión sanguínea), uso seguro de drogas, sexo seguro, autoprotección en contra del abuso sexual (menores y mujeres), alimentación (para los niños en particular). El Grupo meta son las personas gravemente excluidas, expuestas a altos riesgos con necesidades en el área de salud, en particular niños y mujeres.

5. ACCIONES Y PROCESOS DE EDUCACION NO FORMAL: Las acciones de educación no formal tienen que articularse a partir de soluciones o respuestas concretas a necesidades del grupo meta. El proceso parte de la Identificación de una necesidad específica, sigue con la construcción participada de un proceso de educación no formal (juegos, animaciones, teatro, videos, discusiones, diálogos, visitas guiadas etc.) y de instrumentos (folletos, fotos, materiales para explicar e ilustrar situaciones y casos, videos etc.). Y por último una evaluación en el proceso y final.

6. ANIMACION E INICIATIVAS CULTURALES: Se trata de identificar los mitos y los ritos de la comunidad, ver cual rol el equipo y el proyecto puede tener en ellos, incluir la participación en algunos de estos “ritos” (festividades, por ejemplo) en el programa de trabajo.

Promover formas de animación (teatro de calle, juegos etc.) por medio de los cuales se proponga una elaboración de algunos de estos temas populares (relación hombre mujer, genero, educación de los niños, abuso de alcohol y sustancias etc. por ejemplo).

7. ACCIONES DE ASISTENCIA INMEDIATA: Se trata de identificar la necesidad de la persona (escucha y análisis de la demanda). Buscar en la red de recursos comunitarios una respuesta para esa demanda. Informar y orientar a la persona fortaleciendo una relación con ella.

Acompañar y velar por que la demanda encuentre respuesta. Y completar la acción con un acuerdo verbal de mantener el contacto.

ACCIONES DE CONSTRUCCIÓN DEL DISPOSITIVO

El trabajo en la comunidad local inicia por la construcción de un escenario en el cual se pueda trabajar. En situaciones de extrema exclusión, violencia grave, pobreza, organización social



basada en procesos de resiliencia y sobrevivencia puede ser imposible iniciar acciones que garanticen la seguridad del operador, de la persona ayudada y de los resultados. Es entonces importante construir un escenario de seguridad mínima.

Llamamos a este escenario “dispositivo” o set. Con esto nos referimos a un conjunto de elementos que nos permite contestar a la pregunta “Con qué puedo yo hacer lo que deseo o pretendo hacer?”

El trabajo en la comunidad ha sido iniciado porque organizaciones o instituciones no pueden resolver por sí solas los problemas que se encuentran en una comunidad local y que solo con la participación de la comunidad local y de sus recursos es posible mejorar algunas de sus situaciones, y a veces dar respuesta positiva a algunas de sus necesidades.

Una comunidad es un conjunto de redes que funcionan también como sistema. Estas redes y las lógicas que las hacen funcionar son los recursos principales de una comunidad. Se trata entonces de construir un conjunto de redes que permitan que las acciones sean realizadas y tengan no solamente resultados positivos para los beneficiarios inmediatos, sino también impacto en la comunidad. La existencia de un dispositivo que funcione es el primer resultado e impacto en la comunidad.

La construcción de los que llamamos el dispositivo se compone de:

- Crear un Red Operativa: construir, desarrollar y fortalecer un “equipo” de trabajo que funcione como red. Mediante una cartera de perfiles profesionales y convocar a las personas. Llevar a cabo un breve proceso de formación y autoformación por medio de encuentros periódicos. Llevar a cabo un breve proceso de capacitación. Seleccionar a las personas por medio de la formación y capacitación.

- identificación de los actores más significativos de la vida social en la comunidad local,

- construcción de la red de líderes informales y actores significativos,

- identificación de los actores del proyecto (grupo meta y beneficiarios indirectos),

- construcción de la red subjetiva comunitaria: su objetivo es construir, desarrollar y fortalecer en la comunidad una red de personas con las cuales se tienen relaciones amistosas. Se realiza mediante un proceso de trabajo de calle, participación a la vida de la comunidad y actividades de diagnóstico comunitario.

- construcción de la red de recursos comunitarios: Tener en la comunidad local un conjunto de recursos institucionales (instituciones y organizaciones) que tienen conocimientos, competencias y servicios útiles a los miembros del grupo meta.

Por medio de trabajo de calle y de comunidad se lleva a cabo el diagnóstico comunitario. En el diagnóstico comunitario se identifican las necesidades del grupo meta. En función de estas necesidades se buscan en la comunidad mismo actores (instituciones y organizaciones o grupos formales) que puedan dar respuesta a estas necesidades. Buscar en las zonas cercanas a la comunidad local recursos comunitarios necesarios y que no se encuentran en la comunidad



misma. Se construye un proceso para ir dando a este conjunto de organizaciones (cartera de organizaciones) una modalidad de funcionamiento en red.

- construcción de la red de recursos operativos: es la red que se constituye por todas las personas que participan en la realización de las diferentes tareas del proyecto (no solamente los miembros del equipo). Dicho de otra manera, son todas aquellas personas (y sus conexiones) que participan en el cumplimiento de los objetivos institucionales o del proyecto independientemente de su relación de contrato con la institución, del estatus, rol, mansión, sueldo etc.

- construcción de la red de trabajo.

CONSTRUCCION DEL CONOCIMIENTO

Iniciar el trabajo en una comunidad local a partir únicamente del “saber sabido” puede producir acciones basadas más en la Presupuestos erróneos e ideas preconcebidas, que en un conocimiento articulado con la realidad local y con una relación real con el contexto. Es indispensable partir de una forma de equilibrio entre las necesidades de conocimiento, de conocer, y las necesidades de acción, de manera que la acción no se paralice por la necesidad de tener más fuentes de información.

Los pasos o áreas de conocimiento identificado como relevante para la intervención resultan de la práctica y tienen sentido si se articulan con acciones de enganche. Se trata entonces de acciones de investigación que tienen criterios científicos sin embargo se desarrollan en un set no formal de construcción participada de conocimiento por medio del involucramiento de actores comunitarios.

Es esencial manejar con prudencia la necesidad de información para actuar con la acción en si misma, de modo que se alimenten una a la otra.

Acciones que forman parte de este proceso son:

- Identificación de la comunidad local por parte de sus líderes de opinión.
- Estudio de los proyectos anterior o actualmente en fase de realización en la comunidad - análisis de fracasos y buenas prácticas.
- Breve historia de la comunidad.
- Elementos sociológicos.
- Identificación de los temas generadores.
- Estrategias de anclaje y de objetivación.
- Mitos y formas rituales.
- Identificación y descripción de los conflictos de base en el interior de la comunidad.

PRODUCIR SERVICIOS

El trabajo en la comunidad puede ser visto también como una forma de crear servicios colaborando con la comunidad. Por servicios entendemos en este caso una modalidad organizada de respuesta a necesidades o demandas de la población.



En el marco de acciones del proyecto se inicia utilizando los servicios que la comunidad tiene, fortaleciéndolos cuando lo necesitan y se crean nuevos servicios juntos con los actores comunitarios cuando estos no existen y cuando existe una necesidad claramente observada.

Los servicios definen y describen el quehacer de un equipo o de una organización en una dada comunidad, en este sentido contribuyen en definir la identidad de la organización y de los operadores, en favorecer la emergencia de demandas u necesidades donde antes no había conciencia de estas.

Cuando se dice “construir servicios junto con la comunidad” se quiere subrayar el hecho que la participación de los actores comunitarios en cada una de las fases de producción de servicios es imprescindible, y uno de los criterios de calidad y buen éxito de estos tipos de iniciativas.

En el caso del tratamiento comunitario hay dos tipologías de servicios, sin agotar otras tipologías:

- Los centros de escucha.
- Los centros de acogida de bajo umbral (Drop In Centres).

Los centros de escucha pueden ser considerados como uno de los puntos de llegada de un proceso de prevención en una comunidad local, mientras que los centros de acogida de bajo umbral pueden constituir el núcleo central de un programa de reducción del daño y como punto inicial de un acercamiento al tratamiento comunitario.

Acciones típicas de un centro de escucha son:

- Trabajo de calle
- Mantener y fortalecer las redes comunitarias.
- Captar demandas, peticiones, necesidades
- Hacer una evaluación de las demandas y necesidades, buscar los recursos en la comunidad o fuera de ella.
- Utilizar las redes de recursos comunitarios enviando las personas para que sean atendidas.
- Acompañar a la persona si lo necesita, averiguar si la demanda o necesidad ha encontrado la respuesta adecuada, y hacer el seguimiento del acompañamiento hecho.
- Organizar iniciativas de difusión, animación y sensibilización cultural (teatro, cinema etc.)

Los centros de acogida de bajo umbral dan respuesta a necesidades apremiantes de consumidores de drogas y personas HIV positivas o AIDS, habitantes de calle gravemente excluidos, personas expuestas a alto riesgo de ETS, y otros casos.

El “drop in centre” constituye un desarrollo del centro de escucha, de la misma manera que el centro de escucha constituye un desarrollo práctico del trabajo de prevención primaria en una comunidad local.

El drop in es una forma de acogida inmediata de muy bajo umbral para dar un conjunto de ayudas concretas basadas en las necesidades de la persona. Entre estas:

- escucha y evaluación de demandas y necesidades,
- comida, bebida,
- un lugar para dormir algunas horas,
- baño, lavandería, insumos recreativos (TV, juegos, lecturas etc.),
- asistencia de salud (primeros auxilios) y orientación, higiene
- materiales e informaciones para uso seguro de sustancias y conductas sexuales seguras.



MODULOS ESPECIFICOS DE CAPACITACIÓN

1. CONTENIDOS ESPECIFICOS CURRICULARES PARA PRIMER NIVEL DE SALUD EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

1.1. CARTERA DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL

1.1.1. CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN SALUD PÚBLICA

La prestación de salud pública es el conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actividades dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales. Las prestaciones de salud pública en salud mental y adicciones se ejercerán con un carácter de integralidad y desde la perspectiva de género, a partir de las estructuras de salud pública de las administraciones centrales y descentralizadas y de la infraestructura de atención del primer nivel de salud y el segundo

escalón del primer nivel a través de sus Centros de Atención Integral Familiar y Comunitaria (CSMC) del Sistema Único de Salud.

La cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del primer nivel de atención incluye los programas de salud pública cuya ejecución se realiza mediante acciones que se aplican a nivel individual por los profesionales de ese nivel asistencial.

Para hacer efectiva esta prestación, la cartera de servicios de salud mental y adicciones de salud pública tiene una doble finalidad:

a) Orientada al diseño e implantación de políticas de salud mental y adicciones, que engloba las siguientes funciones de salud pública: Valoración del estado de la salud mental de la población mediante el análisis de la información obtenida a través de los sistemas de información sobre salud mental y adicciones y la vigilancia en salud pública referida a este área; desarrollo de políticas de salud mental y adicciones; seguimiento y evaluación de riesgos para la salud mental y las adicciones; y la verificación, control e intervención en salud pública en materia de salud mental y adicciones en ejercicio de la autoridad sanitaria.

b) Orientada directamente al ciudadano: Definición de programas para la protección de riesgos para la salud mental y las adicciones, promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y el uso de drogas. El ámbito de ejecución de estos programas será definido por el Ministerio de Salud, los modelos organizativos y recursos. Comprende:

b.1. Programas intersectoriales sobre estilos de vida saludables y otros determinantes del entorno que comportan un riesgo para la salud mental y consumo de drogas.



b.2. Programas transversales que se agrupan en programas y actividades de promoción y prevención de la salud mental y adicciones en las distintas etapas de la vida, programas para grupos de poblaciones vulnerables y en situación de riesgo. Los programas deben estar basados en el mejor conocimiento científico, e incluir: Definición de los criterios de población objetivo, estrategias, actividades y métodos de actuación, calendarios, estándares de calidad, criterios de accesibilidad, efectividad y participación social, y evaluación de los mismos.

1. Información y vigilancia epidemiológica.

1.1 Sistemas de información sanitaria en salud mental y adicciones.

1.1.1 Análisis de los sistemas de información de salud mental y adicciones existentes. Desarrollo de mecanismos para establecer y utilizar los sistemas de información que se consideren necesarios para llevar a cabo las funciones de la salud pública en salud mental y adicciones.

1.1.2 Identificación, monitorización y análisis de los determinantes, problemas y necesidades de salud mental y uso de drogas.

1.1.3 Informes periódicos sobre el estado de salud mental de la población.

1.1.4 Informes específicos sobre problemas de salud mental y consumo de drogas emergentes o relevantes.

1.2 Vigilancia en salud pública y sistemas de alerta epidemiológica y respuesta rápida ante alertas y emergencias de salud pública en el ámbito de la salud mental y las adicciones.

1.2.1 Identificación y evaluación de riesgos para la salud mental y adicciones e identificación de situaciones epidémicas, alertas, crisis y emergencias sanitarias

1.2.2 Respuesta ante la aparición de situaciones epidémicas, alertas, crisis, emergencias y desastres sanitarios provocados por la salud mental y/o el uso de drogas.

2. Protección de la salud: diseño e implantación de políticas de salud mental y adicciones y ejercicio de la autoridad sanitaria en la materia.

2.1 Diseño e implantación de políticas de salud mental y adicciones para la protección de riesgos para la salud, prevención de trastornos mentales y por uso de drogas y alcohol, y promoción de la salud mental que incluyen:

2.1.1 Identificación de prioridades sanitarias y líneas de actuación. 2.1.2 Promoción y propuesta del desarrollo normativo correspondiente.

2.1.3 Supervisión, evaluación y actualización de normas, reglamentos, programas y protocolos.



2.2 Verificación y control del cumplimiento de la legislación vigente en la materia, criterios y estándares sanitarios, en ejercicio de la autoridad sanitaria.

3. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y del uso de alcohol y otras drogas, así como de las adicciones comportamentales.

3.1 Programas intersectoriales y transversales de promoción y educación para la salud mental y el uso de drogas orientados a la mejora de los estilos de vida.

3.2 Programas de carácter intersectorial de protección de riesgos para la salud mental y prevención de trastornos mentales y adicciones.

3.3 Programas transversales de protección de riesgos para la salud mental y el uso de drogas, de prevención de trastornos mentales y por uso de drogas y alcohol, y de educación y promoción de la salud mental dirigidos a las diferentes etapas de la vida y a la prevención de trastornos mentales y adicciones.

3.4 Programas de prevención y promoción de la salud mental y adicciones dirigidos a grupos de población vulnerables, con necesidades especiales y orientados a eliminar o reducir desigualdades en salud.

4. Protección y promoción de la salud mental y el uso de drogas en el medio laboral.

Programas intersectoriales de promoción de la salud mental y prevención de riesgos y problemas de salud mental y uso de drogas en el entorno laboral.

1.1.2. CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN PRIMER NIVEL.

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención en salud, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.

Las actividades en el ámbito de la Salud mental y adicciones comprenderán la promoción de la salud mental, la educación sanitaria en salud mental y adicciones, la prevención de la enfermedad mental y del uso de drogas, detección de los problemas de salud mental y adicciones, valoración e intervención breve, y seguimiento de los procesos llevados juntamente con los CSMC. Además de acciones de trabajo social desde este nivel de atención.

Todas estas actividades, todas ellas desde la perspectiva de género, dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinarios, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios de salud mental y adicciones y la coordinación entre todos los sectores implicados.

La atención primaria, en el abordaje de los problemas de salud mental y adicciones y los factores y conductas de riesgo, comprende:



1. Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio de los problemas de salud mental y adicciones.
2. Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos de detección, y terapéuticos básicos para los trastornos de salud mental y adicciones.
3. Actividades en materia de prevención, promoción de la salud mental y hábitos nocivos, atención familiar y atención comunitaria en la materia. Comprende las actividades de promoción de la salud mental, educación sanitaria en salud mental y adicciones y prevención de dichos trastornos, dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, en coordinación con otros niveles o sectores implicados. Las actividades de prevención y promoción de la salud se prestan, tanto en el centro sanitario como en el ámbito domiciliario o comunitario, dentro de los programas establecidos por el Ministerio de salud en el ámbito de la salud pública en salud mental y adicciones, en relación con las necesidades de salud de la población de su ámbito geográfico.
4. Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud mental y el consumo de drogas.

Comprende las siguientes actividades:

- 4.1 Información para el análisis y valoración de la situación de salud mental de la comunidad y para la evaluación de los servicios sanitarios de salud mental y adicciones.
- 4.2 Vigilancia epidemiológica, que incluye:
 - 4.2.1 Participación en los sistemas de alerta epidemiológica para los trastornos de salud mental y adicciones.
 - 4.2.2 Participación en el sistema de farmacovigilancia para para psicofármacos, mediante la comunicación de efectos adversos.
- 5 Programas específicos de promoción y prevención de la salud mental y adicciones dirigidos a la mujer (violencia de género), la infancia, la adolescencia, los adultos (familias), y los grupos de riesgo.
 - 5.1 Programas de atención de salud mental y hábitos nocivos a la infancia y familia:
 - 5.1.1 Consejos generales sobre desarrollo intelectual y psico afectivo del niño, hábitos nocivos y estilos de vida saludables.
 - 5.1.2 Programas de dejar de fumar para embarazadas.
 - 5.1.3 Programas de uso y abuso del alcohol.
 - 5.1.4 Programas de juego patológico y uso de TICs.
 - 5.2 Programas de atención a la salud mental y uso de drogas para la adolescencia:



5.2.1 Anamnesis y consejo sobre hábitos que comporten riesgos para la salud, como el uso de tabaco, alcohol y sustancias adictivas, incluyendo la prevención de los accidentes.

5.2.2 Valoración y consejo en relación con la conducta alimentaria y a la imagen corporal.

5.2.3 Promoción de conductas saludables con relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

5.3 Programas de atención a la salud mental y uso de drogas para la mujer (perspectiva de género):

5.3.1 Programa de violencia de género;

5.3.2 programas de promoción de la salud mental de la mujer,

5.3.3 Programas de detección precoz de abuso de alcohol en la mujer;

5.3.4 Anamnesis y consejo sobre hábitos de uso de tabaco, alcohol y otras drogas.

5.4 Atención al adulto, familia y grupos de riesgo de salud mental y adicciones.

5.4.1 Atención a personas con conductas de riesgo:

a) Atención a fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco.

Incluye la valoración del fumador, la información sobre riesgos, el consejo de abandono y el apoyo sanitario y, en su caso, la intervención con ayuda conductual individualizada.

b) Atención al consumidor excesivo de alcohol. Incluye la detección y cuantificación del consumo y frecuencia de la ingesta, la valoración de la dependencia, el consejo de limitación o eliminación de consumo, la valoración de patologías provocadas por el consumo y la oferta de asistencia sanitaria para abandono en caso necesario.

c) Atención a otras conductas adictivas. Incluye la detección, la oferta de apoyo sanitario especializado, si se precisa, para abandono de la dependencia y la prevención de enfermedades asociadas.

5.4.2 Detección precoz y abordaje integrado de los problemas de salud derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social, como menores en acogida, minorías étnicas, inmigrantes u otros.

5.5 Detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad.

5.5.1 Detección de situaciones de riesgo.

5.5.2 Anamnesis, y en su caso exploración, orientada al problema en las situaciones de riesgo y ante sospecha de malos tratos.

5.5.3 Comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de



género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad y, si procede, a los servicios sociales.

5.5.4 Establecimiento de un plan de intervención adaptado a cada caso.

6. Atención específica a la salud mental en coordinación con los CSMC y los servicios de segundo nivel y tercero. Incluye:

6.1 Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.

6.2 Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.

6.3 Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.

6.4 Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación en su caso al servicio especializado correspondiente.

6.5 Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

1.2. DETECCIÓN DE USO Y ABUSO DE ALCOHOL, OTRAS DROGAS Y ADICCIONES COMPORTAMENTALES, E INTERVENCIÓN TEMPRANA, EN EL PRIMER NIVEL DE SALUD.

Los trastornos mentales, neurológicos específicos y debidos al consumo de sustancias y el suicidio constituyen un subgrupo de enfermedades y afecciones que son una causa importante de discapacidad y mortalidad, y suponen una tercera parte de todos los años perdidos por discapacidad (APD) y una quinta parte de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la Región de las Américas.

La transición epidemiológica está transformando el mundo: las enfermedades transmisibles y la mortalidad temprana solían determinar las necesidades mundiales en materia de salud, mientras que ahora dominan principalmente las enfermedades no transmisibles, la multimorbilidad y la supervivencia con discapacidad. En este contexto, se está poniendo de manifiesto que las enfermedades mentales plantean un reto particularmente complejo: a pesar de su visibilidad cada vez mayor en la comunidad mundial de la salud y el desarrollo, la estigmatización estructural generalizada, las prácticas y los marcos desactualizados, así como la fragmentación organizativa, afectan a la capacidad de evaluar, priorizar e invertir adecuadamente en las enfermedades mentales, y de responder a ellas en proporción a la carga, en paridad con la salud física y de acuerdo con la evidencia sobre su eficacia y costo-efectividad.

La OMS ha establecido en estudios multicéntricos mundiales que el 35-50% de los casos graves en los países desarrollados y el 76-85% en los países poco desarrollados no habían recibido tratamiento alguno en los 12 meses anteriores a la encuesta sobre si recibieron tratamiento. Una revisión de la bibliografía a nivel mundial encontró que las brechas en materia de tratamiento eran del 32% para la esquizofrenia, 56% la depresión y hasta 78% en el caso de los



trastornos debidos al consumo de alcohol. Muchos estudios realizados en la población han revelado que más del 95% de los pacientes epilépticos de muchas regiones con escasos recursos no reciben el tratamiento adecuado. Los ejemplos nacionales también ilustran la gravedad de la situación: en China, sólo el 11% de los casos graves de trastornos mentales había recibido algún tipo de tratamiento en los 12 meses anteriores, y sólo el 10% de las personas tratadas en Nigeria había recibido un tratamiento adecuado.

La enorme brecha de atención a los trastornos mentales y de adicciones en la población general hace urgente que se mejoren los sistemas de detección y la posibilidad de atender dichos problemas en niveles no especializados con un coste efectividad muy razonable.

En el Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental (SISTEMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.) la Atención Primaria de salud (primer nivel de atención) y el segundo escalón de dicho nivel, los Centros De Salud Mental Comunitaria (CSMC), son en centro de la atención a la salud mental y adicciones. Todo ello desde una perspectiva comunitaria y de género y vulnerabilidad.

Por esto mismo a nivel organizativo se deben adoptar una serie de medidas que faciliten el trabajo conjunto entre el primer nivel de salud y los CSMC. Las medidas a tomar se deben articular a través de:

Constituir un comité ejecutivo de coordinación entre Salud Publica y el sistema de prestaciones en salud mental y adicciones del SUS.

Este comité será ejecutivo en cualquier acción de promoción, prevención y tratamiento y rehabilitación y reinserción de las personas con esas patologías.

Las funciones encomendadas al comité en relación con la detección y derivación de casos a CSMC (y otros niveles posteriormente si es preciso) serán:

- ✚ Programar la formación anual y ejecutarla a todo el personal de primer nivel de salud, en especial de médicos y enfermería y trabajo social sobre los principios de detección en ese nivel y de intervención mínima y criterios de referencia y contrarreferencia.
- ✚ Implementar las acciones de promoción y prevención en el primer nivel de salud en salud mental y adicciones.
- ✚ Redactar y aprobar los protocolos de referencia y contrarreferencia.
- ✚ Actuar para el cumplimiento de los criterios de acreditación de programas y servicios de salud mental y adicciones previstos en la normativa.
- ✚ Redactar y aprobar los protocolos de intervención en primer nivel de salud para los problemas más prevalentes.
- ✚ Trabajar en los puntos anteriores a nivel infanto juvenil, bajo la competencia de la pediatría: Formación, referencia y contrarreferencia, protocolos más útiles en ese nivel de atención.
- ✚ Articular organizativamente reuniones periódicas de carácter bisemanal o mensual como mínimo para el comentario de caso conjunto y adopción de criterios clínicos de seguimiento y manejo por el primer nivel y criterios de referencia a CSMC.



Aunque existen documentos de referencia para la formación del personal del primer nivel de atención de salud como es el mhGAP de la OMS⁴⁶ que es una buena herramienta para la formación. La propuesta de programa de mejora de la detección que se propone proviene de un documento de consenso entre sociedades de médicos de primer nivel de salud y que responde a lo que es posible realizar en este nivel para la detección y una intervención breve y la referencias a los CSMC.

Las drogas en la consulta de primer nivel de salud

Situaciones frecuentes

El consumo de alcohol y otras drogas en nuestra sociedad hace que con bastante frecuencia se tenga que atender a pacientes que presentan algún problema relacionado con el consumo de alcohol, el abuso de medicamentos y/o el uso de otras drogas.

Entre las situaciones más frecuentes destacan:

- El uso de alcohol: Personas con un consumo excesivo de alcohol, o con un problema de alcoholismo que no son conscientes de ello; pacientes que solicitan ayuda para dejar de beber.
- El abuso de ansiolíticos u otros psicofármacos: Es frecuente la demanda de recetas de psicofármacos (especialmente de Benzodiazepinas), o la detección de un uso abusivo de los mismos.
- El uso de otras drogas, especialmente el cánnabis o la cocaína.
- El policonsumo de distintas sustancias.
- Una patología dual. Es decir, junto al trastorno por uso de sustancias (abuso o dependencia) coexiste en su paciente un trastorno mental grave con tendencia a la cronicidad (pacientes diagnosticados de: esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, trastorno de ansiedad, trastornos del humor, trastorno de la personalidad, o problemas afectivos diversos).
- Padres y madres de adolescentes que se preocupan por la situación de alguno de sus hijos en relación a las drogas.
- Muestran preocupación o solicitan ayuda para desintoxicación personal o de algún familiar.

Sin embargo, la existencia de un problema relacionado con las drogas no siempre aparece abiertamente en la consulta. A menudo se debe atender a pacientes que:

- Tienen un problema y, por distintas razones, no lo explicitan.

⁴⁶ GUIA DE INTERVENCIÓN mhGAP: para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. 2012



- Presentan patologías relacionadas con el consumo de alcohol u otras drogas, sin ser conscientes de ello.
- Demandan ansiolíticos u otras sustancias psicoactivas.
- Presentan problemas socioeconómicos o legales, potencialmente relacionados con el uso de drogas.
- Sufren un problema de comorbilidad o patología dual.

Condiciones indispensables para iniciar una intervención

Antes de iniciar cualquier actuación sobre drogas en su consulta, asegúrese de que su intervención se apoya en los tres pilares siguientes:

1. Efectividad demostrada de la actuación para modificar de manera sustancial la historia natural del proceso.
2. Garantía de continuidad de la atención de las personas sometidas a pruebas de cribado, idealmente desarrollada por el mismo equipo profesional que ha intervenido en la detección.
3. Disponibilidad de medios para realizar la confirmación diagnóstica, así como para desarrollar una intervención adecuada, incluido el seguimiento posterior de los pacientes diagnosticados.

El Proceso de Detección de un problema de abuso de alcohol o drogas.

- Objetivos de la detección:
 - ✚ Identificar a las personas que tienen —o se hallan en riesgo de desarrollar— algún problema relacionado con el consumo de alcohol u otras drogas.
 - ✚ Valorar qué tipo de aproximación diagnóstica y asistencial es más apropiada para cada paciente.
 - ✚ Conocer si su paciente está consumiendo alcohol o alguna otra droga cuya ingesta puede interaccionar negativamente con los fármacos cuya prescripción es adecuada para la patología que presenta.

La identificación de pacientes con problemas relacionados con las drogas o en situación de riesgo de tenerlos, es más fácil cuando existe una demanda explícita al respecto.



Sin embargo, con frecuencia, aun existiendo algún problema relacionado con el uso de drogas, hay personas que no lo manifiestan espontáneamente. En este caso es preciso adoptar una aproximación proactiva.

Pacientes que se pueden beneficiar de un cribado proactivo

La detección de abuso de alcohol u otras drogas es una tarea clínica similar a otras como, por ejemplo, preguntar sobre hábitos de alimentación, ejercicio físico y descanso, o tomar la presión arterial.

En caso de que no lo plantee su paciente o algún familiar de su paciente, existen circunstancias que justifican valorar si una persona se halla en una potencial situación de riesgo relacionada con el alcohol u otras drogas.

¿QUÉ PERSONAS SE PUEDEN BENEFICIAR DE UN CRIBADO PRO-ACTIVO?

Pacientes que presenten:

- Síntomas físicos difícilmente explicables por otra causa (trastornos hepáticos, enfermedades de transmisión por vía parenteral, arañas vasculares, telangiectasias, hepatomegalia, esplenomegalia, adenopatías, ictericia, soplos cardíacos, abscesos en zonas de venopunción, etc.).
- Mal cumplimiento terapéutico y descompensación de otras patologías.
- Sintomatología psicológica o enfermedad mental (personas con problemas de ansiedad, depresión, trastorno de personalidad, esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.).
- Alteración del comportamiento durante la entrevista. O alteración grave del comportamiento fuera de la entrevista (según informe familiar).
- Alteración en los resultados de la analítica realizada por otros motivos. – Signos de consumo reciente (fedor etílico; hiperemia conjuntival por consumo de cannabis; midriasis por consumo de estimulantes; signos de venopunción en la piel; existencia de lesiones en tabique y fosas nasales, epistaxis frecuentes o episodios repetidos de infección local, etc.).
- Efectos tóxicos agudos, incluyendo: la ataxia, vómitos, fiebre y confusión.
- Consulta banal, o solicitud de baja laboral, tras el fin de semana.
- Alteraciones en relaciones laborales, familiares y sociales (pérdida del trabajo, desestructuración familiar, abandono familiar, malos tratos, dificultades financieras, etc.).
- Pacientes con familia desestructurada o en situación de grave privación socioeconómica.
 - Problemas legales potencialmente relacionados con el consumo (peleas, violencia de género, abusos diversos, arrestos, etc.).
- Pacientes cuya patología requiere la administración de un fármaco que presenta interacciones negativas con el uso del alcohol u otras drogas.

¿EN QUÉ OTRAS OCASIONES ES RECOMENDABLE UN DESPISTAJE PRO-ACTIVO?

- Cuando se abre una historia clínica nueva.
- De forma periódica en el contexto de promoción de estilos de vida saludables.
- Ante cualquier demanda indirecta o referencia encubierta relacionadas con un potencial consumo de drogas.



- En etapas vitales de transición (adolescencia, proceso de inserción en el mundo laboral, desempleo, jubilación, etc.), o ante cambios vitales que pueden conllevar situaciones de estrés (fracaso escolar o académico, accidente, conflicto familiar, divorcio, fallecimiento de un familiar, etc.).
- Durante el embarazo.

¿CUÁNDO POSPONER LA DETECCIÓN PRO-ACTIVA?

- Ante un cuadro de intoxicación aguda.
- Cuando el paciente necesita un tratamiento de urgencia.
- Ante un cuadro de estrés psicológico agudo.

¿CÓMO EMPEZAR CUANDO NO HAY UNA DEMANDA EXPLÍCITA?

En este caso se puede introducir alguna pregunta sobre el consumo de alcohol u otras drogas, de la forma más natural y adaptada posible a cada paciente.

Diversas situaciones clínicas le ofrecen una oportunidad adecuada para recabar información sobre el uso de alcohol y otras drogas, cuando Ud. lo considere necesario.

En estos casos se trata de abordar el tema en el momento y forma más idóneos. En este marco, puede hacerlo mediante preguntas enmarcadas en un contexto amplio. Por ejemplo:

- De forma oportunista, es decir:
 - Como parte del tratamiento y/o seguimiento de enfermedades potencialmente relacionadas con el uso de bebidas alcohólicas u otras drogas.
 - Ante una consulta por otro tema de salud donde podría ser oportuno el cribado de un potencial consumo.
- Antes de la prescripción de fármacos que interaccionan negativamente con el alcohol u otras drogas.
- Partiendo de algún comentario del paciente que permita relacionarlo con una o más preguntas sobre el consumo de alcohol y/u otras drogas.
- Como parte de la actuación para promover estilos y hábitos de vida saludables, de acuerdo al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud del primer nivel de atención. Es decir, en el marco de la exploración sobre dieta, ejercicio físico, consumo de tabaco, hábitos de descanso, etc.

La evidencia disponible en la actualidad indica que:

- No está justificado el cribado periódico y sistemático del uso de drogas en población general asintomática.



– Está justificado el cribado anual del consumo esporádico de drogas en personas que se hallan en situaciones de riesgo en relación a las drogas.

El proceso de evaluación de un problema de abuso de alcohol y otras drogas.

Objetivos de la evaluación:

1. Explorar y valorar la situación de cada paciente en relación con el consumo de drogas.
2. Establecer un diagnóstico, en caso de detectar la existencia de algún tipo de problema relacionado con el uso de alcohol u otras drogas.

Si su paciente le plantea directa o indirectamente algún tema relacionado con las drogas, o si se observa que se encuentra en alguna de las potenciales situaciones de riesgo ya descritas, el siguiente paso consiste en definir exactamente dicha situación a través de una exploración clínica que le permita realizar una anamnesis adecuada y valorar el grado de riesgo en que se encuentra.

La importancia de un marco de partida: empatía y confidencialidad

Sea cual sea la situación de su paciente en relación con las drogas, el fin último de la intervención a realizar es ayudarle a disfrutar del mayor grado posible de salud, y en caso necesario, mejorar su situación con respecto al uso del alcohol u otras drogas.

Para muchas personas resulta incómodo hablar de su consumo de drogas, por temor a recibir un juicio moral o a que dicha información pueda llegar a terceras personas que la puedan utilizar en su contra (en la familia, en el trabajo, en su círculo de amistades, etc.).

Cualquier aproximación a este tema debe partir de una actitud ética y profesional basada en promover la confianza mutua y asegurar el secreto profesional.

El establecimiento de un clima de confianza implica:

- Adoptar una actitud profesional de escucha respetuosa con las opciones de vida de cada persona, exenta de alarmismos o juicios morales.
- Asegurar la confidencialidad a cada paciente mediante:
 - un comentario explícito al respecto,
 - la solicitud de su consentimiento si en algún momento fuera preciso hablar de su caso con terceras personas (familiar o cualquier otra persona).
- Evitar juicios de valor, o cualquier clase de comentario estigmatizador o que implique un juicio moral.



¿son útiles o necesarias las pruebas fisiológicas?

En algunas ocasiones, especialmente cuando quien realiza una consulta en relación con las drogas es la madre, el padre, la pareja u otro familiar cercano a la persona que supuestamente tiene un problema, se suele plantear la demanda de facilitar o prescribir la realización de alguna prueba fisiológica (parches, análisis de orina, sudor, etc.) para evaluar la situación.

Es importante saber que, en general, este tipo de pruebas no son aconsejables, dado que pueden generar rechazo (a la realización de la propia prueba o a la potencial aproximación asistencial posterior), ponen en cuestión el principio ético de respeto a la autonomía de cada paciente y, sin embargo, no aportan información relevante alguna para facilitar la intervención.

La exploración sobre el uso de alcohol y otras drogas

Una vez elegido el momento adecuado, se puede empezar la exploración.

Adoptar un planteamiento abierto e interactivo: Plantar preguntas abiertas y en tono neutro. Facilitan la posibilidad de que el paciente responda con sinceridad, sin tener la sensación de que está siendo sometido a un interrogatorio judicial. Algunas preguntas no amenazantes ayudan al paciente a ser, en general, honesto en sus respuestas. Por ejemplo:

– Con personas adultas: «¿Ha consumido alguna vez alcohol u otras drogas?» «¿Suele consumir alcohol u otras drogas?» «Ahora, para la evaluación de su problema de salud debo saber, con exactitud, si consume alcohol u otras drogas». «Tomar algunos medicamentos a la vez que el alcohol u otras drogas, puede ser muy perjudicial para su salud. Es importante para mí saber de forma precisa si Ud. consume alcohol o alguna otra droga, con el fin de asegurar que el medicamento que debo recetarle no le producirá efectos indeseados».

– Con adolescentes: «A tu edad, hay chicos y chicas que salen de marcha y a veces hacen botellón... ¿Qué opinas de esto?», «¿Conoces a alguien que lo haga?», «¿Qué haces cuando sales de marcha?», «¿Cuánto aguantas?», «¿Qué tomas una noche normal?», «¿Y alguna vez tomáis otras cosas?...

Evitar preguntas que:

1. Den por sentado el consumo: «¿Qué drogas consume?»
2. Dicotómicas, que sólo permiten una respuesta: «¿Consume drogas?»
3. Incluyen la respuesta dentro de la propia pregunta: «¿Drogas no, ¿verdad?», «De drogas ni hablar ¿verdad?», «Drogas ¿no consume, cierto?», etc.

Mantener una escucha activa y, si es preciso, pedir clarificaciones: Adicionalmente, si se considera que es preciso profundizar u objetivar cualquier aspecto, valorar la posibilidad de:

- Clarificar cualquier respuesta ambigua o confusa.
- Resumir la información recogida y preguntar si queda algo por abordar.
- Señalar alguna frase que le haya planteado cualquier duda.



Una vez abordado el tema del alcohol y/u otras drogas, y siempre que se considere necesario realizar una valoración más a fondo para complementar la historia clínica, puede recurrir al uso de instrumentos estandarizados de probada validez.

Instrumentos breves de apoyo para la evaluación

Los de manejo más fácil en primer nivel de salud son:

1. «Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test» (ASSIST)
2. Cuestionario Audit (Alcohol use disorders identification test)
3. Cuestionario Cage (Chronic alcoholism general evaluation)

Pruebas complementarias

Como en cualquier acto clínico, las circunstancias concurrentes en cada caso (patrón y frecuencia de consumo, vía de administración, características farmacológicas de la/s sustancias consumida/s, etc.) le permitirán valorar si precisa pruebas adicionales para completar la anamnesis.

Así, mientras consumos ocasionales o esporádicos en personas asintomáticas, no requieren pruebas diagnósticas complementarias, éstas sí pueden ser de interés en casos de diagnóstico de uso abusivo de alcohol u otras drogas, para determinar los posibles efectos del consumo sobre la salud o descartar complicaciones infecciosas

SITUACIÓN	POSIBLES PRUEBAS ADICIONALES
Consumo abusivo de alcohol	- Marcadores bioquímicos: ácido úrico, triglicéridos, enzimas hepáticas - Marcadores hematológicos: volumen corpuscular medio.
Consumo abusivo de otras drogas	- Valoración estandarizada de síntomas coadyuvantes. - Prueba de tuberculina. - Electrocardiograma, radiografía de tórax, espirometría, etc.
Consumo actual o previo de drogas por vía parenteral	- Prueba de Mantoux, serologías para hepatitis B y C, VIH, sífilis, citomegalovirus, toxoplasma, etc. - Radiografía de tórax, espirometría, electrocardiograma, pruebas de neuroimagen, cultivos en medios específicos, etc.

En este momento se pasaría a la fase de actuación. En la misma se pueden realizar acciones de **valoración de la motivación para el cambio**, y la llamada **“intervención breve”** (en alcohol y otras drogas).

La evidencia disponible indica que la INTERVENCIÓN BREVE ES EFICAZ.:

El asesoramiento, clarificación y consejo clínico han sido descritos como los elementos esenciales de la intervención breve. Cuanto más la integre en el marco del tratamiento adecuado para los



problemas de salud y la prevención de las consecuencias del uso continuado de drogas, mayor será la probabilidad de éxito. Si no dispone del tiempo suficiente para profundizar en el asesoramiento, puede plantearse:

- a. La entrega de un folleto de apoyo.
- b. Facilitar o promover la formación de otros profesionales del equipo, para que puedan complementar su intervención.

Otra herramienta es la **“intervención familiar breve”** muy útil en intervención en el nivel primario de salud.

La Referencia a Centro de salud mental comunitaria (CSMSC)

En general, la evaluación diagnóstica y el tratamiento de las personas susceptibles de un diagnóstico de dependencia de las drogas deberían realizarse desde un equipo multidisciplinario especializado. Pero como ya hemos visto hasta aquí, desde la Atención Primaria se pueden realizar importantes tareas de cribado, intervención, orientación y motivación de los casos que deban derivarse a otros servicios de segundo nivel.

Criterios de referencia

Pacientes con síntomas de dependencia necesitan casi siempre un apoyo terapéutico intensivo que requiere especialización, tiempo y participación familiar. El tratamiento en estos casos no es fácil y puede prolongarse en el tiempo, hasta que se supera la adicción y se consolida un estilo de vida libre de drogas.

En estos casos la derivación está claramente indicada. Sin embargo, no puede abordarse como un simple trámite. Se trata de un paso crucial para el inicio del tratamiento, y como tal requiere asegurar una serie de condiciones previas o prerrequisitos.

Prerrequisitos para una correcta derivación Para optimizar los resultados asegúrese de que:

1. Su paciente entiende la necesidad de tratamiento.
2. La familia entiende, apoya y está dispuesta a participar en el tratamiento especializado.
3. Tanto el paciente como la familia entienden que la derivación no es señal de desentendimiento por su parte sino todo lo contrario, y para ello, es recomendable establecer visitas periódicas de seguimiento, que refuercen la adherencia al proceso terapéutico externalizado.
- 4 El paciente y su familia se comprometen a seguir puntualmente el programa al cual se les deriva.
- 5 El equipo especializado al que Ud. deriva a su paciente es solvente y dispone de la experiencia necesaria para asumir el caso.



Criterios de derivación a CSMC.

Es recomendable derivar a pacientes a centros de tratamiento especializado, cuando se presentan una o varias de las siguientes situaciones:

- Cuando después de haber aplicado la Intervención Breve, es evidente que su paciente tiene serias dificultades para alcanzar los objetivos que se había propuesto.
- Presencia de síntomas inequívocos de dependencia al alcohol u otras sustancias psicoactivas, incluido la existencia de síndrome de abstinencia.
- Fracaso recurrente tras participar en programas de asistencia especializada.
- Carencia de apoyo familiar y/o social, o con grave deterioro de las relaciones familiares, sociales y/o laborales.
- Pacientes con síntomas de deterioro físico (por ejemplo: daño cerebral, enfermedad hepática, neuropatía periférica, u otra complicación física grave).
- Personas con síntomas de patología dual, es decir con una patología psiquiátrica paralela al consumo de drogas.

1.3. PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN SALUD MENTAL ENTRE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS.

