

PROGRAMA DE ACCIÓN PARA SUPERAR LAS BRECHAS EN SALUD MENTAL
PARA LÍDERES COMUNITARIO-S DE LOS MUNICIPIOS DEL META

JUAN GABRIEL GARZÓN BETANCOURTH

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
VILLAVICENCIO, META
2017

PROGRAMA DE ACCIÓN PARA SUPERAR LAS BRECHAS EN SALUD MENTAL
PARA LÍDERES COMUNITARIOS DE LOS MUNICIPIOS DEL META

JUAN GABRIEL GARZÓN BETANCOURTH
ESTUDIANTE PARTICIPANTE DE PROYECCIÓN SOCIAL

DIRECTORA:
ZULMA JOHANA VELASCO PÁEZ
ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR

DIRIGIDO A
COMITÉ DE PROYECCIÓN SOCIAL
PARA OPTAR POR
EL TÍTULO DE PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
VILLAVICENCIO
2017

NOTA DE ACEPTACIÓN

Zulma Johana Velasco Páez
Directora

Claudia María Pinzón Gutiérrez
Directora Centro de Proyección Social FCS

24 de Noviembre 2017, Villavicencio

A mi Familia que siempre fue un apoyo incondicional en mi vida

AGRADECIMIENTOS

Quiero dar agradecimientos a:

A mi Directora de Proyecto de Grado, Zulma Johana Velasco Páez, que con su ayuda y apoyo convirtieron este proyecto realidad, y me brindó la mano y un consejo cuando lo necesité

A mis compañeros que de una u otra forma ayudaron en mi desarrollo como profesional.

A la Universidad de los Llanos que fue el alma máter que me acogió en su seno y me educó.

CONTENIDO

Pág.

1. INTRODUCCIÓN	12
2. CLASIFICACIÓN DEL CAMPO DE PROYECCIÓN SOCIAL SEGÚN ARTÍCULO 6 DEL ACUERDO SUPERIOR 021 DEL 2002	14
3. JUSTIFICACION.....	15
4. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ENCONTRADO	17
4.1 DESDE LA MIRADA MUNDIAL.....	17
4.2 DESDE LA MIRADA DE AMÉRICA LATINA Y DEL CARIBE	18
4.3 DESDE LA MIRADA DE COLOMBIA	19
4.4 DESDE LA MIRADA DEL DEPARTAMENTO DEL META.....	20
5. OBJETIVOS.....	21
5.1. OBJETIVOS GENERALES	21
5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	21
6. REVISIÓN DE LITERATURA PERTINENTE	22
6.1. SALUD MENTAL COMUNITARIA	22
6.2. SALUD MENTAL Y TRABAJO COMUNITARIO	23
6.3 SALUD Mental POSITIVA	24

6.4 PROGRAMA DE ACCIÓN PARA SUPERAR LAS BRECHAS EN SALUD MENTAL (MHGAP)	25
6.5 ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL.....	25
6.6 LÍDERES COMUNITARIOS	26
6.7 REVISIÓN LEGAL EN SALUD MENTAL.....	27
6.7.1 LEY 1616 DEL 2013.....	27
6.7.2 DECLARACIÓN DE HAWAI.....	27
6.7.3 DECLARACIÓN DE ATENAS	28
6.7.4 DECLARACIÓN DE MADRID	28
6.7.5 LA DECLARACIÓN DE HAMBURGO	28
6.7.6 DECLARACION DE CARACAS	29
6.7.7 CÓDIGO INTERNACIONAL DE ETICA MÉDICA.....	29
7. ANALISIS DE INFORMACIÓN	30
8. PLAN DE DESARROLLO.....	58
9. LIMITACIONES	60
10. PLAN DE ACCIÓN	61
9.1 RESULTADOS	61
9.1.1 PARTICIPANTES.....	61
9.1.2 CONTENIDOS.....	61

9.1.3 ESTUDIANTES DE PROYECCIÓN SOCIAL.....	61
9.2 IMPACTO CON LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO.....	62
11. CONCLUSIÓN.....	63
12. RECOMENDACIONES.....	65
13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	66
14. ANEXOS.....	72
ANEXO N° 1 CRONOGRAMA	72
ANEXO N°2 IMÁGENES.....	78
ANEXO N°3 ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN.....	85
ANEXO N°4 LISTA DE ASISTENCIA.....	88
ANEXO N°5 CONSENTIMIENTO INFORMADO	90

LISTA DE GRAFICAS

	Pag.
Gráfica 1 Distribución porcentual por edad	30
Gráfica 2 Distribución porcentual por género	31
Gráfica 3 Distribución porcentual por lugar de residencia	32
Gráfica 4 Distribución porcentual por vivienda	33
Gráfica 5 Distribución por tipo de casa	34
Gráfica 6 Distribución porcentual por estrato	35
Gráfica 7 Distribución porcentual por estado civil	36
Gráfica 8 Distribución porcentual por ocupación	37
Gráfica 9 Distribución porcentual de ingresos mensuales	38
Gráfica 10 Distribución porcentual por ayuda económica	39
Gráfica 11 Distribución porcentual por escolaridad	40
Gráfica 12 Distribución porcentual a la pregunta, ¿Ha participado en cursos o programas educativos adicionales que hayan contribuido a mejorar el rol del cuidador?	41
Gráfica 13 Distribución porcentual por el número de cursos o programas educativos a las cuales han participado	42
Gráfica 14 Distribución porcentual a la pregunta, ¿Se encuentra afiliado actualmente a un sistema de seguridad social en salud?	43
Gráfica 15 Distribución porcentual a la pregunta, ¿a cuál se encuentra afiliado? ..	44
Gráfica 16 Distribución porcentual a la pregunta, ¿Cómo percibe su estado de salud actual?	45
Gráfica 17 Distribución porcentual a la pregunta: ¿Ha sufrido enfermedades o síntomas significativos en los últimos años?	46