Los procesos de referencia y contrarreferencia dentro de Sistema Comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental (SISTEMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.) tienen como finalidad regular los criterios de derivación entre dispositivos de la Red de atención y a su vez optimizar la oferta terapéutica para hacerla más eficiente y eficaz.

En el ámbito de la Salud mental y las adicciones, como problemas de salud pública que son y al ser objeto de la atención dentro del SUS, debe regirse por las normas nacionales de referencia y contrarreferencia generales en cuanto a los procedimientos y el marco de las mismas. En concreto, será la NORMA NACIONAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, aprobada por decreto ministerial 093 de, 30 de enero de 2013.

En salud mental y adicciones los procesos de referencia más importantes son los que se producen entre el primer nivel de salud y la atención especializada en salud mental y adicciones de segundo escalón del primer nivel de salud que son los Centros de Atención Integral Familiar y Comunitaria (CSMC), y a su vez los que se producen entre este dispositivo y los dispositivos de segundo nivel y tercer nivel de atención en salud mental y adicciones.

Los procedimientos de referencia y contrarreferencia requieren un proceso de consenso entre los diferentes niveles de atención, ya que no sólo afectan en su formulación los aspectos clínicos,



si no otros referidos a la carga asistencial y aspectos organizativos de la Red de atención, así como el rol de los recursos comunitarios no públicos de ayuda.

Por ello el trabajo de conformar unos protocolos de referencia y contrarreferencia requiere un proceso con unos pasos:

- 1.- Haber definido la cartera de servicios de cada nivel de atención previamente.
- 2.- Definir la casuística de trastornos más prevalentes de salud mental y adicciones que van a ser objeto de la mayor parte de los procesos de referencia y contrarreferencia.
- 3.- Establecer los recursos materiales y humanos para cada nivel que pueden dar respuesta a la demanda que se plantee.
- 4.- Formular un conjunto de criterios clínicos de referencia a cada nivel de atención.
- 5.- Establecer el mecanismo administrativo de referencia y contrarreferencia.
- 6.- Establecer un procedimiento de monitoreo y evaluación periódica de la corrección del procedimiento implantado.

A modo de orientación, exponemos los criterios de referencia entre el primer nivel de atención y los CSMC según las patologías más prevalentes en atención primaria de salud:

El abordaje de los trastornos de salud mental en el contexto de la atención primaria es fundamental, pues la atención primaria es la puerta de entrada de la gran mayoría de pacientes al sistema de salud. Se ha calculado que los centros de atención primaria atienden anualmente entre el 70-90% de su población y diferentes estudios indican que los trastornos mentales ocupan aproximadamente un 30% de los problemas de salud atendidos en atención primaria.

Los trastornos mentales tienen una elevada morbilidad entre los pacientes de atención primaria⁴⁷. Diversos estudios epidemiológicos sitúan su prevalencia en la práctica médica general entre el 25% y el 40%, y pueden llegar al 68% en hiperfrecuentadores. De estos pacientes, sólo llega a consultas de salud mental (SM) el 5-10%.

Propuesta de criterios de referencia de pacientes desde primer nivel de salud a salud mental y adicciones

REFERENCIA URGENTE

- Episodios de agitación psicomotriz de etiología psiquiátrica.

⁴⁷ Concepto y clasificación. Aspectos epidemiológicos y significado socioeconómico de la depresión. Salud Rural 1999;3:1-6.



- Conductas heteroagresivas graves en las que se sospecha la existencia de patología mental.
- Riesgo autolítico a corto plazo (no solo ideas pasivas de muerte).
- Episodios maníacos.
- Episodios psicóticos agudos.
- Riesgo vital en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria o restricción de la alimentación asociada a patología mental.

Abordaje terapéutico desde el primer nivel de salud:

- En todos estos casos está indicado derivar al paciente al servicio de urgencias de psiquiatría del hospital de referencia para
- valoración del cuadro.
- Si se precisa descartar posible patología orgánica subyacente o realizarse primero una intervención somática (por ejemplo, en caso de ingesta medicamentosa o lesiones físicas), deberá ser remitido primeramente a un servicio de urgencias generales (en Centro de Salud u Hospital General).
- Las condiciones de un CSMSC no hacen posible, salvo excepciones, una intervención adecuada en estas situaciones.

REFERENCIA PREFERENTE

- Episodios hipomaníacos.
- Episodios depresivos graves (con riesgo autolítico a medio plazo, ideas delirantes, alteración importante de los ritmos biológicos, aislamiento marcado, abandono de autocuidados, etc.).
- Depresión posparto.
- Trastornos psicóticos: primeros episodios o descompensaciones de casos conocidos (siempre que no cumplan criterios de derivación urgente).

REFERENCIA ORDINARIA

En ausencia de los criterios anteriormente expuestos, se realizará derivación ordinaria a Salud Mental.

A continuación, se desglosan las recomendaciones de referencia por patologías, a lo que cabe añadir que estaría indicada la referencia en aquellos casos en que exista comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos que influyan en la falta de respuesta terapéutica y/o dificulten la relación médico-paciente o en los que haya presencia de embarazo o patologías orgánicas graves que compliquen el manejo farmacológico.

TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL U OTRAS
DROGAS Y ADICCIONES COMPORTAMENTALES



- Los cuadros de abuso y dependencia de alcohol u otras sustancias, y juego patológico se deben remitir los CSMC. El uso perjudicial/abuso de alcohol no complicado puede ser tratado en Atención Primaria.
- Los ingresos hospitalarios para desintoxicación (Unidad de Desintoxicación Hospitalaria) se realizan desde el CSMC y siempre de forma programada. La demanda por parte del paciente de un ingreso para desintoxicación no es una urgencia por sí misma y ha de ser evaluada en el CSMC.
- Si existe un trastorno psiquiátrico comórbido al trastorno adictivo (patología dual), se suele plantear una intervención de trabajo en el programa de patología dual de los CSMC.

TRASTORNOS PSICÓTICOS Y TRASTORNO BIPOLAR

- El tratamiento de estas patologías se debe hacer siempre en dispositivos especializados. Se recomienda referenciar de forma ordinaria aquellos casos en los que el paciente se encuentre estabilizado y presente una buena adherencia al tratamiento. En el resto de los casos se recomienda referencia preferente o urgente (ver criterios de referencia urgente y preferente).
- Desde el primer nivel de salud, puede contribuirse de forma relevante al abordaje de estas patologías mediante:
 - Identificación precoz de síntomas de inicio o descompensación para derivación urgente o preferente a CSMC u Hospital.
 - Fomento de la adherencia terapéutica y continuidad de cuidados.
 - Control de salud general (complementariamente con el psiquiatra).
 - Identificación de efectos secundarios de la medicación y conocimiento de las interacciones, en especial del litio.
 - Vigilancia de posible comorbilidad con abusos de sustancias u otros trastornos que compliquen el cuadro.
 - Destacar la importancia del apoyo familiar. Apoyo al entorno y detección en el mismo de consecuencias de la enfermedad.

TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Es recomendable un abordaje en primer nivel de salud.

- Trastornos adaptativos
 - Son, por definición, leves y reactivos a estresores y tienden a remitir tras semanas o pocos meses de la desaparición del estresor.
 - En algunos casos se puede pautar benzodiacepinas para un alivio sintomático (ansiedad, insomnio). En aquellos casos en que la clínica (depresiva, ansiosa o conductual) sea evidente y/o mantenida estaría indicado tratamiento con fármacos antidepresivos.



— Derivación a CSMC en los casos en que haya mala evolución o cronificación.

- Duelos (fallecimientos, rupturas de pareja...)

— Son procesos normales (no patológicos), que precisan habitualmente meses para su elaboración. Por norma general debe evitarse la medicalización, salvo tratamiento hipnótico en los casos en que haya alteraciones del sueño persistentes que no respondan a medidas de higiene del sueño.

— Derivación a CSMC solo si la afectación es grave (“duelo complicado”) o muy prolongada.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Atención Primaria constituye el medio asistencial fundamental para la detección precoz, tratamiento y seguimiento de la mayoría de los casos.

- Distimia

— Síntomas depresivos y ansiosos de intensidad leve y de curso crónico.

— Dado que la respuesta a los medicamentos es limitada y que el tratamiento suele ser prolongado (crónico), se recomienda un uso moderado del tratamiento farmacológico (antidepresivos fundamentalmente).

— Abordaje en primer nivel de atención. Derivación a atención especializada de Salud Mental en caso de ausencia de respuesta terapéutica o importante repercusión funcional.

- T. depresivo mayor (TDM), episodios depresivos leves o moderados.

— Abordaje en primer nivel de salud, salvo que existan criterios de urgencia o preferencia o haya persistencia en el tiempo (depresión resistente) o recaídas a pesar de haber realizado al menos dos pautas de tratamiento apropiadas (antidepresivo a dosis terapéuticas durante un mínimo de 6 semanas; en caso de respuesta parcial se recomienda aumentar dosis (dosis media/alta) o complementar con otro antidepresivo y, en caso de ausencia de respuesta, realizar el mismo proceso con un antidepresivo de diferente perfil). Es necesario, además, haber comprobado una buena cumplimentación del tratamiento por parte del paciente.

- TDM, episodios depresivos graves:

— Presencia de síntomas psicóticos, riesgo suicida, inhibición



marcada o agitación, alteraciones conductuales graves, deterioro severo del autocuidado y la alimentación.

— Derivación a atención especializada de salud mental. En algunos casos se recomienda derivación preferente o urgente (ver criterios de derivación).

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- Trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada [TAG]:
 - Se recomienda tratamiento en primer nivel de atención de salud.
 - Los casos en que los síntomas persistan pese a dos pautas de tratamiento se remitirán a CAIF de forma ordinaria.
- Fobias (agorafobia, fobia específica, fobia social), trastorno por estrés postraumático [TEPT], trastorno obsesivo-compulsivo [TOC]:
 - Se recomienda, por lo general, derivación a CSMC de forma ordinaria (salvo presencia de criterios de urgencia o preferencia; véase apartado correspondiente).

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

(T. de somatización, T. de conversión, T. por dolor, Hipocondría, Dismorfofobia)

- Se requiere descartar completamente una etiología “orgánica”, para lo cual puede ser necesario derivar a la especialidad médica correspondiente (Neurología, Medicina Interna, etc.).
- La derivación a Salud Mental se realizará, una vez esté completo el estudio correspondiente, en los casos en que los síntomas persistan durante meses o en los que la intensidad o repercusión funcional sean elevadas o existan dudas diagnósticas con cuadros más graves.
- El trastorno dismórfico corporal (dismorfofobia) requiere derivación a CSMC.
- En algunos casos son beneficiosas las consultas de médico a médico, evitando derivaciones y multiplicidad de atenciones y criterios, que suelen tener efecto perjudicial en estos pacientes.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

- Los TCA (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, otros) deben ser remitidos al CSMC.
- Se recomienda monitorización de IMC, analítica y estado de salud general desde primer nivel de salud.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

- Se consideran tratables en primer nivel de salud, salvo que haya repercusiones severas y persistencia de síntomas a pesar de haber instaurado pautas terapéuticas adecuadas (medidas de higiene del sueño y fármacos hipnóticos).



- La patología primaria del sueño se estudia y trata en unidades específicas si las hubiere.

PROBLEMAS DE PAREJA, DISFUNCIÓN SEXUAL O TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

- Derivación a dispositivos específicos si los hubiere.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD:

- Aunque desde el primer nivel de salud es recomendable tener conocimientos sobre las características de este tipo de trastornos, el abordaje de estos pacientes debe realizarse en los servicios específicos de salud mental (CSMC).

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

- Los pacientes en seguimiento en dispositivos pediátricos que por edad han de pasar a centros de adultos deben ser remitidos a CSMC de forma ordinaria.
- Los pacientes adolescentes o adultos en los que se sospecha un TDAH no diagnosticado o que tienen el trastorno sin tratar, deben ser remitidos a CSMC de forma ordinaria.

RETRASO MENTAL, TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA:

- La mayoría de los pacientes con estas patologías no precisan, en principio, un seguimiento específico en dispositivos de salud mental, pudiendo ser remitidos, si se estima oportuno, a los recursos sociosanitarios existentes públicos o privados.
- Deben ser remitidos a CSMC aquellos pacientes que presenten problemas conductuales significativos o que presenten algún trastorno psiquiátrico comórbido.

Los Criterios referidos a la contrarreferencia debe regirse por el procedimiento pactado entre servicios, y los procedimientos administrativos establecidos para ello, conforme a la norma estatal citada anteriormente.

Como criterios generales la contrarreferencia es el proceso de devolución del paciente al dispositivo que lo referenció una vez cumplidos los objetivos terapéuticos que motivaron su remisión.

La contrarreferencia debe realizarse cuando:

- 1.- Se realizó la estabilización sintomatológica del paciente.
- 2.- Se realizaron las pruebas diagnósticas oportunas del nivel tercero de atención.



- 3.- Una vez realizado procedimiento de desintoxicación.
- 4.- Cuando la continuidad de cuidados aconseja la remisión a un dispositivo intermedio o comunitario de atención.
- 5.- El CSMC es el centro de referencia y de contrarreferencia de salud mental y adicciones dentro del área de salud correspondiente, por ello debe ser siempre el centro receptor del paciente.
- 6.- La contrarreferencia debe tener en cuenta que se debe acompañar al usuario y su familiar en el proceso de vuelta al CSMC, en especial en situaciones de falta de apoyo social y familiar el paciente.

1.4. PROGRAMAS E INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN EL PRIMER NIVEL DE SALUD.

Teniendo en cuenta los objetivos de la política de salud mental y adicciones vamos a identificar los contenidos más relevantes que pueden formar parte de la capacitación. Es necesario que los ejes vertebradores de la política y sus acciones claves sean conocidos en su planteamiento esencial. Esto permitirá que se comprenda lo que SE quiere conseguir y los principios rectores de todo el enfoque comunitario de salud mental y adicciones.

El objetivo esencial de la capacitación en este nivel es que los profesionales conozcan qué funciones y actividades deben formar parte de sus tareas cotidianas sobre salud mental y adicciones.

Para ello, es preciso que la **cartera de servicios de este nivel** recoja las tareas especificadas más adelante. De este modo será de obligado cumplimiento su cumplimiento. Y, además, acompañarse con contratos-programa de cumplimiento de objetivos por cada centro de tratamiento.

Estos conceptos clave de la política de salud mental y adicciones en este nivel será parte de los contenidos formativos.

La propuesta de contenidos formativos va a conllevar dos grupos de conceptos:

1. Marco conceptual de la salud mental comunitaria y sus ejes de actuación.
2. Programas operativos que forman parte del trabajo diario en los Centros de Salud mental Comunitarios.

DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD.

Conceptos clave marco de la Salud mental y adicciones comunitaria en primer nivel de atención:

1. La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención en salud, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.
2. Las actividades en el ámbito de la Salud mental y adicciones comprenderán la promoción de la salud mental, la educación sanitaria en salud mental y adicciones, la prevención de la enfermedad mental y del uso de drogas, detección de los problemas de salud mental y



adicciones, valoración e intervención breve, y seguimiento de los procesos llevados juntamente con los CSMC. Además de acciones de trabajo social desde este nivel de atención.

3. Todas estas actividades desde la perspectiva de género, dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinarios, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios de salud mental y adicciones y la coordinación entre todos los sectores implicados.
4. La atención primaria, en el abordaje de los problemas de salud mental y adicciones y los factores y conductas de riesgo, comprende:
 - I. Atención sanitaria (detección, manejo y referencia) a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio de los problemas de salud mental y adicciones.
 - II. Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos de detección, y manejos básicos para los trastornos de salud mental y adicciones.
 - III. Actividades en materia de prevención, promoción de la salud mental y hábitos nocivos, atención familiar y atención comunitaria en la materia. Comprende las actividades de promoción de la salud mental, educación sanitaria en salud mental y adicciones y prevención de dichos trastornos, dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, en coordinación con otros niveles o sectores implicados.

Las actividades de prevención y promoción de la salud se prestan, tanto en el centro sanitario como en el ámbito domiciliario o comunitario, dentro de los programas establecidos por el Ministerio de salud en el ámbito de la salud pública en salud mental y adicciones, en relación con las necesidades de salud de la población de su ámbito geográfico.
 - IV. Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud mental y el consumo de drogas. Comprende las siguientes actividades:
 - 4.1 Información para el análisis y valoración de la situación de salud mental de la comunidad y para la evaluación de los servicios sanitarios de salud mental y adicciones. Colaboración con el Sistema de Información del Impacto social y en salud de las Drogas (SISSD) y el Sistema de Información de la Atención de las Adicciones y la Salud mental (SIAASM), los sistemas de información de drogas.
 - 4.2 Vigilancia epidemiológica, que incluye: .2.1 Participación en los sistemas de alerta epidemiológica para los trastornos de salud mental y adicciones. 2.2 Participación en el sistema de farmacovigilancia para para psicofármacos, mediante la comunicación de efectos adversos.



- V. Programas específicos de promoción y prevención de la salud mental y adicciones dirigidos a la mujer (violencia de género), la infancia, la adolescencia, los adultos (familias), y los grupos de riesgo.

5.1. Programas de atención de salud mental y hábitos nocivos a la infancia y familia:

5.1.1 Consejos generales sobre desarrollo intelectual y psico afectivo del niño, hábitos nocivos y estilos de vida saludables.

5.1.2 Programas de dejar de fumar para embarazadas.

5.1.3 Programas de uso y abuso del alcohol.

5.1.4 Programas de juego patológico y uso de TICs.

5. 2. Programas de atención a la salud mental y drogas para la adolescencia:

5.2.1 Anamnesis y consejo sobre hábitos que comporten riesgos para la salud, como el uso de tabaco, alcohol y sustancias adictivas, incluyendo la prevención de los accidentes.

5.2.2 Valoración y consejo en relación con la conducta alimentaria y a la imagen corporal.

5.2.3 Promoción de conductas saludables con relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

5. 3. Programas de atención a la salud mental y uso de drogas para la mujer (perspectiva de género):

5.3.1 Programa de violencia de género;

5.3.2 programas de promoción de la salud mental de la mujer,

5.3.3 Programas de detección precoz de abuso de alcohol en la mujer;

5.3.4 Anamnesis y consejo sobre hábitos de uso de tabaco, alcohol y otras drogas.

- VI. Atención al adulto, familia y grupos de riesgo de salud mental y adicciones.

6.1. Atención a personas con conductas de riesgo:

a) Atención a fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco.

Incluye la valoración del fumador, la información sobre riesgos, el consejo de abandono y el apoyo sanitario y, en su caso, la intervención con ayuda conductual individualizada.

b) Atención al consumidor excesivo de alcohol. Incluye la detección y cuantificación del consumo y frecuencia de la ingesta, la valoración de la dependencia, el consejo de limitación o eliminación de consumo, la valoración de patologías provocadas por el consumo y la oferta de asistencia sanitaria para abandono en caso necesario.

c) Atención a otras conductas adictivas. Incluye la detección, la oferta de apoyo sanitario especializado, si se precisa, para abandono de la dependencia y la prevención de enfermedades asociadas.



6. 2. Detección precoz y abordaje integrado de los problemas de salud derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social, como menores en acogida, minorías étnicas, inmigrantes u otros.
- VII. Detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad.
- 7.1. Detección de situaciones de riesgo.
- 7.2. Anamnesis, y en su caso exploración, orientada al problema en las situaciones de riesgo y ante sospecha de malos tratos.
- 7.3. Comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad y, si procede, a los servicios sociales.
- 7.4. Establecimiento de un plan de intervención adaptado a cada caso.
- VIII. Atención específica a la salud mental en coordinación con los CSMC y los servicios de segundo nivel y tercero.
- Incluye:
- 8.1 Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
- 8.2 Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.
- 8.3 Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.
- 8.4 Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación en su caso al servicio especializado correspondiente.
- 8.5 Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

2. CONTENIDOS ESPECIFICOS CURRICULARES PARA CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS

2.1. CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN SALUD PÚBLICA

La prestación de salud pública es el conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actividades dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales. Las prestaciones de salud pública en salud mental y adicciones se ejercerán con un carácter de integralidad y desde la perspectiva de género, a partir de las estructuras de salud pública de las



administraciones centrales y descentralizadas y de la infraestructura de atención del primer nivel de salud y el segundo

escalón del primer nivel a través de sus Centros de Atención Integral Familiar y Comunitaria (CSMC) del Sistema Único de Salud.

La cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del primer nivel de atención incluye los programas de salud pública cuya ejecución se realiza mediante acciones que se aplican a nivel individual por los profesionales de ese nivel asistencial.

Para hacer efectiva esta prestación, la cartera de servicios de salud mental y adicciones de salud pública tiene una doble finalidad:

a) Orientada al diseño e implantación de políticas de salud mental y adicciones, que engloba las siguientes funciones de salud pública: Valoración del estado de la salud mental de la población mediante el análisis de la información obtenida a través de los sistemas de información sobre salud mental y adicciones y la vigilancia en salud pública referida a este área; desarrollo de políticas de salud mental y adicciones; seguimiento y evaluación de riesgos para la salud mental y las adicciones; y la verificación, control e intervención en salud pública en materia de salud mental y adicciones en ejercicio de la autoridad sanitaria.

b) Orientada directamente al ciudadano: Definición de programas para la protección de riesgos para la salud mental y las adicciones, promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y el uso de drogas. El ámbito de ejecución de estos programas será definido por el Ministerio de Salud, los modelos organizativos y recursos. Comprende:

b.1. Programas intersectoriales sobre estilos de vida saludables y otros determinantes del entorno que comportan un riesgo para la salud mental y consumo de drogas.

b.2. Programas transversales que se agrupan en programas y actividades de promoción y prevención de la salud mental y adicciones en las distintas etapas de la vida, programas para grupos de poblaciones vulnerables y en situación de riesgo. Los programas deben estar basados en el mejor conocimiento científico, e incluir: Definición de los criterios de población objetivo, estrategias, actividades y métodos de actuación, calendarios, estándares de calidad, criterios de accesibilidad, efectividad y participación social, y evaluación de los mismos.

1. Información y vigilancia epidemiológica.

1.1 Sistemas de información sanitaria en salud mental y adicciones.

1.1.1 Análisis de los sistemas de información de salud mental y adicciones existentes. Desarrollo de mecanismos para establecer y utilizar los sistemas de información que se consideren necesarios para llevar a cabo las funciones de la salud pública en salud mental y adicciones.



- 1.1.2 Identificación, monitorización y análisis de los determinantes, problemas y necesidades de salud mental y uso de drogas.
- 1.1.3 Informes periódicos sobre el estado de salud mental de la población.
- 1.1.4 Informes específicos sobre problemas de salud mental y consumo de drogas emergentes o relevantes.
- 1.2 Vigilancia en salud pública y sistemas de alerta epidemiológica y respuesta rápida ante alertas y emergencias de salud pública en el ámbito de la salud mental y las adicciones.
 - 1.2.1 Identificación y evaluación de riesgos para la salud mental y adicciones e identificación de situaciones epidémicas, alertas, crisis y emergencias sanitarias
 - 1.2.2 Respuesta ante la aparición de situaciones epidémicas, alertas, crisis, emergencias y desastres sanitarios provocados por la salud mental y/o el uso de drogas.
- 2 Protección de la salud: diseño e implantación de políticas de salud mental y adicciones y ejercicio de la autoridad sanitaria en la materia.
 - 2.1 Diseño e implantación de políticas de salud mental y adicciones para la protección de riesgos para la salud, prevención de trastornos mentales y por uso de drogas y alcohol, y promoción de la salud mental que incluyen:
 - 2.1.1 Identificación de prioridades sanitarias y líneas de actuación.
 - 2.1.2 Promoción y propuesta del desarrollo normativo correspondiente.
 - 2.1.3 Supervisión, evaluación y actualización de normas, reglamentos, programas y protocolos.
 - 2.2 Verificación y control del cumplimiento de la legislación vigente en la materia, criterios y estándares sanitarios, en ejercicio de la autoridad sanitaria.
- 3 Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y del uso de alcohol y otras drogas, así como de las adicciones comportamentales.
 - 3.1 Programas intersectoriales y transversales de promoción y educación para la salud mental y el uso de drogas orientados a la mejora de los estilos de vida.
 - 3.2 Programas de carácter intersectorial de protección de riesgos para la salud mental y prevención de trastornos mentales y adicciones.
 - 3.3 Programas transversales de protección de riesgos para la salud mental y el uso de drogas, de prevención de trastornos mentales y por uso de drogas y alcohol, y de educación y promoción de la salud mental dirigidos a las diferentes etapas de la vida y a la prevención de trastornos mentales y adicciones.
 - 3.4 Programas de prevención y promoción de la salud mental y adicciones dirigidos a grupos de población vulnerables, con necesidades especiales y orientados a eliminar o reducir desigualdades en salud.



4 Protección y promoción de la salud mental y el uso de drogas en el medio laboral.

Programas intersectoriales de promoción de la salud mental y prevención de riesgos y problemas de salud mental y uso de drogas en el entorno laboral.

2.2. PROCEDIMIENTO DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES Y SALUD MENTAL DENTRO DE SISTEMA PÚBLICO DE SALUD.

En este apartado se va a hacer una propuesta de procedimiento de establecimiento de la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones para Salud Pública y la atención sanitaria pública. La cartera de servicios en una condición que impone a cualquier tipo de técnica, tecnología o procedimiento de prevención tratamiento y rehabilitación y reinserción de los trastornos de la salud mental y las adicciones, para ser incluida dentro de los procedimientos de trabajo. Este hecho tiene por objetivo unificar las prestaciones, garantizar las mismas en todo el territorio y garantizar una adecuada relación entre costes y beneficios de dichas prestaciones que son cubiertas por el sistema público de salud mental y adicciones.

El objeto de una cartera de servicios de salud mental y adicciones es garantizar la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria en el Sistema Único de Salud. Para ello se proponen dos objetivos:

- 1.- Establecer el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, en relación con la Salud mental y adicciones.
2. Fijar las bases del procedimiento para la actualización de la cartera de servicios de salud mental y adicciones del Sistema Único de Salud.

2.2.1. CONCEPTO DE CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

La cartera de servicios comunes del Sistema Único de Salud en salud mental y adicciones es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones en salud mental y adicciones.

2.2.2. TITULARES DE LA CARTERA DE SERVICIOS

Son titulares de los derechos a la protección de la salud mental y adicciones y a la atención sanitaria de tales patologías, a través de la cartera de servicios comunes en salud mental y adicciones que se describen aquí, los contemplados en las regulaciones sobre el Sistema Único de salud en la materia.

2.2.3. ACCESO A LA CARTERA DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Los usuarios del Sistema Único de Salud tendrán acceso a la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones, siempre que exista una indicación clínica y sanitaria para ello, en



condiciones de igualdad efectiva, al margen de que se disponga o no de una técnica, tecnología o procedimiento en el ámbito geográfico en el que residan.

Los servicios de salud que no puedan ofrecer alguna de las técnicas, tecnologías o procedimientos contemplados en esta cartera en su ámbito geográfico establecerán los mecanismos necesarios de canalización y remisión de los usuarios que lo precisen al centro o servicio donde les pueda ser facilitado, en coordinación con el servicio de salud que lo proporcione.

2.2.4 CARACTERÍSTICAS DE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

1. Los servicios contenidos en esta cartera tienen la consideración de básicos y comunes, entendiendo por tales los necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios del Sistema Único de Salud.
2. La cartera de servicios comunes del Sistema Único de Salud debe garantizar la atención integral y la continuidad de la asistencia prestada a los usuarios, independientemente del nivel asistencial en el que se les atienda en cada momento.

2.2.5. PERSONAL Y CENTROS AUTORIZADOS

1. Las prestaciones sanitarias, detalladas en la cartera de servicios comunes que se establece en este real decreto, deberán ser realizadas, conforme a las normas de organización, funcionamiento y régimen de los servicios de salud, por los profesionales sanitarios titulados, regulados por la normativa en materia de ordenación de las profesiones sanitarias. Todo ello sin menoscabo de la colaboración de otros profesionales en el ámbito de sus respectivas competencias.

I. Los profesionales tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, evitando su inadecuada utilización. Asimismo, los profesionales tienen el deber de respetar las características psicológicas de los pacientes, su cultural, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y su participación en las decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllas puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones, de acuerdo con lo regulado en la normativa vigente al efecto, que regule la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y respetando la regulación sobre protección de datos de carácter personal.

- II. Los profesionales deben mantener en todo momento la consideración de la perspectiva de género en aplicación de las prestaciones de esta cartera de servicio, teniendo en cuenta especialmente las barreras y problemas de accesibilidad a los centros de tratamientos, y a los procedimientos y técnicas terapéuticas. Así como el deber de considerar las especificidades terapéuticas aplicables en cada tipología de intervenciones por la condición de ser mujer.



2.2.6. CRITERIOS Y REQUISITOS

1. Para la definición, detalle y actualización de la cartera de servicios comunes se tendrá en cuenta la seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad y utilidad terapéuticas de las técnicas, tecnologías y procedimientos, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos vulnerables y de riesgo y las necesidades comunitarias, y su impacto económico y organizativo. Del mismo modo se tendrá en cuenta la perspectiva multicultural en el proceso de actualización de la cartera de servicios.
2. Previamente a su inclusión en la cartera, las técnicas, tecnologías o procedimientos que para su realización precisen utilizar un medicamento de salud mental o adicciones, será preciso que:
 - a) Los medicamentos estén autorizados para su comercialización de acuerdo con la legislación vigente, y se utilicen conforme a las especificaciones de su ficha técnica autorizada.
3. Para ser incluidos como parte de la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del Sistema Único de Salud, las técnicas, tecnologías o procedimientos deberán reunir todos los requisitos siguientes:
 - a) Contribuir de forma eficaz a la prevención, al diagnóstico o al tratamiento de los trastornos de salud mental y adicciones, a la conservación o mejora de la esperanza de vida, y la calidad de vida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVADs).
 - b) Aportar una mejora, en términos de seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia o utilidad demostrada, respecto a otras alternativas facilitadas actualmente.
 - c) Cumplir las exigencias que establezca la legislación vigente en el caso de que incluyan la utilización de medicamentos, productos sanitarios u otros productos.
4. No se incluirán en la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones:
 - a) Aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos para la prevención y tratamiento de la salud mental y las adicciones:
 - 1.º Cuya contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o curación de los trastornos, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía y la calidad de vida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVADs), no esté suficientemente probada.
 - 2.º Que se encuentren en fase de investigación clínica, salvo los autorizados para uso compasivo.
 - 3.º Que no guarden relación con los trastornos de salud mental y adicciones.



4.º Que tengan como finalidad meras actividades índole espiritual, de ocio, descanso, deporte.

b) La realización de valoraciones psicológicas y psiquiátricas y exámenes o pruebas de dicho ámbito voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de terceros.

5. La exclusión de una técnica, tecnología o procedimiento incluido en la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones se llevará a cabo cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

a) Evidenciarse su falta de eficacia, efectividad o eficiencia, o que el balance entre beneficio y riesgo sea significativamente desfavorable.

b) Haber perdido su interés sanitario como consecuencia del desarrollo tecnológico y científico o no haber demostrado su utilidad sanitaria.

c) Dejar de cumplir los requisitos establecidos por la legislación vigente.

2.2.7. CONTENIDO DE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES

El contenido de la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del Sistema Único de Salud correspondiente a las prestaciones de salud pública, atención primaria de primer nivel de salud, Salud mental comunitaria, atención especializada de salud mental y adicciones, atención de urgencia en salud mental y adicciones, y prestación farmacéutica psiquiátrica, se recogen en un apartado final.

2.2.8. ACTUALIZACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

1. La cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del Sistema Único de Salud, se actualizará mediante regulación del Ministerio de Salud.

2. Para incorporar nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos a la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones, o excluir los ya existentes, será necesaria su evaluación por el Ministerio de Salud a través de la Agencia Estatal de Medicamentos y de Tecnologías en Salud.

3. El procedimiento de evaluación para la actualización de la cartera de servicios comunes en salud mental y adicciones, las técnicas, tecnologías o procedimientos relevantes serán aquellos que reúnan, al menos, una de las siguientes características:



- a) Representar una aportación sustancialmente novedosa a la prevención, al diagnóstico, a la terapéutica, a la rehabilitación y reinserción, a la mejora de la esperanza de vida o a la eliminación del dolor y el sufrimiento.
 - b) Modificar de modo significativo las formas o sistemas organizativos de atención a los pacientes.
 - c) Afectar a amplios sectores de población o a grupos de riesgo.
 - d) Suponer un impacto económico significativo en el Sistema Único de Salud.
 - e) Suponer un riesgo para los usuarios o profesionales sanitarios o el medio ambiente.
4. No se aplicará el régimen de actualización a la prestación farmacéutica de salud mental y adicciones, que se regirá por su propia normativa de actualización de fármacos.
 5. Para llevar a cabo la actualización se deberá utilizar el procedimiento de evaluación más adecuado en cada caso que permita conocer el coste, la eficacia, la eficiencia, la efectividad, la seguridad y la utilidad sanitaria de una técnica, tecnología o procedimiento, como informes de evaluación, criterio de expertos, registros evaluativos, usos tutelados u otros. Teniendo en cuenta las evidencias científicas y las repercusiones bioéticas y sociales, el Ministerio de Salud, podrá limitar la incorporación de la técnica, tecnología o procedimiento a la cartera de servicios comunes para indicaciones concretas.

2.2.9. PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

- Las propuestas de actualización se harán por iniciativa del Ministerio de Salud y/o los órganos de coordinación y/o participación que se determinen reglamentariamente.
- El régimen para la tramitación de los expedientes para la actualización de la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones y los criterios para la selección y priorización de las técnicas, tecnologías y procedimientos se establecerán por normativa ministerial.
- La propuesta de inclusión de una nueva técnica, tecnología o procedimiento en la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del Sistema Único de Salud se acompañará de una memoria técnica que recoja los resultados de la evaluación de la Agencia Estatal de Medicamentos y de Tecnologías en Salud, las repercusiones bioéticas y sociales y una memoria económica que contenga la valoración del impacto positivo o negativo que pueda suponer. Si de acuerdo con las estimaciones económicas que se realicen, la introducción de una nueva técnica, tecnología o procedimiento pudiera determinar un incremento del gasto con implicaciones presupuestarias significativas para el Sistema Único de Salud, se analizará por el Ministerio Competente para el estudio de los asuntos con trascendencia presupuestaria para el equilibrio financiero del Sistema Único de Salud o implicaciones económicas significativas, y emitirá un informe preceptivo.



El Ministerio correspondiente trasladará este informe al órgano encargado de velar por el equilibrio financiero del Sistema Único de Salud.

- Finalizada la tramitación de los expedientes, se elevarán éstos a la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, contemplada más adelante, la cual acordará la propuesta que corresponda sobre la inclusión o exclusión de la técnica, tecnología o procedimiento de que se trate.
- La aprobación definitiva de las propuestas que se formulen por dicha Comisión corresponderá al Ministerio de Salud.
- La sistemática para la exclusión de una técnica, tecnología o procedimiento de la cartera de servicios comunes, cuando concurra alguna de las circunstancias recogidas anteriormente, será la misma que la seguida para las inclusiones.

Cuando existan indicios de que una técnica, tecnología o procedimiento tiene un balance entre beneficio y riesgo significativamente desfavorable, el Ministerio de Salud procederá a su exclusión cautelar, poniéndolo en conocimiento de las gobernaciones y municipios de forma inmediata e informando de ello a la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, para que adopten las medidas necesarias.

Simultáneamente, se iniciará la tramitación del expediente que permita ratificar la exclusión cautelar o proponer medidas sobre su utilización o sobre el seguimiento de los pacientes.

En el caso de que lleve aparejada la utilización de un medicamento, producto sanitario u otro tipo de producto sometido a regulación específica, se le aplicará el mecanismo de vigilancia y control de los incidentes que pudieran dar lugar a un riesgo para la salud de los pacientes que establezca la normativa que lo regule.

- El Ministerio de Salud pondrá a disposición de la Agencia Estatal de Medicamentos y de Tecnologías en Salud, un sistema de seguimiento informatizado de solicitudes de actualización de técnicas, tecnologías o procedimientos de salud mental y adicciones, en el que se recogerá la situación y las decisiones adoptadas sobre cada una de las solicitudes. El Ministerio de Salud mantendrá permanentemente actualizada la información de este sistema de seguimiento sobre las técnicas, tecnologías o procedimientos en fase de evaluación y sobre aquéllos que no se ha considerado adecuado incluir, por no reunir los requisitos exigidos.

2.2.10. COMISIÓN DE PRESTACIONES, ASEGURAMIENTO Y FINANCIACIÓN.

1. La participación de las gobernaciones y municipios, y la sociedad civil en la definición y actualización de las prestaciones y la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del Sistema Único de Salud se articulará a través de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, así como de los comités y grupos de trabajo de ella dependientes.



2. La Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación asumirá las siguientes tareas:

- a) El estudio y elevación de las correspondientes propuestas al Ministerio de Salud y órganos del Sistema Único de Salud, sobre las cuestiones que expresamente se le encomienden, relacionadas con el aseguramiento, la ordenación de prestaciones y su financiación.
- b) La valoración de las repercusiones de una técnica, tecnología o procedimiento sobre la salud mental y adicciones de la población, sobre la organización del sistema de atención a las adicciones y salud mental, de las repercusiones éticas, legales y sociales y su impacto económico, de modo que permita realizar las propuestas sobre su posible inclusión en la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del Sistema Único de Salud.
- c) La tramitación de las propuestas sobre actualización de la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del Sistema Único de Salud.
- d) El establecimiento de los requisitos de calidad metodológica y el contenido de los informes de evaluación y los de repercusión económica.
- e) La regulación del acceso a la información del sistema de seguimiento informatizado de solicitudes de actualización.
- f) La elaboración, aprobación y modificación del reglamento de régimen interior de funcionamiento de la Comisión.
- g) La realización de las propuestas de uso tutelado, a iniciativa del Ministerio de Salud o de los órganos de coordinación y/o participación que se determinen reglamentariamente.

2.2.11. SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

En el Ministerio de Salud existirá un sistema de información de cartera de servicios en el que se recogerá el contenido de la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del Sistema Único de Salud. Todo ello sin perjuicio de que los servicios de salud mental y adicciones informen a los usuarios de sus derechos y deberes, de las prestaciones y servicios del Sistema Único de Salud y de los requisitos necesarios para su uso.

2.3. CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE DISPOSITIVOS COMUNITARIOS

Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC)

. - FUNCIONES DE LOS CSMC



. - Este dispositivo tiene como Objetivo General abordar de manera integral la prevención, tratamiento y Reinserción de personas con problemas de salud mental y adicciones, con un abordaje Comunitario y con enfoque en RED.

. - Son dispositivos comunitarios de salud que trabajarán con programas conjuntos con los Gobiernos Autónomos departamentales y Municipales, con participación social y basado en el enfoque de salud pública.

Las funciones de Reinserción de personas con salud mental y adicciones en este nivel estarán íntimamente ligadas a los SEDEGES por su competencia en la gestión de recursos sociales y de empleo.

. - Los usuarios de los CSMC son derivados de los médicos y enfermería de primer nivel de atención, no pudiendo tener una entrada directa, si no es previamente visto y atendido por el primer nivel y en su caso derivado al CSMC para dar entrada al sistema.

. - La población destinataria del CSMC serán, no de modo excluyente, ya que se podrá modificar la cartera de servicios en función de priorizaciones o situación de actuación urgente:

- 1.- Pacientes con trastornos por uso de sustancias, incluido el alcohol y el tabaco. Y todos los síndromes asociados. Excepto patologías orgánicas por uso de drogas y alcohol.
- 2.- Atención a la salud mental. Excepto patologías de índole mental por causas orgánicas.
- 3.- Niños, adolescentes y familias en riesgo social.
- 4.- Programa comunitario de prevención del delito en adolescentes consumidores de drogas y alcohol.
- 5.- Atención de las adicciones y el proceso de reinserción para egresados de la privación de libertad.
- 6.- Atención a las Personas Privadas de Libertad con programas de tratamiento intrapenitenciarios a fin de dar continuidad de tratamiento a la salida en libertad, y como forma de posibilitar cumplimiento de penas alternativas en centros de tratamiento extra penitenciarios.

. - Atención a la mujer víctima de violencia de género.

La atención en este nivel de atención básicamente consiste en dos procesos: uno de ellos y el principal, es la acción con enfoque comunitario en promoción y prevención de la salud mental y adicciones; en la coordinación de programas con los recursos comunitarios (ONG, prisiones, SEDES, SEDEGES, empleo, deportes ...); acción comunitaria para impulsar mejoras estructurales que revierten en la salud mental y uso de drogas. El segundo proceso tiene que ver con el tratamiento de los problemas de salud mental y adicciones, y dentro de ello los procesos de rehabilitación y reinserción.

Conforme a esto, la cartera de servicios que se ofrecen en la intervención comunitaria comprende:



- 1.- Actividades de promoción y prevención de la salud mental comunitarios, con perspectiva de género.
- 2.- Actividades de salida a la comunidad para realizar diagnósticos de vulnerabilidad y definir prioridades de trabajo.
- 3.- Registro de actividad comunitaria.
- 4.- Actividades de evaluación de impacto de programas, un desglose por impacto en género.
- 5.- Reuniones de coordinación para crear y dinamizar redes de trabajo.
- 6.- Intervenciones comunitarias.

Respecto al tratamiento y rehabilitación y reinserción psicosocial comprende:

- 1.- Psicoterapia individual, familiar y grupal. Teniendo en cuenta las exclusiones en técnicas de eficacia no probada o de un coste excesivo: terapias alternativas, psicoanálisis, homeopatía, hipnosis clínica, y otras que deben ser evaluadas por la Agencia Estatal de Medicamentos y de Tecnologías en Salud y emitir informes sobre ello.
- 2.- Consejo psicológico e intervenciones breves.
- 3.- Trabajo formalizado en perspectiva de género de los tratamientos, y emisión de informes de seguimiento.
- 4.- Programas de mejora de habilidades sociales y manejo de los estreses psicosociales.
- 5.- Programas de mejora de habilidades laborales.
- 6.- Programas de rehabilitación y reinserción comunitarios.

La función básica de los dispositivos y programas de rehabilitación y reinserción es la recuperación de capacidades biopsicosociales de los afectados por un problema de salud mental y adicciones, y la facilitación de la adquisición o recuperación de hábitos laborales.