Gráfica 18 Distribución porcentual en caso afirmativo a la pregunta anterior, enuncie.....	46
Gráfica 19 Distribución porcentual a la pregunta, ¿considera que cuida de su salud?.....	47
Gráfica 20 Distribución porcentual por cuántas actividades hace para cuidar su salud.....	48
Gráfica 21 Distribución porcentual por el tiempo que lleva como cuidador	49
Gráfica 22 Distribución porcentual por el tipo de parentesco que tiene con la persona que cuida	50
Gráfica 23 Distribución porcentual a la pregunta, ¿Cada cuánto cuida al paciente crónico.....	50
Gráfica 24 Distribución porcentual por a la pregunta, ¿usted es el único cuidador?	51
Gráfica 25 Distribución porcentual por el número de personas que participan o ayudan en el cuidado del paciente crónico	52
Gráfica 26 Distribución porcentual por facilidad de cumplir labor de cuidador	52
Gráfica 27 Distribución porcentual por en base a repuesta anterior, enuncie el motivo.....	53
Gráfica 28 Distribución porcentual de la pregunta, ¿cuenta con apoyo para realizar las acciones de cuidado?.....	54
Gráfica 29 Distribución porcentual por apoyo que recibe	55
Gráfica 30 Distribución porcentual de la pregunta, ¿dedica tiempo al descanso? ..	55
Gráfica 31 Distribución porcentual en la pregunta anterior, cuántas horas dedica al día	56
Gráfica 32 Distribución porcentual de la pregunta, ¿Cuantas actividades realiza en el tiempo de descanso?	57

LISTA DE IMAGENES

Imagen 1 Encuentro de líderes del Departamento del Meta	78
Imagen 2 Encuentro de líderes del Departamento del Meta	78
Imagen 3 Encuentro de líderes del Departamento del Meta	79
Imagen 4 Encuentro de líderes del Departamento del Meta	79
Imagen 5 Encuentro de líderes del Departamento del Meta	80
Imagen 6 Encuentro de líderes del Departamento del Meta	80
Imagen 7 Encuentro de líderes del Departamento del Meta	81
Imagen 8 Encuentro de líderes del Departamento del Meta	81
Imagen 9 Encuentro de líderes del Departamento del Meta	82
Imagen 10 Encuentro de líderes del Departamento del Meta	82
Imagen 11 Encuentro de líderes del Departamento del Meta	83
Imagen 12 Encuentro de líderes del Departamento del Meta	83
Imagen 13 Encuentro de líderes del Departamento del Meta	84
Imagen 14 Encuentro de líderes del Departamento del Meta	84

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) la salud mental es un estado de bienestar por el cual el sujeto es consciente de sus propios mecanismos para poder hacer frente a las tensiones del diario vivir, y poder desempeñarse productivamente en sus actividades como persona, como sujeto de familia y de la comunidad. Pero estamos en el siglo XXI en pleno proceso de globalización, donde el elevado flujo de información, el nivel de estrés y otros muchos factores afectan la salud mental de las personas, los problemas derivados son de tipo emocional, cognitivo y/o comportamental, lo cual traduce en una discapacidad o dificultad de adaptación al medio social y cultural donde se desarrollan (2).

La OMS estima que los trastornos mentales van en aumento, para el año 2020 el 15% de la discapacidad a nivel mundial será por causa de estos; la depresión por sí sola es la segunda causa de discapacidad en el mundo (1). Estos datos no miden el desconuelo, la improductividad, la carga económica, emocional y social del cuidador principal, de las familias y de las personas que padecen un trastorno mental, encontrándose también disparidad entre el número de personas con trastornos mentales que requieren tratamiento y el número de personas que lo reciben (3).

El trabajo a nivel comunitario ha evidenciado que a partir de la formación de líderes comunitarios, se logra ayudar a la población o en su caso poder lograr impactos positivos dentro de las comunidades. Chile es un ejemplo en la implementación de este tipo de modelo comunitario, donde la asistencia es netamente en la comunidad y en los consultorios comunitarios (4). También a nivel mundial se han generado estrategias en las que los países han adoptado en sus legislaciones, normatividades que permiten el trabajo desde la comunidad y han implementado políticas que favorecen este ejercicio. Una de ellas es el Health Gap Action Programme (mhGAP) comunitario creado por la OMS el cual permite la formación de líderes o agentes comunitarios no especializados mediante la estrategia de la atención primaria en salud (5).

Tomando los distintos riesgos que desencadenan los trastornos mentales a nivel individual, familiar y colectivo, es necesario lograr generar proyectos que puedan impactar a nivel comunitario; por ello se trabajó en el macro proyecto “Programa de acción para superar las brechas en salud mental para líderes comunitarios”; que permitió al profesional de enfermería generar estrategias de diagnóstico, aproximación y cuidado de las personas con problemas de salud mental de la comunidad, que pudieran ser ejecutadas por los líderes comunitarios. Se logró la asistencia a la formación de 90 líderes comunitarios del Departamento del Meta, con lo cual se contribuyó a minimizar el estigma y la discriminación de las

personas que sufren trastornos mentales, y darles herramientas a los líderes para brindar ayuda en su comunidad. Con la ejecución de este proyecto comunitario se materializó el compromiso de la Universidad de los Llanos con su entorno.

El aporte del presente proyecto es la capacitación en salud mental comunitaria a los líderes del Departamento del Meta, para que así ellos se puedan convertir en multiplicadores y replicadores de los conocimientos adquiridos, por otro lado se logró caracterizar socio-demográficamente lo que permitió tener una perspectiva más amplia de los agentes comunitarios del Departamento del Meta, determinando su edad, género, formación académica, formación como líderes, ingresos mensuales.

2. CLASIFICACIÓN DEL CAMPO DE PROYECCIÓN SOCIAL SEGÚN ARTÍCULO 6 DEL ACUERDO SUPERIOR 021 DEL 2002

Según el Artículo 6 del Acuerdo 021 de 2002 donde se mencionan los campos de realización de Proyección social. Nos indica que el cumplimiento de objetivos y política de este proyecto social se realizó a través de la siguiente acción:

- Con la ejecución del proyecto se logró la articulación de los objetivos de Proyección social, gracias a la gestión institucional que estableció relaciones de intercambio con los líderes comunitarios de El castillo, Catilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa, Cubarral del Departamento del Meta.
- Se generó un contexto en el cual se permitió mejorar la capacidad de innovación mediante la docencia y la investigación, para permitir la transferencia de conocimiento, a través de los módulos vistos en el curso.
- Se exaltó de manera eficaz mediante la gestión institucional con la capacitación de líderes idóneos, fomentando el intercambio de sus experiencias, para lograr abordar todos los temas que competen con la salud mental.
- Se articuló el proyecto con base al Plan de Acción Institucional (2016-2018) de la Universidad de los Llanos.
- Se alcanzó un impacto indirecto en la satisfacción de las necesidades de los líderes comunitarios de los Municipios; El castillo, Catilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa, Cubarral del Departamento del Meta en cuanto a la atención primaria en salud mental, mediante la ejecución del proyecto que responde con el Análisis investigativo sobre las dinámicas del desarrollo en las subregiones del Meta, coherente con Plan de Acción Institucional (2016-2018).

3. JUSTIFICACION

Los trastornos mentales constituyen en pleno siglo XXI uno de los mayores problemas de salud en todo el mundo, y contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura, haciendo que el cada día de las personas que padecen dichas enfermedades sea tortuoso, lleno de prejuicios y estigmas aumentando su vulnerabilidad, siendo más propensos a violaciones de sus derechos como seres humanos, factor que agrava la transición de su enfermedad y tratamiento (6). Pero surge la pregunta de qué es la salud mental y que la conforma, La OMS (7) la define como parte integral de la salud y el bienestar: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; y puede verse afectada factores intrínsecos e extrínsecos, como nivel socioeconómicos, estado anímico, emociones, etc” (7).

En el país, la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia del 2013, “indica que un 40% de las personas sufrían o habían sufrido de uno o más trastornos mentales” (8), para la encuesta del 2015 “refiere que la población infantil de entre los 7 a 11 años, 48,1% recibieron atención por algún tipo de alteración referente a la salud mental en los últimos doce meses previos, 35,2% en adolescentes, el 65,9% en adultos de 18 a 44 años, y el 65% en adultos de 45 años en adelante” (9). Dicha encuesta considera (9) que haber vivido un conflicto armado durante más de 50 años, estar en pasos de posconflicto o proceso de paz, ser un país tercermundista en vía desarrollo y otros mucho más factores influyen negativamente en la salud mental de la población; pese a llevar cuatro años desde la implementación de la Ley 1616 del 2013 sobre salud mental, han sido pocos los avances que se ha desarrollado frente a la salud mental de la comunidad.

Colombia ha implementado la Guía del mhGAP realizada por la OMS (10), que tiene como finalidad prestar un servicio de asistencia social en el ámbito comunitario y de salud mental integrado, dicha guía ha sido basada en evidencia para poder hacer un diagnóstico previo y de esta manera poder abordar una serie de trastornos mentales que se presenten en la comunidad, para generar un impacto debido.

En el Departamento del Meta, según el informe del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) del 2015 reportó (11) una tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento de: 2,1 x cada 100.000 habitantes, la cual es tres veces superior al indicador nacional. Esta evidencia muestra que la Salud Mental viene siendo afectada ampliamente en el Departamento, por lo cual las instituciones deben hacer una intervención lo más pronto posible, pues el Departamento tiene una inversión baja en el tema sobre la salud mental, pero en la última década los avances en intervenciones colectivas e individuales se ha venido ampliado en la región.

Los programas de salud mental en el Departamento del Meta, no se han desarrollado con la fuerza que plantea la política pública, muchos de ellos no han tenido impacto por las mismas condiciones sociales, la pobreza, violencia y desplazamiento que ha impedido el acceso a los servicios. Por otro lado la estigmatización que tiene la población con relación a la enfermedad mental, contribuye a una barrera en la atención (12).

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de los Llanos, concedora de la importancia de la Salud Mental en la región, consideró (13) pertinente que se debieran desarrollar programas con estrategias de Atención Primaria en Salud - APS para el abordaje desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental en el Departamento del Meta. Por lo tanto inicia con la sensibilización de la comunidad sobre temas de salud mental que contribuyan a recuperar un espacio importante de la salud en la región, a través de la formación de líderes comunitarios para que sean fuentes de apoyo en la comunidad y se pueda generar una mayor equidad e inclusión social en el diario vivir de los pacientes, familiares y en la comunidad.

El presente proyecto comunitario surge del macroproyecto titulado “Programa de acción para superar las brechas en salud mental para líderes comunitarios” el cual fue aprobado por el Centro de Proyección Social, programa que da respuesta a las necesidades básicas en salud mental comunitaria a través de la Salud mental positiva mediante la estrategia de mhGAP comunitario y APS donde (13) desde la formación de líderes en el tema se establecen mecanismos que propendan por la minimización del estigma y la discriminación de los temas en salud mental y psiquiatría y el abordaje primario de dichos trastornos. Favoreciendo de esta manera la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, impactando desde el cuidado del individuo, las familias y el colectivo frente a la salud mental. De este modo se favorece la oportuna accesibilidad a los servicios, tratamientos adecuados y mejores pronósticos a nivel de la enfermedad.

Lo anterior sustenta lo dicho por la OMS, “no se posee salud sin salud mental” (14), razón que incentiva la implementación de éstas estrategias de intervenciones de promoción, orientado a la protección y que pueden contribuir al restablecimiento de la salud mental. Este proyecto pretende (15) formar líderes comunitarios en temas sobre manejo de la salud mental, en el que se manejarán temas de importancia, como epidemiología, identificación de las alteraciones y trastornos mentales, manejo del autocuidado en la salud mental y estrategias de Atención Primaria en Salud (APS) que protejan la salud mental en la comunidad.

4. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ENCONTRADO

4.1 DESDE LA MIRADA MUNDIAL

La OMS en el 2013, en su informe (16), indicaba que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tenían algún trastorno o problema mental, y la edad promedio de aparición era antes de los 14 años; refería que la mayor causa de años perdidos en adultos por discapacidad fue el Alzheimer. El suicidio fue la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad, y por cada adulto que se suicidaba había más de 20 que lo intentaban, las personas con trastornos mentales y de consumo nocivo de alcohol, presentaban un mayor riesgo de cometer suicidio en países de ingresos bajos y medios. “Se evidenció que las guerras y las catástrofes tienen efectos importantes en la salud mental y en el bienestar psicosocial de las personas, pues según la incidencia de los trastornos mentales tienden a duplicarse después de las emergencias” (17).

“La estigmatización y la discriminación de la que son víctimas los enfermos y sus familiares disuaden a los pacientes a recurrir a los servicios de salud mental, aún persiste la ignorancia frente a las enfermedades mentales, favoreciendo la tasa de personas que padecen trastornos mentales y no tienen tratamiento” (17). Dicha “estigmatización tiende a crear mayor incidencia en la vulneración de los derechos de los enfermos mentales, generando mayor carga para los pacientes y sus familiares” (16). La Directora de la OPS (18), destaca la importancia de los avances que se han venido presentando estos últimos años frente a reformas sobre la salud mental, y comenta que son pocos los países que cuenten con dicha normatividad, y refiere a Belice, Brasil, Chile, Cuba y Panamá, entre otros; como ejemplo de países los cuales protegen la salud mental de su población.