Se trata en componentes como los siguientes:

- Auto cuidados y habilidades básicas para la vida.
- Actividades instrumentales para la vida diaria.
- Psicomotricidad.
- Educación para la salud y psicoeducación.
- Autocontrol y manejo del estrés.
- Habilidades sociales.
- Rehabilitación de déficits cognitivos.
- Educación en el uso del Ocio y Tiempo libre.

2.4. CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (TERCER NIVEL DE ATENCIÓN)

Atención a la salud mental en este nivel comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis, la hipnosis y terapias alternativas), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización.



La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:

7.0 Desintoxicaciones hospitalarias por uso de alcohol y otras drogas.

7.1 Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios de salud mental y adicciones de otros niveles de atención sanitarios y no sanitarios.

7.2 Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.

7.3 Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.

7.4 Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.

7.5 Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/ adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.

7.6 Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.

7.7 Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

2.5. CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

La prestación farmacéutica de salud mental y adicciones comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad. Esta prestación se regirá por lo dispuesto en las regulaciones de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

1. Contenido

1.1 En el caso de pacientes no hospitalizados, la prestación farmacéutica:

1.1.1 Comprende la indicación, prescripción y dispensación de los siguientes productos:

a) Los medicamentos para los que, de acuerdo con la normativa vigente, se resuelva su financiación y condiciones de dispensación en el Sistema Único de Salud y que hayan sido autorizados y registrados por la Agencia Estatal de Medicamentos y de Tecnologías en Salud.

b) Las fórmulas magistrales y los preparados oficinales elaborados por las oficinas de farmacia de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente sobre las normas para su correcta elaboración y control de calidad.

1.1.2 Excluye:

a) Los medicamentos adscritos a los grupos o subgrupos terapéuticos excluidos de la financiación por la normativa vigente.



b) Los medicamentos homeopáticos.

1.2 En el caso de pacientes hospitalizados en el tercer nivel de salud, la prestación farmacéutica de salud mental y adicciones comprende los productos farmacéuticos que necesiten los pacientes conforme se recoge en el apartado correspondiente a la cartera de servicios comunes de atención especializada.

3. Indicación, prescripción y dispensación La prestación farmacéutica de salud mental y adicciones, se ha de proporcionar de acuerdo con criterios que promuevan el uso racional de los medicamentos. De conformidad con la legislación vigente, los médicos, farmacéuticos y demás profesionales sanitarios legalmente capacitados son los responsables, en el ejercicio de su correspondiente actuación profesional vinculada al Sistema Único de Salud, de la indicación, prescripción, dispensación o del seguimiento de los tratamientos, en las dosis precisas y durante el periodo de tiempo adecuado, de acuerdo con la situación clínica de cada paciente. La prescripción de los medicamentos y demás productos incluidos en la prestación farmacéutica de salud mental y adicciones, en el caso de su dispensación a través de oficinas de farmacia, se hará de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente.

2.6.- CONTENIDOS CURRICULARES SOBRE LA ACREDITACIÓN DE CENTROS Y SERVICIOS DEL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL.

La habilitación y la acreditación son un proceso de control de la calidad de las prestaciones. El proceso de acreditación es el último escalón de calidad, y conlleva dos procesos administrativos previos de control de centros y servicios de salud mental y adicciones, que van a posibilitar acceder a la acreditación: la habilitación y la categorización de los centros o servicios.

Clasificación de los centros de atención de salud mental y adicciones susceptibles de que les incumbe la habilitación, certificación y la acreditación.

Los centros y servicios de atención a adicciones y salud mental públicos o privados (incluyendo los programas y unidades intrapenitenciarios) susceptibles de someterse a estos procesos, y que forman parte del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental, son:

1. **Unidades Asistenciales de Adicciones y salud mental:** Son centros, programas y servicios, públicos o privados, que prestan atención a la salud mental y las adicciones o ambas a la vez, que atienden a problemas de adicciones y/o salud mental en régimen ambulatorio, sea comunitario o vinculado a un hospital de modo externo, que realizan actividades de diagnóstico, vigilancia en salud mental y adicciones, y prevención y tratamientos de dichos trastornos. Incluye salud mental y adicciones infanto juvenil, y CSMC.



2. Unidades hospitalarias de atención a trastornos de adicciones y/o salud mental.

Son las que, dentro de un hospital, realizan tratamiento de las salud mental y adicciones, en régimen de estancia breve (estancias medias de 14 días), que comprende también la atención a las urgencias, e interconsultas. En régimen de media estancia y rehabilitación para pacientes generalmente refractarios a diversos tratamientos en numerosos dispositivos, en los que persiste clínica severa que impide su manejo ambulatorio y su adaptación a un entorno social normalizado.

3. Unidades de larga estancia de atención a trastornos de salud mental.

Destinada a pacientes con trastornos mentales severos y alta dependencia psiquiátrica que necesitan de forma prolongada de estabilización sintomática, además de contención conductual y rehabilitación de su funcionamiento psicosocial. Se trata de hospitales y centros de gerontopsiquiatría, retraso mental grave, y trastornos psiquiátricos crónicos.

4. Unidades de día

Son las que, en régimen de estancia de día, realizar tratamientos de salud mental y adicciones (deshabituaciones), terapias de rehabilitación y recuperación. Tratamientos de transición tras ingresos hospitalarios, tratamientos más intensivos. Aquí entran centros de rehabilitación, hospitales de día, centros de día, y otros que no son atención ambulatoria, tanto en el nivel comunitario como segundo nivel.

5. Unidades de Internamiento en Régimen Cerrado para Adicciones (Comunidades Terapéuticas intra y extrapenitenciarias).

Programas de tratamiento de adicciones en régimen cerrado, con objetivos de reconstrucción personal y social, y programas de preparación para el alta e itinerarios individualizados de reinserción.

2.6.1. La Habilitación de Centros y servicios de atención a la Salud Mental y adicciones.

Concepto y órganos competentes

La Habilitación constituye el paso inicial para autorizar el funcionamiento de un centro o servicio, estableciendo los requisitos mínimos o básicos para permitir la apertura y funcionamiento de este. Se orienta principalmente a establecer criterios racionales de infraestructura, y equipamiento requerido de acuerdo con el nivel de atención destinado a ofrecer y controlar su aplicación.

Habilitación y acreditación está a cargo de la autoridad sanitaria, en nuestro caso, el Ministerio de Salud a través del órgano competente. En el caso de Bolivia los órganos competentes en esta



materia son los SEDES departamentales conforme a la regulación al respecto^{48,49}. Como los centros o servicios de atención a salud mental y adicciones son centros sanitarios integrados en el SUS deben regirse por la normativa al respecto ya vigente. Será necesaria una adaptación de la normativa de habilitación y de acreditación a los dispositivos de atención que incumbe la autorización y acreditación.

El documento de referencia actualmente del SEDES SALUD de La Paz, es: REGLAMENTO DE HABILITACIÓN, APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ. SEDES LA PAZ. GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ.

La acreditación de Centros y servicios de atención a la Salud Mental y adicciones.

La acreditación es un proceso continuo que se inicia con la habilitación de los servicios de salud mental y adicciones, pasando por la caracterización y termina en la acreditación. El paso previo a la acreditación que se expone es la habilitación y caracterización.

La acreditación como centro específico de asistencia a las adicciones y salud mental supone el reconocimiento, por parte de la Administración competente en materia de adicciones y salud mental boliviana, del cumplimiento de los requisitos que se establezcan y se regulen por normativa al efecto y, resultado de ello, se reconoce una mayor calidad en el tratamiento de las personas afectadas por problemas salud mental y de abuso y dependencia de drogas.

Modelo propuesta del procedimiento de la acreditación

Condiciones para la acreditación.

La condición de Centros acreditados se podrá obtener siempre que cumplan los requisitos establecidos en la normativa que lo regule. Estos serían:

a) Los centros específicos de asistencia salud mental y adicciones que hayan obtenido previamente la habilitación de funcionamiento en virtud del procedimiento establecido.

⁴⁸ La Ley Marco de Autonomías y descentralización “Andrés Báñez”, prevé competencias concurrentes de los Gobiernos Departamentales Autónomos en Salud, como ser, proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel, Asimismo proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso, el Inc. ñ) numeral 1, párrafo III, Art. 81 de la cita norma prevé como una de sus competencias, el “Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, privados, sin fines de lucro, seguridad social, y prácticas relacionadas con la salud con la aplicación de normas nacionales”. Asimismo, la disposición transitoria décima segunda, párrafo II Numeral 3 dispone que la vigencia del Decreto Supremo N° 25233, de 27 de noviembre de 1998 que crea el Servicio Departamental de Salud.

⁴⁹ El Decreto Supremo N° 25233 de 30 noviembre de 1998, crea al Servicio Departamental de Salud, que desarrolla sus actividades en el marco del ordenamiento legal que rige el Sistema Nacional de Salud, dictado por el órgano rector-normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular la estrategia, políticas, planes y programas nacionales, así como de dictar las normas que rigen el Sistema Nacional de Salud, asimismo el Director Técnico, se constituye el nivel superior de decisión, responsable de dirigir las actividades, articular el servicio con la estructura general de la Gobernación, integrar mecanismos de concertación y coordinación interinstitucional a nivel departamental, articular al Servicio con instancias técnicas del Ministerio de Salud; se dispone en su Art. 3º “(Misión Institucional) El SEDES, en cada Departamento, tiene como misión fundamental: Inc. a) Ejercer como Autoridad de Salud en el ámbito departamental. Inc. d) Velar por la calidad de los servicios de salud a cargo de prestadores públicos y privados, entre sus principales funciones se establece en el Art. 9. Inc. c) Formular, normar, coordinar, supervisar y evaluar programas y proyectos de salud, que se ejecutan a nivel departamental, Inc. h) Supervisar y evaluar la gestión médico-administrativa de los servicios a cargo de hospitales generales, de especialidad y complejos hospitalarios del Departamento.



- b) Los centros, servicios y establecimientos considerados habilitados para su funcionamiento previamente a la regulación normativa.
- c) Aquéllos excluidos del ámbito de aplicación la normativa de acreditación, aquellos que, siendo centros específicos de asistencia a salud mental y adicciones, de titularidad pública o privada, estén integrados en centros sanitarios o de atención social y se rigen por la correspondiente normativa sectorial de autorización del centro donde se encuentran.

Efectos de la acreditación.

La acreditación como centro específico de asistencia salud mental y adicciones será el único título habilitante para que los centros que atienden estas patologías puedan formar parte el Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y salud mental (SCATASM). Los centros privados al estar acreditados podrán, mediante la formalización de los correspondientes contratos o convenios formar parte del SCATASM. En otro caso no podría contratar ni conveniar con la administración pública. La acreditación como centro específico de asistencia salud mental y adicciones será requisito para que los referidos centros puedan, en su caso, recibir financiación para esta actividad asistencial con cargo a los Presupuestos Generales del Ministerio de Salud u otro órgano competente.

Período de vigencia y revocación de la acreditación.

1. La acreditación tendrá una vigencia de tres años contados desde la fecha de su otorgamiento y podrá renovarse mediante solicitud presentada con, al menos, tres meses de antelación respecto a la fecha de terminación de su vigencia, siguiendo los mismos trámites que para la solicitud inicial. La no solicitud de renovación de la acreditación determinará que, al término de su vigencia, el centro o servicio pierda la condición de centro acreditado a todos los efectos que sean pertinentes.
2. Los centros específicos de asistencia a salud mental y adicciones acreditados tendrán la obligación de informar al órgano competente en materia de salud mental y adicciones del Ministerio de salud, de todos aquellos cambios que impliquen una modificación en las condiciones que posibilitaron el otorgamiento de la acreditación.

El incumplimiento de dichas condiciones conllevará la revocación de la acreditación que será acordada por el titular del Ministerio competente en materia de salud mental y adicciones, previa tramitación del oportuno procedimiento, que se iniciará como resultado de inspección previa realizada por el órgano competente, de oficio, a instancia de otro departamento público o previa denuncia de particulares, y en el que, en todo caso, se garantizará la audiencia del interesado.

Requisitos para la acreditación como centro o servicio específico de asistencia a adicciones y/o salud mental

Requisitos de organización.

Los centro o servicio específico de asistencia a adicciones y/o salud mental que deseen obtener su acreditación como tales, deberán:



1. Contar con documentación escrita para la gestión de procesos y procedimientos que formen parte de su oferta asistencial y otros que se determinen reglamentariamente.
2. Disponer de protocolos estandarizados de actuación basados en la evidencia científica para desarrollar los principales procesos y procedimientos asistenciales.
3. Disponer de métodos e instrumentos de evaluación diagnóstica de fiabilidad y validez contrastada.
4. Contar con un sistema de información, evaluación y control de la actividad asistencial, basado en indicadores objetivos, incluyendo el grado de satisfacción de profesionales y usuarios.
5. Contar con un plan de capacitación y formación continua del personal en materias relacionadas con su actividad.
6. Disponer de sistemas de gestión informática de los procesos y procedimientos asistenciales que faciliten la coordinación en el SCATASM.

Requisitos relativos a los medios humanos.

Los centro o servicio específico de asistencia a adicciones y/o salud mental que deseen obtener su acreditación como tales deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a) Todo el personal de plantilla deberá contar con formación especializada en adicciones y salud mental, y su dedicación en ningún caso será inferior a media jornada.
- b) En ningún caso el personal voluntario asumirá las responsabilidades inherentes al personal de plantilla, rigiéndose su participación por la normativa vigente en materia de voluntariado, y realizándose bajo la supervisión y control de ese personal de plantilla.
- c) Los centros y servicios de asistencia en régimen residencial (Comunidades terapéuticas) contarán con un educador, terapeuta o monitor por cada 10 pacientes, que garanticen el servicio con carácter permanente.

Requisitos de las instalaciones.

1. Los centro o servicio específico de asistencia a adicciones y/o salud mental que deseen obtener la acreditación contarán en todo caso con las siguientes instalaciones:

- a) Área de asistencia especializada, dotada como mínimo con:
 - Un despacho para cada titulado superior o de grado medio con el mismo horario de uso, cuya superficie útil no sea inferior a 8 metros cuadrados.
 - Sala para reuniones de equipo.
 - Sala de grupos.
 - Zona para toma de muestras.
 - Zona de seguridad para la custodia de medicamentos.
 - Los centros específicos en régimen de día y ambulatorios, y en régimen de internamiento, deberán contar, además, con una sala para la realización colectiva de actividades ocupacionales con una superficie útil como mínimo de 12 metros cuadrados.
- b) Área administrativa y de servicios generales con espacios destinados a:
 - Recepción, dirección, administración y gestión, con capacidad y medios para la debida custodia de historias clínicas, documentos, ficheros y demás soportes documentales propios del centro, servicio o establecimiento.



- Aseos para las personas usuarias, diferenciados por sexo, dotados de inodoro y lavabo.
- Aseos para el personal, dotados de inodoro y lavabo en todos los casos y, cuando se trate de centros de internamiento, además, ducha y vestuario con taquillas individualizadas.

2. Los Centros específicos en régimen de internamiento deberán contar, además de con lo exigido en el apartado anterior, con las siguientes instalaciones:

a) Área residencial:

El área residencial comprende las zonas donde el usuario desarrolla su vida individual y social, incluyendo los espacios destinados a alojamiento, manutención, convivencia y otras necesidades básicas. Su dotación mínima será la siguiente:

- Dormitorios individuales o dobles. Excepcionalmente, y en una proporción no superior al 20%, se podrá contar con dormitorios colectivos, que en ningún caso superará las cuatro plazas por dormitorio. La superficie útil de los dormitorios no será inferior a 8 metros cuadrados para habitaciones individuales, 12 metros cuadrados para habitaciones dobles, 16 metros cuadrados para habitaciones triples y 20 metros cuadrados para habitaciones cuádruples. Cada usuario dispondrá en su dormitorio de cama y armario para guardar sus enseres y objetos personales.
- Puesto de guardia para el profesional de control nocturno con línea telefónica externa.
- Aseos para los usuarios, diferenciados por sexo cuando sean colectivos, a razón como mínimo de un inodoro, lavabo y ducha para cada dos personas. Todos los aseos dispondrán de toma de corriente, espejo y cortina para la ducha.
- Comedor con capacidad y características que permitan el acceso de los residentes, en su totalidad o por turnos, a los servicios de desayuno, comida, merienda y cena. Estos servicios se realizarán mediante menús variados que garanticen, en todo caso, el aporte dietético y calórico adecuado y con posibilidad de regímenes especiales para los pacientes que lo precisen.
- Sala de estar con televisión, video, periódicos, revistas, libros y juegos de mesa.
- Gimnasio y/o zona equipada para la realización de actividades deportivas en instalaciones propias o externas.
- Teléfono público.

b) Área de servicios generales, que comprenderá espacios equipados para cocina, cadena de frío para la conservación de alimentos, lavandería, almacenes, limpieza y otros de características similares. Estos servicios se podrán prestar por medios externos al centro específico de asistencia a drogodependientes.

c) El centro residencial deberá disponer de servicio de transporte con objeto de poder trasladar a los residentes a centros sanitarios y órganos judiciales, cuando sea necesario.

Procedimiento para el otorgamiento y renovación de la acreditación

Inicio.

1. El procedimiento se iniciará mediante solicitud presentada por la persona titular o por el representante legal de la entidad gestora del centro o servicio específico de asistencia a adicciones y/o salud mental.
2. Las solicitudes deberán ajustarse al modelo normalizado que estará disponible según se determine.



3. Las solicitudes se acompañarán de los documentos que seguidamente se detallan, excepto aquellos que, conforme a la declaración que figura en el modelo de solicitud, obran ya en poder de esta Administración, siempre que no hayan sufrido modificaciones:

- a) Poder de representación del solicitante para la realización del procedimiento.
- b) Relativa a la organización:
 - Guía de gestión de procesos y procedimientos de aplicación en el centro asistencial, así como su documentación de desarrollo.
 - Memoria asistencial del último año.
 - Plan de formación continua del personal.
- c) Relativa a los medios personales:
 - Relación de profesionales del centro asistencial, según Anexo, firmado por el director o representante legal de la entidad.
 - Titulación y currículum formativo en materia de adicciones y salud mental del personal de plantilla.
- d) Relativa a las instalaciones:
 - Plano de superficies del centro asistencial, firmado por un técnico.

Instrucción.

1. Será órgano competente para la instrucción del procedimiento el que tenga la competencia de salud mental y adicciones.
2. Recibidas las solicitudes, verificará que las mismas reúnen los requisitos exigidos y que, asimismo, van acompañadas de la documentación requerida. Si se apreciase que la documentación presentada adolece de defectos formales por no cumplir los requisitos establecidos o por no ir acompañada de alguno de los documentos requeridos, de acuerdo con el procedimiento administrativo se requerirá al solicitante para que, en el plazo de diez días hábiles contados a partir del día siguiente al de la notificación del requerimiento, subsane la falta o acompañe los documentos preceptivos, con indicación de que, si así no lo hiciere, se le tendrá por desistido de su petición, previa resolución dictada al efecto, conforme se determine, por el órgano competente.

2.7. PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ENTRE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD Y CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS.

Los procesos de referencia y contrarreferencia dentro de Sistema Comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental (SCATASM), tienen como finalidad regular los criterios de derivación entre dispositivos de la Red de atención y a su vez optimizar la oferta terapéutica para hacerla más eficiente y eficaz.

En el ámbito de la Salud mental y las adicciones, como problemas de salud pública que son y al ser objeto de la atención dentro del SUS, debe regirse por las normas nacionales de referencia y contrarreferencia generales en cuanto a los procedimientos y el marco de las mismas. En concreto, será la NORMA NACIONAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, aprobada por decreto ministerial 093 de, 30 de enero de 2013.



En salud mental y adicciones los procesos de referencia más importantes son los que se producen entre el primer nivel de salud y la atención especializada en salud mental y adicciones de segundo escalón del primer nivel de salud que son los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), y a su vez los que se producen entre este dispositivo y los dispositivos de segundo nivel y tercer nivel de atención en salud mental y adicciones.

Los procedimientos de referencia y contrarreferencia requieren un proceso de consenso entre los diferentes niveles de atención, ya que no sólo afectan en su formulación los aspectos clínicos, si no otros referidos a la carga asistencial y aspectos organizativos de la Red de atención, así como el rol de los recursos comunitarios no públicos de ayuda.

Por ello el trabajo de conformar unos protocolos de referencia y contrarreferencia requiere un proceso con unos pasos:

- 1.- Haber definido la cartera de servicios de cada nivel de atención previamente.
- 2.- Definir la casuística de trastornos más prevalentes de salud mental y adicciones que van a ser objeto de la mayor parte de los procesos de referencia y contrarreferencia.
- 3.- Establecer los recursos materiales y humanos para cada nivel que pueden dar respuesta a la demanda que se plantee.
- 4.- Formular un conjunto de criterios clínicos de referencia a cada nivel de atención.
- 5.- Establecer el mecanismo administrativo de referencia y contrarreferencia.
- 6.- Establecer un procedimiento de monitoreo y evaluación periódica de la corrección del procedimiento implantado.

A modo de orientación, exponemos los criterios de referencia entre el primer nivel de atención y los CSMC según las patologías más prevalentes en atención primaria de salud:

El abordaje de los trastornos de salud mental en el contexto de la atención primaria es fundamental, pues la atención primaria es la puerta de entrada de la gran mayoría de pacientes al sistema de salud. Se ha calculado que los centros de atención primaria atienden anualmente entre el 70-90% de su población y diferentes estudios indican que los trastornos mentales ocupan aproximadamente un 30% de los problemas de salud atendidos en atención primaria.

Los trastornos mentales tienen una elevada morbilidad entre los pacientes de atención primaria⁵⁰. Diversos estudios epidemiológicos sitúan su prevalencia en la práctica médica general entre el 25% y el 40%, y pueden llegar al 68% en hiperfrecuentadores. De estos pacientes, sólo llega a consultas de salud mental (SM) el 5-10%.

⁵⁰ Concepto y clasificación. Aspectos epidemiológicos y significado socioeconómico de la depresión. Salud Rural 1999;3:1-6.



Propuesta de criterios de referencia de pacientes desde primer nivel de salud a salud mental y adicciones

REFERENCIA URGENTE

- Episodios de agitación psicomotriz de etiología psiquiátrica.
- Conductas heteroagresivas graves en las que se sospecha la existencia de patología mental.
- Riesgo autolítico a corto plazo (no solo ideas pasivas de muerte).
- Episodios maníacos.
- Episodios psicóticos agudos.
- Riesgo vital en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria o restricción de la alimentación asociada a patología mental.

Abordaje terapéutico desde el primer nivel de salud:

1. En todos estos casos está indicado derivar al paciente al servicio de urgencias de psiquiatría del hospital de referencia para valoración del cuadro.
2. Si se precisa descartar posible patología orgánica subyacente o realizarse primero una intervención somática (por ejemplo, en caso de ingesta medicamentosa o lesiones físicas), deberá ser remitido primeramente a un servicio de urgencias generales (en Centro de Salud u Hospital General).
Las condiciones de un CSMSC no hacen posible, salvo excepciones, una intervención adecuada en estas situaciones.

REFERENCIA PREFERENTE

1. Episodios hipomaníacos.
2. Episodios depresivos graves (con riesgo autolítico a medio plazo, ideas delirantes, alteración importante de los ritmos biológicos, aislamiento marcado, abandono de autocuidados, etc.).
3. Depresión posparto.
4. Trastornos psicóticos: primeros episodios o descompensaciones de casos conocidos (siempre que no cumplan criterios de derivación urgente).

REFERENCIA ORDINARIA

En ausencia de los criterios anteriormente expuestos, se realizará derivación ordinaria a Salud Mental.

A continuación, se desglosan las recomendaciones de referencia por patologías, a lo que cabe añadir que estaría indicada la referencia en aquellos casos en que exista comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos que influyan en la falta de respuesta terapéutica y/o dificulten la relación médico-paciente o en los que haya presencia de embarazo o patologías orgánicas graves que compliquen el manejo farmacológico.



TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS Y ADICCIONES COMPORTAMENTALES

- Los cuadros de abuso y dependencia de alcohol u otras sustancias, y juego patológico se deben remitir los CSMC. El uso perjudicial/abuso de alcohol no complicado puede ser tratado en Atención Primaria.
- Los ingresos hospitalarios para desintoxicación (Unidad de Desintoxicación Hospitalaria) se realizan desde el CSMC y siempre de forma programada. La demanda por parte del paciente de un ingreso para desintoxicación no es una urgencia por sí misma y ha de ser evaluada en el CSMC.
- Si existe un trastorno psiquiátrico comórbido al trastorno adictivo (patología dual), se suele plantear una intervención de trabajo en el programa de patología dual de los CSMC.

TRASTORNOS PSICÓTICOS Y TRASTORNO BIPOLAR

- El tratamiento de estas patologías se debe hacer siempre en dispositivos especializados. Se recomienda referenciar de forma ordinaria aquellos casos en los que el paciente se encuentre estabilizado y presente una buena adherencia al tratamiento. En el resto de los casos se recomienda referencia preferente o urgente (ver criterios de referencia urgente y preferente).
- Desde el primer nivel de salud, puede contribuirse de forma relevante al abordaje de estas patologías mediante:
 1. Identificación precoz de síntomas de inicio o descompensación para derivación urgente o preferente a CSMC u Hospital.
 2. Fomento de la adherencia terapéutica y continuidad de cuidados.
 3. Control de salud general (complementariamente con el psiquiatra).
 4. Identificación de efectos secundarios de la medicación y conocimiento de las interacciones, en especial del litio.
- Vigilancia de posible comorbilidad con abusos de sustancias u otros trastornos que compliquen el cuadro.
- Destacar la importancia del apoyo familiar. Apoyo al entorno y detección en el mismo de consecuencias de la enfermedad.

TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Es recomendable un abordaje en primer nivel de salud.

- Trastornos adaptativos
 - Son, por definición, leves y reactivos a estresores y tienden a remitir tras semanas o pocos meses de la desaparición del estresor.
 - En algunos casos se puede pautar benzodiacepinas para un alivio sintomático (ansiedad, insomnio). En aquellos casos en que la clínica (depresiva, ansiosa o conductual) sea evidente y/o mantenida estaría indicado tratamiento con fármacos



antidepresivos.

— Derivación a CSMC en los casos en que haya mala evolución o cronificación.

- Duelos (fallecimientos, rupturas de pareja...)

— Son procesos normales (no patológicos), que precisan habitualmente meses para su elaboración. Por norma general debe evitarse la medicalización, salvo tratamiento hipnótico en los casos en que haya alteraciones del sueño persistentes que no respondan a medidas de higiene del sueño.

— Derivación a CSMC solo si la afectación es grave (“duelo complicado”) o muy prolongada.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Atención Primaria constituye el medio asistencial fundamental para la detección precoz, tratamiento y seguimiento de la mayoría de los casos.

- Distimia

— Síntomas depresivos y ansiosos de intensidad leve y de curso crónico.

— Dado que la respuesta a los medicamentos es limitada y que el tratamiento suele ser prolongado (crónico), se recomienda un uso moderado del tratamiento farmacológico (antidepresivos fundamentalmente).

— Abordaje en primer nivel de atención. Derivación a atención especializada de Salud Mental en caso de ausencia de respuesta terapéutica o importante repercusión funcional.

- T. depresivo mayor (TDM), episodios depresivos leves o moderados.

— Abordaje en primer nivel de salud, salvo que existan criterios de urgencia o preferencia o haya persistencia en el tiempo (depresión resistente) o recaídas a pesar de haber realizado al menos dos pautas de tratamiento apropiadas (antidepresivo a dosis terapéuticas durante un mínimo de 6 semanas; en caso de respuesta parcial se recomienda aumentar dosis (dosis media/alta) o complementar con otro antidepresivo y, en caso de ausencia de respuesta, realizar el mismo proceso con un antidepresivo de diferente perfil). Es necesario, además, haber comprobado una buena cumplimentación del tratamiento por parte del paciente.

- TDM, episodios depresivos graves:

— Presencia de síntomas psicóticos, riesgo suicida, inhibición marcada o agitación, alteraciones conductuales graves, deterioro severo del autocuidado y la alimentación.

— Derivación a atención especializada de salud mental. En algunos casos se recomienda derivación preferente o urgente (ver criterios de derivación).



TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- Trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada [TAG]:
 - Se recomienda tratamiento en primer nivel de atención de salud.
 - Los casos en que los síntomas persistan pese a dos pautas de tratamiento se remitirán al CSMC de forma ordinaria.
- Fobias (agorafobia, fobia específica, fobia social), trastorno por estrés postraumático [TEPT], trastorno obsesivo-compulsivo [TOC]:
 - Se recomienda, por lo general, derivación a CSMC de forma ordinaria (salvo presencia de criterios de urgencia o preferencia; véase apartado correspondiente).

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

(T. de somatización, T. de conversión, T. por dolor, Hipocondría, Dismorfofobia)

- Se requiere descartar completamente una etiología “orgánica”, para lo cual puede ser necesario derivar a la especialidad médica correspondiente (Neurología, Medicina Interna, etc.).
- La derivación a Salud Mental se realizará, una vez esté completo el estudio correspondiente, en los casos en que los síntomas persistan durante meses o en los que la intensidad o repercusión funcional sean elevadas o existan dudas diagnósticas con cuadros más graves.
- El trastorno dismórfico corporal (dismorfofobia) requiere derivación a CSMC.
- En algunos casos son beneficiosas las consultas de médico a médico, evitando derivaciones y multiplicidad de atenciones y criterios, que suelen tener efecto perjudicial en estos pacientes.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

- Los TCA (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, otros) deben ser remitidos al CSMC.
- Se recomienda monitorización de IMC, analítica y estado de salud general desde primer nivel de salud.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

- Se consideran tratables en primer nivel de salud, salvo que haya repercusiones severas y persistencia de síntomas a pesar de haber instaurado pautas terapéuticas adecuadas (medidas de higiene del sueño y fármacos hipnóticos).
-
- La patología primaria del sueño se estudia y trata en unidades específicas si las hubiere.



PROBLEMAS DE PAREJA, DISFUNCIÓN SEXUAL O TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

- Derivación a dispositivos específicos si los hubiere.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD:

- Aunque desde el primer nivel de salud es recomendable tener conocimientos sobre las características de este tipo de trastornos, el abordaje de estos pacientes debe realizarse en los servicios específicos de salud mental (CSMC).

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

- Los pacientes en seguimiento en dispositivos pediátricos que por edad han de pasar a centros de adultos deben ser remitidos a CSMC de forma ordinaria.
- Los pacientes adolescentes o adultos en los que se sospecha un TDAH no diagnosticado o que tienen el trastorno sin tratar, deben ser remitidos a CSMC de forma ordinaria.

RETRASO MENTAL, TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA:

- La mayoría de los pacientes con estas patologías no precisan, en principio, un seguimiento específico en dispositivos de salud mental, pudiendo ser remitidos, si se estima oportuno, a los recursos sociosanitarios existentes públicos o privados.
- Deben ser remitidos a CSMC aquellos pacientes que presenten problemas conductuales significativos o que presenten algún trastorno psiquiátrico comórbido.

Los Criterios referidos a la contrarreferencia debe regirse por el procedimiento pactado entre servicios, y los procedimientos administrativos establecidos para ello, conforme a la norma estatal citada anteriormente.

Como criterios generales la contrarreferencia es el proceso de devolución del paciente al dispositivo que lo referenció una vez cumplidos los objetivos terapéuticos que motivaron su remisión.

La contrarreferencia debe realizarse cuando:

- 1.- Se realizó la estabilización sintomatológica del paciente.
- 2.- Se realizaron las pruebas diagnósticas oportunas del nivel tercero de atención.
- 3.- Una vez realizado procedimiento de desintoxicación.



- 4.- Cuando la continuidad de cuidados aconseja la remisión a un dispositivo intermedio o comunitario de atención.
- 5.- El CSMC es el centro de referencia y de contrarreferencia de salud mental y adicciones dentro del área de salud correspondiente, por ello debe ser siempre el centro receptor del paciente.
- 6.- La contrarreferencia debe tener en cuenta que se debe acompañar al usuario y su familiar en el proceso de vuelta al CSMC, en especial en situaciones de falta de apoyo social y familiar el paciente.

2.8. ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD TÉCNICA Y LA EFICACIA Y EFICIENCIA DE LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS

Desde el punto de vista de que los servicios de salud mental y adicciones, en especial los CSMC, por su papel central en el Sistema Comunitario de Atención y Tratamientos de Adicciones y Salud Mental (SCATASM), el aseguramiento de la Calidad tiene que ver con diferentes aspectos de la prestación del servicio preventivo o asistencial, rehabilitador o de reinserción, que van desde aspectos físicos de los servicios, de formalización de procedimientos administrativos y técnicos, medidas de mejora de accesibilidad, de respeto de derechos humanos, de respeto de perspectiva de género, entre otros aspectos. Todo ello, como se ha comentado antes, está recogido en gran medida en los requisitos de la acreditación de servicios de salud mental y adicciones.

Requisitos de la calidad científico-técnica en salud mental y adicciones

Sin embargo, la calidad científico-técnica es esencial en los servicios de salud mental y adicciones, máxime cuando es un ámbito de la salud en el que se usan metodologías, técnicas y procedimientos terapéuticos, y preventivos que no disponen de un sustento científico avalado en cuanto a la eficacia de dichas técnicas.

- Por ello, un Sistema de prevención y tratamiento de salud mental y adicciones debe disponer de un procedimiento de que permita a los profesionales que trabajan en él, pero no sólo a ellos, también a los gestores y planificadores, disponer de la información actualizada de los procedimientos clínicos, preventivos, rehabilitadores y de reinserción cuya eficacia esta probada y en qué nivel de evidencia.
- En un segundo momento, se deben llevar al terreno las buenas prácticas. Para ello se debe trabajar en que los clínicos y otros profesionales y gestores y planificadores, venzan las resistencias al cambio que suele acompañar en estos procesos de cambio.
- En un tercer momento, debemos generar una cultura de evaluación de las practicas nuevas y las que se están desarrollando habitualmente, de modo que permita descartar las practicas no eficaces en el terreno, y también poco eficientes. Aspecto este último es clave en las políticas públicas ya que los recursos son limitados.



- En un cuarto momento, debemos monitorear que se estén desarrollando las mejores prácticas en los servicios, y que exista una cultura de la excelencia en la práctica clínica, de planificación y de gestión, mediante capacitaciones continuadas y sesiones de trabajo en calidad preventiva y asistencial.

Organización de un sistema de aseguramiento de la calidad científico-técnica

- En primer lugar, se debe obtener en colaboración con universidades, centros de evaluación de tecnologías sanitarias, centros de búsqueda de datos y otros, una colaboración para recabar cada cierto tiempo la bibliografía más relevante en salud mental y adicciones. En especial lo referido a eficacia de programa o su impacto, y resultados de evaluación de técnicas y procedimientos. Idealmente evaluaciones de tecnologías y
- metaanálisis de resultados de programas, practicas preventivas y clínicas, programas de rehabilitación y de reinserción, es la mejor forma de conocer el estado de situación.
- Esta información debe ser organizada y puesta a disposición de los profesionales de Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento en Salud Mental y Adicciones (SCATASM), gestores y planificadores. Se recomienda un repositorio de información que se actualiza periódicamente, que puede estar disponible en red para todos los interesados.
- Hay bancos de instrumentos y publicaciones que analizan la evidencia en prevención y tratamiento que pueden ser de referencia porque actualizan esta información sobre programas de prevención y tratamiento basados en evidencia o en pruebas:

<http://copolad.eu/es/herramientas/banco-de-instrumentos>

<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php>

[https://www.unodc.org/documents/UNODC-WHO International Treatment Standards Spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/UNODC-WHO%20International%20Treatment%20Standards%20Spanish.pdf)

E. Becoña Iglesias; M. Cortés Tomás: GUÍA CLÍNICA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADICCIONES. Socidrogalcohol 2008

https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podata_1_17_14.pdf

(Evidencia en tratamientos de adicciones jóvenes)

https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

[http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2019/07/GPC_453_TMG_ICs compl.pdf](http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2019/07/GPC_453_TMG_ICs_compl.pdf)

(guía clínica intervención psicosocial Trastorno mental grave)



- ✚ Constituir una Comisión de calidad del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de las Adicciones y la Salud Mental (SCATASM) que vele por la calidad en general de la prevención y atención a los problemas de salud mental y adicciones. Debe formular su régimen de funcionamiento.
- ✚ Poner en marcha una estrategia de evaluación de los servicios de prevención y atención basada en investigación aplicada con enfoque experimental para validar la eficacia y eficiencia de los tratamientos y programas. Para ello se precisa colaboraciones como universidades y otros centros de investigación para articular un plan de estudios de eficacia y eficiencia de los servicios.

2.9. PROGRAMAS DE ATENCION EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

2.9.1. Programa de salud mental y uso de alcohol y drogas para niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad y en conflicto con la ley.

El primer nivel de atención en salud y de salud mentales, es un escenario muy fértil para el trabajo en salud mental infanto juvenil. Desde la detección de dificultades del desarrollo en los controles de niño sano hasta la aparición de conductas de riesgo en adolescentes. Existe el desafío de articular las respuestas del sistema sanitario, que suelen ser más eficaces cuanto antes se detecte el problema.

Es importante tener presente que los diagnósticos en la infancia y adolescencia deberán considerarse transitorios, no definitivos, ya que se trata de sujetos en desarrollo. No obstante, la detección temprana de las distintas problemáticas permitirá llevar a cabo intervenciones eficaces que le asegurarán al niño y adolescente un adecuado crecimiento.

Desde un modelo de atención comunitaria, el objetivo de trabajar con la población infanto juvenil es servir como elemento de apoyo a la red integrada de salud mental con base en la comunidad, para garantizar la continuidad asistencial y de cuidado de niños, niñas y adolescentes y de esta manera mejorar su salud y bienestar.

En lo referido a el conflicto con la ley, y el trabajo preventivo de la delincuencia, el CSMC es el lugar idóneo para poder realizar un trabajo comunitario que permita incidir en los determinantes globales, no solo el uso de drogas, que inciden en la marginalidad y el delito.

2.9.2. Programa de privados de libertad y en proceso de reinserción.

Desde la perspectiva del Sistema de Atención de Salud mental y adicciones, la atención a los privados de libertad se desarrolla a través de la coordinación de los centros de menores infractores y cárceles y prisiones en la intervención comunitaria a través del CSMC. Este dispositivo juega el rol de:

- apoyar y articular el cumplimiento de penas fuera de la prisión o el centro aprovechando los recursos comunitarios.
- Promover en coordinación con los centros privativos de libertad medidas alternativas a la prisión.
- Realizar coordinaciones periódicas para preparación para la salida en libertad, y la elaboración de itinerarios personalizados de reinserción.



- Cumplir la función de acogida del ex PPL (persona privada de libertad) para asegurar la continuidad de tratamiento de adicción y salud mental e iniciar el proceso de reinserción.

El proceso de tratamiento de salud mental y adicciones para personas privadas de libertad es un conjunto de recursos de atención que se sitúan en diferentes niveles organizativos según su proximidad al usuario, que giran en torno a los Centros privativos de libertad, y que comprende desde dispositivos y programas comunitarios preventivos del delito, hasta la reinserción social; y que trabaja desde la atención a la vulnerabilidad y la consideración de las diferencias de género.

2.9.3. Programa prevención de la violencia de género.

Se persigue brindar atención integral preventiva y curativa a las víctimas de violencia de género. Las acciones del servicio de salud deben estar orientadas a prevenir, detectar, diagnosticar y tratar la violencia, ya que se constituye en un problema de salud pública. Todos los demás servicios deben estar preparados para otorgar la mejor atención posible de acuerdo con sus capacidades resolutorias. El programa se entiende como parte de un continuo que va desde el primer nivel de salud, continua en los CSMC, y sigue hacia los segundos y/o tercer nivel de atención según las necesidades de cada caso. La violencia de género comprende acciones integrales que van desde el tratamiento físico de las secuelas del maltrato de emergencia, el tratamiento psicológico de emergencia, la recuperación física y psicológica, y las tareas de mejora de la autonomía personal afectiva y económico-laboral.

Los objetivos del programa son:

- Organizar internamente en los servicios**, a los equipos de salud para actividades de prevención de la violencia de género.
- Adecuar los equipos de salud en recursos humanos, infraestructura e insumos**, en coordinación con las Autoridades locales de salud y junto a la estructura social de salud más la comunidad organizada (Juntas de Vecinos) para actividades de prevención, detección, atención y diagnóstico de la violencia de género.
- Realizar la adecuación de los equipos de salud para la atención clínica de emergencia** y toma de evidencias de la violencia de género y sexual.
- Organizar el sistema de referencia y contrarreferencia de los equipos de salud para asegurar el seguimiento de las víctimas.**
- Coordinar actividades de diagnóstico y prevención en grupos vulnerables en cada área geográfica** con diversas organizaciones, para asegurar el apoyo a las víctimas de violencia de género de acuerdo a las necesidades de las áreas jurídica o psicosocial.
- Sensibilizar y capacitar al recurso humano en diagnóstico, prevención, atención clínica de emergencia**, toma de evidencias y tratamiento integral de la violencia de género.



2.9.4. Programa de intervención en el medio laboral sobre alcohol y otras drogas.

La intervención en el medio laboral, tanto en prevención como en atención a los problemas, sea público o privado, es un deber inexcusable de la administración sanitaria en materia de salud mental y uso de drogas. No es un medio muy trabajado por las peculiaridades que presenta respecto a otros como el medio comunitario o escolar; por su mayor complejidad por la presencia de múltiples actores, y además en ocasiones con intereses encontrados para implementar acciones preventivas y de tratamiento.

En todo caso debe ser un objetivo de la salud pública en materia de salud mental y adicciones intervenir en este medio.

Se trata de elaborar programas para la prevención y asistencia de los problemas de salud mental y adicciones en este medio, vamos a ver que roles deben asumirse:

- **Desde la salud pública:**

- Planificar la acción global sobre la prevención y asistencia en el medio laboral. Evaluar su cumplimiento.
- Diseñar e implementar los programas de prevención universal, selectiva e indicada en este medio. (hay actividades laborales de riesgo y condiciones de trabajo que favorecen la aparición de estos problemas)
- Implementar un sistema estudios y de información sobre el impacto en este medio de la salud mental y el uso de alcohol, drogas y otras adicciones.
- Articular la participación de los agentes sociales en la política sobre el tema.
- Articular la participación interinstitucional conforme a como se establezca de modo normativo, en especial riesgos laborales, salud laboral, trabajo, salud pública, servicios sociales.
- Hacer seguimiento del tratamiento de la salud mental y las adicciones que se deriva desde las empresas al sistema público o concertado.