“Existen grandes diferencias en el mundo en la distribución de profesionales competentes en atención de salud mental, mayormente en países de ingresos bajos y medios, haciendo que sea uno de los principales factores en la incapacidad para la atención, por lo cual se debe trabajar en la inclusión de la atención en salud mental en los programas de Salud Pública” (19) y tener estrategias desde el punto financiero para su acceso (20).

“Los trastornos mentales generan al sistema económico de un país grandes gastos, por ejemplo en Estados Unidos generan un coste sanitario de 256.000 millones de dólares cada año aproximadamente, dichos recursos se podría estar invirtiendo en planes para la intervención en Salud Mental” (19) que se refiere a promoción y prevención en capacitación del personal idóneo para la atención de personas con trastornos mentales y de personas en general.

Para la OMS en el 2015 (21), la salud mental supone un valor esencial para el sujeto y el conjunto de la sociedad: contribuye muy positivamente al bienestar individual y colectivo, a la calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas y al funcionamiento y la productividad sociales. De tal manera que la OMS y la OPS han desarrollado estrategias que permitan el trabajo de una salud mental positiva.

Marie Jahoda (22) es una de las primeras referencias dentro de psicología al hablar sobre este tema la salud mental positiva, dando gran importancia al medio ambiente y la cultura, las cuales influyen en la Salud y en la Enfermedad de las personas. Jahoda (23) visualiza la salud mental positiva desde una mirada psicológica, pero dando gran influencia a los aspectos físicos y mentales, ella habla de seis factores generales importantes en la SMP y los cuales se aplican a las personas ya sean sanas o enfermas: “Actitudes hacia uno mismo, Crecimiento y Actualización, Integración, Autonomía, Percepción de la realidad, Dominio del entorno”.

Martín y Pastor (24) definen la salud mental comunitaria como el mejoramiento progresivo de las condiciones de vida del sujeto, familia, y la comunidad; la cual se desarrolla mediante programas de salud pública en las cuales se planifican y se integran actividades con el objetivo de contribuir en la promoción y prevención de la salud mental, y de esta manera poder tratar los malestares y problemas psicosociales de la población, también ser de apoyo en la recuperación de las personas con trastornos mentales y de la población sin trastornos, procurando “proteger los vínculos personales, familiares y comunitarios dañados por los distintos problemas que afectan la población, ya sea la pobreza, las guerras, los desastres naturales, los malos gobiernos, la inequidad u otros factores que ponen en peligro la salud mental de la comunidad” (25).

4.2 DESDE LA MIRADA DE AMÉRICA LATINA Y DEL CARIBE

“Los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, y resulta evidente que los mismos tienen un impacto importante en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida” (26). A pesar de lo anterior, los recursos para afrontar esta enorme carga son insuficientes, no están distribuidos apropiadamente y en muchos países todavía subsiste un modelo de servicios centrado en el hospital psiquiátrico.

4.3 DESDE LA MIRADA DE COLOMBIA

En la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015 se reportó (27) los siguientes datos relevantes para la presente propuesta: Los resultados de la encuesta frente al grado de “felicidad o el sentirse bien individual y colectivo”, la población refiere tener una excelente autopercepción y apreciar la vida, con lo que se evidencia el grado de felicidad de dicha población. En relación a la cognición social tienen mejor desempeño las personas que están en un estado de pobreza y tenían mayor escolaridad. Cuando se evaluó el apoyo social ante dificultades o problemas, se observa que las personas de mayor edad ayudan menos o prestan menor apoyo social. Frente al grado de disfunción familiar, se observa un incremento de disfunción a mayor edad, y un factor protector fue la escolaridad y en aquellos que no presentaban en estado de pobreza, el 64,5% de la población de 18 a 45 años, han completado sus estudios universitarios, siendo el factor de estudio como un factor protector para muchos problemas de la salud mental, y como factor protector de pobreza, ahora frente a los tipos de violencia; violencia causante del desplazamiento forzoso se presentó mayormente en adultos de 18 a 44 años con el 18,7%, relacionada a violencia escolar la población de 18 a 44 años, son lo que han experimentado mayor proporción del evento con un 21%, y siendo mayor la frecuencia en hombres, frente a violencia intrafamiliar 7,7 % se presenta grupo de edad 18 a 44 años, y de este porcentaje el 57% corresponde a violencia psicológica, el 69% a física y el 24% a violencia sexual, dicho evento es mayor en mujeres.

Según el informe del Análisis de la Situación en Salud, (ASIS) de Colombia relacionado (28) a problemas con el consumo de sustancias psicoactivas, el alcohol es la sustancia más frecuentemente usada y su consumo aumenta con la edad, siendo mayor en población adulta de 18 a 24 años con un 49%, encontrándose más habitual en estratos altos, la edad mediana del inicio es 16 en hombres y 18 en mujeres, siendo la familia quien predispone el consumo. El cigarrillo es la segunda sustancia con mayor frecuencia de consumo, en mayor el consumo en grupo de edad de 18 a 34 con 32%, y aumenta en relación con la edad, se haya mayormente en hombres con un 53% y la edad promedio es los 17 años en ambos sexos. Se presenta que dos de cada cinco personas de la población colombiana habían presentado alguna vez en su vida algún trastorno mental. Los más frecuentes fueron los trastornos relacionado con la ansiedad seguido de los trastornos afectivos, luego por los trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas. En Colombia los problemas según el informe son los problemas neuropsiquiátricos como la depresión mayor unipolar, los trastornos bipolares, la esquizofrenia y la epilepsia. Las personas que no reciben tratamiento de sus trastornos mentales son una carga bastante alta para el sistema sanitario, y que provocan reingresos hospitalarios, atenciones en urgencias, etc.

4.4 DESDE LA MIRADA DEL DEPARTAMENTO DEL META

Según el ASIS Departamental del Meta 2015 (11) refiere se contaba con una población total de 961.334 habitantes en el Departamento del Meta, según la proyección del Censo DANE del año 2005, y se encuentra constituido mayormente por grupo poblacional adulto joven de 25 a 44 años.; para el año 2015 en el departamento se habían registrado 144.256 víctimas de desplazamiento forzado mucho mayor que los años anteriores, según rango de edad se presentó primordialmente en edad de 5 a 27 años y mayormente en mujeres, el homicidio es la primera causa de muerte en hombres cuya tasa es de 26.7 personas por 100.000 habitantes y la segunda causa de muerte es por accidentes de tránsito.

En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2015 (29) (30), hace mención al respecto sobre violencia psicológica, en el cual 64.1% de las mujeres habían sufrido algún tipo de dicho evento, y el 74.4% en hombres. Lo cual se evidencia una mayor incidencia en hombres por causa de celos de su pareja. Por violencia física en mayores proporciones recae sobre las mujeres. El 31.9% de ellas refirió que su pareja o expareja había ejercido violencia física en su contra, y aumenta a mayor edad, el empujón o zarandeo fue el hecho que mayor se reportó, con un 28.8%, seguido por golpe en la mano con 21.4%.

En el Departamento del Meta según el ciclo vital, en la primera infancia que va 0 a 5 años, se presentó un aumento en la condición neuropsiquiátrica en comparación en años anteriores, siendo la quinta causa de morbilidad en la primera infancia, y en la juventud, adultez y persona mayor se encontró cinco puntos por encima de la media nacional, siendo estos trastornos los más comunes: (31)

- Esquizofrenia paranoide
- Episodio depresivo moderado
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Episodio depresivo leve
- Trastorno afectivo bipolar

“Según la encuesta Nacional de Demografía y Salud 2016 para la región oriental de Colombia, las mujeres que habían sufrido algún tipo de violencia física fue del 33,1% siendo la tercera más alta del país, siendo la más común de ellas el empujo o zarandeo, siguiendo con golpes de la mano, luego golpes con un objeto.” (32)

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVOS GENERALES

- Capacitar los líderes comunitarios de los Municipios de Castilla La Nueva, Vista hermosa, El Castillo, Fuente de Oro y Cubarral del departamento del Meta, en salud mental, durante el primer semestre del 2017.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar socio-demográficamente a los líderes comunitarios de los municipios de Castilla La Nueva, Vista hermosa, El Castillo, Fuente de Oro y Cubarral del departamento del Meta, durante el primer semestre del 2017.
- Formar líderes comunitarios en salud mental, a partir del desarrollo de talleres de formación, durante el primer semestre del 2017.

6. REVISIÓN DE LITERATURA PERTINENTE

6.1. SALUD MENTAL COMUNITARIA

Teniendo en cuenta lo dicho por Juan L. Vera (33) (34). el cual enuncia que la Salud Mental Comunitaria hace intervenciones desde la comunidad, teniendo en cuenta la promoción y prevención de la salud mental, y de dicha manera crea un ambiente propicio para poder llegar a desarrollar en la comunidad pensamientos creativos, colectivos, proactivos y críticos dirigidos, esto tiene gran importancia pues una comunidad con dichas características tendrá un pensamiento diverso, que tenga en cuenta las ideas de los demás, se encontrará con mejores capacidades para ser creadores o modificadores de sus propias realidades, de manera que darán un paso para dar solución a las necesidades que se presentan en su diario vivir, tanto para el presente como en el futuro.

Como refiere Juan L. Vera: “Se pretenderá trabajar pese a las dificultades y resistencias institucionales, sociales, ambientales o políticas, y se pudiera avanzar por el camino de encontrar vías del desarrollo comunitario” (33), de allí el énfasis en revalorar los espacios comunitarios en los que se reconstruyen y protegen las redes de soporte social y de una u otra manera fortalecer la identidad colectiva y la cohesión social, las que vienen a ser la base fundamental de la salud mental comunitaria y permiten abundar en la salud mental.

Para Claudia Bang (35), el modelo comunitario de atención a la salud mental, debe tener en cuenta varios aspectos para la creación de unidades de capacitación, pero se debe recordar que una buena atención en salud mental va más allá de poseer solo recursos, pues debe también brindar diversidad y calidad en la atención. Se debe tender a que los agentes comunitarios tengan las competencias requeridas para la atención a la comunidad, que sean capaces de dar respuesta al sistema biopsicosocial del ser humano que es bastante complejo. Partiendo de lo dicho por Duncan Pedersen (36), afirma que es necesario contar con los agentes comunitarios los cuales deben estar abiertos al aprendizaje con la comunidad, y deben ser receptivos a las necesidades evolutivas y terapéuticas del sujeto, la familia y la comunidad.

Estas necesidades son cambiantes, y los profesionales, las instituciones y el estado deben adaptarse para dar una respuesta terapéutica adecuada a las mismas, “el equipo de salud debe tener capacidad de motivación, formación en el abordaje del sujeto y su familia, junto con abordaje en la comunidad, además debe contar con experiencia en el trabajo comunitario” (34).

En el diario vivir de la comunidad se vulneran sus derechos, por lo tanto el gobierno debe procurar educar a la comunidad y a la familia, promoviendo políticas de salud pública, para poder realizar trabajo comunitario y de esta manera fomentar el cuidado salud de los individuos, con énfasis sobre la salud mental comunitaria, y que hagan sentir a la comunidad que son tenidos en cuenta, y que el ente de salud se preocupa de las características y de sus individualidades, y que los van acompañar en el proceso por el que se transita, para entender que la salud mental es más que estar locos o tener dichas enfermedades, pues tiene cabida a la promoción y la prevención, para así poder entender sus diagnósticos y apoyar en su rehabilitación, vista desde un enfoque comunitario “El punto de destino sería acercarse lo más posible hacia la curación y no solamente tratar los síntomas, sino comprender que es un ser humano y como tal debe ser tratado, para velar por su seguridad en la comunidad como en las instituciones” (36).

6.2. SALUD MENTAL Y TRABAJO COMUNITARIO

El Desarrollo de políticas internacionales en salud mental, se ha iniciado desde la mitad del siglo XX, como relata Ana María del Cueto (37) que a partir de esa época se vio el cambio de un sistema que era meramente manicomial, en el cual los pacientes eran aislados y marginalizados por sus padecimientos, para pasar a una atención más comunitaria, y así poder ampliar la cobertura y no ver la salud mental como algo que solo se relaciona con los pacientes que la padecen, o que dejan de ser personas y se convierten en signos, síntomas o patologías, sino que es todo lo que nos rodea tanto intrapersonal como interpersonal, y que se evidencian en las angustias o padecimientos que se ven a diario en el vivir de la comunidad, para de esta manera generar el cambio en los servicios de salud mental. En Colombia, empieza a partir de la Ley 100 del 1993, con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS (38), el cual promueve esfuerzos para poder ganar desarrollado en base en la atención comunitaria, la cual ha sido una gama heterogénea de comportamientos; en muchos casos estas estrategias se han desarrollado desde la percepción de los profesionales de salud, un ejemplo es la capacitación de líderes de la comunidad, para permitir identificar demandas y las necesidades y así poder darles una respuesta humana la cual sea pertinente, pero esta metodología no es tan simplista porque hay que reconocer la complejidad en las dinámicas reales que se dan en la comunidad, pero a través de la participación se ha tratado de hacer un abordaje cada vez mejor.