- **Desde los Centros de Salud mental comunitarios:**

Articular sobre el terreno el programa de intervención en el medio laboral en las empresas de la zona.

- Apoyar la capacitación de delegados de prevención, servicios médicos de empresa, servicios ajenos, empresarios y trabajadores, en adicciones y medio laboral.
- Recepcionar las demandas de intervención por parte de las empresas conforme al protocolo de referencia establecido.
- Implementar las intervenciones comunitarias oportunas en red con los recursos del área.

2.9.5. Programa de intervención en el medio escolar de promoción y prevención, y asistencia sobre alcohol, y otras drogas.

El Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de las adicciones y la salud mental, por su enfoque comunitario tiene que trabajar en Red con los centros educativos de su área de cobertura. Por el hecho de ser un medio que comprenden la gran mayoría de los niños, los



adolescentes y jóvenes, es un lugar idóneo para trabajar en la prevención de la salud mental y las adicciones y también para intervenir apoyando en casos que se detecten en este medio. En este sentido, las responsabilidades dentro un sistema de prevención y atención de salud mental y adicciones con enfoque comunitario en el medio escolar son:

- **Desde la salud pública:**
 - Planificar la acción global sobre la prevención y asistencia.
 - Evaluar su cumplimiento.
 - Diseñar e implementar los programas de prevención universal, selectiva e indicada.
 - Implementar un sistema de información sobre el impacto en este medio de la salud mental y el uso de alcohol, drogas y otras adicciones.
 - Articular la participación de la sociedad civil en la política sobre el tema.
 - Articular la participación interinstitucional conforme a como se establezca de modo normativo.
 - Elaborar la normativa en materia de alcohol, tabaco, y otras drogas en lo referido a su impacto social y para la salud.
 - Hacer seguimiento del tratamiento de la salud mental y las adicciones, asegurando en especial: la equidad de la atención, la accesibilidad a los servicios, la calidad de la atención, la perspectiva de género y la atención a la vulnerabilidad.
- **Desde los Centros de Salud Mental Comunitaria**
 - Articular sobre el terreno el programa de intervención en el medio escolar que se debe elaborar en coordinación con los centros escolares y autoridades educativas.
 - Apoyar a los centros educativos en la capacitación de maestros y directores en la perspectiva de salud pública en uso de drogas.
 - Recepcionar las demandas de valoración por parte de los centros educativos conforme a protocolo de referencia establecido.
 - Implementar las intervenciones comunitarias oportunas en red con los recursos del área.
 - Desarrollar los tratamientos oportunos cuando sea procedente, así como las referencias oportunas a el nivel secundario y terciario.
 - Contrarreferencia al centro educativo de origen.

2.9.6. Programa de salud mental y adicciones con enfoque multicultural.

En Bolivia la población indígena representa entre 65% y 70% del total. Quechua y Aymará son los pueblos mayoritarios. Existen, además, otros pueblos pequeños, todos poseedores de un gran acervo cultural y étnico. Los recursos comunitarios para la salud mental son particularmente relevantes para la población indígena y comprenden tantos recursos tradicionales, ligados a sus culturas de origen, como nuevas estrategias surgidas de la solidaridad comunitaria. Incorporar el enfoque intercultural en la atención implica que el equipo de salud debe poder leer los problemas de las personas en el marco de sus valores, formas de vida y condiciones sociales, tomando en cuenta los lenguajes de malestar y los recursos locales y la historia de discriminación vinculada a las poblaciones indígenas. Ello



significa un cuestionamiento del modelo convencional desde el cual se ejerce la medicina occidental, caracterizada por una tendencia al etnocentrismo, donde se juzga a las personas de otras culturas desde el punto de vista de nuestros propios códigos culturales, paradigmas y marcos epistemológicos. Aplicar este enfoque implica trascender este paradigma y reconocer que existen otros paradigmas y otros sistemas de salud con sus respectivas formas de entender y resolver los problemas de salud.

El respeto y la consideración de la cosmovisión de los pueblos, sus sistemas de salud, sus conceptos de salud y enfermedad deben incorporarse en el diseño de las políticas públicas. La incorporación de un enfoque intercultural en salud solo tiene significación, en la medida que los equipos de salud reconocen la existencia y visibilizan en el modelo de atención los aportes de las culturas que coexisten en un territorio determinado.

La incorporación de un enfoque intercultural en la atención de salud que brindan los equipos implica que estos deben reconocer la existencia y visibilizar en el modelo de atención, los aportes de las culturas de los pueblos que conviven en un territorio determinado y ver estos aportes como elementos que pueden ayudar a resolver los problemas que tienen las personas y que efectivamente constituye un recurso determinante en el diagnóstico de presencia o ausencia de trastorno mental.

El centro de salud mental comunitaria debe tener un programa específico desde el enfoque multicultural que de respuesta a esta situación diferencial muy significativa en Bolivia.

2.9.7. Programa de intervención de base comunitaria en salud mental ya adicciones: trabajo en redes.

En otro lugar se ha expuesto lo referido a este programa. El Tratamiento Comunitario es un conjunto de acciones, instrumentos, prácticas y conceptos organizados en un proceso que tiene como fin el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que abusan de drogas o tienen problemas de salud mental, en una situación de exclusión social, y el mejoramiento de las condiciones de vida en las comunidades locales en las cuales ellos viven y los operadores trabajan.

El adjetivo comunitario evidencia como este proceso se lleva a cabo en la comunidad local, junto con la comunidad local, por medio de la comunidad local. Se puede decir que se trata de un acercamiento en el cual la institucionalización del “paciente” no es necesaria.

Cuando se habla de comunidad, en su más sencilla definición, nos referimos a un conjunto de redes sociales que definen y animan un territorio delimitado por confines geográficos.

En la actualidad las puertas de entrada en la exclusión social grave son: abuso de drogas y alcohol, HIV-AIDS, ETS, vida en la calle y pobreza y, trabajo sexual en condiciones de alto riesgo y explotación sexual, violencia extrema, entre otros determinantes.

2.9.8. Programa para aplicación de la perspectiva de género en todas las fases de la atención en salud mental y adicciones.

La adopción de una perspectiva de género en salud mental y adicciones significa varias cosas a conseguir, entre ellas están:



- incorporar la perspectiva de género en las actuaciones, los programas, las actuaciones y las políticas de salud mental y drogas.
- Sensibilizar y mejorar los conocimientos en perspectiva de género de los agentes implicados en el prevención y tratamiento de la salud mental y las adicciones.
- Adecuar el material y el contenido de los programas, integrando la perspectiva de género de forma transversal.
- Sensibilizar a los profesionales que participan en el sistema de prevención y tratamiento de la salud mental y las adicciones, y mandos directivos y planificadores en mejorar sus competencias para incorporar la perspectiva de género en la prevención y tratamiento de la salud mental y adicciones.
- Mejorar la atención de las mujeres atendidas en los diferentes programas de salud mental y adicciones y reinserción social, así como en los programas de prevención del delito, de adolescentes y jóvenes en vulnerables, y cualesquiera que se elaboren dentro de los CSMC, de intervención (minimizar los sesgos en el tratamiento: barreras de acceso y mantenimiento) y evitar desigualdades en el tratamiento.

Cuando hablamos de perspectiva de género en el tratamiento de la salud mental y adicciones, nos referimos a garantizar la equidad en la atención entre mujeres y hombres, analizando las particularidades y las necesidades específicas de unos y otros.

Incorporar la perspectiva de género en el tratamiento permite exteriorizar y comprender mejor los diferentes patrones y problemas asociados a la salud mental y al consumo y adaptar los programas para mejorar su eficacia.

Y esto requiere hacer visible el consumo de alcohol y drogas de las mujeres en un ámbito tradicionalmente masculino, y en el medio penitenciario aún más, ya que al analizar las condiciones de vida de las mujeres implica necesariamente estudiar las realidades de los hombres y las complejas relaciones que se desarrollan entre los sexos.

2.9.9. Protocolo de atención a la patología dual.

El diagnóstico dual salud mental y uso de drogas es lo habitual más que una excepción en la atención de estos trastornos. Este hecho aconseja que el abordaje se haga de modo integral de ambos trastornos, especialmente por la gran interacción que se da entre los mismo de modo que uno puede agravar el otro y viceversa, uno puede mejorar al otro. La integración plena en redes de atención de salud mental y adicciones de ambos tipos de trastornos es el presupuesto base del Sistema de prevención y atención de la salud mental y las adicciones.

Por ello se requiere la implementación de una estrategia específica de abordaje de los trastornos duales conforme a la evidencia y recomendaciones en la materia.

2.9.10. Programa de formación continuada para el CSMSC.

Las actividades formativas deben avanzar hacia tres objetivos.

- En primer lugar, **en la adquisición y actualización de conocimientos y habilidades en torno a las áreas prioritizadas** anualmente (como, por ejemplo: la detección precoz de



trastornos psicóticos o el diagnóstico de trastornos del espectro autista, la prevención del suicidio, o la intervención en patología dual).

- En segundo lugar, en el **conocimiento y respeto de los derechos humanos y de los derechos de los usuarios y el impulso a la participación en la toma de decisiones de las personas con trastorno mental y adicciones**; en este sentido, se debe abordar el deber de informar de modo claro y asumible, respetando los tiempos y adecuando el vocabulario, la incorporación de los valores y las creencias, y valores culturales de los usuarios en la toma de decisiones y las habilidades de comunicación y apoyo emocional en situaciones difíciles para facilitar el logro de los objetivos terapéuticos con el paciente. Así como estrategias de acercamiento comunitario como eje principal del trabajo terapéutico.
- En tercer lugar, se plantean **actividades formativas en calidad de los servicios**, encaminadas a avanzar en:
 - implantar una cultura de la evaluación y la mejora continua, para reducir la variabilidad clínica (extensión de la evidencia),
 - identificar riesgos y prevenir daños al paciente como consecuencia de la asistencia sanitaria (seguridad del paciente), y los riesgos y responsabilidades de la intervención comunitaria.
 - para incorporar la perspectiva y experiencia del usuario en la mejora de la organización y en la implementación de programas y acciones (participación y calidad percibida).

2.9.11. Programa de cuidados para los profesionales de los CSMC.

Los profesionales de salud mental y adicciones, en su día a día, toman contacto con problemáticas que implican gran sufrimiento personal, a las que deben atender y encauzar desde su propio estado de salud. Son funcionalmente depositarios de un intenso componente emocional inherente a las características de los usuarios, deben proporcionar contención tanto a usuarios como a familias en situaciones de especial dificultad y dar una respuesta asistencial adecuada para transformar la demanda en respuesta estructurada y estructurante.

En este sentido, se deben tomar **medidas saludables desde prevención de riesgos laborales**, para el cuidado de los profesionales y de los equipos de trabajo, para detectar de forma precoz la aparición de trastornos o situaciones problemáticas y finalmente, para tratar adecuadamente al profesional enfermo y restituir los equipos de trabajo. Del mismo modo proporcionar la atención necesaria para su tratamiento, recuperación y vuelta al trabajo, todo ello desde la máxima confidencialidad.

2.9.12. Programa de impulso de la investigación en los CSMC.

Mantener una adecuada calidad técnica en los programas de prevención de salud mental y adicciones; así como la calidad de los tratamientos mediante una continua actualización de las mejores prácticas según los estudios de eficacia y eficiencia, un objetivo esencial de la investigación en este nivel.



En salud mental y adicciones hay un conocimiento limitado sobre la epidemiología en población general. No se conoce bien los problemas más prevalentes en la población, ni la incidencia en los servicios de atención. De aquí, que la realización de estudios sobre morbilidad sea necesario e imperioso.

Desde otra vertiente hay muchos interrogantes sobre la eficacia en terreno de programas y técnicas que han probado su eficacia en otros contextos, pero que no se han validado en contextos específicos y culturas, y situaciones psicosociales.

Del mismo modo, se sabe más bien poco sobre lo que funciona mejor para mujer u hombre en los programas de prevención por las diferencias que hemos visto en otro apartado más arriba. Del mismo modo sobre los tratamientos clínicos sobre salud mental y adicciones.

En otro orden de prioridades para el sistema de tratamiento, la extensión territorial y el trabajo en poblaciones específicas, hace necesario conocer más sobre cómo trabajar en poblaciones indígenas, en situaciones de gran vulnerabilidad, poblaciones especiales como LGBTI, trabajadoras sexuales.

El enfoque comunitario también impone retos sobre cómo articular programas integrados que obtengan resultados en términos de mejor salud biopsicosocial y cultural.

Todos estos vacíos de conocimiento hacen realmente de los CSMC, el eje del Sistema de Información sobre la salud mental y adicciones, y la estrategia de estudios e investigación.

2.10. DE LA FORMACION Y LA INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

La investigación y los estudios sobre salud mental y adicciones debe ir ligada a la calidad de propio sistema de tratamiento de salud mental y adicciones. Para ello, se propone el órgano que debe articular

la calidad asistencial sea: la **Comisión de calidad del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de las Adicciones y la Salud Mental**.

Entre las funciones que puede asumir con relación a la investigación y estudios estarían:

- Establecer las líneas estratégicas de la investigación en salud mental y adicciones.
- Formular la estrategia bianual de investigación y estudios conforme a las necesidades recogidas en las unidades y servicios de atención, y a las prioridades de búsqueda de eficacia y eficiencia en las prestaciones.
- Construir en su seno un **Comité de Estudios e investigación en Salud Mental y adicciones** que asegure la corrección técnica de las propuestas de investigación que les lleguen, y el cumplimiento de los estándares éticos y legales de las mismas.
- Proponer la estrategia de alianzas para investigación con Universidades, centros de investigación, empresas privadas y públicas, para ser elevada al ministerio competente



para articularse en forma de colaboraciones, convenios singulares, subvenciones competitivas a proyectos etc.

- Convocar subvenciones en concurrencia competitiva, premios e incentivos para la investigación que mejoren la calidad de la prevención y tratamiento de las adicciones.
- En particular; instaurar un premio sobre los estudios de género y salud mental y adicciones.
- Formular y difundir a todos los profesionales y entidades colaboradoras, los estándares de calidad científico-técnica para trabajo en prevención y tratamiento de salud mental y adicciones.
- Coordinar con la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación modificación de los criterios de acreditación de servicios de salud mental y adicciones conforme la consolidación de las practicas preventivas y asistenciales por los estudios e investigaciones.
- Elaborar un mapa de recursos para la investigación en salud mental y de alianzas y fuentes de financiación.

LA FORMACION EN INVESTIGACION EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Una parte esencial de la política en investigación en salud mental y adicciones es la creación de una “cultura” de la investigación. Esto requiere que los profesionales adopten una mirada de curiosidad por su trabajo y generar una capacidad de hacerse preguntas de investigación pertinentes.

Para conseguir esto es esencial introducir en las necesidades de formación anual módulos de investigación con el fin de llegar a la meta de incrementar el número de personas que investigan en Salud Mental, apoyando la formación en metodología de la investigación, en todos los niveles de atención, haciendo especial énfasis en el nivel comunitario y lo tratamientos en CSMC.

LINEAMIENTOS DE LA AGENDA NACIONAL DE INVESTIGACION EN ADICCIONES Y SALUD MENTAL.

Como se ha señalado antes, para poder desarrollar una agenda nacional de investigación en drogas y salud mental, hay que establecer las líneas directrices de la política de investigación. Estas líneas ponen las bases de una agenda nacional operativa y sostenible.

1.- La agenda nacional de investigación sobre adicciones debe estar alineada con el Plan nacional de Ciencia, tecnología e investigación de Bolivia. La salud está integrada como uno de los pilares de dicho plan, y se debe trabajar para que dentro de salud se abra un apartado específico de adicciones y salud mental.

Una agenda independiente de la política global sobre investigación e innovación tendrá mucho más difícil la sostenibilidad. Las herramientas de plan nacional citado aseguran redes de investigación estables, el concurso de las universidades y fuentes de financiación.

2.- El desarrollo de una agenda nacional de investigación en adicciones y salud mental debe ir pareja con el desarrollo del Sistema de tratamiento de salud mental comunitaria y con la



profesionalización y especialización del personal sanitario. Sólo si hay una buena red de atención comunitaria se puede trabajar en una agenda de investigación. El principal beneficiario de una agenda de investigación es la calidad de la atención y del sistema de tratamiento en general.

3.- La investigación en salud mental y adicciones está íntimamente ligada al estudio de los factores de riesgo y factores de contexto de desarrollo educativo, económico, social, cultural. Por ello el estudio de contextos comunitarios de alta vulnerabilidad es indispensable para que se desarrolle una agenda de investigación de impacto.

4.- Es necesario también que la agenda de investigación tenga un enfoque territorial. El conocimiento de la situación de la salud mental y adicciones desde lo local es necesario para que los programas de prevención y tratamiento estén anclados en el territorio con sus particularidades y contextos específicos.

5.- La agenda nacional debe estar transversalizada por la perspectiva de género en todas las líneas de investigación. Tal es así, que debe asegurarse mediante mecanismos de auditoría y control que esto se cumple.

6.- El enfoque multicultural de la agenda de investigación es otros de los lineamientos clave. Se debe diseñar un abordaje de los problemas más importantes para la población indígena, empezando con conocer los determinantes de la vulnerabilidad global y la vulnerabilidad a los problemas de salud mental y adicciones. Así como, estudiar las adaptaciones exitosas para intervenir en este contexto, tanto en prevención como en tratamiento y reinserción.

7.- La Agenda de investigación está íntimamente ligada con la calidad de los servicios de salud mental y adicciones. En especial lo referido a la calidad científico-técnica y la traslación de los resultados de investigación a la práctica preventiva y asistencial. Conocer la eficacia y eficiencia de los programas en contextos reales mediante su evaluación es una de las líneas de investigación más relevantes.

8.- Se debe considerar en la agenda de investigación los grupos etarios: niños, adolescentes y jóvenes, adultos y personas mayores. Las líneas de investigación para dichos grupos son diferentes porque las variables que operan como factores de riesgo y vulnerabilidad son diferentes para cada etapa de la vida y deben ser tenidas en cuenta.

9.- Se debe considerar que la investigación sea principalmente aplicada. Es decir, que los resultados tengan que ver con la práctica y se traduzca en mejoras de los dispositivos de atención y los programas.

10.- Una línea directriz de la agenda de investigación es la capacitación continuada de profesionales de diferentes ámbitos en metodología de investigación: cómo hacer investigación en la práctica cotidiana, y generar una práctica habitual de estudios en el nivel de los dispositivos de salud mental y adicciones. Se debe incentivar que se hagan estudios de impacto, evaluaciones y otro tipo de investigaciones.



11.- La Agenda de investigación es necesario que se desarrolle en íntima relación con la academia. Mediante acuerdos sobre líneas de investigación con departamentos de medicina, psicología, farmacia, sociología, antropología, y otros, se puede diseñar una estrategia comprehensiva de los temas más urgentes para la agenda nacional que deben ser estudiados.

PROPUESTA DE LINEAS DE INVESTIGACION EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Seguidamente expone líneas de investigación que se podrían desarrollar progresivamente mediante la agenda de investigación.

Para la formulación de las líneas de investigación se ha seguido una lógica de agrupación por áreas de interés susceptibles de ser investigadas.

Por otro lado, hay que señalar que la propuesta de agenda de investigación está centrada en el ámbito del conocimiento de la realidad del consumo y de los determinantes del mismo, factores de riesgo y vulnerabilidad, y abordaje de los consumos; dejando a un lado lo referido a reducción de la oferta y todo lo que rodea a ella. Esto es relevante ya que no se han incluido temas de investigación como los referidos a desarrollo alternativo al cultivo de drogas ilegales y temas relacionados. Tampoco se han incluido temas de interdicción y sanciones, por ser parte del control de la oferta igualmente.

LINEA 1: SOBRE DESARROLLO DE INTERVENCION DE BASE COMUNITARIA

Se entiende por tratamientos de base comunitaria (CBT) como el conjunto de acciones, instrumentos, prácticas y conceptos organizados en un proceso que tiene como fin el mejoramiento de las condiciones de vida de los consumidores de drogas en una situación de exclusión social, y el mejoramiento de las condiciones de vida en las comunidades locales en las cuales ellos viven y los operadores trabajan. Sin embargo, este concepto tal y como lo entendemos aquí, se dirige no solo a contextos de alto riesgo y vulnerabilidad para la mejora de calidad de vida y empoderamiento de comunidades.

La comunidad entendida como personas que comparten un territorio y que crean redes de apoyo, y que se relacionan virtualmente también a través de las redes sociales, no son necesariamente de riesgo, pero si están es situaciones de vulnerabilidad por sufrir, en ocasiones una gran presión ambiental hacia el consumo especialmente de drogas legales como alcohol, tabaco y psicofármacos sin receta.

Este tipo de trabajo comunitario es la esencia del nuevo enfoque de la salud mental y adicciones. Tanto desde al primer nivel de salud como desde los dispositivos de atención comunitaria CSMC.

Hay que tener en cuenta que la metodología idónea para este ámbito es la cualitativa como se comentó anteriormente.

Desde este presupuesto las líneas de investigación serian:

1.- Diagnósticos de recursos relacionados con la salud mental y adicciones de la comunidad: para proveer cuidados, nivel de empoderamiento, procesos de participación y apropiación comunitarios, lideres informales.



2.- Diagnóstico de las redes y nodos relacionados con inicio de consumo de drogas y con la continuidad de este.

3.- Estudio de las representaciones sociales sobre las drogas, riesgos y conceptos relacionados, en zonas de riesgo y entornos específicos (policial, indígena, genero, adolescentes y jóvenes, familias, industria del ocio nocturno, ...)

4.- Diagnóstico de factores de riesgo de ambientales y de contexto que promueven el consumo abusivo de alcohol.

5.- Estudio de la exposición a estrategias de industria tabaquera hacia los adolescentes y jóvenes (cigarrillos, cigarrillos electrónicos)

6.- Evaluaciones de impacto de los programas de tratamiento de base comunitaria.

7.- Estudios del impacto de la regulación sobre drogas ilegales en el consumo y en los riesgos derivados de dicha regulación en comunidades específicas vulnerables.

8.- Estudios de impacto de la regulación del alcohol y del tabaco y su control sobre el consumo.

LINEA 2: SOBRE ESTRUCTURA Y CONDICIONES FISICAS Y AMBIENTALES, Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO Y DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

El diseño de los centros de tratamiento específicos de salud mental su ubicación física en lugares independientes del primer nivel de salud o en el mismo centro de salud, son, por poner un ejemplo concreto, variables que pueden tener mucha influencia a la hora de conseguir objetivos de la política de salud mental comunitaria. Los horarios de atención influyen la accesibilidad de grupos como mujeres o poblaciones vulnerables. La existencia de programas domiciliarios o en la comunidad para llegar a las poblaciones que no acuden a los centros. En “nudo gordiano” de esta línea es adaptar los servicios a las necesidades de la población. Eliminar barreras de acceso de la mujer. Diseñar dispositivos para adolescentes y jóvenes que faciliten su uso, dado que esta población no frecuenta los servicios de atención con relación a otros grupos etarios. Adaptar los servicios a la idiosincrasia de las poblaciones indígenas o muy marginales.

La recopilación de la actividad asistencial y sobre los usuarios de los centros y programas, es una fuente de investigación y estudios para poder reprogramar acciones, estrategias, programas en función de lo que llega a tratamiento.

Desde este presupuesto las líneas de investigación serían:

1.- Estudios de mejora de condiciones físicas y organizativas para aumentar la accesibilidad a los servicios de salud mental y adicciones. Teniendo en cuenta las barreras de género, vulnerabilidad, culturales y otras.



2.- Diseño de consultas para jóvenes que favorezcan el acceso a los programas de prevención y de tratamiento.

3.- Diseño de servicios de salud mental y adicciones que minimicen las barreras para el acceso de la mujer.

4.- Estudio de estrategias de coordinación con el primer nivel de salud, con la comunidad, y centros especiales como los de privados de libertad, los centros o programas de rehabilitación y de reinserción.

5.- Estudios sobre los perfiles epidemiológicos, cargas de trabajo generadas, y estudios de coste efectividad de programas de tratamiento, recogidos por los sistemas de información de salud mental y adicciones.

6.- Estudios de eficacia para el uso de tecnologías de la información y comunicación en el tratamiento a distancia de problemas de salud mental y adicciones, en poblaciones de núcleos aislados o de difícil acceso a centros de tratamiento.

LINEA 3: SOBRE PROGRAMAS PREVENTIVOS DE SALUD PUBLICA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Esta línea de investigación se refiere al conocimiento de la eficacia de los programas de prevención en contextos concretos y manejando diferentes variables de interés como en género, vulnerabilidad, TICs. Y se trata de estudiar los contextos clásicos de la prevención: escuela, familia, medio laboral y contextos comunitarios.

La salud pública debe liderar la prevención universal, selectiva e indicada en adicciones mediante programas contrastados en su efectividad y teniendo en cuenta los costes.

Desde este presupuesto las líneas de investigación serían:

1.- Estudios de efectividad y eficiencia de programas preventivos en condiciones reales, validación de programas ya contrastados.

2.- Estudios para la mejorar la reducción de la disponibilidad de bebidas alcohólicas.

3.- Validación de intervenciones comunitarias en salud mental y uso de drogas sobre prevención selectiva e indicada.

4.- Estudios de prevención en el medio laboral dirigidos a reducir la siniestralidad por uso de alcohol y otras drogas.

5.- Estrategias preventivas para poblaciones indígenas.



6.- Estudio de Impacto de programas de apoyo a prisiones en promoción y prevención, tratamientos de adicciones y salud mental, y reinserción social.

7.- Estudios sobre la efectividad de programas de prevención basado en las tecnologías de la información y comunicación y redes sociales.

LINEA 4: SOBRE PROGRAMAS DE REDUCCION DE DAÑOS

No hay evaluaciones sistemáticas de estrategias de reducción de daños más allá de las revisiones sobre programas referidos a opiáceos y uso de sustitutivos, programas de intercambio de jeringuillas y el impacto en el VIH-SIDA y las infecciosas en general. Tampoco estudios de reducción de daños en uso de pasta base o cocaína.

Por ello es muy pertinente una línea de estudios sobre reducción de daños en uso de alcohol, máxime cuando es una sustancia legal y de uso muy extendido social y culturalmente. Ejemplo de contextos de uso como:

- Conducción de Vehículos.
- En contextos de celebraciones en que se promueve el consumo incluso.
- En contextos deportivos para reducir riesgos de violencia.
- En contextos de familia y pareja por violencia de genero.
- En jóvenes por riesgo de embarazos no deseados.
- En el ámbito de la hostelería en venta responsable.
- En contextos de ocio y diversión en jóvenes donde hay consumos.

Desde este presupuesto las líneas de investigación serian:

1.- Estudios sobre impacto de programas de consumo seguro, y ensayo de medidas para disminuir enfermedades infecciosas sobre la salud.

2.- Estudios de alternativas al uso de pasta base mediante uso de hoja de coca como reducción de daños, y otras alternativas de reducción de daños.

3.- Estudios de programas de reducción de daños por alcohol en entornos como la conducción, ocio nocturno, entornos festivos.

4.- Impacto de los programas de apoyo a prisiones en reducción de daños.

5.- Pilotaje y evaluación de impacto de programas comunitarios en poblaciones de riesgo y contextos especiales sobre reducción de daños

(lugares de consumo controlado, dispensación de preservativos, kits de consumo seguro...)

LINEA 5: SOBRE PROGRAMAS DE PREVENCION Y TRATAMIENTO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES



La adopción de una perspectiva de género en salud mental y adicciones significa varias cosas a conseguir, entre ellas están:

- incorporar la perspectiva de género en las actuaciones, los programas, las actuaciones y las políticas de salud mental y drogas.
- Sensibilizar y mejorar los conocimientos en perspectiva de género de los agentes implicados en el Sistema Comunitario de atención de las adicciones y la salud mental.
- Adecuar el material y el contenido de los programas, integrando la perspectiva de género de forma transversal.
- Sensibilizar a los profesionales que participan del Sistema Comunitario de atención de las adicciones y la salud mental y mandos directivos y planificadores en mejorar sus competencias para incorporar la perspectiva de género en la prevención y tratamiento de la salud mental y adicciones.
- Mejorar la atención de las mujeres atendidas en los diferentes programas de salud mental y adicciones y reinserción social, así como en los programas de prevención del delito, de adolescentes y jóvenes en vulnerables, y cualesquiera que se elaboren dentro de los CSMC, de intervención (minimizar los sesgos en el tratamiento: barreras de acceso y mantenimiento) y evitar desigualdades en el tratamiento.

Todo ello precisa un programa de investigación sobre género en prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción; además de las barreras de acceso.

Desde este presupuesto las líneas de investigación serían:

- 1.- Estudios en el terreno de variables diferenciales en cuanto a factores de riesgo entre chicas y chicos sobre salud mental y el abuso de alcohol y otras drogas.
- 2.- Estudios sobre barreras para el acceso a programas de prevención y programas de tratamiento, y ensayo de medias alternativas.
- 3.- Estudios clínicos sobre modelos de tratamiento con perspectiva de género.
- 4.- Comparar los resultados de los programas basados en la evidencia en función del género para determinar cómo mejorar la eficacia de los programas de prevención para las chicas y los chicos, puesto que existe evidencia de que su efectividad y/o efectos preventivos pueden ser diferentes.
- 5.- Como sigue constatándose un aumento en la iniciación y el uso de distintas drogas entre las chicas, es muy importante aumentar la investigación sobre los enfoques específicos de género en el uso indebido de sustancias, poniendo un mayor énfasis en el desarrollo de modelos y programas etiológicos basados en el género y la difusión de las intervenciones preventivas eficaces para las chicas y para los chicos.
- 6.- Debe profundizarse en la investigación dirigida a identificar las estrategias preventivas que resultan más efectivas con las chicas y los chicos adolescentes, estableciendo la idoneidad o no



de desarrollar programas específicos de género o programas mixtos comunes para chicas y chicos.

7.- Es necesario investigar sobre el impacto que distintas medidas dirigidas reducir la oferta de drogas (desarrollos normativos, políticas fiscales y de precios en relación con las bebidas alcohólicas y el tabaco, etc.) tienen en hombres y mujeres.

8.- Estudios de perspectiva de género para la planificación de programas preventivos en todos sus componentes: Evaluación de necesidades, diseño e implementación y evaluación.

9.- Diseño y evaluación de programas específicos de género para las mujeres que se centren en la promoción de la unión familiar, la comunicación y la supervisión de los hijos, así como en el reconocimiento de las funciones cruciales de la imagen corporal, depresión y asertividad social, como precursores de los consumos de drogas femeninos.

LINEA 6: SOBRE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

Es importante conocer la realidad de las técnicas terapéuticas que usan los profesionales de salud mental y adicciones dado que en Bolivia se desconoce. Por otro lado, saber los perfiles de los profesionales que trabajan y el número es importante para saber el punto de partida en los recursos humanos. La investigación debe ligarse a la práctica clínica para mejorar la eficacia y también la eficiencia. Es sabido que procedimientos muy largos pueden no ser viables en un sistema público por demasiado costoso. Asimismo, es preciso conocer que técnicas que se usan eficaces en teoría, pueden no funcionar en contextos reales y poblaciones especiales. Preservar la calidad científico-técnica de los tratamientos y posibilitar que los profesionales utilicen las mejores prácticas actualizadas en todo momento son claves de esta línea de investigación.

Desde este presupuesto las líneas de investigación serían:

- 1.- Estudios de adaptación de los programas de tratamiento a población indígena.
- 2.- Estudios de evaluación de programas de tratamiento de salud mental y adicciones para poblaciones vulnerables.
- 3.- Estudios de eficacia de tratamientos en circunstancias reales.
- 4.- Estudios sobre tratamientos de salud mental y adicciones desde la perspectiva de género.
- 5.- Elaboración de protocolos clínicos modelados en la evidencia científica.
- 6.- Estudios de eficiencia de tratamientos para la toma de decisiones sobre recomendaciones clínicas.



7.- Relevamiento de información acerca de modalidades de tratamientos por patologías, y características de estos, para obtener un mapa de situación, referida a la calidad científico-técnica en la práctica clínica.

8.- Estudios sobre estigma y discriminación en personas drogodependientes.

9.- Estudios de validez y fiabilidad en contexto boliviano de instrumentos de evaluación psicopatológica.

10.- Estudios sobre las representaciones sociales sobre las adicciones en responsables políticos y referentes institucionales, los profesionales de los servicios de salud, y población general.

LINEA 7: SOBRE PROGRAMAS DE REHABILITACION Y REINSERCIÓN

Se puede decir que sin rehabilitación y reinserción no se culmina realmente el proceso terapéutico, de aquí su importancia en las líneas de investigación. Lamentablemente no es el ámbito más estudiado.

Por ello, esta línea es una puerta a la evaluación de los programas de esta finalidad.

Desde este presupuesto las líneas de investigación serían:

1.- Estudios sobre componentes de los programas de reinserción eficaces, para mejorar la persistencia de resultados en el tiempo.

2.- Ex privados de libertad y variables críticas de reinserción.

3.- Componentes de los programas de reinserción socio laboral eficaces con perspectiva de género.

4.- Componentes de programas de reinserción sociolaboral de jóvenes infractores.

5.- Estudios sobre el peso de los componentes de los programas de rehabilitación psicosocial, en la efectividad de los mismos: programas de rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, desarrollo de habilidades de la vida diaria, psicoeducación personal y familiar y rehabilitación vocacional; para conseguir más adherencia y más eficacia a largo plazo.

6.- Evaluación de las estrategias terapéuticas con base comunitaria cuyo foco es la reinserción social.

LINEA 8: SOBRE LAS ACTUACIONES DE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN DESDE EL NIVEL DESCENTRALIZADO

El nivel departamental y municipal son esenciales en la implementación del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de las adicciones y la salud (SCATASM). Pero dicha territorialización presenta múltiples retos que van desde lo administrativo descentralizado, hasta el conocimiento



de la realidad de los problemas de salud mental y adicciones en una zona concreta, conocimiento de situaciones de vulnerabilidad, conocimiento de los programas activos de promoción, prevención, tratamientos y reinserción

Desde este presupuesto las líneas de investigación serían:

- 1.- Estudios de variables de desarrollo comunitario y el uso de drogas.
- 2.- Estudios de las condiciones ambientales (regulaciones municipales de bares y licencia de ventas de alcohol y tabaco, control de venta, publicidad)
- 3.- Estudios epidemiológicos de consumo de drogas y salud mental en territorio.
- 4.- Mapeo de los recursos e ítems municipales y departamentales de prevención, tratamiento y reinserción de adicciones y salud mental.
- 5.- Estudio de las necesidades de capacitación en ámbito municipal y departamental.

LINEA 9: EPIDEMIOLOGÍA DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS ILEGALES.

- Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en población universitaria.
- Epidemiología del consumo de drogas en jóvenes que residen en zonas cocaleras.
- Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adultos mayores.
- Análisis del consumo y características del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la población LGTB (lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero).
- Estudio de la prescripción de opioides y fármacos para el dolor por usuarios de consulta externa y en emergencia.
- Estudio del uso de psicofármacos sin receta en la población
- Epidemiología de uso de juegos de azar y apuestas en jóvenes y población general.
- Estudio de la prescripción de tranquilizantes e hipnóticos para la población que acude a consultas médicas.
- Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en contextos de ocio nocturno.
- Estimación de la prevalencia de personas con problemas de salud mental y de adicción a nivel nacional y regional.



- Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes infractores.
- Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en población privada de libertad.
- Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el medio laboral.
- Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el medio rural.

CONSIDERACIONES PARA LA IMPLANTACION DE UNA POLITICA DE INVESTIGACION EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

1.- La agenda nacional de investigación sobre adicciones debe estar alineada con el Plan nacional de Ciencia, tecnología e investigación de Bolivia. La salud está integrada como uno de los pilares de dicho plan, y se debe trabajar para que dentro de salud se abra un apartado específico de adicciones y salud mental.

Una agenda independiente de la política global sobre investigación e innovación tendrá mucho más difícil la sostenibilidad. Las herramientas de plan nacional citado aseguran redes de investigación estables, el concurso de las universidades y fuentes de financiación.

2.- El desarrollo de una agenda nacional de investigación en adicciones y salud mental debe ir pareja con el desarrollo del Sistema de tratamiento de salud mental comunitaria. Sólo si hay una buena red de atención comunitaria se puede trabajar en una agenda de investigación. El principal beneficiario de una agenda de investigación es la calidad de la atención y del sistema de tratamiento en general.

3.- La investigación en salud mental y adicciones está íntima ligada al estudio de los factores de riesgo y factores de contexto de desarrollo educativo, económico, social, cultural. Por ello el estudio de contextos comunitarios de alta vulnerabilidad es indispensable para que se desarrolle una agenda de investigación de impacto.

4.- Es necesario también que la agenda de investigación tenga un enfoque territorial. El conocimiento de la situación de la salud mental y adicciones desde lo local es necesario para que los programas de prevención y tratamiento estén anclados en el territorio con sus particularidades.

5.- La agenda nacional debe estar transversalizada por la perspectiva de género en todas las líneas de investigación. Tal es así, que debe asegurarse mediante mecanismos de auditoría y control que esto se cumple.

6.- El enfoque multicultural de la agenda de investigación es otros de los lineamientos clave. Se debe diseñar un abordaje de los problemas más importantes para la población indígena, empezando con conocer los determinantes de la vulnerabilidad global y la vulnerabilidad a los



problemas de salud mental y adicciones. Así como, estudiar las adaptaciones exitosas para intervenir en este contexto, tanto en prevención como en tratamiento y reinserción.

7.- La Agenda de investigación está íntimamente ligada con la calidad de los servicios de salud mental y adicciones. En especial lo referido a la calidad científico-técnica y la traslación de los resultados de investigación a la práctica preventiva y asistencial. Conocer la eficacia y eficiencia de los programas en contextos reales mediante su evaluación es una de las líneas de investigación más relevantes.

8.- Se debe considerar en la agenda de investigación los grupos etarios: niños, adolescentes y jóvenes, adultos y personas mayores. Las líneas de investigación para dichos grupos son diferentes porque las variables que operan como factores de riesgo y vulnerabilidad son diferentes para cada etapa de la vida y deben ser tenidas en cuenta.

9.- Se debe considerar que la investigación sea principalmente aplicada. Es decir, que los resultados tengan que ver con la práctica y se traduzca en mejoras de los dispositivos de atención y los programas.

10.- Una línea directriz de la agenda de investigación es la capacitación continuada de profesionales de diferentes ámbitos en metodología de investigación: cómo hacer investigación en la práctica cotidiana, y generar una práctica habitual de estudios en el nivel de los dispositivos de salud mental y adicciones. Se debe incentivar que se hagan estudios de impacto, evaluaciones y otro tipo de investigaciones.

11.- La Agenda de investigación es necesario que se desarrolle en íntima relación con la academia. Mediante acuerdos sobre líneas de investigación con departamentos de medicina, psicología, farmacia, sociología, antropología, y otros, se puede diseñar una estrategia comprehensiva de los temas más urgentes para la agenda nacional que deben ser estudiados.

12.- Se recomienda empezar por estudios que permitan conocer el estado de situación de salud mental y adicciones en cuanto a problemas más prevalentes, y conocer el impacto en la atención sanitaria y social, conocer los determinantes de desarrollo detrás del problema del uso de drogas.

13.- Es muy importante que los procedimientos de acreditación de centros y programas de atención estén en marcha de modo paralelo a la agenda de investigación para alinear los resultados con los procesos de acreditación y estándares de calidad mínimos.

3. CONTENIDOS CURRÍCULO DE LOS MANDOS DIRECTIVOS Y GESTORES DE SALUD, EDUCACION, GOBERNACION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

La capacitación sobre salud mental y adicciones con enfoque comunitario para directivos se justifica por varios motivos, entre ellos están:



- 1.- El déficit de conocimiento por parte de los mandos directivos y gestores de salud, y de otros ministerios, y gobernaciones y municipios, sobre la salud mental comunitaria.
- 2.- La baja conciencia acerca de las “estigmatizaciones” cuando pensamos en enfermos mentales o personas con problemas con las drogas, y cómo estas condicionan la elaboración de políticas eficaces y sostenibles.
- 3.- La importancia del trabajo territorial en este tema en coordinación con los ETAs.
- 4.- La importancia del enfoque de género en el sistema de salud mental.

El respaldo político a la salud mental comunitaria es esencial para que ocupe un lugar relevante en la asignación de presupuestos anuales para tal fin.

Aunque se exponen aquí algunos conceptos básicos del currículo sobre salud mental comunitaria, se remite a efectos de impartir los contenidos al apartado ya expuesto anteriormente “MODULOS TRONCALES DE CAPACITACION”, en él se presentan los contenidos que deben conocer los directivos y gestores, así como el personal de otros ministerios y ETAs a cerca de la salud mental comunitaria, sobre la organización de la misma en la prestación de servicios, el enfoque territorial; el problema de la estigmatización de la salud mental y las adicciones, y la perspectiva de género del mismo.

OBJETIVO GENERAL

Sensibilizar al personal directivo y gestor de todos los departamentos de salud, educación, gobernación (VDS, CONALTID, OSBCD), Gobernaciones y municipios sobre la salud mental comunitaria y el estigma en salud mental y adicciones.

METODOLOGÍA

Mediante dinámicas activas se va a aumentar la conciencia de la importancia de la salud mental como problema de salud y la importancia del estigma en salud mental.

RESULTADOS ESPERADOS

Los participantes conocerán el impacto de la salud mental y las adicciones en la salud, y los presupuestos de salud mental comunitaria y cómo se organiza la propuesta de intervención. Tendrá una mayor conciencia de que la salud mental y adicciones está bajo un estigma que condiciona la priorización necesaria en este tema.

BLOQUE I

LA INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

No hay recetas para la intervención en salud mental comunitaria. Si bien hay experiencias y conocimientos en este campo, se sabe que lo fundamental es considerar a cada grupo o comunidad como únicos. Con su propia historia, con características étnicas particulares, con procesos, circunstancias o problemas singulares; así como, con recursos y mecanismos de afrontamiento, y expectativas respecto a su salud mental. Así, por ejemplo, existen poblaciones



afectadas por conflictos armados y otras violencias, por los desastres naturales, la pobreza o la exclusión social; o por la explotación, o el desplazamiento, etc. Aunque, se observe que un mismo tipo de fenómeno afecte a varias comunidades cada una de ellas tendrá su propia particularidad. Esta consideración es el punto de partida para toda intervención en salud mental comunitaria.

Estratégicamente, las intervenciones de salud mental comunitaria hacen énfasis en el desarrollo de las fortalezas y capacidades, más que en las debilidades y carencias de las comunidades. Se plantean rescatar "todos" los recursos existentes en las personas, grupos y comunidades, articulando la diversidad de saberes en un diálogo intercultural para promover el bienestar de la colectividad. Es necesario reconocer que estas prácticas no se dan en forma aislada, sino integradas a otros procesos sociales, culturales y económicos de la comunidad, involucrando, en un trabajo concertado, a actores claves de los espacios comunitarios, públicos y de la sociedad civil. Sin embargo, aun considerando la importancia de la sensibilidad cultural en toda intervención, es razonable tener en cuenta las lecciones aprendidas de experiencias en otros contextos, para estar alerta a posibles errores o para aumentar las posibilidades de éxito a la intervención que se diseñe. Otro aspecto relevante para tomar en cuenta es el recoger las posibilidades y formas de ayuda propias de la comunidad, conjuntamente con aquellas que ofrece el personal de salud.

Conjuntamente con el enfoque intercultural, deben tomarse en cuenta los enfoques de género, equidad, psicosocial y derechos humanos. Las intervenciones, se orientan al logro de formas positivas de relación interpersonal, mediante acciones que fomenten la autoestima de los miembros de la comunidad, la solidaridad, la tolerancia frente a las diferencias, la identidad colectiva, la empatía social, el respeto a los derechos humanos; así como, la organización, participación y actividad comunitaria. De igual modo, se contribuye a la construcción de la ciudadanía, al fortalecimiento de la institucionalidad y a la democracia. Por lo tanto, se aporta a proteger, reconstruir o reparar el tejido social que toda comunidad necesita para decidir, resolver sus problemas e impulsar su desarrollo. Facilitar la recuperación de la salud mental de las personas, familias y grupos, de los efectos de la pobreza, la exclusión, la violencia y los desastres, etc., o de aquellas que sufren de algún trastorno mental, es otro de los propósitos de la intervención. En este sentido, se pone en el centro la importancia de conocer las dinámicas en las relaciones de poder y sus implicaciones sociales.

En general, las intervenciones en salud mental comunitaria pueden dirigirse al macrosistema enfatizando en los grandes determinantes sociales de la salud mental alimentación, vivienda, educación, redes comunitarias, justicia y legislación. Como también, pueden estar destinadas a segmentos específicos como familias, grupos de adolescentes, mujeres, trabajadores, líderes, etc. Cabe recalcar que estas intervenciones no son opuestas a las intervenciones individuales o clínicas, sino que se complementan mutuamente para obtener mejores resultados en la salud y desarrollo de las personas.



MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA.

Según Lazo y Nino (2001)⁵¹, existen diversas maneras de aproximarse al tema de la atención en salud, sin embargo, la que más ha logrado difundirse es aquella de carácter funcional. ¿Qué significa que la atención tenga un carácter funcional? Desde este punto de vista la atención se concibe como un conjunto de mecanismos, técnicas, procesos e instrumentos que hacen posible la relación entre el proveedor y el usuario. Por ello, alrededor de la atención en salud, se manifiestan preocupaciones tales como, los tipos y modalidades de atención y los espacios donde se proveen los servicios entre otros. La Organización Panamericana de la Salud, promovió, a fines de los '80 un valioso debate sobre el modelo de atención, bajo el nombre de Modelo de Prestación de Servicios de Salud (MPSS), al que se definió como "el conjunto de acciones concretas, claramente definidas, que el sistema de servicios de salud brinda a las personas y al ambiente". Como se puede apreciar, el MPSS concibe las prácticas de salud insertas en las prácticas sociales. Desde este marco, el Modelo de Atención Integral de Salud se concibe como un instrumento metodológico que refleja o incluye la manera en cómo se conciben las personas, colectividades y el ambiente al que van dirigidas. Por ello, pone especial énfasis en la concordancia entre las necesidades que busca afrontar y las necesidades de la población donde se planea intervenir. Sin embargo, para responder a dichas necesidades garantiza también la integralidad de la atención tomando en cuenta la multidimensionalidad, complejidad y diversidad de los procesos de salud-enfermedad, esto es, concibiendo a las personas en su condición biológica, psicológica, social y ecológico-cultural. La intervención en salud mental comunitaria desde este marco puede accionar desde las siguientes modalidades.

1. Promoción de la salud mental.

Apunta al crecimiento del bienestar personal y colectivo desarrollando los factores de robustecimiento y las condiciones favorables a la salud mental. Su acción se dirige a los determinantes de la salud más que a los factores de riesgo, y apunta a la población en general o a subgrupos particulares.

2. Prevención de problemas de salud mental.

Se propone la reducción de la incidencia de problemas de salud mental atacando los factores de riesgo y las condiciones patógenas. Se dirige a la población en general o a ciertos grupos particulares expuestos a dichos factores o condiciones de riesgo. La promoción y prevención de la salud guardan similitudes y diferencias. Dentro de las similitudes se encuentra en primer lugar que las intervenciones se hallan orientadas hacia las colectividades, es decir buscan afrontar problemas que no necesariamente responden a las necesidades particulares de una persona. En segundo lugar, las intervenciones son proactivas en la medida en que se proyecta crear o mantener condiciones salubres o incluso desarrollar factores de robustecimiento favorables al aumento de la salud mental. En tercer lugar, proponen estrategias y métodos de intervención múltiples y complementarios pues es la articulación de varias estrategias y métodos de intervención la que permite lograr los objetivos de los programas de promoción y prevención. Finalmente, el poder de acción bajo estas modalidades es compartido tanto por los

⁵¹ Mendoza, M. y Vigil V. Modalidades de intervención en salud mental comunitaria. Documento de trabajo. 2007.



interventores, como las comunidades y los que toman las decisiones públicas. Esto debido a que la mejoría de salud mental de una población y la prevención de problemas en salud mental incumben a muchas instancias de la sociedad. En consecuencia, los interventores en salud mental bajo estas modalidades comparten su poder de acción con otros socios que provienen de las comunidades locales, o de los espacios de decisión pública. Las distinciones entre prevención y promoción se hallan reunidas en: objetivos, medios, población objetivo, momento de desarrollo y modelos.

A continuación, una síntesis:

- **Objetivos:** La **promoción**, se inscribe en una lógica de incremento de la salud mental o del bienestar personal y colectivo. En cuanto a la **prevención** se inscribe, en una lógica de enfermedades, trastornos o de problemas cuya aparición se quiere evitar.
 - **Medios:** En **prevención**, los interventores buscan eliminar o por lo menos reducir los factores de riesgo, o modificar las condiciones que llevan a la aparición de problemas de salud mental. Mientras que en **promoción** buscan desarrollar los factores de robustecimiento o dar lugar a condiciones salubres favorables al desarrollo o al mantenimiento de la salud mental.
 - **Población objetivo:** En el caso de la **prevención**, los grupos a quienes se destina la intervención serán aquellos que son expuestos a factores o condiciones de riesgo (por ejemplo, los recién nacidos de familias desplazadas). Mientras que, en **promoción**, se determinarán estos grupos en función de la pertinencia que podría tener para ellos la intervención de promoción (por ejemplo, un grupo de niños que comienza la escuela, un grupo de padres de adolescentes, un grupo de dirigentes de una comunidad).
 - **Momento:** En **promoción**, las intervenciones pueden sobrevenir durante todo momento de la vida de las personas y de las colectividades, es decir, independientemente de la presencia o la ausencia de síntomas, dado que estas intervenciones no apuntan de manera expresa a prevenir la aparición de problemas sino más bien a favorecer el desarrollo y el mantenimiento de la salud mental. En **prevención** las intervenciones son anteriores, es decir, deben sobrevenir siempre antes de la aparición de síntomas.
- 🌈 **Modelos:** Las intervenciones preventivas se inspiran en el modelo clínico, es decir, en el que plantea que todo trastorno o problema de salud mental tiene una causa, por ello, deberán combatir los factores que dan origen a dichos trastornos y los factores de riesgo, para llegar a lograr su objetivo: reducir la incidencia de los problemas de salud mental. Por su parte, el modelo desde el cual se basa la promoción de la salud mental propone que esta se encuentra determinada por toda una serie de condiciones sociales, económicas, culturales y otras, que son interdependientes y que vienen a modular las relaciones entre el individuo y su medio ambiente. Por ello, apuntará de manera simultánea a los modos de vida individuales, a los ambientes de vida, lo mismo que a las condiciones de vida más amplias, que dan forma a la salud mental y al bienestar de los individuos y de las comunidades. Por ejemplo, la creación de entornos saludables, la animación sociocultural para el desarrollo comunitario, las acciones políticas, etc.

La promoción y prevención en salud mental se desarrolla en diferentes escenarios como: municipios, (ornato y limpieza, centros de recreación, parques, mercados,



transporte, control del ruido), escuelas, lugares de trabajo, vivienda y la familia, entre otros. Las intervenciones efectivas en promoción de la salud mental combinan acciones, por ejemplo: sobre la nutrición con consejería psicosocial en pautas de crianza. También participan en la creación de entornos saludables. Mejoran el acceso a educación con programas grupales, participan en el control y reducción del uso indebido de sustancias psicoactivas, apoyan en la crianza durante las primeras etapas de vida, desarrollan habilidades psicosociales, previenen el estrés laboral y mejoran las redes de soporte para grupos vulnerables.

3. Atención en salud mental comunitaria.

Consiste en la puesta en marcha de servicios locales, articulados, integrales, continuos y accesibles para la atención a las personas con problemas de salud mental en el propio entorno donde viven. Responden a sus múltiples necesidades, reconociendo los factores psicosociales y culturales que inciden en el proceso de enfermar, en el curso y evolución del trastorno y, en la recuperación. Así como aborda la problemática clínica, considera fundamental, el afronte a las diferentes dificultades psicosociales, con el fin de evitar situaciones de deterioro, de discapacidad y marginación, además de procurar oportunidades efectivas de rehabilitación y de funcionamiento en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible. Desde esta perspectiva, se considera la hospitalización como un complemento a los servicios comunitarios y no como centro de la atención. Al contrario, la participación y cooperación de las personas en tratamiento y de sus familiares tanto como la participación de promotores y la comunidad local cobran especial relevancia, pues no solo son un complemento imprescindible para la intervención sino son un elemento prioritario para promover el derecho de las personas con problemas mentales a una vida digna en la sociedad. Entre los programas y servicios característicos tenemos:

- ✚ Identificación, detección y captación de la población con problemas de salud mental.
- ✚ Atención y tratamiento de salud mental con la participación de las familias, promotores y otros recursos de la comunidad y trabajo en redes con centros de atención para emergencias y crisis.
- ✚ Formación de grupos de ayuda mutua y grupos de uso adecuado del tiempo libre.
- ✚ Programas orientados a asegurar alojamiento a personas con discapacidad mental.
- ✚ Inserción laboral: Programas orientados al logro de autonomía económica y la integración laboral (formación sociolaboral y de apoyo económico, por ejemplo, talleres protegidos).
- ✚ Rehabilitación psicosocial: Programas de habilidades para el autocuidado, habilidades sociales y ocupacionales básicas.
- ✚ Formación de redes de apoyo social (clubes psicosociales).
- ✚ Asesoramiento, educación y apoyo social a las familias y a otras redes para participar en el diseño, ejecución y evaluación de los programas de cuidado a las personas en tratamiento.
- ✚ Cuidado a los cuidadores de las personas en tratamiento. Educación para la salud y comunicación social para reducir el estigma.
- ✚ Protección legal y defensa de sus derechos. Empoderamiento de los comités de familiares.



BLOQUE II

INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA.

TRABAJO EN REDES COMUNITARIAS

Las redes son 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. Estos sistemas abiertos están en constante cambio y potencian a sus integrantes, satisfaciendo 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". La construcción, reconstrucción y fortalecimiento de redes, e/ trabajo en redes, es una de las estrategias fundamentales en salud mental comunitaria. Para ello es necesario conocer quiénes trabajan en la zona; elaborar un mapa de redes, que varía dependiendo del tema que se trate, por ejemplo, liderazgo comunitario de los jóvenes, prevención de la violencia familiar, fortalecimiento de organizaciones de víctimas de violencia política, etc. El trabajo en redes permite: El desarrollo de relaciones informales propicias para la integración social de la comunidad. Aceptar la diversidad y el respeto por el otro. Buscar el consenso sobre ciertos objetivos comunes para la acción colectiva en salud mental comunitaria incorporando a la diversidad de actores sociales de quehacer afín (instituciones públicas y privadas, ONG, organizaciones comunitarias, entre otras). Fomentar, fortalecer, canalizar la participación social. Aceptar y aprovechar el valor constructivo de los conflictos. Usar la negociación como instrumento para lograr metas. Responder a necesidades con una orientación que busca solucionar problemas y producir recursos o mejorar su utilización. Difundir la información y el conocimiento en la comunidad. Movilizar a la comunidad, incorporándola a la solución de conflictos. Generar un espacio común de reflexión sobre los problemas de salud mental y los factores psicosociales y culturales que intervienen. El trabajo en redes comunitarias encuentra obstáculos tales como: liderazgos autosuficientes y egocéntricos que buscan el protagonismo único en la solución de los problemas de salud mental comunitaria; desconfianza en la capacidad de los otros para responder adecuadamente a las demandas; desesperanza y centralización del trabajo en los líderes con poca participación de los demás miembros de la comunidad y la falta de compromiso auténtico de los miembros. Del mismo modo, existen procesos psicosociales que potencian las redes comunitarias como: el fomento de la inclusión social, el respeto del otro y de otras formas de pensar, así como la apertura hacia nuevas ideas y nuevas soluciones. Otras son la visión compartida y distribución equitativa de responsabilidades, el rescate de la cotidianidad como potencial para la acción comunitaria, el impulso de la participación y el protagonismo de mayor número de actores o grupos sociales, descentralizando el poder, etc.

COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

La comunicación para la salud es "el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar". Partiendo de esta premisa de educar, informar, convencer fortalecer y



educar, así como de escuchar; la comunicación para la salud proporciona a personas y comunidades las ventajas y recursos necesarios para mejorar su calidad de vida y prevenir problemas de salud mental". En tal sentido, para la práctica de la comunicación en salud se propone un ordenamiento lógico de una secuencia de pasos: "diagnóstico, estrategia, intervención, monitoreo y evaluación", dirigidos al desarrollo de campañas y otras acciones basadas en los medios de comunicación más accesibles a la comunidad en uno o más temas de salud mental identificados. Por ejemplo, para las comunidades andinas la radio es un medio de comunicación muy usado, de ahí que los spots radiales tengan mucha acogida, en otros lugares la televisión tiene mucha acogida, los videos, foros, entre otros. Este método es de especial relevancia para ayudar a la población en casos de desastres, conflictos, violencia, etc.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Es un proceso de desarrollo del fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo. A diferencia de la comunicación, está dirigida a grupos más pequeños, propiciando espacios de enseñanza y aprendizaje para facilitar la adquisición, elección y mantenimiento de habilidades para la promoción de la salud mental, por ejemplo, prácticas saludables en la crianza de los hijos o en la convivencia en pareja, habilidades sociales, la formación de promotores o agentes comunitarios, la educación de pares, etc.

EDUCACIÓN PARA ADULTOS

La educación, es un derecho para todas las personas, hombres y mujeres, de todas las edades. Ésta es capaz de ayudar a garantizar un mundo más seguro, más sano, más próspero y ambientalmente más puro y que, simultáneamente contribuye al progreso social, económico y cultural. La educación es una condición indispensable, aunque no suficiente, para el desarrollo personal y el mejoramiento social. Asimismo, busca el desarrollo de las capacidades humanas para formar una persona plena. Este desarrollo adquiere un doble movimiento, el de extraer y desplegar del interior de la persona sus grandes potencialidades y el de conducir esas potencialidades para el logro de una personalidad completa en sus diversas dimensiones humanas e integrada a su realidad social.

GRUPOS DE APOYO

Están fundados en el respeto por cada uno de sus miembros, en base a los principios de igualdad, aceptación y comprensión del otro. Propician una relación en que las experiencias y conocimientos de cada persona sean compartidos con todos y puedan ser útiles a los demás. El grupo puede ser un espacio para desarrollar la confianza y la aceptación; de reafirmación de las formas de pensar. Además, como espacio para la expresión de emociones o sentimientos y de solidaridad, es decir, de reconocimiento y socialización de las experiencias entre las personas. El propio proceso es la principal fuente de apoyo mutuo a sus miembros el cual se manifiesta a través seis fuerzas o recursos: la capacidad de sostenerse mutuamente, el control de las reacciones impulsivas, el reconocimiento de los sentimientos, la generalización de las experiencias, el desarrollo de un poder colectivo y la capacidad para llevar a cabo soluciones.



El grupo puede formarse a partir de la propuesta realizada por alguna persona, que toma la iniciativa y propone a los demás formarlo. Al inicio el grupo se encuentra en la necesidad de ser «guiado» en los primeros momentos de su formación; el animador suele ser el centro de atención debido a la novedad y las dudas presentes. Sin embargo, hay que aclarar que, cualquiera que sea el punto de partida (la situación inicial del grupo en cuanto a motivación, preocupaciones, etc.), el objetivo principal es obtener la activación del grupo y desarrollar la capacidad de los miembros de participar. Dicha capacidad viene dada en primer lugar, por el hecho de sentirse «iguales» (con problemas o necesidades similares y con una situación de estrés por circunstancias determinadas). Así, cuando las dimensiones del grupo son limitadas y se da una relación de confianza y seguridad, y el grupo se da el tiempo necesario, se pueden crear los lazos o identidad de grupo (pasar del «yo» al «nosotros»).

Los objetivos tienen que ser compartidos por los miembros del grupo. A veces son ofrecidos como punto de partida por el animador («Yo creo que es importante que formemos el grupo para lograr entre todos...»). En todo caso los objetivos tienen que ser del grupo y no del animador, por lo que una vez que han servido para reunir y motivar a las personas, el grupo tiene que revisarlos y enriquecerlos con las propuestas de todos. Los objetivos deben conectarse con las necesidades del grupo, no obstante, para formar un grupo es necesario que quien prepare la propuesta de trabajo, se pregunte cuáles son las necesidades, tensiones, experiencias, actitudes y temores que se presume aparezcan, para que de esa manera se enfoque mejor el grupo. Dependiendo de los objetivos, se pueden conformar diferentes grupos, por ejemplo, grupos de hombres contra la violencia hacia las mujeres, grupos de soporte para la prevención del abuso del alcohol, grupos de mujeres en situación de violencia, grupos de expresión emocional para niños y niñas, grupos de madres y padres para compartir saberes sobre la crianza de los hijos, etc.

EL TRABAJO CON AGENTES COMUNITARIOS

El trabajo con agentes de la propia comunidad, capacitados y con el debido acompañamiento contribuye al logro de mayor confianza con las comunidades, de mejores posibilidades de apoyo a las personas y de la identificación de los problemas y recursos existentes. Asimismo, facilita el diálogo intercultural y la continuidad posterior en el trabajo, suponen un refuerzo de tejidos sociales y redes de apoyo existente.

TALLERES OCUPACIONALES

Son espacios donde las personas aprenden a desarrollar determinadas actividades ocupacionales que, además de organizar en forma más saludable el tiempo libre, ayudan a mejorar la autoestima y, eventualmente, pueden permitir a las personas lograr una forma de trabajo remunerado. Entre los adolescentes esta es una forma de intervención que resulta muy efectiva. En el caso de personas con discapacidades pueden implementarse talleres protegidos con el patrocinio de entidades filantrópicas, o el apoyo autogestionario de la familia y la comunidad.

FORTALECIMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS Y DE GRUPOS VULNERABLES

Por ejemplo, ayudando a organizarse a familiares de afectados por las drogas, o a familiares de personas con trastornos mentales para facilitar la defensa de sus derechos, el apoyo mutuo y la



autogestión para su propio desarrollo. El fortalecimiento de las organizaciones comunitarias se constituye en una estrategia clave para la salud mental comunitaria. Contribuye a construir mayores niveles de confianza, aplicar normas socialmente compartidas y aumentar fuerza al tejido social, creando las condiciones para la acción democrática y colectiva, para mejorar la salud mental de la comunidad. Implica desarrollar las capacidades de los miembros para la capacidad reflexiva, la autocrítica y la actitud democrática. También para el liderazgo, el actuar con otros y el aprendizaje entre pares, así como para resolver problemas y conflictos, enfrentar retos. Contribuye a la gestión participativa del desarrollo local, de modo que puedan intervenir en los presupuestos participativos y en la toma de decisiones de su comunidad. Todo ello favorece el logro de resultados positivos para la organización, garantiza un mayor impacto sobre sí mismas y otras organizaciones comunitarias con las que quieran interactuar.

4. CONTENIDOS ESPECIFICOS DE CURRÍCULO FORMATIVO DE OPERADORES DEL SISTEMA DE JUSTICIA EN BOLIVIA.

La capacitación de jueces y fiscales, y otros operadores, para la promoción del tratamiento de las adicciones y los problemas de salud mental en el ámbito penal es esencial para equilibrar planteamientos punitivos y rehabilitadores. En este sentido, la puesta en marcha de Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de las adicciones y la salud mental (SCATASM) con nuevos recursos de atención a la salud mental y las adicciones a nivel comunitario, es un hecho trascendental para posibilitar una justicia terapéutica. Los CSMC son la puerta de entrada al sistema de atención de salud mental y adicciones, y están diseñados para dar respuesta a las demandas técnicas y de programas de las personas con problemas con la justicia y que consumen drogas o sufren problemas de salud mental. Del mismo modo están pensados para recibir a los ex-privados de libertad y sus programas de reinserción sociolaboral.

De aquí que es esencial que el ámbito de la justicia conozca que es la salud mental comunitaria y que garantías les ofrece para promover alternativas a la prisión y penas sustitutivas para tratamientos. Así mismo es esencial que se sensibilice también sobre el estigma de la salud mental y las adicciones a operadores de sistema de justicia.

Por ello, nos referimos a los contenidos del apartado MODULOS TRONCALES CAPACITACION como parte de la capacitación en este ámbito; además de los contenidos específicos referidos aquí.

I. Introducción: encarcelamiento relacionado con las drogas.

El marco moderno internacional del control de drogas está integrado por tres Convenciones de las Naciones Unidas: la de 1961, la de 1971 y la de 1988. El Artículo 36(1) de la Convención de 1961 y el Artículo 22 de la Convención de 1971 establece que la posesión y la distribución de drogas son delitos, y que los más graves debían ser castigados en forma adecuada, especialmente con penas de prisión.

Este enfoque en la disuasión y el castigo quedó reforzado por el Artículo 3(2) de la Convención de Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de 1988 que (con cláusulas de garantías) insta específicamente a las Partes a que regulen la posesión de drogas para consumo personal como un



delito. El Artículo 39, 23 y 24 de las convenciones de 1961, 1971 y 1988 respectivamente, permite a los países adoptar medidas más estrictas o severas si son recomendables o necesarias para proteger la salud pública y el bienestar o evitar o suprimir el tráfico ilícito. En este sentido, ninguna parte de las convenciones requiere que los delitos menores relacionados con las drogas sean castigados con encarcelamiento o alguna otra sanción particular.

La interpretación de estas obligaciones, en la forma de leyes de drogas adoptadas por los Estados Miembros, ha presentado tres rasgos comunes. Primero, se trata de políticas en varios Estados Miembros, que han tenido un fuerte componente punitivo, haciendo uso preferente del derecho penal para responder al problema de las drogas, en vez de utilizar otros instrumentos, como las estrategias de prevención. En segundo lugar, el establecimiento de penas criminales en el campo de drogas ha tendido a ser expansiva, con un aumento significativo tanto en las conductas asociadas a las drogas que son criminalizadas como a las penas previstas para delitos relacionados con ellas. En tercer lugar, el uso de penas criminales se ha manifestado de manera indiferenciada en muchos Estados Miembros, imponiendo penas severas similares a una amplia gama de conductas con consecuencias diferentes. Estas tendencias han tenido como trasfondo, sectores de la opinión pública y posiciones políticas que demandan resultados inmediatos para un problema que es complejo y dinámico.

El aumento de la población carcelaria por delitos relacionados con drogas está relacionado con una tendencia positiva al aumento progresivo de actividades prohibidas, así como con la duración de las penas en materia de drogas. también es el resultado de muchos infractores menores relacionados con las drogas que han entrado al sistema de justicia penal en muchos países. Este fenómeno tiene lugar en el contexto de un aumento de la población carcelaria en muchos Estados Miembros⁵². Se podría considerar también a la prisión preventiva cuando los delitos menores relacionados con las drogas están involucrados. De acuerdo con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, más del 40% de la población penitenciaria en el hemisferio -sin distinguir tipo de delito- se encuentra esperando la resolución del proceso, con porcentajes que varían del 30% al 85%⁵³ dependiendo del país.

La situación de encarcelamiento en el hemisferio se ha resumido en el informe de UNODC "Estadísticas internacionales sobre la Delincuencia y la Justicia", publicado en 2010, que utiliza datos de 2007 para destacar la proporción de la población penitenciaria bajo prisión preventiva, y las tasas de ocupación, en las diferentes regiones. Para las Américas, en 11 países, la proporción de la población penitenciaria en prisión preventiva era superior al 50%, y en otros 10 países, la tasa de ocupación penitenciaria supera el 150% (cifras más recientes están disponibles en el sitio web del Centro Internacional de Estudios Penitenciarios).

En algunos países, los delitos relacionados con las drogas representan la primera o la segunda causa de encarcelamiento de mujeres, y en los hombres entre la segunda y cuarta causa. Aunque quienes se encuentran encarcelados por drogas son, en su mayoría hombres, cada vez más son mujeres en condiciones de vulnerabilidad, las que participan en el negocio y son encarceladas

⁵² O Transnational Institute (TNI) & Washington Office for Latin America (WOLA), Sistemas sobrecargados: leyes de drogas y cárceles en América (Amsterdam/Washington DC, TNI & WOLA, 2010).

⁵³ CIDH, Informe sobre el uso de la prisión preventiva en las Américas, OEA: Washington, 2013.



por esta razón⁵⁴. En los últimos diez años, la tasa de encarcelamiento de las mujeres en América ha registrado el mayor aumento a nivel internacional⁵⁵.

Una mirada detallada a la composición de la población reclusa por drogas muestra que en la mayoría de los países estos infractores, los cuales son arrestados, condenados y encarcelados, son por lo general los eslabones más débiles de la cadena del tráfico⁵⁶. Estos infractores son de mayor cantidad que los narcotraficantes de alto nivel, y son mucho más fáciles de detener y procesar, pero su encarcelamiento hace una contribución mínima a la interrupción de las actividades de las organizaciones de tráfico de drogas. En algunos países, estos individuos, han sido objeto de sanciones criminales significativas y fueron generalmente sorprendidos en posesión de cantidades de drogas para uso personal, distribuidores de pequeñas cantidades, o que fueron mal remunerados sin un rol significativo en la organización de tráfico (también conocidos como "mulas"). Estas personas, así como otros infractores menores, tienden a vivir en condiciones de vulnerabilidad social.

Esta tendencia en materia de delitos relacionados con las drogas se basa en la necesidad de reprimir un conjunto de conductas que resultan perjudiciales para la salud pública, así como el combate al narcotráfico como desafío a la seguridad pública. En la práctica, la eficacia de estas medidas ha sido puesta en cuestión, pues han recaído principalmente en los actores que son fácilmente reemplazables. Adicionalmente, el encarcelamiento a gran escala no es siempre la manera más efectiva de usar los recursos policiales y judiciales.

La dependencia del consumo de drogas también pone a las personas en situación de vulnerabilidad. Además, la adicción a las drogas es de naturaleza crónica y, por lo tanto, el tratamiento en la cárcel puede ser necesario. De acuerdo con la Oficina de Estadísticas de Justicia, en los Estados Unidos, aproximadamente el 70 por ciento de los individuos en prisiones estatales y cárceles locales han utilizado regularmente drogas antes de su encarcelamiento, una tasa mucho más alta que en la población en general⁵⁷.

Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés), no proporcionar tratamiento para las personas dependiente de drogas en el sistema judicial contribuye al ciclo ininterrumpido de abuso de drogas y la comisión de delito. Dentro de los efectos negativos

relacionados con el tratamiento inadecuado del abuso de drogas, encontramos la comisión de nuevos delitos, gastos adicionales en el sistema penitenciario, en los tribunales y en el sistema

⁵⁴ Buenos Aires: Defensoría General de la Nación (Office of the Public Defender), 2012, pg.219.

⁵⁵ 2013 World Female Imprisonment List del Centro Internacional para Estudios Penitenciarios (ICPS)

⁵⁶ Metaal, Pien, and Coletta Youngers. Systems Overload - Drug Laws and Prisons in Latin America.

Amsterdam: Transnational Institute /

Washington Office on Latin America, 2011.

⁵⁷ Mumola, C.; and Karberg, J.C. Drug Use and Dependence, State and Federal Prisoners, 2004.

Washington, DC: U.S. Department of

Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics, 2007. Disponible en:

<http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/dudsfp04.pdf>.



penal en general; más visitas a las salas de urgencia de los hospitales, abuso y negligencia con la población infantil, pérdida de custodias, y costos en el sistema de seguridad social⁵⁸.

Por último, estas tendencias deben examinarse en el contexto de la promoción de la seguridad pública en los Estados Miembros de la OEA. Según un informe del Latino barómetro sobre la opinión pública en los países de Latinoamérica, al menos el 80% de los encuestados percibieron que la delincuencia ha aumentado durante el año anterior, para cada año desde 1995 y hasta el 2011⁵⁹.

Estas percepciones reflejan el alto nivel de inseguridad experimentada en algunos de los Estados Miembros. En la década del 2000 al 2010, el promedio de las tasas de homicidio en Latinoamérica aumento en un 12%. A partir del 2005 y hasta el 2010, el número de asaltos también se incrementó en la mayoría de los países²⁰. Estas tendencias en cuanto a percepción pública y la inseguridad real, pueden ser impulsoras de algunas políticas públicas, ya que los gobiernos buscan soluciones a estos problemas.

Los programas de reintegración y el sistema de justicia penal

Los programas de reintegración social también abarcan intervenciones realizadas con posterioridad a un arresto para derivar a los delincuentes apartándolos del sistema de justicia penal hacia una medida alternativa, incluyendo el proceso de justicia restaurativa o un programa de tratamiento adecuado. Las intervenciones de reintegración también pueden tener lugar dentro del contexto de una sanción basada en la comunidad — por ejemplo, libertad condicional o servicio comunitario — para ayudar a los delincuentes a integrarse dentro de la comunidad, posiblemente con algún tipo de supervisión, y reparar las relaciones que se vieron afectadas por su conducta delictiva. Comparadas con la prisión, estas sanciones basadas en la comunidad son con frecuencia vistas como una manera más eficaz para apoyar la integración social de los delincuentes debido a que evitan someterles a marginalización y a los efectos dañinos de la prisión. El uso de sanciones basadas en la comunidad evita sacar a los delincuentes de la misma y colocarlos en una situación en la que eventualmente deben confrontar problemas de reinserción cuando son liberados. De hecho, la meta principal de las sanciones comunitarias es la integración de los delincuentes dentro de la comunidad para así reducir el riesgo de daño y re-delincuencia en el futuro.

⁵⁸ National Institute on Drug Abuse. Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations - A Research-Based Guide.

Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse. NIH publication No. 11-5316. 2012. Disponible en:

<http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-abuse-treatment-criminal-justice-populations>.

Ver también el Artículo 17(1) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) que establece: “La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegida por la sociedad y el Estado”

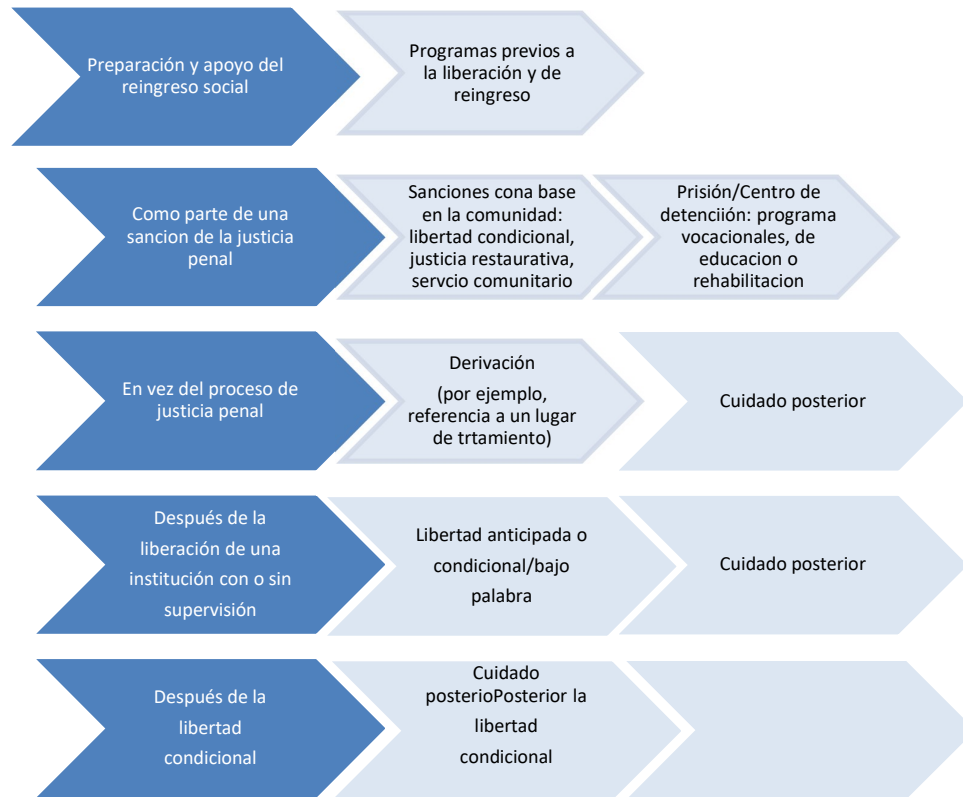
⁵⁹ 9 Lagos, Marta and Lucía Dammert. 2012. La Seguridad Ciudadana: El problema principal de América Latina. Lima: Corporación

Latinobarómetro. Available at:

http://www.latinobarometro.org/documentos/LATBD_La_seguridad_ciudadana.pdf



Figura 1. Programas de (re)integración social y el proceso de justicia penal





Como lo muestra la figura I, las intervenciones de reintegración social pueden tener lugar en diversas etapas del proceso de justicia penal e incluso fuera de ese proceso cuando los delincuentes son derivados a servicios y programas alternativos. Los programas de reintegración cubren una amplia gama de servicios e iniciativas patrocinadas o apoyadas por el sistema de justicia penal, con frecuencia en colaboración con organizaciones comunitarias y ONG. Los programas exitosos usualmente van dirigidos hacia los factores dinámicos del riesgo asociado con la reincidencia. Varios de esos programas se concentran en los desafíos específicos que confrontan los delincuentes, tales como el abuso de sustancias o el desempleo, o en grupos específicos de delincuentes, tales como los delincuentes sexuales o los delincuentes juveniles de alto riesgo. Obviamente hay también algunos delincuentes con necesidades especiales, circunstancias especiales o incluso con antecedentes culturales especiales que tienen que ser ubicados en programas especializados.

En algunas jurisdicciones, esto incluye medidas para dar un cierto fin a un proceso exitoso de reintegración social “borrando” o dejando de lado el registro de los antecedentes penales del delincuente. En Canadá, por ejemplo, sellar el registro penal de un delincuente que ha desistido del delito y ha completado un periodo sin cometer delitos en la comunidad es un paso importante de la reintegración social y un reconocimiento oficial de su éxito.

La implementación de programas de reintegración exitosos

1. Desarrollo de una estrategia de reintegración

Claramente se necesita un enfoque estratégico hacia el desarrollo de la prevención integral de la reincidencia y la reintegración de los delincuentes. Sin embargo, hay algunos pocos hechos inevitables que deben ser tenidos en cuenta al concebir e implementar las intervenciones para prevenir la reincidencia al supervisar y asistir a los delincuentes y asegurar su reintegración exitosa dentro de la comunidad. Estos son:

- Las prioridades de prevención del delito varían en cada comunidad y así también varían sus prioridades para la intervención y para los programas de prevención de la reincidencia.
- Los ex-delincuentes se ven confrontados por una miríada de desafíos que los predisponen a volver a delinquir con posterioridad a su puesta en libertad. Para prevenir la re-delincuencia, se debe tratar con los factores que la precipitaron en el pasado.
- Muchos ex-delincuentes tienen necesidades múltiples que deben ser abordadas de una manera integral, incluyendo capacidad limitada, cuestiones de abuso de sustancias y falta de apoyo familiar y comunitario. Muchos problemas entrelazados, de larga data, requieren soluciones a largo plazo e intervenciones importantes.
- Es imperativo que los servicios de reintegración institucional y de base comunitaria desarrollen asociaciones que cooperen con otros organismos gubernamentales y organizaciones comunitarias para desarrollar intervenciones integrales que movilicen todos los recursos disponibles para asistir y, cuando sea necesario, supervisar a los delincuentes.
- Usualmente es más eficaz trabajar con los delincuentes que administrarlos.
- La diferencia de género es importante y por lo tanto, al desarrollar intervenciones de reintegración es importante tratar con las necesidades y circunstancias específicas de las mujeres.



- La intervención de reintegración para delincuentes menores de edad debe tener en cuenta factores de desarrollo y educación.
- Con frecuencia es necesario tratar con las necesidades específicas y quizás singulares de los delincuentes que pertenecen a grupos minoritarios. Existe un considerable potencial para promover el desarrollo y mejora de la participación de las comunidades de las minorías étnicas para ayudar a los ex-delincuentes a reintegrarse a las mismas.
- Con frecuencia se debe atender específicamente a los desafíos singulares que presenta el asistir a los ofensores a regresar a comunidades rurales y remotas.

Las estrategias integrales típicamente implican niveles múltiples de gobierno, coordinación a través de los organismos (salud, educación, administración penitenciaria, autoridades policiales, etc.) y movilización de recursos comunitarios.

2. Características de las intervenciones de reintegración exitosa

Basándose en la evidencia disponible, parece ser que las intervenciones de reintegración más exitosas son aquellas que:

- Reflejan las prioridades de seguridad pública de la comunidad en la que se desarrollan
- Comprometen a la comunidad tanto en la planificación como en la puesta en práctica de la intervención y fomentan un fuerte sentido de pertenencia comunitaria.
- Se concentran en un grupo específico de delincuentes y en sus desafíos específicos
- Son sensible al género
- Se apoyan en métodos serios para evaluar las necesidades y factores de riesgo de los delincuentes
- Hacen que los delincuentes rindan cuentas y se hagan responsables de sus propias opciones y acciones
- Comienzan, si el delincuente está en prisión, lo más pronto posible mientras está privado de la libertad y continúan durante toda la transición y estabilización del mismo en la comunidad (asistencia permanente)
- Logran un equilibrio entre vigilancia y control por un lado y apoyo y asistencia por el otro
- Ofrecen asistencia en una manera integrada y complete y tratan los muchos desafíos interrelacionados que confrontan los delincuentes
- Se ofrecen como un esfuerzo coordinado de todos los organismos involucrados y se apoyan en una fuerte cooperación entre los organismos (apoyados por asociaciones y cooperación entre las agencias y protocolos de información, con una definición clara de los respectivos papeles a desempeñar y una clara articulación de los servicios a proveer, incluyendo los marcos de tiempo correspondientes)
- Están apoyados por prácticas serias de gestión de casos y sistemas adecuados de gestión de la información; los delincuentes necesitan un solo punto de contacto y apoyo para acceder a los servicios.
- Incluyen una estrategia bien pensada de comunicaciones y relaciones con los medios
- Tienen un sólido componente de evaluación que permite que las intervenciones evolucionen, se mejoren a sí mismas y sigan siendo responsables ante la comunidad por los resultados respecto a reducción del delito.



El papel que desempeña la comunidad

El objetivo primario de los esfuerzos de reintegración social es proveer a los delincuentes el apoyo, asistencia y supervisión que les ayudará a vivir sin delinquir al ser liberados. Sin embargo, para que los programas tengan un impacto positivo, la comunidad debe obviamente ser también receptiva.

Tanto la remoción de los delincuentes de la comunidad como su retorno a ella presentan desafíos para sus familias y para la comunidad en general. Hay cuatro cosas que ayudan a algunas comunidades a tratar con el ciclo de remoción y reinserción de los reincidentes: el capital humano (recursos personales traídos por miembros de la comunidad); capital social (capacidad de las personas para recurrir a los vínculos personales dentro de la comunidad); redes sociales; y eficacia colectiva. Las comunidades tienden a confiar demasiado en que el sistema de justicia penal provea supervisión y apoyo a los delincuentes, pero de hecho tienen un papel clave a desempeñar en la reintegración exitosa de los ex privados de libertad. Se requieren estrategias específicas para movilizar y sostener el interés y participación comunitarios en los programas de asistencia y supervisión.

Las comunidades no son siempre muy receptivas a la idea de iniciativas de base comunitaria para la reintegración social de los ex delincuentes. La población con frecuencia queda atrapada en un estado de ánimo punitivo que no deja mucho lugar para que funcionen los programas de corrección de base comunitaria. Las ONG pueden ayudar asegurar que este asunto sea incluido en la agenda política y abogar por el cambio. Algunos programas, en particular aquellos que ofrecen a los delincuentes la oportunidad de realizar algún servicio comunitario o voluntariado para beneficio de la comunidad, tienen con frecuencia éxito para rehabilitar a ciertos tipos de delincuentes. Sin embargo, simplemente no pueden funcionar sin el apoyo de la comunidad y su éxito usualmente depende de la participación activa de los miembros de la misma.