La atención comunitaria en salud mental, ha mostrado tener mayor cobertura en la población, Carlos A. León (39), describe que mediante la comunidad es que se logra identificar las necesidades y con ellos poder crear estrategias, y de este modo hacer la delegación de funciones de individuos, comunidad e instituciones, que puedan contribuir con la continuidad en la prestación de servicios de salud y la descongestión de los mismos, haciendo que sea una forma eficaz en cuanto al

abordaje de las personas en salud mental y personas con trastornos neuropsiquiátricos

Según Adriana Díaz (40), describe que todos coinciden que los líderes comunitarios hacen su trabajo desinteresadamente, dan lo mejor de sí para poder ayudar a los demás en su comunidad, estos líderes arrastran consigo las distintas motivaciones que tienen para hacer su trabajo, y eso no quita peso al arduo trabajo que hacen cada día, muchos de ellos se refieren que lo mejor de ayudar a las personas es poder hacerlo en el momento más oportuno para quienes lo necesitan. Tomando en cuenta el trabajo que se ha hecho en varias universidades de varios países que se han unido y han formado una red Latinoamericana (REDEAMERICAS) (41), que tiene como misión poder trabajar los diversos temas que atañen sobre la Salud Mental, y han planteado diversas actividades en cuanto a intervenciones comunitarias para personas con psicosis, junto con las instituciones puedan servir en la disminución del estigma hacia la enfermedad mental, en la inclusión de la comunidad en los servicios de salud mental, para poder favorecer la protección de derechos humanos de la personas con trastornos mentales, neuronales o de consumo de sustancias, se ha demostrado que los líderes comunitarios son la base en este proceso como se evidencia en 2015 tras la experiencia en un programa piloto que se implementó en Chile, cuyo objetivo era desarrollar habilidades en cuanto a Promoción de salud mental, y de esta manera se pudiera ofrecer iniciativas de desarrollo en el individuo, familia y la comunidad sobre la Salud Mental. Se deben favorecer encuentros en los cuales se pueda educar a los líderes, para poder trabajar de la mano con ellos y apuntar en el cumplimiento de los objetivos que planteados, RedeAmerica son un referente regional en el campo de la salud mental comunitaria, para poder dar respuestas a las necesidades de las personas

6.3 SALUD MENTAL POSITIVA

Marie Jahoda (42) es una de las primeras referencias dentro de psicología al momento de hablar sobre el tema de la Salud Mental Positiva (SMP), este tema ella lo aborda, refiriéndose que las personas naturalmente poseen ciertas herramientas o capacidades y las cuales permiten al individuo poseer ciertos factores protectores que permiten desarrollar de manera positiva su diario vivir; Jahoda (43), proporciona seis criterios para abordar la salud mental que son: Actitudes hacia ti mismo, Crecimiento y autoactualización, Integración, Autonomía, Percepción, Dominio del entorno. Por lo cual dice que si el individuo logra mantener un equilibrio en cada uno de estos aspectos o herramientas, se podrá encontrar en un grado de bienestar (42).

Pero Lluch (44) toma este modelo conceptual de SMP y lo evalúa empíricamente a los finales de los noventa, e inicia en la construcción en una escala para poder operacionalizar y avanzar en el desarrollo dicho modelo desde el punto técnico y

teórico (45). En siglo XXI se trabaja en dos modelos sobre la SMP, el primero se denomina bienestar psicológico de Caroll Ryff (46) que logra trascender la mirada del bienestar subjetivo al plantear que el funcionamiento humano óptimo es el que produce una mayor cantidad de emociones positivas o de placer. Afirma que la salud positiva incluye los componentes físicos y mentales y las relaciones entre estos componentes, por lo que la SMP es un proceso dinámico y multidimensional. El segundo modelo lo presenta Coray Keyes y en él se distinguen tres ámbitos de bienestar emocional, bienestar subjetivo y bienestar social.

6.4 PROGRAMA DE ACCIÓN PARA SUPERAR LAS BRECHAS EN SALUD MENTAL (MHGAP)

Para la OMS (47) frente a la salud mental, ha generado una estrategia: el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020, este plan reconoce que la salud mental es la piedra angular para el bienestar de la población mundial, por lo cual genera cuatro objetivos, uno de ellos es reforzar el liderazgo y la gobernanza en el ámbito de la salud mental, otro es poner en prácticas estrategias de promoción y prevención y fortalecer las investigaciones sobre salud mental. Teniendo en cuenta estos objetivos la OMS con base a las necesidades en el 2008 se crea el mhGAP “él toma como objetivo principal hacer frente a la falta de atención a las personas que sufren trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, mayormente en países en vía desarrollo de ingresos bajos y medios” (47).

Para agravar mas el problema, dichos países destinan pocos recursos a la salud mental. El mhGAP (10) tiene como finalidad facilitar la consulta de información objetiva clínica, en APS, para poder tomar decisiones acerca de las normas para la planificación, y también para el tratamiento de los pacientes en forma individual, y fortalecer la atención en programas comunitarios.

La OMS (47), lanza esta estrategia con el fin de disminuir las brechas entre lo que se necesita con urgencia con lo que se tiene para reducir la carga de los trastornos mentales, las estrategia del programa mhGAP (10) tiene como pilares: la información, la política y el desarrollo de servicios, el apoyo a la causa y la investigación, también tener en cuenta que es el individuo, la familia y la comunidad en general la clave para poder mejorar los servicios a través de la atención social y de salud, y también poder disminuir el estigma social del que son víctimas las personas que padecen los diferentes trastornos.

6.5 ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL

En 1978 se celebró la primera Conferencia Internacional de Salud, y nace la declaración Alma Ata en la cual se definió la APS (48) la cual se basa en métodos y tecnologías, prácticas científicamente apropiadas y socialmente aceptables,

accesible a los individuos, a las familias y a la comunidad, y lo define como el primer nivel de contacto que se tiene y como elemento primordial en el cuidado de la salud.

En el 2000 la OMS/OPS (48) resaltó que dichas estrategias y programas en cuanto a Promoción de la Salud, debían adaptarse a las realidades locales para y poder identificar las necesidades y posibilidades con que cuenta cada país o región, y tener en cuenta los factores sociales como comportamientos sociales, culturales y económicos. En términos generales, se propuso que la meta social para los próximos decenios sería alcanzar la salud para todos los ciudadanos del mundo “Se plantea, poder fortalecer la respuesta del sector sanitario, mediante la ejecución de intervenciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en el campo de la salud mental” (49).