A un nivel amplio, se pueden identificar muchos factores que afectan la probabilidad de que la comunidad participe en el tratamiento de los delincuentes. En primer lugar, el nivel de participación comunitaria es con frecuencia una función de la relativa apertura y transparencia del sistema de justicia penal. Si el sistema de justicia penal está comprometido con estándares altos de transparencia, responsabilidad, integridad y apertura, queda usualmente mucho más abierto a diversas formas de participación comunitaria. Los sistemas represivos, por el contrario, son mucho más reticentes a preparar un lugar adecuado para la participación comunitaria o para todo tipo de participación significativa de la sociedad civil. En segundo lugar, el nivel de desarrollo logrado por un país es con frecuencia un factor importante dado que esto impacta directamente sobre la capacidad de la comunidad para participar activamente. Finalmente, hay también factores culturales y políticos que afectan la medida en la que los servicios de sectores no gubernamentales y voluntarios pueden desarrollarse. En algunos países el sector no gubernamental ha sido activamente disuadido por las autoridades. En algunas instancias, las autoridades todavía perciben toda forma de movilización u organización comunitaria como una amenaza potencial a la organización política existente.

Obviamente todos estos factores deben ser tenidos en cuenta. Sobre todo, se debe recordar que los países tienden a enfocar de manera muy diferente tanto el tratamiento de los delincuentes como la participación de la comunidad. A medida que descubren los méritos de la participación comunitaria en el proceso de justicia penal, encuentran diferentes vías para progresar y diferentes maneras para facilitar tal participación. Esto debe alentar a los



profesionales para ser creativos en sus intentos de involucrar a la comunidad en la reintegración de delincuentes.

Hay tres aspectos muy prácticos de la participación de la comunidad en el tratamiento de delincuentes, a saber: (a) participación comunitaria en el tratamiento, rehabilitación y reintegración de delincuentes; (b) participación comunitaria en programas de remisión; y (c) participación comunitaria en los programas de correcciones comunitarias, libertad condicional, ayuda post penitenciaria y reinserción de delincuentes. Desde el punto de vista de la comunidad y de los voluntarios potenciales, estas distinciones no son particularmente relevantes. La mayoría de las organizaciones que trabajan con delincuentes en la comunidad quieren trabajar en el contexto de todas estas situaciones.

Es imperativo que las instituciones desarrollen asociaciones cooperativas con las organizaciones de base comunitaria, grupos de voluntarios y ONG para ofrecer intervenciones prolijas y movilizar todos los recursos disponibles para asistir y, cuando sea necesario, supervisar a los delincuentes. Entre las intervenciones centrales disponibles para ayudar a los delincuentes están aquellas con respecto a trabajo y clases de formación, educación vocacional, certificación, entrenamiento laboral, ubicación en puestos de trabajo y monitoreo del empleo por parte de un gestor de casos. En todas estas áreas, las organizaciones comunitarias y el sector privado están singularmente ubicados para ofrecer asistencia eficaz. En Canadá, por ejemplo, los servicios y programas de base comunitaria para delincuentes en libertad condicional vienen desarrollando a las comunidades aborígenes de todo el país. Estos programas reflejan la cultura y espiritualidad aborígen tradicional y están típicamente arraigadas en los ideales restaurativos y de justicia comunitaria.

Intervenciones de integración social para penas sin privación de la libertad

Aquí se estudia las intervenciones de integración social para penas sin privación de la libertad. Enfatiza el uso de sanciones de base comunitaria (correcciones comunitarias) para apoyar la integración social de los delincuentes. Explica el modo en que las sentencias de base comunitaria, tales como la libertad condicional o los decretos de servicio comunitario pueden ofrecer maneras más eficientes para facilitar la integración social de los delincuentes una vez que han sido formalmente declarados culpables de un delito. Sin embargo, proceder con la acusación formal, convicción y castigo de los delincuentes no siempre es la mejor forma de asegurar que se enmendarán y vivirán respetando a la ley en la comunidad. Por lo tanto, aquí nos referimos a las medidas de “remisión”. En los casos apropiados, y en particular para menores delincuentes, con frecuencia es más eficaz derivar a los delincuentes apartándolos del proceso de justicia penal y diseñar respuestas alternativas a su conducta y en circunstancias individuales.

Para muchos delincuentes, el encarcelamiento es una manera muy pobre de alentarles a desistir del delito y prevenir la re-delincuencia. En vez de exponer a los delincuentes al encarcelamiento, las sanciones sin privación de la libertad pueden cumplirse en la comunidad bajo supervisión, permitiendo a los delincuentes diferentes opciones, cambiar sus vidas y reparar el daño que han causado o contribuir devolviendo a la sociedad.

Los delincuentes también pueden recibir servicios y programas terapéuticos basados en la comunidad que pueden ayudarles a cambiar su conducta y tratar problemas de adicción o salud mental.



Contrario al encarcelamiento, las sanciones sin privación de la libertad tratan de crear, siempre que sea posible, relaciones entre los delincuentes y los miembros de la comunidad. El objetivo es fortalecer, más que cortar, esas relaciones. Es menos probable que los delincuentes que tienen fuertes conexiones con su comunidad y que quieren a la gente que los rodea vuelvan a delinquir.

Aquellos que mantienen a una familia pueden continuar haciéndolo, incluyendo la posibilidad de permanecer empleados y ganar o comprometerse de otro modo en su propia comunidad.

Por lo tanto, en casos adecuados, las sanciones sin privación de la libertad facilitan la seguridad y responsabilidad comunitaria y el éxito de la reintegración social de los delincuentes, ofreciéndoles una oportunidad genuina de ser responsables de sus acciones, hacer enmiendas y cambiar su comportamiento. También pueden dar a los delincuentes la oportunidad de aprender nuevas destrezas, nuevas actitudes y modos de confrontar los problemas, ayudándoles así a evitar la recaída y toda otra actividad delictiva.

Las medidas sin privación de la libertad han probado ser muy eficaces para prevenir la reincidencia, pero también son más baratas para administrar que los programas de reclusión. De esta manera, su uso coherente puede disminuir los costos de la prisión y aliviar el hacinamiento en las prisiones.

Los programas de remisión también merecen cierta atención. Para algunos delincuentes, la sanción penal formal no es necesaria ni útil para facilitar su integración social y prevenir la reincidencia. Otras intervenciones más eficaces y menos estigmatizantes son posibles en la comunidad, incluyendo los programas de remisión que “desvían” a los delincuentes del proceso de justicia penal hacia otras intervenciones más apropiadas. Los programas de remisión están basados en la autoridad discrecional de los funcionarios de la justicia penal, tales como la policía y el fiscal, para referir a los delincuentes a programas adecuados como alternativa al proceso de justicia penal.

En circunstancias apropiadas, y en particular para menores delincuentes o gente que sufre de una enfermedad mental o adicción a las drogas, los programas de remisión pueden asegurar que los delincuentes reciban las intervenciones más adecuadas y eficaces evitando al mismo tiempo el ser expuestos innecesariamente al ambiente de la prisión.

Normas internacionales: intervenciones sin privación de la libertad

Las **Reglas de Tokio**, cuya intención es alentar la creación de alternativas de base comunitaria a la reclusión, establecen que “se alentará y supervisará atentamente el establecimiento de nuevas

medidas no privativas de la libertad y su aplicación se evaluará sistemáticamente” (regla 2.4).

También establecen que “se considerará la posibilidad de ocuparse de los delincuentes en la comunidad, evitando recurrir a procesos formales o juicios ante los tribunales, de conformidad con los amparos y las normas jurídicas” (regla 2.5).

Las Reglas de Tokio enfatizan que se debería disponer de una amplia gama de medidas no privativas de la libertad “a fin de asegurar una mayor flexibilidad, compatible con el tipo y la gravedad del delito, la personalidad y los antecedentes del delincuente y la protección de la sociedad, y evitar la aplicación innecesaria de la pena de prisión” (regla 2.3).



Al implementar medidas no privativas de la libertad, se debe lograr un debido equilibrio “entre los derechos de los delincuentes, los derechos de las víctimas y el interés de la sociedad en la seguridad pública y la prevención del delito” (regla 1.4).

Las **Reglas de Bangkok** estipulan que no se debería separar a las delincuentes de sus familias y comunidades sin prestar debida atención a su historial y a sus vínculos familiares (regla 58):

“Cuando proceda y sea posible, se utilizarán mecanismos opcionales en el caso de las mujeres que cometan delitos, como las medidas alternativas y otras que sustituyan a la prisión preventiva y la condena.”

Al dictar sentencia o decidir medidas preventivas para mujeres embarazadas o que tienen niños a su cuidado, se deben preferir las medidas no privativas de la libertad, siempre que sean posibles y apropiadas.

Con respecto a los menores delincuentes, la **Convención sobre los Derechos del Niño y otras normas internacionales** disponen que el encarcelamiento sólo se use como último recurso (artículo 37, subpárrafo (b), de la Convención). La remisión puede ser usada en todo momento del proceso de toma de decisiones. La policía, la fiscalía u otros organismos que traten con menores delincuentes pueden disponer, en tales casos y a su discreción, sin recurrir a audiencias formales. Para facilitar la disposición discrecional en casos de menores, se deben proveer programas comunitarios, tales como supervisión y guía temporaria, restitución y compensación de las víctimas. En el caso de menores delincuentes, el uso de la remisión no debe necesariamente estar limitado a casos leves, lo que hace que la remisión sea una estrategia importante para responder a las necesidades de los menores delincuentes aun cuando hayan cometido un delito más grave.

Sanciones sin privación de la libertad y la integración social de delincuentes

1. Políticas de sentencia

El uso del encarcelamiento o las sanciones no privativas de la libertad está regulado por el derecho penal y, idealmente, está guiado por una política de sentencias clara y explícita, si bien no todos los países han adoptado tales políticas. En algunos países, las políticas de sentencia no van mucho más allá de reafirmar los principios de equidad y proporcionalidad y reconocer la relevancia de considerar las posibles circunstancias agravantes o mitigantes al determinar una sentencia. La rehabilitación de los delincuentes y la protección de la comunidad se mencionan a veces como objetivos formales, pero frecuentemente sin estipular el modo en que han de lograrse.

La necesidad de individualizar la sanción para tener en cuenta no sólo la seriedad del delito y el grado de culpabilidad del delincuente, sino también las necesidades, circunstancias y características propias del delincuente no es siempre plenamente reconocida. Finalmente, hay muchas instancias en las que las políticas de sentencia no dicen nada exactamente acerca del modo y el tiempo en que se deben usar las sentencias no privativas de la libertad como medios para rehabilitar al delincuente.

Las normas internacionales disponen un marco general dentro del que se debería articular y, de ser necesario, legislar la política nacional de sentencias. Sin embargo, las autoridades nacionales tienen la responsabilidad de formular e implementar tales políticas para evitar el



uso excesivo del encarcelamiento. Las políticas deben asegurar que, en la práctica, las sentencias reflejan el uso óptimo de un agama de posibles sanciones dispuestas en las leyes penales modernas, facilitar la rehabilitación e integración social de los delincuentes y contribuir a la seguridad pública.

2. Tipos de sanciones sin privación de la libertad

Además del encarcelamiento, existe una amplia gama de sanciones o disposiciones que tienen un elemento punitivo aceptable y pueden servir para que los delincuentes rindan cuenta de sus delitos, mientras que al mismo tiempo contribuyan directamente a su rehabilitación e integración social. Más específicamente, incluyen:

- Libertad condicional y supervisión judicial
- Decretos de servicio comunitario
- Sanciones verbales, tales como apercibimientos, reprimendas y advertencias
- Absolución condicional
- Penalidades de estatus que deniegan al delincuente ciertos derechos específicos en la comunidad
- Sanciones económicas y penalidades monetarias, tales como multas y multas diarias
- Decretos de confiscación o expropiación
- Restitución a la víctima o decretos de compensación
- Sentencias suspendidas o diferidas, en las que se pronuncia la sentencia de encarcelamiento, pero su implementación es suspendida por un cierto período de tiempo con las condiciones que establezca el tribunal.
- Remisión a un centro de asistencia, instalaciones en donde el delincuente puede pasar el día, regresando a su casa por la noche
- Arresto domiciliario
- Toda otra modalidad de tratamiento no institucional
- Alguna combinación de las medidas anteriores

Algunas, pero no todas estas sentencias sin privación de a libertad requieren una estructura administrativa para ser usadas realmente como sentencias alternativas al encarcelamiento.



3. Evaluación previa a la sentencia y el proceso de sentencia

Ejemplo del contenido de una evaluación previa a la sentencia o informe de consulta social

- Fuentes de información usadas en el informe
- Información personal sobre el delincuente
- Historial personal del delincuente
- Información familiar (en particular los hijos)
- Datos acerca de la acusación delictiva actual
- Información acerca de las circunstancias del delito y el historial delictivo del delincuente, su asociación con pares y participación delictiva
- La actitud general, motivación y actitud del delincuente respecto al delito y a la(s) víctima(s)
- Información sobre salud física y mental
- Historial escolar y/o laboral, incluyendo asistencia escolar o trabajo
- Impacto sobre la víctima
- Posibles problemas de dependencia de drogas o alcohol
- Recomendación y justificación de la sentencia

Para determinar si un caso específico es adecuado para aplicar sanciones de base comunitaria, se debe realizar una evaluación de las necesidades, circunstancias, perfil de riesgo y receptividad del delincuente a intervenciones terapéuticas. Para que los jueces consideren sanciones alternativas al encarcelamiento, deben disponer de información acerca de tales sanciones y programas, como así también acerca del individuo delincuente y sus circunstancias. El servicio de libertad condicional y otros organismos similares deben facilitar este proceso, por ejemplo, a través de presentaciones verbales o presentando un informe de encuesta social (o previo a la sentencia) ante el tribunal.

Las Reglas de Tokio reconocen el valor del informe de consulta social (regla 7.1), que describe los antecedentes de los delincuentes y las circunstancias de sus vidas que contribuyan a entender por qué han cometido el delito, identificar sus posibles cualidades personales y factores de riesgo, y hacer recomendaciones acerca de posibles intervenciones en lugares custodiados o no custodiados. Cuando se recomienda una sanción de base comunitaria, se espera que el informe incluya información acerca del modo en que es probable que el delincuente actúe en la comunidad y cumpla con todas las condiciones o restricciones que el tribunal considere imponer. El informe de investigación previo a la sentencia es crítico para mejorar las perspectivas del delincuente respecto al éxito de su reinserción comunitaria.



Reintegración social por medio de programas de remisión

La remisión es un proceso alternativo para tratar con los delincuentes de una manera informal, es decir, fuera del sistema de justicia formal y en el contexto de un proceso de base comunitaria. Ofrece un modo de responder a los delitos sin recurrir a sanciones penales. Con el acuerdo del delincuente, este proceso lo refiere a programas de educación, mentoreo, asistencia o supervisión sin atravesar los procedimientos formales. Algunos de estos programas involucran un proceso restaurativo, con frecuencia a manera de mediación entre el delincuente, la(s) víctima(s) y los miembros de la comunidad.

El objetivo primordial de los programas de remisión es reducir al mínimo el contacto entre los delincuentes y el proceso de justicia formal, eliminando por lo tanto los efectos estigmatizantes de verse involucrados en el sistema de justicia penal. El uso amplio de la remisión en los sistemas judiciales de todo el mundo se debe a las muchas ventajas que la remisión tiene desde el punto de vista de facilitar la integración social de los delincuentes, como así también proteger a las víctimas y a la comunidad. Entre estas ventajas están las siguientes:

- (a) El uso de la remisión puede resultar en una disposición más rápida para el delincuente y en un medio más expeditivo para tratar con las necesidades del delincuente la(s) víctima(s) y la comunidad;
- (b) La remisión puede reducir la carga de trabajo de los organismos judiciales, permitiendo que los recursos sean asignados a programas y actividades diseñados para delincuentes más graves;
- (c) El uso de la remisión proporciona una oportunidad para la familia del delincuente, la(s) víctima(s) y su(s) familia(s) y, cuando sea apropiado, a los residentes de la comunidad, para participar en el proceso de casos y ayudar al delincuente a reintegrarse a la comunidad.

Los programas de remisión varían considerablemente y con frecuencia están diseñados para satisfacer las necesidades de los delincuentes, resolver conflictos, aumentar la participación ciudadana, tratar las preocupaciones de la comunidad y restituir a las víctimas. Algunas de estas intervenciones son de naturaleza terapéutica y ofrecen terapia conductual, tratamiento o terapia por dependencia de drogas, a veces con condiciones restrictivas. Este es con frecuencia el caso para las remisiones a tratamiento que hacen los tribunales especializados en drogas.

Es importante establecer que la dependencia de drogas debe ser considerada como una enfermedad y que el tratamiento relacionado debe siempre ser voluntario y con consentimiento informado.

En el caso de tratamiento de dependencia de drogas como alternativa para el encarcelamiento, la persona involucrada debe tener la posibilidad de optar. Hay otras intervenciones de naturaleza más restaurativa que dan al delincuente la oportunidad de reparar el daño causado por su conducta. Otras categorías de programas de remisión se concentran en el desarrollo de aptitudes, intentando facilitar la adaptación del delincuente (por ej. aptitudes de vida, vocacionales o educación) o en proveer una experiencia formativa que puede llegar a cambiar la actitud del delincuente (por ej. programas de mentoreo o de aventuras al aire libre).

Se puede usar una cantidad de mecanismos procesales para crear oportunidades para derivar a los delincuentes a programas de remisión. En algunos países los fiscales y jueces usan las opciones de “procedimientos de sobreseimiento”, “procedimientos de postergación” o



“suspensión de sentencia” para suspender temporariamente los procedimientos formales en contra del delincuente a quien se acusa de haber cometido un delito.

A las medidas de remisión pueden adjuntarse condiciones. Si los delincuentes cumplen con ellas, quedan exentos de todo otro procedimiento ante el sistema de justicia formal. Si no cumplen con las condiciones se reinician o se vuelven a abrir los procedimientos penales originales. Por ej. Según el programa de remisión de Sudáfrica, cuando el fiscal o un juez de menores emite un decreto de remisión, el procedimiento se posterga pendiente de que el menor delincuente cumpla con la condición de remisión que se le ha impuesto. Si no la cumple, el tribunal puede emitir una orden de arresto o una notificación para que el menor se presente ante el tribunal. Después de indagar los motivos por los que el menor dejó de cumplir con el decreto de remisión, el tribunal puede decidir continuar aplicando la medida de remisión con las modificaciones que sean apropiadas, o el fiscal puede decidir proceder con la acusación formal del menor delincuente.

Los programas de remisión policiales dan oportunidad a los oficiales de policía para usar su discreción y desarrollar intervenciones creativas para prevenir la reincidencia futura. La remisión permite a los oficiales de la policía tratar con los casos expeditamente y asegurar que los delincuentes rindan cuenta de su conducta por medio de respuestas informales tales como advertencia, restitución, disculpas y trabajo comunitario. Esto hace que se reduzca la cantidad de delitos leves que atascan el sistema judicial formal. La remisión también puede servir como un medio para promover enfoques más restaurativos que involucran a las familias, las víctimas y los miembros de la comunidad para apoyar la responsabilidad, recuperación y reintegración del delincuente. Los oficiales de policía de primera línea tienen por lo menos tres papeles importantes que desempeñar en los programas de remisión con anterioridad a la acusación: (a) servir como agentes de referencia estudiando los casos que pueden ser remitidos al programa; (b) proveer información acerca de las actitudes, necesidades, conducta y circunstancias de familia y de vida del menor; y (c) proveer consejo de expertos al comité de remisión y a los proveedores de servicios.

En la mayoría de los países, la policía y los fiscales son las principales Fuentes de referencia a los programas de remisión. Sin embargo, el nivel de facultades discrecionales que tienen con respecto a la decisión de si se va a enjuiciar o no a los delincuentes varía mucho entre los diversos sistemas legales. En gran parte, el alcance de la discreción dependerá de si tales decisiones van a ser guiadas por el principio de legalidad (enjuiciamiento obligatorio), que crea la obligación de que el fiscal acuse, o por el principio de oportunidad, que tradicionalmente permite cierta toma discrecional de decisiones. El principio de legalidad en sí mismo no obstaculiza los casos de remisión, tales como los que involucran a menores delincuentes. Sin embargo, puede dificultar la remisión de un caso a un programa de justicia restaurativa antes de que el caso haya llegado al tribunal. Las Reglas de Tokio (regla 3.3) alientan a que la autoridad judicial u otra autoridad independiente competente ejerza sus facultades discrecionales “en todas las fases del procedimiento, actuando con plena responsabilidad y exclusivamente de conformidad con la ley”.



Justicia restaurativa y reintegración social

Las intervenciones de justicia restaurativa pueden ser particularmente eficaces en el proceso de integración social de los delincuentes al ayudarles a enmendar sus relaciones con los demás en la comunidad, incluyendo a sus víctimas. Los enfoques de justicia restaurativa han probado ser sumamente exitosos para reducir la reincidencia al ayudar a los delincuentes a entender verdaderamente las consecuencias de sus acciones y a asumir responsabilidad por su conducta ⁶⁰. Más específicamente, la intervención de justicia restaurativa ayuda a los delincuentes a:

- Asumir responsabilidad por su conducta dañina de una manera significativa
- Ver las causas de su conducta y el modo en que afecta a los demás
- Cambiar su conducta y desistir del delito
- Ser aceptados de vuelta en su comunidad

La justicia restaurativa está basada en el principio de que las respuestas más eficaces a la delincuencia son aquellas que hacen que los delincuentes rindan cuentas de su conducta de una manera que les reintegre en la sociedad en vez de aumentar su sentido de aislamiento y estigma.

El objetivo es ayudar a los delincuentes a entender las consecuencias de sus acciones y enmendar el daño que han causado a la comunidad. Al mostrar a los delincuentes el pleno impacto de su conducta sobre aquellos que les rodean, la justicia restaurativa puede alentar un cambio real y duradero. Al mismo tiempo, la participación de las víctimas del delito y los miembros de la comunidad puede servir para fortalecer los vínculos en la comunidad y facilitar el desarrollo de capacidad de base comunitaria para ayudar a los delincuentes.

La justicia restaurativa requiere que las respuestas ante la conducta delictiva logren un equilibrio entre las necesidades de las víctimas, los delincuentes y la comunidad. Esto se logra por medio del enfoque sobre tres metas interrelacionadas: (a) rendición de cuentas; (b) recuperación y desarrollo de competencia; y (c) seguridad comunitaria.

Las reuniones en persona con los miembros de la comunidad o las víctimas, durante las cuales el delincuente asume responsabilidad y se entera del impacto de su conducta sobre los demás, son una forma importante de rendir cuentas. El reconocer plena y honestamente su responsabilidad por el daño causado a otros es un proceso poderoso y puede reducir la probabilidad de que la conducta dañina se repita. El pleno y honesto reconocimiento de los daños causados a la comunidad y a las víctimas es muy importante para la reintegración exitosa de un delincuente.

En general, en el sistema de justicia penal hay cuatro puntos de entrada principales para poder iniciar los procesos de justicia restaurativa con éxito:

(a) a nivel policial (previo a la acusación);

⁶⁰ Handbook on Restorative Justice Programmes, Serie de Manuales de Justicia Penal (publicación de las Naciones Unidas, Sales N. E.06.V.15)



- (b) a nivel de la fiscalía (posterior a la acusación, pero antes del juicio); (c) a nivel judicial (sea durante la etapa de instrucción o antes de dictar sentencia); y
(d) a nivel penitenciario (como una alternativa al encarcelamiento, como parte o además de una sentencia no privativa de la libertad, durante el encarcelamiento o al ser puesto en libertad).

En algunos países, por ejemplo, en Bélgica, las intervenciones de justicia restaurativa y las acusaciones pueden iniciarse paralelamente. Los principios restaurativos también pueden aplicarse a la libertad condicional. En un modelo de “libertad condicional restaurativa”, el juez sentencia al delincuente a libertad condicional con una sentencia suspendida, mientras una junta reparativa de voluntarios se reúne con el delincuente y la víctima para llegar a un acuerdo que el delincuente se compromete a cumplir.

El cumplimiento de ese contrato es la única condición de su libertad condicional y ese contrato está basado en metas restaurativas, es decir que el delincuente entiende los efectos del delito y aprende el modo de evitar la re-delincuencia, que la víctima se ve restaurada y compensada y que se asegura a la comunidad y ésta ofrece reintegración para el delincuente.

Las juntas reparativas son posiblemente más eficaces que la libertad condicional estándar.

Los principios básicos en el uso de programas de justicia restaurativa en materia penal fueron adoptados en el año 2002 para alentar a los Estados Miembros a adoptar y estandarizar las medidas de justicia restaurativa en el contexto de sus sistemas legales. La parte central de los principios trata con el establecimiento de parámetros para el uso de la justicia restaurativa y las medidas que deberían ser adoptadas por los Estados Miembros para asegurar que quienes participan en los procesos restaurativos estén protegidos por los debidos amparos jurídicos.

Más específicamente, las partes II y III de los principios básicos definen el uso apropiado de la justicia restaurativa (por ej. cuando existen suficientes pruebas en contra del delincuente para justificar una intervención y cuando hay consentimiento entre el delincuente y la víctima) y la naturaleza de los amparos jurídicos que se pueden aplicar.

Hay tres requerimientos básicos que deben cumplirse antes de poder usar la mediación entre la víctima y el delincuente:

- El delincuente debe aceptar, o no negar, su responsabilidad por el delito
- Tanto la víctima como el delincuente deben tener voluntad de participar
- Tanto la víctima como el delincuente deben considerar que es seguro estar involucrados en el proceso

Los principios básicos aclaran que con frecuencia es necesario adoptar políticas y directrices claras para guiar los nuevos programas y establecer el marco normativo necesario. Estipulan (párrafo 12) que tales directrices deben abordar, inter alia:

- “(a) Las condiciones para la remisión de casos a los programas de justicia restaurativa;
- “(b) El manejo de los casos con posterioridad al proceso restaurativo;
- “(c) Las calificaciones, formación y evaluación de los mediadores;
- “(d) La administración de los programas de justicia restaurativa;
- “(e) Los niveles de competencia y las reglas de conducta que gobiernan el funcionamiento de los programas de justicia restaurativa.”

ONUDD ha publicado un Manual sobre Programas de Justicia Restaurativa (disponible en inglés y francés) para facilitar el desarrollo de los programas restaurativos.



5. CONTENIDOS CURRICULARES PARA PROFESIONALES DE CENTROS DE ACOGIDA DE MENORES EN CONFLICTO CON LA LEY Y PROGRAMAS DE MENORES EN RIESGO.

La aparición del modelo comunitario para la salud mental y las adicciones en Bolivia puede suponer la posibilidad de que los menores en conflicto con la ley puedan desarrollar medidas judiciales en medio abierto, con una mayor garantía de desarrollar programas estructurados y monitorizados en todo el proceso de los mismos. Por ello, es también necesaria una capacitación de los profesionales de los Centros de acogida de menores en los contenidos troncales que venimos refiriéndonos durante el documento, y que actúan como materias troncales para todos los agentes implicados en la salud mental y las adicciones. A saber, los principios de la salud mental comunitaria, la perspectiva de género en salud mental y adicciones, y el asunto del estigma en adicciones y salud mental.

De modo específico vamos a exponer contenidos curriculares de interés para este ámbito por su conexión con los CSMC y la acción comunitaria en redes.

1. DESARROLLO EDUCATIVO DE LA EJECUCIÓN DE MEDIDAS JUDICIALES EN MEDIO ABIERTO

1.1 ASISTENCIA A CENTRO DE DÍA

La medida judicial de Asistencia a Centro de Día de rehabilitación está contemplada en numerosas regulaciones referidas a menores en conflicto con la ley. Habitualmente se señala que las personas sometidas a esta medida residirán en su domicilio habitual y acudirán a un Centro, plenamente integrado en la comunidad, a realizar actividades de apoyo, educativas, formativas, laborales o de ocio. En los CSMC están previstos programas de reinserción social en coordinación con recursos comunitarios.

1.1.1. DEFINICIÓN

Se trata de una medida que supone la asistencia por parte del menor a un Centro de Día, integrándose en las actividades educativas programadas por el Centro, para compensar sus dificultades y desarrollar sus capacidades, de acuerdo con el Programa Individualizado de Ejecución de la Medida (PIEM). Los menores que cumplen esta medida son derivados a un Centro donde realizan actividades educativas de apoyo a su competencia social. Tiene el propósito de proporcionar a los menores un ambiente estructurado durante buena parte del día, en el que se lleven a cabo actividades socio-educativas que puedan compensar las carencias y mejorar las posibilidades de su ambiente familiar y social. El menor también puede asistir a otros lugares para hacer uso de otros recursos de ocio o culturales, al poder continuar residiendo en su hogar. El Centro de Día es un espacio físico desde donde se fomentan actividades de diversa índole (de ocio, culturales, formativas, dinamizadoras...) que aglutinan los intereses de los menores o jóvenes.



1.1.2. OBJETIVOS

Facilitar un espacio distendido que favorezca vivenciar un proceso de socialización adecuado. Fomentar hábitos sociales necesarios para que los menores o jóvenes puedan desenvolverse de forma adecuada en el ámbito educativo, social y laboral. Proporcionar experiencias de entrenamiento social, de interiorización de normas sociales y pautas de comportamiento. Diseñar tareas formativas y lúdico-educativas que promuevan la integración social y que fomenten las relaciones interpersonales.

1.1.3. FUNCIONES DEL EDUCADOR Y LA EDUCADORA SOCIAL

Será el responsable de la ejecución de la medida, de buscar el Centro más adecuado, entre los más cercanos al domicilio del menor en los que exista plaza disponible, de realizar las entrevistas con el menor para evaluar sus necesidades y posibilidades, elaborando un programa individualizado de ejecución, en el que constaran las actividades de apoyo, educativas, formativas, laborales o de ocio que el menor realizará, la periodicidad de la asistencia al Centro de día y el horario de asistencia, teniendo en cuenta que deberá ser compatible con su actividad escolar, formativa o laboral. También es función del educador la coordinación con los profesionales del Centro y la elaboración de los informes, que serán la herramienta para plasmar la consecución de los objetivos de dicha medida. Es tarea del educador la coordinación con los Servicios Sociales y con las entidades colaboradoras implicadas en la ejecución de esta medida.

1.2. PRESTACIONES EN BENEFICIO DE LA COMUNIDAD

1.2.1. MARCO LEGAL

En las regulaciones de la responsabilidad penal del menor se señala que la persona sometida a esta medida no podrá imponerse sin su consentimiento, ha de realizar las actividades no retribuidas que se le indiquen de interés social, en beneficio de personas en situación de precariedad.

1.2.2. DEFINICIÓN

La medida de prestaciones en beneficio de la comunidad no podrá imponerse sin consentimiento del menor, consiste en realizar una actividad durante un número de sesiones previamente fijado, bien sea en beneficio de la colectividad en su conjunto, o de personas que se encuentren en una situación de precariedad por cualquier motivo. Lo característico de esta medida es que el menor ha de comprender, durante su realización, que la colectividad o determinadas personas han sufrido de modo injustificado unas consecuencias negativas derivadas de su conducta. Se pretende que el sujeto comprenda que actuó de modo incorrecto, que merece el reproche formal de la sociedad y que la prestación de los trabajos que se le exigen es un acto de reparación justo.

Características de la medida:



Por su enfoque, esta medida añade una dimensión positiva y educativa al marco legislativo. Las actividades en beneficio de la comunidad a las que hace referencia el apartado anterior reunirán las condiciones siguientes:

- a) Han de tener un interés social o realizarse en beneficio de personas en situación de precariedad.
- b) Estarán relacionadas, preferentemente, con la naturaleza del bien jurídico lesionado por los hechos cometidos por el menor.
- c) No podrán atentar a la dignidad del menor.
- d) No estarán supeditadas a la consecución de intereses económicos.

Las tareas deben definirse operativamente para que las partes implicadas conozcan lo que el menor debe realizar y facilitar así a la entidad colaboradora su evaluación posterior. La ejecución de las tareas no implica ninguna relación laboral y serán proporcionales a los daños que ha producido el menor.

Podemos diferenciar en la práctica tres tipos:

- Reparadores: que inciden directamente o indirectamente sobre el tipo y lugar de la infracción, buscando la reparación de los daños causados, como en los casos de pintadas en comunidades de vecinos o destrozos en parques públicos, que se han derivado a servicios de parques y jardines municipales para repararlos o pintarlos.
- De relación hipotética: cuando la prestación del servicio tiene una relación objetiva con las causas o efectos que pudiera haber provocado la infracción, de forma que se haga reflexionar al o a la menor sobre las causas por las que cometió la infracción (por ejemplo, robos en tiendas de ropa de moda y reparto de ropa en albergues o refugios, robo en una fábrica de juguetes y derivación a una ludoteca, lesiones y acompañamiento de menores hospitalizados), o sobre los efectos que el hecho delictivo pudiera haber causado (como en el caso de menores que tiran piedras a la autopista y posteriormente realizan un servicio de acompañamiento de paraplégicos por accidentes de tráfico).
- Paradójicos: cuando el servicio refuerza el comportamiento implícito en la infracción, pero dentro de unas normas de convivencia adecuadas; este sería el caso, por ejemplo, de menores que utilizan carabinas de perdigones, a los que se deriva a la federación de tiro olímpico para que conozcan y aprendan las reglas de seguridad que cualquier practicante de este deporte debe poner inexcusablemente en práctica. En determinadas circunstancias, cuando el menor o su familia se encuentra en situación de precariedad o desventaja social, esta medida permite la realización de actividades en beneficio del propio menor o su entorno, que faciliten o aumenten sus posibilidades de integración social, con lo que la propia comunidad también se beneficia de forma indirecta, al mejorarse las posibilidades de socialización del menor. La familia también tiene un papel determinante, ya que condiciona la motivación y actitud del menor en la ejecución del servicio y les responsabiliza para que no vuelvan a reincidir.



1.2.3. OBJETIVOS

- Concienciar y responsabilizar al o a la menor sobre las consecuencias derivadas de su conducta.
- Reparar los daños causados, dando al o a la menor la posibilidad de realizar una acción positiva y útil para la comunidad.
- Implicar a la comunidad en la ejecución de las medidas, participando activamente, y concienciar tanto a las instituciones públicas o a las entidades de iniciativa social, como a sus profesionales y a los beneficiarios de su acción, en la atención y reinserción de menores en conflicto social.
- Favorecer la concienciación del menor sobre la utilidad del trabajo solidario, facilitando su conocimiento y acceso a las redes sociales de apoyo solidario.
- Ofrecer un modelo de justicia coherente y menos estigmatizante que otras medidas.
- Favorecer la integración y la convivencia del menor en su propio entorno natural utilizando los recursos de su medio.
- Desarrollar actuaciones socioeducativas y ofrecer la oportunidad al menor de entender la medida ya que ésta se ajusta a sus características y al hecho cometido.

1.2.4. FUNCIONES DEL EDUCADOR Y LA EDUCADORA SOCIAL

El educador es el responsable de la planificación y ejecución de la medida, de la evolución del menor y de la elaboración de los informes. Es importante elegir el lugar donde el menor realizará las actividades programadas para el cumplimiento de la medida, por ello es necesario que el educador pueda contar con diversos recursos sociales disponibles, utilice su imaginación y desarrolle diversas estrategias para motivar a los menores.

- Buscar recursos y actividades que guarden relación directa, indirecta o paradójica con la infracción cometida y conseguir que mantengan abierta su colaboración.
- Elaborar un programa educativo individualizado de cumplimiento de una medida concreta durante un tiempo determinado. En el PIEM se marcan los objetivos relacionados con la responsabilidad

del menor, con la modificación de las conductas que han dado lugar al delito, y con la integración del menor en servicios educativos, formativos, de salud, tiempo libre, etc., que faciliten su integración social.

II. MEDIDAS DIRIGIDAS A MENORES INFRACTORES EN MEDIO ABIERTO

- Informar a la entidad receptora sobre los aspectos relevantes que debe tener en cuenta para que el menor realice la actividad acordada en función de sus capacidades personales.
- Mantener una comunicación permanente con los responsables del programa y las entidades colaboradoras para facilitar la información sobre la actividad que da contenido a la medida y los programas en los que se basa.



1.3 CONVIVENCIA CON UNA PERSONA, FAMILIA O GRUPO EDUCATIVO

1.3.1. MARCO LEGAL

La persona sometida a esta medida debe convivir, durante el periodo de tiempo establecido por el Juez con otra persona, con una familia distinta a la suya o con un grupo educativo, adecuadamente seleccionados para orientar a aquélla en su proceso de socialización.

1.3.2. DEFINICIÓN Se dirige a menores o jóvenes que, por su situación personal, social y familiar, requieran de un alejamiento temporal de su entorno familiar. Esta medida da la oportunidad al o a la menor de conocer un ambiente socializador positivo, que desarrolle pautas socioafectivas prosociales, lo que le ayudará a orientarse en su proceso de socialización.

1.3.3. OBJETIVOS DE LA MEDIDA

- Dar una respuesta de carácter educativo a menores que requieren un alejamiento temporal de su entorno familiar debido a sus circunstancias sociales o familiares.
- Potenciar las capacidades personales y sociales del menor con la finalidad de que adquiera un mayor grado de autonomía y posibilidades de convivencia social.
- Garantizar al o a la menor una atención global, intensa e individualizada, en un ambiente estructurado dentro de un contexto social normalizado.
- Crear las condiciones para que el menor entienda los aspectos básicos de su conflictividad personal y/o sociofamiliar, su papel en estos conflictos y la posible mejora.
- Favorecer la integración del menor en la sociedad como agente positivo.
- Abrir el proceso de socialización del menor mediante su inserción en recursos formativos.
- Enseñar al o a la menor habilidades comunicativas, sociales y de resolución de conflictos.
- Mantener un nivel de comunicación óptimo entre las partes implicadas: familia, menor y todos los profesionales involucrados.
- Modificar sus criterios de autoestima y pertenencia al grupo social.

1.3.4. FUNCIONES DEL EDUCADOR Y LA EDUCADORA SOCIAL

El educador es el responsable de la planificación y ejecución de la medida, de la evolución del menor y de la elaboración de los informes. También es competencia suya actuar como nexo de comunicación entre la familia, persona o grupo de acogida y la familia biológica. Orientación a la persona/s que conviven con el menor para superar cualquier dificultad y ayudar a lograr los objetivos marcados en el PEI. Debe conocer la situación de la familia biológica para plantear un futuro retorno del menor a su hogar. Enviar un informe de seguimiento periódicamente al Juzgado de Menores para que conozcan la evolución del caso.



1.4. REALIZACIÓN DE TAREAS SOCIOEDUCATIVAS

1.4.1. MARCO LEGAL

La persona sometida a esta medida ha de realizar, sin internamiento ni libertad vigilada, actividades específicas de contenido educativo encaminadas a facilitarle el desarrollo de su competencia.

1.4.2 DEFINICIÓN

Consiste en que el menor lleve a cabo actividades específicas de contenido educativo que faciliten su reinserción social. Puede ser una medida de carácter autónomo o formar parte de otra más compleja.

Empleada de modo autónomo, pretende satisfacer necesidades concretas del menor percibidas como limitaciones de su desarrollo integral. Puede suponer la asistencia y participación del menor a un programa específico ya existente en la comunidad, o bien creado “ad hoc” por los profesionales encargados de ejecutar la medida.

1.4.3 OBJETIVOS

Responsabilizar al o a la menor de sus actos y las consecuencias derivadas de ellos. Favorecer su desarrollo integral. Desarrollar la competencia social del menor para un mayor ajuste en su entorno social. Programar tareas de carácter formativo, cultural y educativo que fomenten su inserción en la sociedad. Actividades Esta medida implica la asistencia y participación del menor en un programa específico, ya existente en la comunidad o elaborado por el educador correspondiente, sin que por ello suponga una actuación tan integral como en el caso de la libertad vigilada. Además de implicar la asistencia a un determinado programa de desarrollo de competencia social, puede incluir elementos de control y actuaciones sobre la familia y la propia comunidad.

En cuanto, algunos ejemplos de actividad educativa a la que puede acudir el menor:

- Taller ocupacional
- Aula de educación compensatoria
- Curso de preparación para el empleo
- Actividades estructuradas de animación sociocultural
- Talleres de aprendizaje para la competencia social, etc.

También el propio profesional asignado para la ejecución de la medida puede diseñar las tareas específicas dirigidas a subsanar las necesidades detectadas en el menor. Cuando no existen recursos adecuados en el ámbito comunitario o éstos no se adaptan a las necesidades o posibilidades del menor, se diseña y realiza un programa específico, “ad hoc”, con una programación aplicada a menores con falta de percepción de su propia realidad o con carencias en habilidades para solucionar problemas. Se trata de dotar al o a la menor de habilidades cognitivas y sociales que compensen las necesidades detectadas.



1.4.4 FUNCIONES DEL EDUCADOR Y LA EDUCADORA SOCIAL

El educador es el responsable de la planificación y ejecución de la medida. Para ello y de forma previa a la elaboración del programa individualizado de ejecución de medida, el profesional asignado, a través de diversas entrevistas y con la información a su alcance, debe conocer las características personales, situación y necesidades del menor. Se mantendrán entrevistas periódicas además de con el menor y su familia, con los Centros colaboradores, Servicios Sociales, etc. Una vez elaborado el PIEM, se llevará a cabo el seguimiento y la evaluación de los objetivos planteados. Mediante los informes se dará cuenta de la consecución de dichos objetivos recogidos en el programa socioeducativo.

1.5 LIBERTAD VIGILADA

1.5.1. MARCO LEGAL

La medida judicial de libertad vigilada se entiende como la medida en la cual se ha de hacer un seguimiento de la actividad de la persona sometida a la misma y de su asistencia a la escuela, al Centro de formación profesional o al lugar de trabajo, según los casos, procurando ayudar a aquélla a superar los factores que determinaron la infracción cometida. Asimismo, esta medida obliga, en su caso, a seguir las pautas socio-educativas que señale la entidad pública o el profesional encargado de su seguimiento, de acuerdo con el programa de intervención elaborado al efecto y aprobado por el Juez de Menores. La persona sometida a la medida también queda obligada a mantener con dicho profesional las entrevistas establecidas en el programa y a cumplir, en su caso, las reglas de conducta impuestas por el Juez.