“Se debe resaltar el estigma generado por la pobreza, la inequidad y la exclusión social, de los sectores más vulnerables” (48). Como refiere Modelo de Gestión Operativa para el Componente de Salud Mental en Atención Primaria en Salud (50)., que dicha respuesta a esta situación actual, se evidencia desde diversas políticas, planes o legislación en salud pública, que es la normatividad que permite producir y evaluar las necesidades que se presentan en dicho territorio y de esta manera poder usar dicha información, siempre teniendo en cuenta que dichas políticas son pilares que fortalecen la APS Mental tanto en los centros de salud como en la comunidad

6.6 LÍDERES COMUNITARIOS

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) (51) define a un líder como aquella persona que posea capacidad de poder influir en la gente mediante las ideas, en el desarrollo de actividades o la toma de decisiones a favor de la comunidad. Tomando en cuenta la afirmación que hacen La oficina de derechos humanos del arzobispado de Guatemala,(ODHAG) y Jorge Armando Cáliz (52) (53), que la importante que en una comunidad exista más la presencia de más de un líder, ya que esto fomenta la iniciativa, creatividad y la coordinación del trabajo que se realiza en la comunidad. Es necesario fomentar este tipo de liderazgo para garantizar el relevo generacional.

En cuanto a trabajo comunitario, la capacitación de Líderes, tal como refiere Jeannette Cifuentes y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UPND) (54) (55), que la estrategia es la captación de referentes comunitarios, su formación para que estos sean replicadores, sensibilizadores de los temas de salud pública con enfoques comunitarios, y por tanto son indispensables en el desarrollo del sujeto, la familia y la comunidad. Sobre las capacitaciones, se cuenta con ciertas directrices desde las 5 esferas de la salud pública, se centra en el fortalecimiento de la acción comunitaria y el desarrollo de aptitudes personales, los cuales deben tener el proceso de capacitación para poder adquirir las aptitudes

necesarias para alcanzar los propios objetivos de desarrollo en la salud mental, por lo cual este proceso debe dar origen a una transformación que trascienda el tiempo, perspectivas y comportamientos y que se puedan evaluar "La participación, es un pilar para el cambio social, que necesita de agentes (líderes comunitarios) y es un proceso organizado y colectivo, a través de la participación es donde se identifican las necesidades comunitarias y se lleva a cabo el reconocimiento de habilidades individuales y colectivas, siendo así la participación una función imprescindible para el vínculo social" (54).

6.7 REVISIÓN LEGAL EN SALUD MENTAL

6.7.1 LEY 1616 DEL 2013.

El derecho a la salud mental en Colombia, fue promulgado en el 2013 bajo la ley 1616 (9), en la cual brinda el derecho a la atención oportuna y digna, bajo los preceptos positivos de salud mental, salud integral y Atención Primaria en Salud, y de esta manera responder a las necesidades y demandas de la población colombiana. En dicho año la OMS (56) menciona en un comunicado que una de cada cuatro personas ha sufrido alguna clase de trastorno mental o neurológico en algún momento de su vida, por lo cual Colombia basado en este último estudio toma medidas pertinentes para hacerle frente a los problemas por medio de normatividades de salud pública. También se aseguró que dos de cada cinco personas en Colombia habían presentado trastornos mentales en algún momento de la vida. Por lo tanto, está Ley responde mayormente a todas las necesidades que se presentan en los modelos de promoción, prevención de los trastornos mentales y la prestación de dichos servicios.

Se concluye que una ley de salud mental en Colombia, tiene como objetivo poder ampliar y hacer real el derecho a la salud mental, tanto para quienes padecen los trastornos como de quienes aún no lo tienen, mediante acciones de prevención y promoción de la salud mental que impacten de manera positiva su calidad de vida. La Ley 1616 (9). Establece retos para el Ministerio de Salud y Protección Social como la cualificación del talento humano, el ajuste a los sistemas de información, la integración con otros sectores, la creación de equipos interdisciplinarios en los territorios

6.7.2 DECLARACIÓN DE HAWAI

Declarada en 1977 donde se introducen parámetros y normas éticas para la práctica de la psiquiatría. Durante la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP) (57) en Viena, en junio de 1983, se actualizó y se aprobó la

Declaración de Hawai II, en la cual se describen diez puntos que, además de encuadrar el ejercicio de la profesión, tuvieron en cuenta los adelantos de la ciencia y los cambios sociales, de esta manera considerando que la psiquiatra debe servir a los supremos intereses del paciente y tratar a cada paciente con la solicitud y el respeto debidos a la dignidad de todos los seres humanos, y que el psiquiatra debe negarse a cooperar, si terceras partes piden que se realicen acciones contrarias a los principios éticos.

6.7.3 DECLARACIÓN DE ATENAS

En la declaración de Atenas (58) se debate sobre la participación de los psiquiatras en la Pena de Muerte, dándole gran importancia, pues consideraban que los principios éticos en medicina debían primar y por lo cual niegan la participación de médico, incluyendo a los psiquiatras a participar en acto que no sean orientados en la atención a la protección o mejora de su salud mental y física, también en dicha asamblea se adoptó una serie de proporciones y puntos de vista sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales

6.7.4 DECLARACIÓN DE MADRID

En dicha declaración (59) se retoman y completan los lineamientos frente a los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales, la cual se llevó a cabo el 25 de agosto 1996, y promulgaba que la medicina combina el arte con el arte de curar y la ciencia, y donde mejor se refleja dicha dinámica está en la psiquiatría, la rama de la medicina especializada en el cuidado y la protección de aquellos que padecen a causa de enfermedades o minusvalías mentales, también mencionan sobre la gran importancia el desarrollo de una conducta ética universal. Ratificaba que los profesionales de la medicina, junto con los psiquiatras deben ser conscientes de las implicaciones éticas que se derivan del ejercicio de su profesión y de las exigencias éticas específicas de la especialidad de psiquiatría. Refieren que los psiquiatras deben luchar por un tratamiento justo y equitativo de los enfermos mentales, en aras de una justicia social igual para todos. Menciona que el comportamiento ético se basa en el sentido de la responsabilidad individual del psiquiatra hacia cada paciente y en la capacidad de ambos para determinar cuál es la conducta correcta y más apropiada.