1.5.2. DEFINICIÓN

La libertad vigilada es una medida judicial consistente en una intervención socioeducativa y de control, ejecutada de forma personalizada por un educador o una educadora social perteneciente a la administración pública competente, durante un periodo de tiempo determinado, y en el propio entorno del menor destinatario de la misma. La medida supone realizar una intervención con un seguimiento estrecho de la actividad del menor en su entorno familiar, formativo-laboral, sanitario y de ocio.

El educador elaborará un proyecto educativo individualizado (PEI), donde se reflejarán los objetivos que guiarán la intervención educativa con el menor, en las diferentes áreas, de cara a favorecer los procesos necesarios que contribuyan a su normalización social. A través de esta medida el Juez podrá imponer las obligaciones y prohibiciones que considere convenientes.

En primer lugar, hay que señalar que se trata de una medida tradicional dentro del sistema judicial y cuyos resultados han sido probados a lo largo de estos años.



En segundo lugar se trata de una medida que permite adaptar la acción socioeducativa a múltiples situaciones; por una parte puede ser indicada para todo tipo de infracciones, ya sea de forma cautelar, como segunda medida, etc., a diferencia del resto de medidas en medio abierto que suelen requerir cierta especificidad en la infracción o en las circunstancias de los menores; por otra parte, es también adecuada para la mayoría de los menores porque, sean cuales sean sus circunstancias personales, familiares o del entorno social, la individualización del Proyecto Educativo y del Programa de Ejecución (PIEM), que le da contenido, se adapta a cada caso y a cada infracción o a su forma de comisión.

En tercer lugar, se trata de una medida que puede permitir acciones educativas de alcance, fundamentalmente en aquéllas de larga duración, porque puede incidir en todos los ámbitos de la vida del menor que requieren nuestra atención y apoyo, facilitando así el adecuado desarrollo evolutivo del menor y su correcta socialización.

Finalmente, es una medida tan amplia y flexible que, entre las indicaciones y el desarrollo de un PIEM de Libertad Vigilada, pueden venir establecidas actuaciones mediante reglas u obligaciones o pueden introducirse otro tipo de actuaciones en medio abierto, como son intervenciones terapéuticas ambulatorias, reparaciones e incluso servicios a la comunidad. En el desarrollo de programas individuales de ejecución (PIEM) de la medida de Libertad Vigilada, si se detecta la necesidad en los menores de contar con un tratamiento psicológico o psiquiátrico (salud mental) o de deshabituación del consumo de sustancias tóxicas, se plantean estos nuevos objetivos de intervención en el PIEM y se solicita al Juzgado su aprobación.

1.5.3. OBJETIVOS

- Responsabilizar al o a la menor de sus actos y las consecuencias derivadas de ellos.
- Favorecer la integración del menor en su propio entorno natural utilizando los recursos de su medio.
- Desarrollar en el menor las habilidades, capacidades y actitudes necesarias para su correcto desarrollo personal y social.
- Implicar a la familia en el proceso de intervención que se realiza con el menor.
- Orientar a la familia sobre las pautas educativas adecuadas para el desarrollo del menor.
- Implicar a la comunidad en la ejecución de las medidas judiciales.
- Sensibilizar a la comunidad sobre las necesidades educativas del menor objeto de esta medida judicial.

Cuando programamos la intervención establecemos toda una serie de actuaciones que se materializan en el Programa individualizado del Ejecución (PIEM).



Actuaciones

Habrá que establecer las actividades a realizar por el menor: formativas, laborales, de ocio, de cumplimiento de normas... Quedará también reflejada la frecuencia mínima de las entrevistas con el menor que posibiliten el seguimiento y el control de la medida, sin perjuicio de otras que puedan mantener profesional y menor en el curso de la ejecución. Estas entrevistas son extensibles a la familia, así como la coordinación con los recursos utilizados. Para lograr la implicación del adolescente o joven será necesario desplegar toda una serie de habilidades y estrategias de intervención, de orientación y ayuda, de negociación y mediación o de formación y aprendizaje de competencias sociales, que después se detallarán en el apartado metodológico.

1.5.4. FUNCIONES DEL EDUCADOR Y LA EDUCADORA SOCIAL

El educador será el responsable de la planificación y ejecución de la medida, de realizar las entrevistas con el menor para evaluar sus necesidades y elaborar el proyecto educativo individualizado (PEI) y el programa individualizado de ejecución de la medida (PIEM), de la elaboración de los informes de seguimiento, que serán la herramienta que permitirá plasmar la consecución de los objetivos planteados en la programación socioeducativa, establecida para dar contenido a la medida. El educador mantendrá entrevistas periódicas con el menor que posibiliten el seguimiento y el control de la medida; estas entrevistas son extensibles a la familia. También es función del educador la coordinación con los Servicios Sociales, con los Centros y con las entidades colaboradoras implicadas en la ejecución de esta medida.

1.6 TRATAMIENTO AMBULATORIO

1.6.1. MARCO LEGAL

Las personas sometidas a esta medida habrán de asistir al Centro designado con la periodicidad requerida por los facultativos que las atiendan y seguir las pautas fijadas para el adecuado tratamiento de la anomalía o alteración psíquica, adicción al consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que padezcan. Esta medida podrá aplicarse sola o como complemento de otra medida. Cuando el interesado rechace un tratamiento de deshabituación, el Juez habrá de aplicarle otra medida adecuada a sus circunstancias”.

1.6.2. DEFINICIÓN

Por **su modalidad** de aplicación podríamos diferenciar:

- según resolución judicial, medida sola o medida que complementa otra medida judicial.
- según las necesidades y situación del menor o joven, medida para la deshabituación de toxicomanías o medida para tratamiento de alteraciones psíquicas / psiquiátricas (salud mental).



El tratamiento se inicia por orden judicial, como respuesta a la comisión de una falta o delito por parte de un menor o joven.

Surge una dificultad en la ejecución de la medida: **la voluntariedad**. Es necesario que exista un mínimo de voluntariedad por parte del menor para el cumplimiento del tratamiento, por ello es importantísimo que se realice un trabajo previo del educador con el menor y la familia con el fin de que descubran los beneficios del tratamiento, se seleccione el recurso adecuado y se definan unos objetivos que den respuestas a las necesidades del menor. Cuando el tratamiento esté dirigido a la deshabituación del consumo de sustancias tóxicas y el menor no preste su consentimiento para iniciarlo, o lo abandone –una vez iniciado– o no se someta a las pautas sociosanitarias o controles establecidos en el PIEM, el educador lo comunicará al Juzgado, quien deberá aplicarle otra medida adecuada a sus necesidades.

Los pasos a seguir durante el desarrollo de la medida son los siguientes:

- Detección y diagnóstico de la problemática del menor y de sus necesidades terapéuticas.
- En la modalidad de adicción al consumo de sustancias tóxicas el menor o joven tiene que dar el Consentimiento Informado para el tratamiento y también los padres o tutores legales.
- Disponibilidad del recurso adecuado.
- El menor deberá asistir al Centro designado con la periodicidad requerida por los facultativos y seguir las pautas establecidas en el Programa de Tratamiento.
- Asistirá a las entrevistas concertadas con el educador responsable, según la periodicidad establecida en el PIEM.
- Participará en los recursos sociales del entorno o del Centro, que se han programado en el PIEM.
- El educador notificará y justificará las incidencias que se produzcan en el transcurso del Tratamiento y en el desarrollo del PIEM.

1.6.3. OBJETIVOS

1. Facilitar al o a la menor o joven la atención terapéutica individualizada, especializada e interdisciplinar adecuada a su problemática de salud mental o de dependencia en el consumo de sustancias tóxicas.
2. Disponer para el menor del recurso terapéutico adecuado para satisfacer las necesidades detectadas.
3. Responsabilizar al o a la menor de sus actos y consecuencias, tanto por la infracción cometida, como de la adhesión al programa de tratamiento que se le propone.
4. Facilitar el proceso de socialización del menor o joven en el medio normalizado: en los recursos escolares, formativos, sanitarios, de ocio, etc.



5. Potenciar la implicación y el apoyo del entorno familiar –siempre que sea positivo y adecuado para el interés del menor– tanto en el tratamiento como en el cumplimiento de la medida.

1.6.4. FUNCIONES DEL EDUCADOR Y LA EDUCADORA SOCIAL

El educador social a quien se ha asignado el caso es responsable de la ejecución de la medida y de informar al juzgado de todo el proceso. Su intervención está relacionada con las siguientes áreas: el menor, el núcleo familiar, los profesionales del recurso terapéutico, el entorno del menor y el del Centro de Tratamiento.

- El menor: trabajar para que reconozca su problemática y se vincule al proceso de tratamiento.
- El núcleo familiar: es necesaria la comunicación y la participación de los mismos para que colaboren en el proceso de tratamiento.
- Los profesionales del recurso terapéutico: coordinarse con ellos con el fin de elaborar el programa de ejecución y su seguimiento.
- El entorno del menor y el del Centro de Tratamiento: si así se definiese en el Programa de Tratamiento, donde participe en ese momento o se le prepare para su futura incorporación social.

La intervención con menores que requieran de un Tratamiento Terapéutico Ambulatorio procederá siempre del Juzgado, que impone la medida judicial de Tratamiento Ambulatorio.

El educador cita al o a la menor y su familia para informarles acerca de las características de la medida y en qué consistirá el posible tratamiento; por tanto, se deben conocer las características y necesidades del menor, así como las características de los distintos recursos, para proponer el Centro adecuado, valorando también su disponibilidad. Es función del educador coordinarse con los distintos profesionales que van a intervenir con el menor, quienes elaborarán un Programa de Tratamiento Ambulatorio, que a su vez se adjuntará al PIEM que elabore el educador designado por la entidad pública. El educador atenderá también las demandas y recursos personales de la familia para la selección del recurso y la posible continuidad del mismo cuando finalice la medida. Centros y recursos para la aplicación de la medida Se utilizan los recursos sanitarios y psicosociales existentes en la red pública y de carácter comunitario, ya sean de la administración autonómica, comarcal o municipal (Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil, de asistencia y prevención de adicciones, etc.), o bien los Centros o recursos de carácter privado, concertados.



6. CONTENIDOS ESPECIFICOS DE CURRÍCULO FORMATIVO DE FACILITADORES Y MEDIADORES EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

Como se ha indicado en otros apartados, se aplicará una capacitación de contenidos troncales sobre los principios de la Salud Mental Comunitaria, sobre el estigma en salud mental y adicciones y sobre la aplicación de una perspectiva de género.

Los contenidos base específicos de la capacitación de los facilitadores y mediadores de salud mental se apoyan en la consideración de que son personal no especializado en salud mental y adicciones, y por esto mismo, el objetivo principal es que adquieran unos conocimientos básicos de salud mental comunitaria que les permita un manejo de los problemas más frecuentes que se pueden encontrar.

La herramienta base para ello y que es posible de ser utilizada es la **Guía de intervención mhGAP Versión 2.0 para los trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, de la OMS-OPS 2017.**

La aplicación de la GI-mhGAP requiere idealmente la acción coordinada de expertos y administradores en materia de salud pública y de especialistas orientados a la salud pública. La capacitación en el uso de la GI-mhGAP también debe ser incorporada de manera continua con mecanismos que garanticen un apoyo adecuado, supervisión y cursos de actualización para los prestadores de atención de salud.

METODOLOGIA DE LA CAPACITACIÓN Y SUPERVISIÓN PARA FACILITADORES Y MEDIADORES.

Un aspecto importante de la aplicación de este programa para facilitadores y mediadores en salud mental y adicciones es la capacitación para acción no especializada, junto con el establecimiento de mecanismos para garantizarles apoyo y supervisión continuos. Se requiere el esfuerzo coordinado de especialistas y expertos en salud pública para garantizar su aplicación óptima. El objetivo de la capacitación es enseñar a los prestadores de atención de salud no especializada las habilidades y conocimientos necesarios para evaluar y tratar a las personas con trastornos MNS prioritarios.

La duración de la capacitación depende de las adaptaciones locales hechas, así como de los conocimientos y aptitudes que ya tienen los facilitadores y mediadores en salud mental y adicciones. Generalmente, este proceso de capacitación toma varios días completos y puede realizarse de manera presencial o en línea, según sea factible. La estructura de la capacitación puede seguir un plan de secuencia en cadena con dos niveles: un maestro facilitador capacita a los “formadores” que luego capacitan a los prestadores de atención de salud mental no especializada de primera línea.



Formación de formadores para la capacitación de facilitadores y mediadores en salud mental y adicciones.

El objetivo es conseguir que los formadores estén capacitados y seguros de su habilidad para capacitar a los facilitadores y mediadores en salud mental y adicciones y servir como recursos de información para dichos prestadores.

Los formadores y los supervisores deben tener las siguientes características: Ser especialistas en la atención de trastornos MNS (psiquiatras, psicólogos, enfermeras psiquiátricas, neurólogos, etc.); o supervisores ya existentes en el sistema general de salud. Tener aptitudes y experiencia clínica en salud mental o en el tratamiento de trastornos MNS. Tener aptitudes y experiencia en relación con los aspectos administrativos de tratar trastornos MNS, incluidos el registro, el seguimiento y la derivación. Ser buenos facilitadores y tener habilidad para solucionar problemas. Estar disponibles para el apoyo y la supervisión, incluidas las visitas periódicas de supervisión.

La agenda de capacitación: Se espera que los formadores dicten cursos futuros de capacitación para facilitadores y mediadores en salud mental y adicciones y les brinden apoyo y supervisión. Además de capacitarse en la evaluación y el manejo de personas con trastornos MNS, como se describe en la GI-mhGAP, aprenderán sobre métodos de capacitación, planificación de programas de estudios, métodos de supervisión y garantía de la calidad.

Apoyo y supervisión en la capacitación de facilitadores y mediadores en salud mental y adicciones.

La supervisión es vista como parte del proceso continuo de educación requerido para crear prestadores de atención de salud competentes en el manejo de los problemas de salud mental y adicciones. El apoyo y la supervisión no solo pretenden ayudar a quienes se capacitan para prestar mejor atención de salud mental (supervisión clínica) sino que también brindan apoyo en el entorno de trabajo relacionado con la atención en salud mental y adicciones (supervisión administrativa y del programa).

Metas específicas del apoyo y la supervisión:

- ✚ Ayudar en la transferencia a la práctica clínica de las habilidades y los conocimientos obtenidos mediante la capacitación.
- ✚ Garantizar el suministro adecuado de intervenciones de salud mental y abordar áreas para el desarrollo de otras habilidades.
- ✚ Identificar y ayudar a resolver los problemas que afectan a quienes se capacitan en afrontar situaciones clínicas complicadas.
- ✚ Ayudar a motivar a los trabajadores de atención de salud no especializados a que presten atención de buena calidad a las personas con trastornos MNS.
- ✚ Asegurar que se establezcan los registros y procedimientos administrativos necesarios para los trastornos MNS, como la derivación a otros establecimientos de salud y el seguimiento, y que se los integre en los sistemas existentes en los establecimientos de salud locales.



- ✚ Asegurarse de que el suministro de medicamentos, equipo médico y otros sistemas de apoyo estén en funcionamiento.
- ✚ Demostrar y alentar actitudes libres de prejuicios y respetuosas y un tratamiento ético que promueva y proteja los derechos humanos de las personas con trastornos MNS.
- ✚ Prestar apoyo a los prestadores de atención de salud que sufran estrés.

COLABORACIÓN INTERSECTORIAL Y FORMACIÓN DE REDES

La aplicación de la capacitación requiere la colaboración entre diversos sectores e interesados directos, como los siguientes:

- ✚ Servicios de salud y prestadores de atención especializada y no especializada: por ejemplo, psicólogos, agentes de salud de la comunidad, asistentes sociales, prestadores de servicios de hospitalización o ambulatorios.
- ✚ Usuarios de los servicios: por ejemplo, grupos o individuos que padecen el mismo trastorno, miembros de la familia con el mismo trastorno o que cuidan a alguien con el mismo trastorno (después de obtener el consentimiento de todos los involucrados).
- ✚ Familiares y amigos: Identifique las actividades sociales previas de la persona que, si se reinician, podían prestar apoyo psicológico y social directo o indirecto (por ejemplo, reuniones de familia, salidas con amigos, visitas a vecinos, actividades sociales en el lugar de trabajo, deportes, actividades de la comunidad) y aliente a la persona a que reanude esas actividades.
- ✚ Apoyos comunitarios informales: por ejemplo, grupos espirituales, grupos de ahorro, grupos recreativos, grupos de mujeres, grupos de apoyo a los jóvenes, grupos culturales, grupos de apoyo mutuo, líneas telefónicas de ayuda.
- ✚ Educación y empleo: por ejemplo, las escuelas, la educación, los programas que generan ingresos o de formación vocacional. En concreto, programas de prevención de suicidios en entornos escolares que incluyan capacitación para la sensibilización sobre la salud mental y capacitación en habilidades para reducir los intentos de suicidio y las defunciones por suicidio en estudiantes adolescentes.
- ✚ Organizaciones no gubernamentales: por ejemplo, apoyo jurídico, servicios de protección del menor, programas para combatir la violencia de género o programas de apoyo psicosocial.
- ✚ Servicios y prestaciones gubernamentales: por ejemplo, sistemas públicos de justicia, servicios de bienestar infantil, pensiones, prestaciones por discapacidad, descuentos en el transporte público.

Para facilitar la colaboración eficaz entre estos grupos, es importante lo siguiente:

Prepare una lista de recursos y prestaciones para ayudar al personal de atención de salud no especializado a establecer conexiones importantes para las personas con trastornos priorizados de salud mental y adicciones, sus cuidadores y otros familiares, mediante la recopilación de información obtenida en el análisis de situación y la actualización periódica de la lista sobre la base de nueva información.



CONTENIDOS CURRICULARES PARA FACILIATADORES Y MEDIADORES: PRACTICAS BASICAS PARA LA INTERVENCION EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

A. PRINCIPIOS GENERALES

I. Use habilidades de comunicación eficaces

- Cree un ambiente que facilite la comunicación abierta
- Haga participar a la persona.
- Comience por escuchar.
- Sea amistoso y respetuoso en todo momento y no juzgue a la persona.
- Use buenas aptitudes verbales de comunicación.
- Responda con sensibilidad cuando las personas revelen experiencias difíciles (por ejemplo, acerca de agresión sexual, violencia o lesiones autoinfligidas)

II. Promueva el respeto y la dignidad

Las personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias a menudo son más vulnerables a sufrir violaciones de los derechos humanos. Por consiguiente, es esencial que en el entorno de atención de salud, los prestadores promuevan los derechos de las personas con esos trastornos de acuerdo con las normas internacionales sobre derechos humanos, incluida la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas.

B. ELEMENTOS ESENCIALES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE SALUD MENTAL

I. Evalúe la salud física

Las personas con trastornos MNS corren un mayor peligro de muerte prematura causada por enfermedades prevenibles y, por consiguiente, siempre deben ser sometidas a una evaluación de su salud física como parte de un examen integral.

Trate las comorbilidades existentes en simultáneo con el trastorno MNS. Derive o consulte a especialistas, de ser necesario. Instruya al paciente acerca de los factores de riesgo modificables a fin de prevenir las enfermedades y promueva un modo de vida saludable. Para apoyar la salud física de las personas con trastornos MNS, los prestadores de atención de salud deben: — brindar asesoramiento acerca de la importancia de la actividad física y una alimentación saludable; — instruir a las personas acerca del consumo perjudicial de alcohol; — promover el abandono del consumo de tabaco y el consumo de sustancias; — instruir acerca de otros comportamientos peligrosos (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección); — efectuar periódicamente exámenes de salud física y administrar vacunas; — preparar a las personas para los cambios del desarrollo durante la vida, como la pubertad y la menopausia, y prestarles el apoyo necesario; y — analizar planes para el embarazo y métodos de anticoncepción con las mujeres en edad fecunda.



II. Realice una evaluación para determinar si existe un trastorno mental, neurológico o por consumo de sustancias.

Primero, se analiza la dolencia que se manifiesta, luego se elabora una historia clínica que incluya preguntas acerca de anteriores problemas mentales, neurológicos o por consumo de sustancias psicoactivas, problemas de salud general, antecedentes familiares de trastornos MNS y antecedentes psicosociales. Observe a la persona (examen del estado mental), formule un diagnóstico diferencial y determine el trastorno MNS. Como parte de la evaluación, efectúe un examen físico y solicite pruebas básicas de laboratorio según sea necesario. La evaluación se realiza con el consentimiento fundamentado de la persona.

Si sospecha que existe un trastorno Mental neurológico y por uso de sustancias prioritario, se aplica el módulo o los módulos pertinentes para la evaluación.

- **Examen físico**
Realice un examen físico específico guiado por la información encontrada durante la evaluación para determinar la presencia de trastornos MNS.
- **Examen del estado mental**
Observe la apariencia y el comportamiento de la persona, su estado de ánimo y afectivo, el contenido de sus pensamientos y alguna posible alteración de la percepción y la cognición y hágale preguntas sobre todo esto
- **Diagnóstico diferencial**
Considere el diagnóstico diferencial y descarte afecciones que se manifiestan con síntomas similares a los ahora observados.
- **Pruebas de laboratorio básicas**
Solicite pruebas de laboratorio cuando estén indicadas y sean factibles, especialmente para descartar causas físicas.
- **Determine el trastorno mental, neurológico o por consumo de sustancias**
Identifique el trastorno MNS usando el módulo o los módulos apropiados. Determine si existen síntomas de otros trastornos MNS prioritarios (vea el Esquema principal). Siga el algoritmo de manejo y los protocolos de tratamiento apropiados.

III. Trate los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias psicoactivas.

1. Planificación del tratamiento.
2. Intervenciones psicosociales
 - A. Psicoeducación Suministre a la persona información acerca del trastorno mentales neurológicos y por uso de sustancias psicoactivas.
 - B. Reduzca el estrés y fortalezca los apoyos sociales Aborde los factores psicosociales estresantes actuales.
 - C. Promueva el funcionamiento adecuado en las actividades diarias.
 - D. Tratamiento psicológico:
Los tratamientos psicológicos son intervenciones que normalmente requieren dedicarles un tiempo considerable y suelen ser suministrados por especialistas capacitados. No obstante, pueden ser realizados eficazmente por trabajadores no



especializados, capacitados y supervisados, y mediante la autoayuda guiada (por ejemplo, con el uso de programas electrónicos sobre salud mental o libros de autoayuda).

Ejemplo de intervención

Recomendado para:

Activación conductual	DEPRESION
Capacitación en técnicas de relajación	DEPRESION
Orientación para la resolución de problemas	DEPRESIÓN
Terapia cognitivo conductual (TCC)	DEPRESION
Terapia de manejo de contingencias	DEPRES-MCON-TUS-PSI
Orientación o terapia familiar	PSI-SUS
Terapia interpersonal (TIP)	DEPRESION
Terapia de refuerzo motivacional	TUS
Formación en habilidades para padres	MCON

3. Intervenciones farmacológicas.

4. Derivación a un especialista u hospital de ser necesario
profesionales de los medios de comunicación.

Manténgase alerta para detectar situaciones que puedan requerir la derivación a un especialista o a un hospital, por ejemplo, la ausencia de respuesta al tratamiento, efectos secundarios graves de intervenciones farmacológicas, trastornos físicos o mentales neurológicos y por uso de sustancias psicoactivas concomitantes, y el riesgo de autolesión o suicidio.

5. Seguimiento.

6. Participación de los cuidadores.

7. Enlaces con otros sectores.

8. Grupos de población especiales: Niños y adolescentes, mujeres en embarazo o lactancia, adultos mayores.

Panorama general de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias prioritarios

PANORAMA GENERAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES, NEUROLÓGICOS Y POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PRIORITARIOS

1. Estas manifestaciones comunes indican la necesidad de efectuar una evaluación.
2. Si las personas presentan manifestaciones de más de un trastorno, entonces se deben evaluar todos los trastornos pertinentes.
3. Todos los trastornos se aplican a todas las edades, a menos que se indique otra cosa.

MANIFESTACIONES COMUNES DEL TRASTORNO DEPRESIVO

- Múltiples síntomas físicos persistentes sin causa definida.
- Poca energía, fatiga, problemas del sueño.
- Tristeza persistente o estado de ánimo deprimido, ansiedad.



- Pérdida de interés o placer en actividades que son normalmente placenteras

MANIFESTACIONES COMUNES DE LA PSICÓSIS

- a) Cambios de comportamiento marcados; descuido de responsabilidades usuales relacionadas con el trabajo, la escuela, las actividades domésticas o sociales.
- b) Comportamiento agitado, agresivo, aumento o reducción de la actividad.
- c) Creencias falsas sostenidas, no compartidas por otros en la cultura de la persona. La persona escucha voces o ve cosas que no existen.
- d) No se da cuenta que está teniendo problemas de salud mental.

MANIFESTACIONES COMUNES DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Niño o adolescente examinado por dolencias físicas o en una evaluación general de salud que tiene:

- ✚ Problemas de desarrollo, emocionales o de comportamiento (por ejemplo, falta de atención, hiperactividad o un reiterado comportamiento desafiante, desobediente y agresivo)
- ✚ Factores de riesgo como la desnutrición, el maltrato o el descuido, enfermedades frecuentes, enfermedades crónicas (por ejemplo, la infección por el VIH/SIDA o antecedentes de un nacimiento difícil).

Cuidador preocupado por un niño o un adolescente:

- ✚ Tiene dificultad para mantenerse a la par de sus compañeros o para llevar a cabo las actividades diarias normales para su edad.
- ✚ El comportamiento (por ejemplo, demasiado activo, agresivo, tiene rabietas frecuentes o graves, desea demasiado estar solo, se rehúsa a hacer actividades habituales o a ir a la escuela).

Maestro preocupado por un niño o un adolescente

- ✚ Por ejemplo, se distrae fácilmente, molesta en clase, a menudo se mete en problemas, tiene dificultad para completar las tareas escolares.

Trabajador de salud de la comunidad o de servicios sociales preocupado por un niño o un adolescente.

- ✚ Por ejemplo, muestra un comportamiento que viola las normas o la ley, comete agresiones físicas en casa o en la comunidad.



MANIFESTACIONES COMUNES DEL TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

- ✚ Parece estar bajo la influencia del alcohol u otra sustancia (por ejemplo, olor a alcohol, dificultad para articular las palabras, está sedado, comportamiento errático).
- ✚ Signos y síntomas de efectos conductuales agudos, síntomas de abstinencia o efectos del consumo prolongado.
- ✚ Deterioro del funcionamiento social (por ejemplo, dificultades en el trabajo o el hogar, apariencia descuidada).
- ✚ Signos de enfermedad hepática crónica (enzimas hepáticas anormales), coloración amarilla de la piel y los ojos, hígado palpable y doloroso (en la hepatopatía temprana), ascitis (el abdomen distendido está lleno de líquido), nevos aráneos (vasos sanguíneos similares a arañas visibles en la superficie de la piel) y estado mental alterado (encefalopatía hepática).
- ✚ Problemas con el equilibrio, al caminar, en la coordinación de los movimientos y nistagmo.
- ✚ Resultados incidentales: anemia macrocítica, recuento plaquetario bajo, volumen corpuscular medio (VCM) elevado.
- ✚ Manifestación de urgencia debido a la abstinencia del consumo de sustancias, la sobredosis o la intoxicación. La persona puede parecer sedada, sobreestimulada, agitada, ansiosa o confundida.
- ✚ Las personas con trastornos debidos al consumo de sustancias tal vez no informen que tienen problemas por consumo de sustancias. Indague si hay:
 - solicitudes recurrentes de medicamentos psicoactivos, incluidos analgésicos,
 - lesiones,
 - infecciones asociadas con el consumo de drogas por vía intravenosa (infección por el VIH/SIDA, hepatitis C)

MANIFESTACIONES COMUNES DE LA AUTOLESIÓN/SUICIDIO

- ✚ Desesperanza y desesperaciones extremas.
- ✚ Pensamientos, planes o actos de autolesión o suicidio, actuales o pasados.
- ✚ Alguno de los otros trastornos prioritarios, dolor crónico o sufrimiento emocional extremo.



C. MANIFESTACIONES DE CASOS DE URGENCIA CON TRASTORNOS MENTALES NEUROLOGICOS Y POR USO DE SUSTANCIAS PRIORITARIOS

MANIFESTACIONES DE CASOS DE URGENCIA	TRASTORNO QUE SE DEBE CONSIDERAR
- Acto de autolesión con signos de intoxicación o envenenamiento, hemorragia por una herida autoinfligida, pérdida de la conciencia o letargia extrema. - Pensamientos, planes o actos actuales de autolesión o suicidio, o antecedentes de pensamientos, planes, o actos de autolesión o suicidio en una persona que ahora se muestra extremadamente agitada, violenta o afligida o que no se comunica.	ACTO MÉDICAMENTE GRAVE DE AUTOLESIÓN RIESGO INMINENTE DE AUTOALESIÓN/SUICIDIO
- Convulsión aguda con pérdida o deterioro de la conciencia. - Convulsiones continuas. - Comportamiento agitado o agresivo. - Olor a alcohol en el aliento, dificultad para articular las palabras, comportamiento desinhibido; alteración del estado de conciencia, la cognición, la percepción, la afectividad o el comportamiento. - Temblores en las manos, transpiración, vómitos, aumento del pulso y la presión arterial, agitación, cefalea, náuseas, ansiedad; crisis convulsiva y confusión en los casos graves. - No responde, no reacciona o la reacción es mínima, frecuencia respiratoria lenta, pupilas diminutas.	EPILEPSIA STATUS EPILEPTICO ABSTINENCIA DE ALCOHOL U OTRO SEDANTE INTOXICACIÓN AGUDA CON ALCOHOL ABSTINENCIA DE ALCOHOL DELIRIO POR ABSTINENCIA DE ALCOHOL



✚ Pupilas dilatadas, pensamientos excitados y desenfrenados, razonamiento desordenado, comportamiento extraño, consumo reciente de cocaína u otros estimulantes, aumento del pulso y la presión arterial, comportamiento agresivo, errático o violento.	SOBREDOSIS DE SEDANTES O INTOXICACIÓN INTOXICACIÓN AGUDA CON ESTIMULANTES O SOBREDOSIS
--	--

7. CONTENIDOS CURRÍCULO PARA MEDIO EDUCATIVO EN SALUD MENTAL COMUNITARIA Y EL ROL DEL MEDIO ESCOLAR.

En lo referido al medio educativo nos encontramos con que en Bolivia la mayor presencia en este medio de intervenciones que tienen que ver con las drogas, se realizan por parte de instituciones que no son de salud. Este hecho condiciona en gran medida que no se proponga un modelo de prevención e intervención desde el consumo de alcohol tabaco y otras drogas como problemas de salud pública. Tanto en su vertiente como promoción de la salud como de la prevención universal, selectiva o indicada.

Por esta misma razón no se entiende el centro escolar como parte de la comunidad donde está asentado, y por ello como parte de la redes formales e informales que se constituyen en él. El rol de los centros educativos es esencial en abordar de modo integral la salud mental y el uso de drogas, de modo que se puede actuar en los factores de riesgo y protección, además de incidir en los determinantes sociales y de otro orden que están influyendo en la aparición de estos problemas de salud.

Por todo ello, en esta propuesta formativa se entiende que lo más importante para la capacitación de maestros tiene que ver sobre todo con los temas troncales que se han propuesto en esta propuesta de capacitaciones y que se pueden ver en el apartado correspondiente. Es decir: concepto de la salud mental comunitaria, el estigma en la salud mental y las adicciones, la intervención de base comunitaria y la perspectiva de género en los programas de intervención.

Como se dijo al hablar de objetivos de la capacitación en este medio, se trata de ayudar a abrir el concepto de las drogas como problema de salud y diferenciarlo completamente de los temas referidos a la disponibilidad de drogas u otros delitos posibles en este medio.



8. CONTENIDOS CURRÍCULO PROFESIONALES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA Y ADICCIONES.

La importancia de la información en materia de salud mental y adicciones a través de los medios de comunicación es esencial en la imagen colectiva que se tiene a cerca de los colectivos que los sufren de la problemática general en sí misma. Tomando como referencia la teoría de las representaciones sociales de Moscovici (1979)⁶¹, estas constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo.

Así pues, las representaciones sociales cumplen funciones reguladoras de la acción social, pero no solo eso. Permiten la comprensión del mundo y sus relaciones, permiten calificar o enjuiciar hechos. Permiten a las personas interactuar mediante la creación y recreación de las representaciones sociales. Por último, dirige la actuación, que está condicionada por las representaciones sociales.

Representaciones Sociales reflejan las normas institucionales, y regulan, anticipan y justifican las relaciones intersubjetivas, las cuales van generando un impacto en las mismas RS, que se tienen frente al mundo y los demás. En otras palabras, operan como un sistema que se retroalimenta en la interacción individuo sociedad, y se fortalecen o transforman mediante la comunicación. Asimismo, se dijo también que las personas actúan de acuerdo con las Representaciones que tienen, aquellas que concuerda con la situación que enfrentan, situación que puede ser ilustradas, en cierta medida, por los medios masivos de comunicación al momento de llevar información específica que evidencie el papel que juegan los roles sociales.

En este orden de ideas, queda claro que los medios de acuerdo con sus intereses pueden modificar las representaciones sociales, es decir, como plantea Moscovici (2000)⁶², los nuevos conceptos y las nuevas explicaciones de los fenómenos se van difundiendo de tal manera que se van convirtiendo en categorías del sentido común, con el fin de comprender la realidad y para saber cómo es la forma más indicada socialmente de actuar. Por otra parte, la comunicación, como comunicación humana, la cual está cargada de distintos significados se manifiestan mediante unos medios tecnológicos que llevan la información a los distintos lugares y a diversas poblaciones; estos medios actúan de filtro entre lo que acontece en la realidad y las personas; por tanto, ellas tiene la posibilidad de seleccionar lo que más puede interesarles del material que aquellos medios le proporcionan, y reforzar o transformar sus pensamientos sobre el mundo y los distintos fenómenos que lo componen a partir de esta información.

⁶¹ Moscovici, S.: Psychologie des minorités actives, University Presses of France, 1979.

⁶² Moscovici, S.: Social Representations: Explorations in Social Psychology (Representaciones sociales: Exploraciones en psicología social), Polity Press, 2000.



De esta manera, los medios de comunicación masiva proporcionan valores, actitudes y creencias a través de las descripciones que realizan de la realidad, y de las nuevas ideas que se van manifestando por los avances científicos, disciplinares y por las mismas formas de relación social, conservando las bases de lo conocido y compartido, con lo que se evita la resonancia de la información novedosa. Por tanto, en la medida en que ciertos temas y problemáticas tratadas por los medios de comunicación confirmen y refuercen las RS de los fenómenos sociales con los que se relacionan, adquirirían mayor significación para quien está accediendo a esta información; ya que las RS constituyen una interpretación de lo que acontece en el entorno, tanto próximo como lejano, en cuanto a tiempo y espacio.

De esta manera, las RS parten de un conocimiento sobre el mundo y las relaciones sociales que se ha mantenido a través del tiempo, la enseñanza y las generaciones, de este modo los mensajes que transmiten los medios de comunicación de masas no inciden sobre una “tabula rasa”, sino que lo hacen sobre individuos que poseen una serie de rasgos y características que modularán la influencia de los medios; siendo de esta manera las representaciones anteriormente construidas y la experiencia propia las bases para la comprensión e integración de los elementos que surgen novedosos en el ambiente, en el cual los medios de comunicación no sólo determinan los temas o los problemas que acogerá la población, sino que también influyen en la percepción que ellos tienen de esas temáticas o situaciones.

En síntesis, la psicología social a través del estudio de las Representaciones Sociales da cuenta en parte de cómo las personas se construyen como sujetos sociales en interacción con su medio más próximo, el cual expone implícitamente en diversas formas la vida en sociedad, lo que es necesario para vivir en ella y las impresiones del mundo y sus fenómenos. Entre estas formas de manifestación social se inscriben los medios comunicación de masas, puesto que ellos por medio de imágenes, sonidos, letras y figuras, reproducen las representaciones de distintos fenómenos, que han permanecido estables en el tiempo y las generaciones, es decir las más estáticas y poco cambiantes, al igual que las nuevas interpretaciones que se construyen gracias a los avances tecnológicos y científicos.

Como propuesta de currículo formativo para profesionales de los medios de comunicación entonces se propone, lo referido a la importancia de los medios de comunicación y TICs en la generación de las representaciones sociales sobre la enfermedad mental y la adicción, el mero consumo de drogas, y las personas que están afectadas por estos problemas.

Como parte de la misma capacitación la propuesta hecha por la Confederación SALUD MENTAL-ESPAÑA (2019) acerca de la guía de estilo sobre salud mental para medio de comunicación, me parece muy oportuna al sensibilizar sobre la importancia del uso del lenguaje para generar actitudes o estigmas.

Expongo más adelante las partes más relevantes del mismo elaboradas para su integración en una capacitación a profesionales de medios de comunicación social.



En relación con el tratamiento del uso de drogas y las adicciones es relevante el documento de consenso elaborado por la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo

y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL) (2015)⁶³ sobre “Medios de comunicación y adicciones: Guía para periodistas”. En ella se encuentra la información sobre las drogas por sustancias tratado de modo didáctico para proveer una información actualizada y veraz a los profesionales de los medios de comunicación. Y se exponen los principales problemas del tratamiento de la información sobre drogas y cómo enfocarlo adecuadamente. De mismo modo se expone más adelante una síntesis del mismo.

BLOQUE TEMATICO PARA PROFESIONALES DE LA COMUNICACIÓN Y MANEJO DE LA INFORMACION SOBRE SALUD MENTAL

A lo largo de los años, el colectivo de personas con problemas de salud mental y sus familias y entorno ha vivido bajo la losa del estigma. Una losa muy pesada, cargada de falsos estereotipos y prejuicios, que no ha permitido a estas personas dar grandes pasos hacia su integración en la sociedad, su recuperación o su reconquista de derechos.

Los medios de comunicación juegan un papel fundamental y definitorio a la hora de acabar con ese estigma. Utilizar las palabras adecuadas, ofrecer información con carácter positivo que promocióne el cuidado de la salud mental, evitar la estigmatización a través de imágenes, dar datos contrastados o permitir que sean las personas con trastorno mental las que cuenten sus propias historias, son algunas de las claves que pueden ayudar a romper esta losa definitivamente.

Hay que tener en cuenta cómo se usa el lenguaje; por ello, se van a ver propuestas de uso del lenguaje, ejemplos de imágenes que pueden acompañar a las informaciones y temas que pueden resultar de interés para tratar en medios.

⁶³ Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL): “Medios de comunicación y adicciones: Guía para periodistas”.2015.



Figura 1: Datos clave sobre la salud mental en el mundo.

LA SALUD MENTAL EN CIFRAS EN EL MUNDO	
LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL SERÁN LA PRINCIPAL CAUSA DE DISCAPACIDAD EN EL MUNDO EN 2030	
1 DE CADA 4 personas tendrán un trastorno mental a lo largo de su vida.	ENTRE EL 35% Y EL 50% no reciben ningún tratamiento o no es el adecuado.
EL 12,5% de todos los problemas de salud está representado por los trastornos mentales, una cifra mayor a la del cáncer y los problemas cardiovasculares.	450 MILLONES de personas en todo el mundo se ven afectadas por un problema de salud mental que dificulta gravemente su vida.
UN 1% De la población mundial desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida	MÁS DE 300 MILLONES de personas en el mundo viven con una depresión, un problema de salud mental que ha aumentado un 18,4% entre 2005 y 2015.
EL 50% de los problemas de salud mental en adultos comienzan antes de los 15 años, y el 75% antes de los 18.	CERCA DE 800.000 personas se suicidan cada año, siendo la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años.

Los medios de comunicación juegan un papel fundamental en la percepción que la sociedad tiene de la realidad. Tienen la capacidad de reforzar prejuicios y estereotipos, pero en la misma medida también pueden luchar contra ellos.

En el ámbito de la salud mental, todavía existen muchas ideas erróneas y mitos que contribuyen a crear estigma en las personas con un problema de salud mental. Es importante que los medios sean conscientes de que el tratamiento mediático que dan a la salud mental puede evitar la discriminación y contribuir a que sean ciudadanas de pleno derecho.

El estigma aparece cuando vemos a la persona con un problema de salud mental como “el otro” o “la otra”. Hacer esa diferenciación entre “ellas” y “nosotras” nos puede conducir a olvidar que 1 de cada 4 personas tiene, ha tenido o tendrá un problema de salud mental a lo largo de su vida. Todos y todas podemos ser ese “otro” o esa “otra” en algún momento de nuestras vidas. O tal vez lo sea algún familiar, amiga o compañero de trabajo. Y sin embargo, a pesar de ser un problema de salud tan habitual, las personas con un problema de salud mental suelen aparecer en los medios calificadas como “perturbadas”, “violentas” o como alguien a quien temer o rechazar.

Los medios de comunicación están formados por profesionales del periodismo que pueden (y deben) concienciarse, a nivel individual, de la realidad y diversidad de los distintos colectivos para mostrar a la población una imagen real de las personas con problemas de salud mental. De lo contrario, los comunicadores y comunicadoras podrían transmitir, de forma inconsciente y



como parte de la sociedad que son, falsas creencias y estereotipos que a menudo perpetúan el estigma hacia las personas con problemas de salud mental.

CADA NOTICIA CUENTA. CADA ARTÍCULO ES IMPORTANTE.

Aunque en los últimos años ha habido una mejora en el trato mediático de la salud mental, se sigue transmitiendo de forma sutil y algunas veces explícita, una imagen errónea y negativa de los problemas de salud mental. En diarios e informativos, estas noticias suelen aparecer en la sección de sucesos, estableciendo una relación entre conductas antisociales y el trastorno mental. Se siguen elaborando titulares a menudo alarmistas y sensacionalistas. Las pocas informaciones positivas tienden a ser paternalistas y destacan las carencias y necesidades, pasando por alto las capacidades de la persona. Rara vez el problema de salud mental se muestra como una circunstancia más de la persona, en lugar de como su cualidad fundamental.

Para conocer una realidad, no hay mejor manera que acercarse a ella y dar voz a las protagonistas, que no son otras que las propias personas con problemas de salud mental. Por todo ello, los medios (prensa, radio, televisión, internet) deben tener en cuenta varios factores a la hora de elaborar informaciones sobre salud mental: el lenguaje que emplean, las imágenes que escogen para ilustrar la noticia, los temas que eligen y las voces con las que cuentan.

Los medios de comunicación juegan un papel fundamental en la percepción que la sociedad tiene de la realidad. Tienen la capacidad de reforzar prejuicios y estereotipos, pero en la misma medida también pueden luchar contra ellos

EL LENGUAJE

EL PROBLEMA:

Tener prejuicios y concepciones erróneas

Ejemplo: “La genialidad y el trastorno mental, a un paso”



LA SOLUCIÓN:

Documentarse antes de reproducir estereotipos.

A pesar de la falta de tiempo con la que nos encontramos en nuestro día a día, es fundamental hacer un trabajo de documentación para evitar reproducir estereotipos, ideas antiguas y falsas creencias que perpetúan el estigma en salud mental. El principal problema es no llegar ni siquiera a cuestionarnos si lo que estamos a punto de reproducir se ajusta a la realidad. Cuando evitamos transmitir prejuicios estamos contribuyendo a la inclusión de estas personas en la sociedad.

Para ello, debemos tener claro que las personas que tienen este tipo de trastornos:

- No son violentas y/o agresivas debido a su problema de salud mental.
- No son irracionales.
- Pueden trabajar, tener hijos y amistades, igual que cualquier otra persona.
- No tienen una doble personalidad.
- No tienen por qué ser genios o artistas.

MITO: “Todas las personas con problemas de salud mental son genios o artistas”.

REALIDAD: Las personas con problemas de salud mental no tienen por qué destacar en ningún campo artístico.

EL PROBLEMA:

Hablar de “enfermos y enfermas Mentales”

Ejemplo: Un enfermo mental pide en el Congreso eliminar estigmas

LA SOLUCIÓN: Hablar de “personas con problemas de salud mental”.

Las personas nos definimos según numerosos aspectos de nuestra vida: la edad, el empleo, las relaciones sociales, el estilo de vida... Hablar de “enfermos mentales” es reducir a la persona a una sola de sus circunstancias. Esta etiqueta resignifica toda su vida pasada y futura, convirtiéndola en una sola cosa: la enfermedad, marcando así la noticia.

Además, si bien el término “enfermedad mental” parece algo neutro, lo cierto es que lleva implícitos muchos estereotipos negativos que inevitablemente acaban vinculándose a la persona.

Para evitar esto, podemos sustituir el término “enfermos y enfermas mentales” por “personas con problemas de salud mental” o “personas con trastorno mental”. De esta forma, mostramos el problema de salud mental como una circunstancia más de la persona.



MITO: “Las personas con problemas de salud mental no pueden convivir con el resto”.

REALIDAD: En absoluto, tener un problema de salud mental no impide llevar una vida normalizada y estar plenamente integrado en la sociedad. Todas las personas podemos tener algún problema de salud mental en algún momento de nuestras vidas y si nos alejan de nuestra familia y amistades, eso sólo puede empeorar nuestro sufrimiento.

EL PROBLEMA:

Etiquetar a las personas sustantivando su condición

Ejemplo: El Supremo reconoce a un esquizofrénico orensano su derecho a votar

LA SOLUCIÓN:

Mostrar a las personas (con un problema de salud mental) de forma integral.

Las personas, sanas o enfermas, son, ante todo personas. Las personas con problemas de salud mental, al igual que cualquier otro individuo, tienen múltiples facetas (laboral, personal, familiar, etc). No se las debe mostrar de forma unidimensional. Debe por tanto evitarse etiquetar a los individuos sustantivando su condición: ‘un esquizofrénico’, ‘un depresivo’, ‘una anoréxica’, etc. El hecho de emplear este lenguaje contribuye al estigma ya que reduce a la persona a una única característica:

su trastorno mental, cuando se trata de una circunstancia más de su vida. De la misma forma que difícilmente oiremos hablar de un “sidoso” o un “canceroso” para referirnos a personas con estas dolencias, la recomendación es no usarlo tampoco en el caso de la salud mental.

EL PROBLEMA:

Confundir el “trastorno mental” con otro tipo de discapacidades.

Ejemplo: El Congreso reconoce el derecho a votar de 100.000 discapacitados intelectuales.

LA SOLUCIÓN:

Recurrir a fuentes veraces para transmitir información exacta.

En general, existe una notable confusión entre lo que es un trastorno mental y otro tipo de problemas de salud que pueden implicar discapacidad. El resultado es que, a menudo, la información que se transmite es inexacta o errónea.

Un problema de salud mental es una alteración de tipo emocional, cognitiva y/o del comportamiento en la que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la



emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje o el lenguaje. Esto dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive, y crea alguna forma de malestar subjetivo. En algunos casos puede causar discapacidad, pero con atención adecuada, muchas personas con problemas de salud mental mantienen su autonomía y capacidades personales, sin presentar situación de dependencia alguna.

QUÉ ENTENDEMOS POR PROBLEMA DE SALUD MENTAL	QUÉ NO ES UN PROBLEMA DE SALUD MENTAL
Esquizofrenia	Demencia y Enfermedad de Alzheimer
Trastorno bipolar	Daño Cerebral Adquirido
Trastorno límite de la personalidad	Autismo/Síndrome de Asperger
Depresión	Síndrome de Down
Ansiedad	Epilepsia
Trastornos de alimentación	Enfermedades Neurodegenerativas

Las IMÁGENES

Las imágenes, ya sean fotografías o vídeos, que los medios escogen para ilustrar las noticias sobre salud mental, son tan importantes como el texto a la hora de ofrecer una información alejada de estigmas. Pueden contribuir a perpetuar estereotipos, pero también pueden ayudar a que la sociedad tenga una percepción más positiva de este colectivo. Representar visualmente los problemas de salud mental puede resultar complejo.

Los trastornos mentales no cambian el aspecto físico de la persona, y por tanto son “invisibles” a la mirada del lector/a o del espectador/a. Sin embargo, esta peculiaridad no debe suplirse con imágenes sensacionalistas que aumenten el estigma. Una manera de no caer en la estigmatización es hablar de la salud mental en positivo.

Por ejemplo, tal y como se ha hecho en la campaña “Queremos ser felices” de SALUD MENTAL ESPAÑA (<https://consaludmental.org/sala-prensa/actualidad/queremos-ser-felices-cines/>) o la campaña “Tu toque especial”, de la asociación AGIFES (España) (<https://agifes.org/es/campanas/tu-toque-especial>)

¿QUÉ IMÁGENES CONTRIBUYEN A LA ESTIGMATIZACIÓN SI SE EMPLEAN CONTINUAMENTE Y, POR TANTO, ¿SE DEBERÍAN TRATAR DE EVITAR?

Imágenes en las que las personas aparecen en actitudes pasivas, sin ningún tipo de interacción social. Imágenes que transmiten sensaciones como soledad y aislamiento. Imágenes que transmiten miedo, angustia y desesperación. Imágenes que transmiten desequilibrio.

Por ejemplo, fotos de personas con la mirada perdida, tendidas en el suelo, tapándose la cara, o en largos pasillos oscuros con luz al final incluso con el rostro y la voz distorsionados.



MITO: “Los problemas de salud mental no se curan”.

REALIDAD: Con la atención y apoyo adecuados,
las personas con problemas de salud mental pueden
recuperarse.

Los TEMAS

LA ELECCIÓN

La primera decisión a la que se enfrentan los medios de comunicación es la elección de los temas que van a tratar. Es importante que la salud mental tenga espacio en los medios, ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2030 los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad en el mundo, por lo que no hay duda de que son informativamente relevantes. Además, elegir hablar de salud mental en los medios es el primer paso para que la población empiece a hablar de ello con naturalidad. Uno de los ejemplos más claros de temas que históricamente se han silenciado en salud mental, es el suicidio. En España, 10 personas al día fallecen por esta causa. Los medios pueden ser aliados en la prevención dando cobertura a esta realidad, pero siempre siguiendo las recomendaciones de la OMS que aparecen indicadas en la campaña #HablaDelSuicidio, de SALUD MENTAL ESPAÑA.



10 de septiembre

DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Los medios de comunicación juegan un papel fundamental en la prevención del suicidio. Según la OMS, informar de manera responsable y adecuada es una de las medidas que pueden ayudar a prevenirlo.

PROPUESTAS PARA PERIODISTAS Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

NO DESCARTES HABLAR SOBRE EL SUICIDIO

Los medios pueden ser aliados en la prevención del suicidio **siempre y cuando elaboren información responsable y adecuada**, siguiendo las recomendaciones de la OMS ("efecto Papageno").



EVITA TRATAR LA INFORMACIÓN DE FORMA SENSACIONALISTA

Especialmente en el caso de las personas famosas que pueden tener más impacto mediático.



APORTA RECURSOS



Menciona siempre los recursos de ayuda disponibles (al igual que haces con la violencia de género), como líneas telefónicas o servicios de salud mental.

NO DESCRIBAS EXPLÍCITAMENTE EL MÉTODO EMPLEADO

Evita los detalles y no publiques fotografías o notas suicidas.

NO DES UNA COBERTURA REPETITIVA

Busca alternativas de artículos o piezas audiovisuales enfocados a la prevención.



CAMBIA EL ENFOQUE

No te limites a hablar de los efectos nocivos del suicidio, da cobertura a las historias de superación y al afrontamiento positivo en circunstancias adversas.

BUSCA FUENTES FIABLES Y OBJETIVAS

Busca fuentes fiables, evita generalizaciones y expresiones como "epidemia de suicidios", y facilita solo la información que sea relevante.



NO SIMPLIFIQUES

presentando el suicidio como algo inexplicable o como una respuesta comprensible ante un problema. El suicidio siempre es explicable. Preséntalo como el fenómeno complejo y multicausal que es.

INCIDE EN LA PREVENCIÓN

Habla sobre los factores de riesgo, como la depresión, y explica que es un problema de salud tratable.

Más información en: <http://www.who.int/topics/suicide/es/>



"35 años. De la soledad a la sociedad"

#HablaDelSuicidio

www.consaludmental.org

Síguenos en





10 de septiembre

DÍA MUNDIAL PARA
LA PREVENCIÓN DEL

SUICIDIO

Para que se reduzcan estas cifras, visibilizar la realidad del suicidio es fundamental. Habla, compártelo, difunde... Tratar este tema con naturalidad y rigor contribuye a salvar vidas.

CIFRAS MUNDIALES

+ de
800.000

personas se suicidan cada
año en el mundo

**3 veces
más**

hombres que mujeres



es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad

La mortalidad es superior
a la causada por
la guerra y los homicidios

1 **40**
muerte cada segundos

por cada persona que se suicida, 20 lo intentan

EL SUICIDIO ES EL MAYOR PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN EUROPA

La OMS estima que el promedio de la tasa de prevalencia es un 11,93 por 100.000.



DATOS DE ESPAÑA



triplican las muertes por
accidentes de tráfico

ES LA PRINCIPAL
CAUSA EXTERNA
DE MORTALIDAD
EN ESPAÑA



cada suicidio afecta, íntima y profundamente,
al menos a 6 personas

**3 de
cada 4**

de las personas que lo
consuman son hombres



■ MUJERES (25.41%) ■ HOMBRES (74.59%)

Entre las personas con
esquizofrenia la probabilidad es
9 veces
mayor



En la depresión el riesgo se multiplica por 21, en los trastornos de la
alimentación por 33 y en las toxicomanías por 86.

En 2016 fallecieron
3.569 personas
(2.662 hombres y
907 mujeres)

**10 PERSONAS
AL DÍA**

¿QUÉ PROPONE SALUD MENTAL ESPAÑA?



PREVENCIÓN

Es urgente la elaboración de un
Plan Nacional de Prevención del
Suicidio y la actualización de la
Estrategia en Salud Mental del SNS



INFORMACIÓN

Acabar con los mitos, el estigma y la
culpa para facilitar que las personas
con ideaciones suicidas pidan ayuda.

TRABAJO CON MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El 'efecto llamada' no se da si se informa
con rigor. De hecho, para prevenir es
fundamental hablar de ello.



SI NECESITAS APOYO O TIENES DUDAS llama al 91 507 92 48 o escribe a informacion@consaludmental.org



"35 años. De la soledad a la sociedad"

#HablaDelSuicidio

WWW.CONSALUDMENTAL.ORG

Síguenos en



EL ENFOQUE

Una vez elegido el tema, el siguiente paso es decidir el enfoque: ¿desde qué punto de vista vamos a contar la historia? El enfoque puede ser la diferencia entre contribuir a la estigmatización o ayudar a la inclusión.

NO: Caer en estereotipos de género

A las mujeres con discapacidad en general, y a las que tienen un problema de salud mental en particular, parece negárseles por principio la posibilidad de ser esposas o compañeras, madres, profesionales... y se les tiende a tratar desde la compasión y el paternalismo.

SÍ: Aplicar la perspectiva de género en salud mental

Es necesario dar voz y protagonismo a las mujeres que tienen un trastorno mental. Tradicionalmente, estos problemas de salud se han visto como una ‘debilidad de carácter’ o una ‘culpa’, prejuicios que, en el caso de las mujeres, se aplican con más intensidad. Los medios de comunicación deben comprometerse a erradicar esta imagen errónea y dar a conocer la visión en primera persona y las actividades de las mujeres con problemas de salud mental.

NO: Utilizar una visión paternalista

Ejemplo: El relato de un enfermo mental emociona a la Reina y al Congreso

A la hora de hablar de problemas de salud mental, los medios emplean en ocasiones una visión paternalista y lastimera, que no visibiliza las capacidades de la persona, sino que fomenta una imagen dependiente y poco autónoma.

SÍ: Menos compasión, más derechos

Un trato correcto de los problemas de salud mental en los medios se basa en el respeto, la igualdad y la confianza en las capacidades de la persona. No es conveniente mostrar los trastornos mentales de forma dramática ni sensacionalista, ni recurrir gratuitamente a aspectos emocionales que puedan despertar sentimientos de paternalismo, compasión, curiosidad morbosa, sobreprotección, distanciamiento, frivolidad, etc. Las personas con problemas de salud mental tienen los mismos derechos que cualquier otra persona. Lo que necesitan son recursos adecuados para poder ejercer plenamente estos derechos.

NO: Mostrar siempre una visión negativa de los trastornos mentales

Es necesario y fundamental reivindicar los derechos de las personas con problemas de salud mental. Sin embargo, la elección de temas siempre en negativo es una forma de estigmatización.



SÍ: Hablar de la salud mental en positivo

Es conveniente que los medios transmitan también una visión positiva de los problemas de salud mental, prestando más atención a las capacidades de las personas y menos a los límites. En este sentido, se puede dar cabida a temas como el acceso al empleo, la buena convivencia, las relaciones sociales satisfactorias, los programas de atención eficaces, etc.

NO: Vincular violencia y salud mental

Ejemplo: Un enfermo mental que quiso matar a su madre en Donostia será internado en un psiquiátrico

Es bastante frecuente encontrar noticias relacionadas con sucesos violentos en los que se cita que la persona acusada (o presunta autora de un delito) tiene un problema de salud mental. Este tipo de noticias hace que se perpetúen ideas como que las personas con trastorno mental son violentas, agresivas y peligrosas, y que actúan de forma irracional, lo cual está comprobado que es falso.

En algunos casos se confunden las causas reales de una agresión o conducta violenta relegándola a un problema psiquiátrico, cuando puede deberse a problemas socioeconómicos, violencia de género, educacionales, etc. En otros, se omite información acerca de la situación de la persona, lo que hace que la noticia esté sesgada y se mantengan los prejuicios.

Una explicación de esta vinculación tan común en medios entre trastorno mental y actos delictivos tiene que ver con cómo la sociedad analiza ciertos comportamientos que parecen inexplicables.

Parece que genera una cierta tranquilidad atribuir a un problema de salud mental un acto delictivo de difícil comprensión, ya que es complejo aceptar que en la naturaleza humana exista maldad.

SÍ: Romper el falso vínculo violencia - trastorno mental

Una conducta violenta no puede justificarse a causa de un problema de salud mental, ya que muy pocas veces existe una sola razón que explique un comportamiento de este tipo. Las personas con problemas de salud mental tienen la misma probabilidad de cometer un acto delictivo que cualquier otra. Con un tratamiento integral y un entorno social y familiar adecuado, pueden y deben vivir en la sociedad sin que esto suponga un problema para nadie.

El o la periodista puede limitarse a describir los hechos directamente observables (sin aventurarse a prejuzgar la causa del hecho a un trastorno mental) o bien mostrar todas las circunstancias y las posibles causas, sin relegar el problema de salud mental como único factor.



MITO: “Las personas con problemas de salud mental son violentas”.

REALIDAD: No es cierto. De hecho, ocurre en más ocasiones que las personas con problemas de salud mental son víctimas de agresiones, malos tratos y abusos que responsables de cometer actos violentos.

NO: Invisibilizar a determinados colectivos con problemas de salud mental

- Personas con discapacidad
- Personas migrantes
- Personas en régimen penitenciario
- Personas sin hogar

Además, debemos prestar especial atención a la vulnerabilidad de las mujeres e incorporar la perspectiva de género en todas nuestras informaciones. Algunos colectivos, como los mencionados anteriormente, sufren a menudo una grave discriminación social que se traslada inevitablemente a los medios de comunicación. Cuando alguna de estas personas tiene añadido un problema de salud mental, a los prejuicios propios asociados al trastorno mental se unen los que la sociedad atribuye al grupo al que pertenecen.

SÍ: Visibilizar a todos los colectivos

Es fundamental que los medios informen sobre las dificultades específicas a las que se enfrentan estos colectivos. También es importante que puedan ofrecer su propio punto de vista en aquellas noticias que hablan de ellas y ellos.

MITO: Los medios de comunicación no deben hablar del suicidio para evitar el “efecto llamada” o “efecto Werther”.

REALIDAD: La publicación de información responsable y adecuada por parte de los medios es fundamental y puede ayudar a prevenir el suicidio (“efecto Papageno”).

NO: Culpabilizar a los familiares o a la propia persona

Existe una tendencia a culpabilizar a las familias de la conducta de la persona, especialmente si es niño/a o adolescente, o bien se atribuyen los síntomas a un ‘carácter difícil’. Por otro lado, en muchas ocasiones se presupone que los y las menores con este tipo de trastornos no son capaces de realizar actividades como el resto de las niñas y niños.



Sí: Tener especial cuidado en los contenidos de salud mental en niños/as y jóvenes

Es fundamental consultar fuentes con demostrado rigor cuando se informa sobre este colectivo. No se debe culpabilizar a familiares ni a la propia persona de los comportamientos provocados por el trastorno mental.

MITO: El trastorno mental... “es un castigo o culpa de la persona o los familiares”, “es hereditario”, “es contagioso”.

REALIDAD: Un problema de salud mental se debe a un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales, y en ningún caso es culpa de la propia persona o de su familia.

Las VOCES

Muy pocas veces la información proviene directamente de personas con problemas de salud mental. En algunas ocasiones puede venir de familiares de estas personas, aunque mayoritariamente, las fuentes de información suelen ser instituciones públicas y del mundo médico-científico. Se incumple así la regla periodística de dar voz a las personas implicadas en una información.

Es nuestra obligación dejar que hablen las protagonistas, quienes aportarán su experiencia propia en primera persona. Conocer su testimonio y dejarles un espacio no como víctimas o meros sujetos pacientes, sino como protagonistas, dueñas de sus vidas y con los mismos derechos y obligaciones que el resto de las personas.

La proximidad y el conocimiento directo de quienes tienen problemas de salud mental es fundamental para desmontar estereotipos y prejuicios negativos y falsos, ya que ayuda a ver más a la persona y menos a la etiqueta. Las personas afectadas han de poder contar directamente su propia historia, mostrar su opinión y ofrecer su punto de vista y su experiencia a los medios de comunicación.

El estigma es una de las barreras invisibles más importantes que las personas con problemas de salud mental tienen que superar para lograr que su proceso de recuperación sea posible. Una de las mejores maneras de combatirlo es conociendo de primera mano a las personas que han tenido o tienen estos problemas, escuchando sus voces y sus experiencias. Son más las cosas que tenemos en común que las que nos separan, y no sólo porque una de cada cuatro personas pueda llegar a desarrollar un problema de salud mental a lo largo de su vida, sino porque todos, como ciudadanos y ciudadanas, tenemos aspiraciones vitales, sueños y deseos por cumplir, así como dificultades por superar.



MITO: “El trastorno mental supone menor grado de inteligencia”.

REALIDAD: Un problema de salud mental no tiene nada que ver con menor capacidad intelectual.

Ejemplos de campañas: BUENAS PRÁCTICAS

‘NO TE HAGAS EL LOCO’ Campaña de Mediaset España en colaboración con SALUD MENTAL ESPAÑA con motivo del Día Mundial de la Salud Mental de 2018, para sensibilizar y concienciar a toda la sociedad sobre la importancia de visibilizar la salud mental.

<https://www.mediaset.es/12meses/campanas/notehagaselloco/>

‘RADIO GAGA’ El primer capítulo del programa Radio Gaga del canal #0 lo protagonizaron las personas con problemas de salud mental de una residencia de la asociación ALFAEM en León, un programa sin prejuicios y con una visión positiva de la salud mental.

<https://www.youtube.com/watch?v=YxKWW9PScf4>

‘TU TOQUE ESPECIAL’ Esta campaña de AGIFES va dirigida a esas personas que le dan un toque único y especial a la vida; que le ponen cariño a lo que hacen y que comparten su sensibilidad y afecto con las que les rodean. A todas las que nos acompañan y nos abren puertas. Y, en especial, a quienes, con su confianza, cercanía y cariño, impulsan la recuperación e inclusión social y laboral de las personas con problemas de salud mental.

<https://agifes.org/es/campanas/tu-toque-especial>

CAMPAÑA ‘PARLA OBERTAMENT’ Esta campaña de la entidad catalana Obertament tiene como objetivo visibilizar y sensibilizar a la población sobre el estigma que existe en los problemas de salud mental y romper las barreras a las que se enfrentan las personas que tienen algún trastorno de este tipo.

<https://obertament.org/es/colabora/participa/hablamos>

‘MIS SECRETOS SON ROSAS’ Una acción de calle con la que la asociación cordobesa ASAENEC busca remover la conciencia colectiva y limpiarla de los prejuicios y estigmas que sufren día a día las personas con problemas de salud mental.



https://cadenaser.com/emisora/2017/06/13/radio_cordoba/1497345301_486217.html

‘ASK TWICE’ Campaña de la iniciativa Time to Change en la que se anima a las personas a preguntar dos veces si creemos que a alguien le pasa algo, ya que muchas veces decimos que “estamos bien” cuando no es así.

<https://www.time-to-change.org.uk/asktwice>

‘THE POWER OF OK’ See Me Scotland’s puso en marcha esta iniciativa para sensibilizar en los centros de trabajo y fomentar el apoyo y el compañerismo hacia las personas empleadas con problemas de salud mental, eliminando el estigma.

<https://www.seemescotland.org/resources/campaign-resources/power-of-okay/>

La salud mental en las redes sociales

Las redes sociales constituyen en la actualidad un medio de información directo y sencillo donde medios de comunicación, administraciones públicas, particulares, corporaciones privadas, organizaciones y movimientos sociales comparten un gran volumen de contenidos, creando influencia social y opinión.

En este contexto digital en el que vivimos hoy día, la información sobre salud mental debe ofrecerse con la responsabilidad y el respeto que todas las personas merecen, atendiendo a valores de integridad, dignidad y defensa de derechos. La inmediatez que requieren las redes sociales a veces conlleva publicar información que en ocasiones es incorrecta o no está contrastada.

Aunque la gestión de una red social exija un elevado número de publicaciones al día es importante que los medios de comunicación sean rigurosos a la hora de emitir información sobre salud mental. La falta de espacio puede provocar en ciertos momentos titulares sensacionalistas o no ajustados a la realidad. A pesar de este esfuerzo de síntesis que las redes sociales requieren, es importante que la selección de términos no estigmatice o falte al respeto a las personas que se sientan aludidas.

El alto porcentaje de interacción hace que un titular que pudiera ser estigmatizante produzca un efecto cascada de comentarios negativos que contribuyan a una percepción errónea de las personas con problemas de salud mental.

Es fundamental que los medios sean conscientes de su capacidad para crear etiquetas que la sociedad puede repetir contribuyendo a perpetuar estereotipos. En un marco de libertad de expresión incuestionable es necesario tener en cuenta que el lenguaje puede ofender, y también puede dignificar y educar positivamente. De esta manera, creemos que esta información debe hacerse de forma humana y con un tono informal, cercano, dialogante, sencillo y directo. Así,



ante insultos y ataques utilizando acusaciones como “esquizofrénico”, “bipolar”, “deberían encerrarte por loco”, “trastornado”, etc planteamos un lenguaje conciliador, situándose en el lugar de estas personas que pueden sufrir al leer estas expresiones y sentirse interpeladas. Frente a actitudes paternalistas, infantilizadoras, lastimeras, culpabilizadoras, morbosas y compasivas apostamos por apoyo, madurez, autonomía, comprensión, entendimiento, superación y confianza en las personas.

Los problemas de salud mental pueden conllevar sufrimiento, tristeza y dolor tanto a la persona que lo vive como a sus familiares y personas allegadas. No tiene por qué ser siempre así o puede ser sólo una fase, y además puede llegar a ser una fuente de aprendizaje. Por ello, siendo necesario mostrar una realidad social que afecta a tantas personas, podemos aportar luz con testimonios reales de recuperación, esperanza, visibilizando logros y éxitos de personas que han pasado por lo mismo.

Propuesta de lenguaje y contenidos en RRSS:

- Apoya la causa y a las personas, sin dramatizar ni provocar paternalismo.
- Escribe con sensibilidad, evitando lástima y compasión.
- Contenidos reales, pero no morbosos.
- Lenguaje esperanzador, no mostrando sólo dolor y pena.
- Testimonios reales en primera persona, no sólo familias y profesionales de la salud mental.
- Habla de personas con problemas de #SaludMental, socios/as, activistas... evitando términos como “chicos/as”, “chavales/as”, “usuarios/as”, “enfermos/as” y “afectados/as”.

RECOMENDACIONES PARA PERIODISTAS

Forma: Lenguaje e imágenes

SÍ, POR FAVOR	NO, GRACIAS
Persona con problemas de salud mental. Persona con trastorno mental.	Enfermo/a mental, trastornado/a, perturbado/a, loca/o, psicópata.
Persona con/que tiene esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar...	Esquizofrénico/a, depresivo/a, anoréxico/a, maníaco/a, psicótico/a
Centro de salud mental / centro de día / centro de rehabilitación.	Manicomio, psiquiátrico
Ingreso hospitalario en....	Reclusión, internamiento, encierro...
Emplear imágenes no estigmatizantes, que reflejen la salud mental en positivo.	Imágenes en las que las personas aparecen en actitudes pasivas, sin ningún tipo de interacción social, que transmiten soledad, aislamiento, miedo, angustia, desesperación y desequilibrio.



Contenido: Voces, temas y enfoques

SÍ, POR FAVOR	NO, GRACIAS
Hacer hincapié en las capacidades de las personas con un trastorno mental (relaciones laborales, sociales, convivencia familiar, proyectos personas, etc).	Incluir sólo noticias sobre salud mental en relación con problemas y actos violentos.
Mencionar los problemas de salud mental en la noticia sólo cuando sea necesario para entender correctamente el hecho.	Mencionar los problemas de salud mental cuando estos no son relevantes para la correcta comprensión del hecho noticioso.
En noticias relacionadas con sucesos violentos, limitarse a describir los hechos directamente observables sin destacar el problema de salud mental y, menos aún, hacerlo como único factor.	Omitir información o proporcionar información sesgada que perpetúe falsos vínculos entre trastorno mental y conductas violentas.
Cuidar el lenguaje empleado en las noticias, sin trivializar sobre los problemas de salud mental.	Emplear expresiones relacionadas con la salud mental fuera de contexto.
Aplicar la perspectiva de género y tratar temas que afectan directamente a las mujeres con problemas de salud mental.	Caer en estereotipos de género sin tener en cuenta la desigualdad existente entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud mental.
Señalar la falta de recursos y el derecho de las personas con trastorno mental a recibir una atención adecuada.	Dar por hecho que el trastorno mental es incurable, obviando la existencia de recursos que favorezcan la recuperación.

¿Por qué hablamos de salud mental y no de diagnósticos?

La salud mental es un aspecto más del bienestar de cada persona. Algo que tenemos que cuidar, prestar atención y afrontar si pensamos que nos encontramos ante un problema.

Las causas para que aparezca un trastorno mental suelen ser una combinación de factores genéticos, del entorno social y de experiencias vividas. No tiene nada que ver con debilidad de carácter, ni son culpa de la persona.

La sociedad cambia, crece y evoluciona, y algo similar sucede en el ámbito de la salud mental. Ya se ha dejado atrás que los problemas de salud mental tengan una causa biológica exclusivamente.

Los problemas de salud mental son un hecho más en la vida de las personas, que se deben abordar centrándonos en las necesidades individuales de cada una de ellas, y que por supuesto no las definen. Es imprescindible dejar a un lado diagnósticos y etiquetas, y pasar a poner nuestra atención, esfuerzo y foco en las múltiples capacidades de la persona.



Debemos dejar de asumir que los problemas de salud mental son el ‘todo’ en la vida de las personas. En su lugar podemos poner el foco en las múltiples barreras a las que tienen que enfrentarse diariamente. Centrar nuestro relato en las capacidades de la persona y no en las etiquetas conlleva potenciar su autonomía y responsabilidad, mejorar la aceptación de los problemas de salud mental en la sociedad, y favorecer su proceso de recuperación.

¿Y POR QUÉ ES NECESARIO QUE LOS/AS PERIODISTAS LO HAGAN?

A las personas con problemas de salud mental no se les aprecia a simple vista ningún problema de salud. Digamos que pasan desapercibidas entre el resto de la sociedad, y una forma de reconocerlas es a través de las etiquetas y/o diagnósticos que en muchas ocasiones aparecen en los medios de comunicación.

Esta acción de etiquetar aumenta los ya existentes prejuicios y tabús que la sociedad tiene sobre la salud mental. La consecuencia es que, en muchas ocasiones, las personas con problemas de salud mental y sus familias ocultan conscientemente este tipo de problema de salud, lo que convierte a nuestro colectivo en “invisible” para el resto de la sociedad.

Además, el hecho de etiquetar contribuye a incrementar las dificultades que tienen las personas con trastorno mental para ejercer sus derechos en la sociedad en igualdad de condiciones que el resto de las personas. Esta desigualdad genera y desarrolla situaciones graves de exclusión social que dificultan de manera notable que la persona con problemas de salud mental sea vista como un sujeto de derechos. Esto evita su acceso a los servicios y, por tanto, su inclusión plena en la sociedad.

BLOQUE TEMATICO PARA PROFESIONALES DE LA COMUNICACIÓN Y MANEJO DE LA INFORMACION SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

Con la finalidad de superar el estigma, sería conveniente que las personas que sufren una adicción, -independientemente de que la sustancia problema sea alcohol, tabaco, tranquilizantes, analgésicos u otras drogas-, sean considerados como personas enfermas y evitar el criterio erróneo de que son personas que tienen alguna debilidad personal, como poca “fuerza de voluntad”.

Los periodistas deberían acudir a las fuentes científicas antes de informar sobre aspectos relacionados con alcohol, tabaco, tranquilizantes y otras drogas, con la finalidad de que los contenidos informativos no incurran en la tendencia a expresar opiniones más especulativas que científicas y basadas en tópicos o creencias erróneas. Sin embargo, se ha de tener presente que los periodistas, muchos de ellos, trabajan en empresas con prioridades publicitarias y muy jerarquizadas a la hora de decidir el espacio o el titular destinado a una noticia. Por otra parte, los profesionales de las adicciones podrían transmitir los conocimientos que tienen un fundamento científico en lenguaje más divulgativo y pedagógico. Asimismo, los expertos que trabajan en alguna administración pública deberían ser libres de comunicar situaciones y dificultades.



Información con base científica. Los medios de comunicación tratarían de transmitir una información veraz sobre las conductas adictivas, y, además, podrían actuar como divulgadores de la información científica, con la finalidad de ampliar y mejorar la información que tienen los ciudadanos sobre la salud. Transmitir mensajes que destacan los aspectos positivos del alcohol y otras drogas, o que pueden disparar la curiosidad para experimentar con el alcohol y otras drogas, o que banalizan sus consecuencias negativas, no va a favor de la salud ni de reducir la epidemia de las conductas adictivas, sino en sentido contrario. Convendría destacar las potenciales consecuencias negativas para el consumidor de alcohol, tabaco y otras drogas, así como también las consecuencias negativas para las personas del entorno del consumidor y sobre todo para sus familiares (conflictos domésticos, malos tratos, accidentes, desempleo, pobreza, etc.). Se podría destacar el aspecto positivo de las posibilidades de tratamiento especializado y rehabilitación, con efectos personales y sociales visibles. El asociacionismo para la rehabilitación ha demostrado ser un elemento importante y socialmente eficaz. En las informaciones también debe tenerse en cuenta la perspectiva de género, puesto que existen diversas tipologías de conductas en relación con las adicciones.

BANALIZACIÓN

El contenido de la información puede inducir a banalizar las posibles consecuencias negativas del consumo de alcohol y otras drogas. Por ejemplo, el concepto de “drogas recreativas” tiende a generar la imagen de que tomar drogas va asociado a “pasarla bien” y no contempla las probables consecuencias negativas. Por ejemplo, el consumo de cigarrillos, bien sean de tabaco o de cigarrillos electrónicos, suele conducir a la adicción a la nicotina.

Las drogas y las adicciones tienen características propias, en función de las particularidades de cada enfermo adicto. Por tanto, el impacto que tienen en cada persona puede tener consecuencias diversas y específicas. Además, conviene tener en cuenta el frecuente poliabuso de sustancias. Es decir, el abuso de una droga suele estar acompañado por una o varias sustancias más. Por ejemplo, el abuso de drogas suele estar acompañado por atracones de bebida y el abuso de alcohol suele estar acompañado por el de tabaco, tranquilizantes y otras conductas adictivas, tanto químicas como comportamentales.

La interpretación de los datos de cualquier estudio puede tener muchos matices. Sería recomendable que los profesionales de los medios de comunicación se pongan en contacto con expertos para que les asesoren en esta tarea y, al mismo tiempo, los expertos tendrían que colaborar con los medios de comunicación para que puedan difundir acertadamente a la población general los mensajes más apropiados para la promoción de la salud, citando además sus fuentes lo más detalladamente posible para poder evaluar la solidez de las evidencias difundidas.

Es importante cuidar el lenguaje visual. Un debate crítico sobre el alcohol (en la televisión) no debería ser ilustrado con imágenes de fondo de una discoteca, de la licorería, la barra de un bar o de personas bebiendo o intoxicadas por la bebida, que tienen comportamientos que parecen divertidos. Estas imágenes -que son muy parecidas a las que utiliza la publicidad sobre las bebidas alcohólicas- están precisamente diseñadas para inducir al consumo de alcohol y además tienen un mayor impacto en los jóvenes y adolescentes. Los productores y guionistas de los



medios audiovisuales deberían hacer un esfuerzo para no incitar, en televisión y cine, a consumos que la evidencia científica ha asociado a graves daños para la salud de todos.

El fenómeno de la drogadicción tiene consecuencias negativas para las personas que conviven con el adicto y también para toda la sociedad. En consecuencia, los expertos y los periodistas tendrían que subrayar los “efectos colaterales” del consumo individual (violencia doméstica, accidentes de tráfico, etc.), de manera parecida a los procedimientos utilizados para el tabaco en los que se han definido claramente las consecuencias negativas para los fumadores pasivos y también las limitaciones a su consumo, en relación con los derechos de los no fumadores

En líneas generales, se pueden sostener en relación con el tratamiento que los medios de comunicación social hacen de las drogodependencias:

- la imagen de las drogodependencias se enmarca en el ámbito de lo conflictivo, como un problema que se está resolviendo por vías jurídicas y punitivas, dando una imagen negativa del fenómeno,
- la información sobre las drogas está sometida a la propia lógica del fenómeno informativo, a los criterios culturales y productivos que definen lo noticiable y su contenido,
- no existe ante este fenómeno una estrategia consciente y programa que persiga un objetivo definido de carácter pedagógico,
- las informaciones capaces de un tratamiento especializado, con una falta de profesionales dedicados más particularmente a estos temas.

Nadie niega hoy que la prensa pueda y deba tener una responsabilidad educativa ante la problemática actual de las drogas, tanto de las legales como de las ilegales. Los medios de comunicación social deben informar con objetividad de los problemas que presenten, sin actitudes moralizantes ni condenatorias.

Educar en el contexto del medio de comunicación significa, prácticamente, liberar de la masificación. Por consiguiente, la razón de la educación para la imagen (y con la imagen) se reducen a la necesidad que tiene el hombre contemporáneo de ser libre - o libertad de la masificación imperante en los medios de comunicación-, masificación que percibe menos cuanto más crece aquella y le anula su verdadera personalidad.

La educación a través de los medios de comunicación exige, también, resolver las propias contradicciones internas, entre las que destaca, de forma especial, el ser la base publicitaria del alcohol, el tabaco y los medicamentos, es decir, las drogas de uso legal.

Al mismo tiempo, no debe caerse en los errores tantas veces achacados a los medios de comunicación social, en aras de la objetividad. Por ello conviene siempre que estos medios:

- dejen de prestar una atención selectiva y negativa;
- distingan entre los diversos tipos de drogas, y diferencien modalidades de consumo;



- insistan más en los antecedentes y circunstancias sociales que favorecen el consumo y adopten una postura más crítica y activa de cara a las soluciones;
- presenten el problema sin traumatismos ni prejuicios y en toda su complejidad.

Todo esto nos lleva a la necesidad de una política de información que preste coherencia a la tarea educativa de los medios de comunicación social. En este sentido, se puede decir que estos medios también necesitan disponer de un "proyecto educativo" en relación con las drogas, si de verdad quieren cumplir con este compromiso social.

La Unesco (1972)⁶⁴, hace tiempo que ofrece una serie de directrices que pueden orientar las intervenciones educativas ante las drogas de los medios de comunicación social. Nos indica así unas necesidades básicas:

- definir claramente los objetivos a alcanzar de acuerdo con unos principios fundamentales.
- establecer un plan global de la campaña y coordinar los distintos organismos oficiales interesados en el proyecto;
- elaborar normas detalladas para la información según los medios de que se trate;
- dirigirse a cada público a través del cauce adecuado y con los argumentos más convenientes;
- evitar siempre que la información se convierta en propaganda, peligro en el que resulta fácil caer;
- no agravar las reacciones de la sociedad para con el drogodependiente, al dramatizar su problema.

Los medios de comunicación social recurrirán a los métodos y técnicas que permitan una comunicación eficaz, teniendo en cuenta la credibilidad del autor, el mensaje transmitido y el destinatario de la comunicación. Y siempre, la información que se ofrezca ha de ser, como señala el Consejo de Europa (Conseil de l'Europe, 1982)⁶⁵ pertinente, comprensible, atrayente, objetiva y creíble. El objetivo final es conseguir que los individuos puedan tomar decisiones responsables ante las drogas, sean legales o ilegales.

Precisamente con este objetivo, el SAODAP (Executive office of the president, 1974, Nixon administration)⁶⁶ ofrece una serie de orientaciones que permanecen siendo válidas. Por una parte, señala una serie de mensajes que han demostrado ser contraproducentes y que, por lo tanto, deben ser excluidos en la información:

- el uso de la droga X siempre produce el efecto Y,
- el consumo de la droga X nunca produce el efecto Y
- las drogas son el único peligro,
- sólo existe el abuso de las drogas ilegales,

⁶⁴ UNESCO (1972). Drogas, alienaciones y educación. París: Unesco.

⁶⁵ CONSEIL DE L'EUROPE (1982). La prévention de la toxicomanie. Strasbourg: Conseil de l'Europe

⁶⁶ EXECUTIVE OFFICE OF THE PRESIDENT (1974). The media and drug abuse messges. Special Action Office Monograph. Serie D, n. 1. pp. 61-72.



- el abuso de drogas es un problema exclusivo de los jóvenes,
- el miedo aparte del abuso de las drogas,
- sólo existe un modelo de tratamiento válido,
- mostrar la forma de utilizar y consumir las drogas ilegales,
- todo tipo de estereotipos.

Por otra parte, recoge una serie de mensajes a transmitir en la información:

- el efecto de las drogas está en función de la dosis, el método de administración, la frecuencia de uso, el entorno individual y social;
- el problema de las drogas es complejo; no hay respuestas fáciles; no existen dos consumidores iguales;
- la sociedad debe reconocer sus contradicciones ante el uso de sustancias químicas que alteran el estado del ánimo, al considerar unas legales y otras, ilegales;
- el abuso de las drogas es un problema social, no médico exclusivamente;
- la gente joven necesita imágenes positivas más que el refuerzo de los tópicos existentes sobre la muerte de los drogodependientes;
- la gente puede promover soluciones al problema de las drogas a través de una mejor comunicación entre jóvenes y adultos, con la aceptación de estilo alternativos de vida, asumiendo la propia responsabilidad, con la valoración de estructuras en las que la gratificación inmediata no sea el objetivo principal.

Aparece así la necesidad de llevar a cabo una nueva información sobre las drogas y sus efectos, apoyada en la objetividad, sin perder de vista la complejidad de la problemática actual del consumo de las drogas. Como objetivos generales de esta "nueva política" de actuación se pueden señalar:

1. centrar la atención en todos los aspectos del problema de las drogas, no en aspectos parciales;
2. crear un clima de opinión entre la gente y, en especial entre los jóvenes, de que el abuso de las drogas no es atractivo y ofrece soluciones falsas a los problemas;
3. equipar a la población con una información objetiva de la problemática de las diferentes drogas;
4. informar a la gente de la necesidad de programas educativos y reeducativos así como de la urgencia de servicios de apoyo a la prevención y al tratamiento.

Las actividades informativo-educativas sobre las drogas que pueden llevar a cabo los medios de comunicación social pueden ser, en este sentido, muy variadas. Pero la más importante es que siempre que la noticia sobre las drogas aparezca en los medios de comunicación social sin dramatismos y con la mayor objetividad posible, teniendo en cuenta la variedad de elementos que en ella intervienen, de forma que el consumidor de información quede más enriquecido para tomar sus propias decisiones.