6.7.5 LA DECLARACIÓN DE HAMBURGO

En la declaración de Hamburgo (60).se aborda sobre el apoyo a los médicos que se niegan a participar o a tolerar la tortura u otras formas de trato cruel, inhumano o degradante. La Asociación Médica Mundial, procurará proteger a los médicos,

que están bajo presión y se les pida u ordene participar en torturas u otras formas de tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes

6.7.6 DECLARACION DE CARACAS

La declaración de Caracas (61) se pretende que los Ministerios de Salud y de Justicia, y los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región, promoviendo la reestructuración de la Atención psiquiátrica en América Latina.

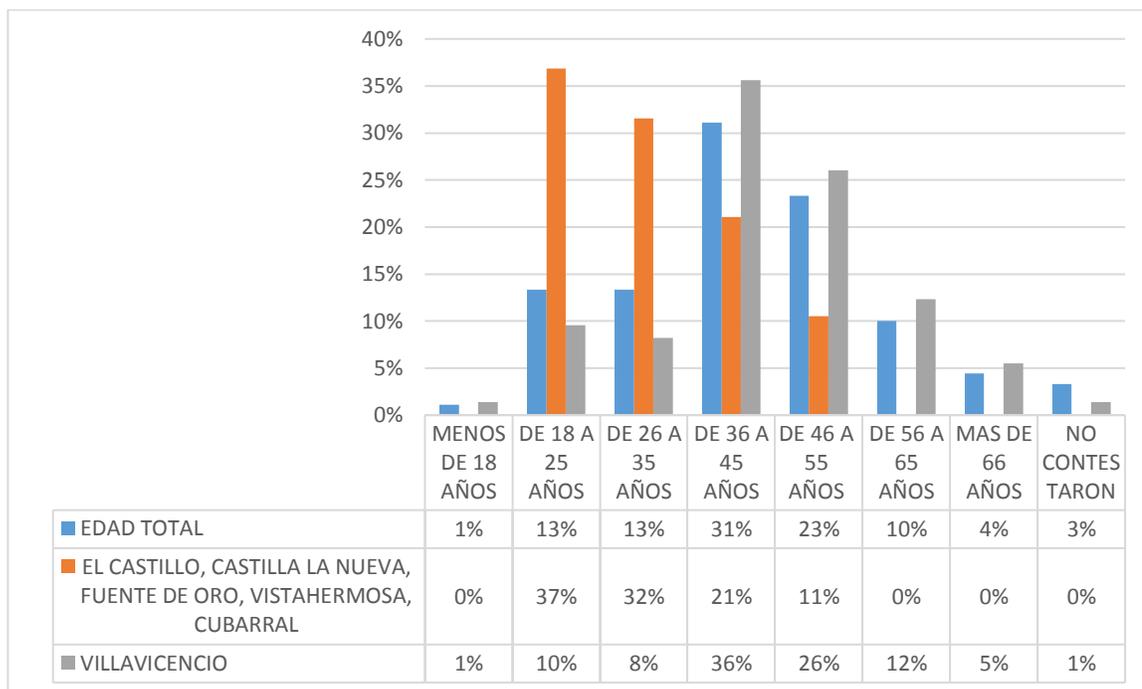
6.7.7 CÓDIGO INTERNACIONAL DE ETICA MÉDICA

Adoptado por la 3ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (62) (AMM), se describe los deberes y obligaciones de los médicos de todo el mundo. Su aparición fue en respuesta a la experimentación en seres humanos de los médicos durante la época del régimen nazi. Es una de las regulaciones éticas internacionales más importantes en la clínica y en la investigación médica y un documento fundamental de la que nuclea a los médicos de todo el mundo.

7. ANALISIS DE INFORMACIÓN

INSTRUMENTO DE CARACTERIZACIÓN

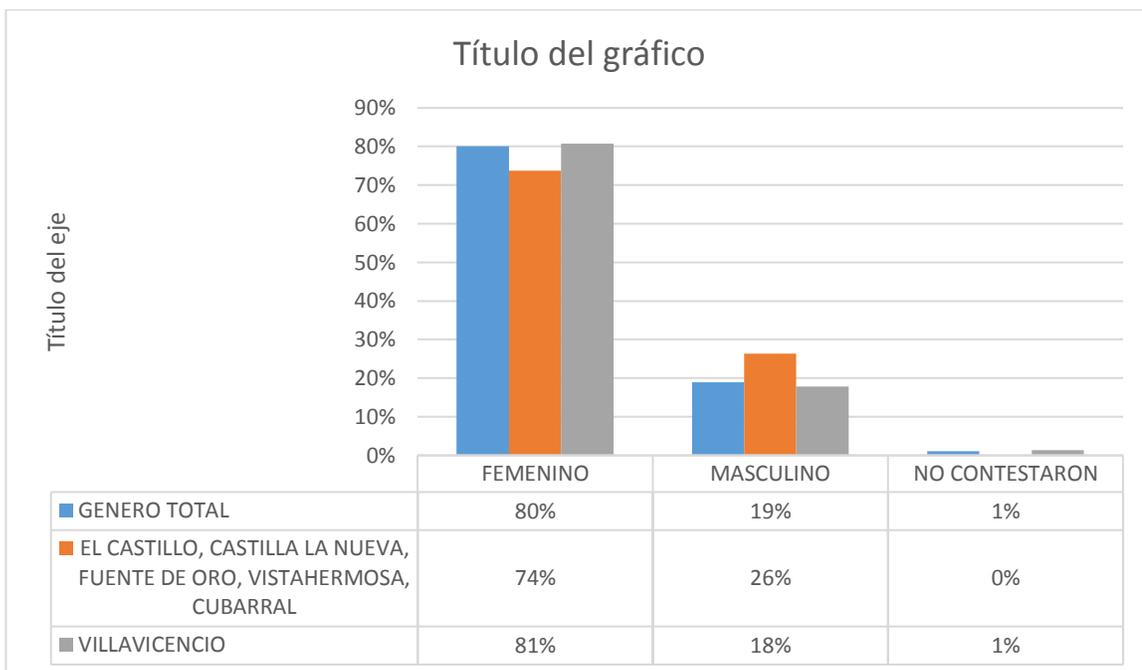
Gráfica 1 Distribución porcentual por edad



Fuente: El autor

A partir del Instrumento de caracterización aplicada a los líderes comunitarios en el I periodo académico 2017, se encuentra que la mayoría de la población está en un rango de edad entre 26 a 45 años (54%), para los municipios del El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vista hermosa, Cubarral del departamento del Meta, está constituida por rango de edad entre 18 a 35 (69%), y para Villavicencio está constituido 36 a 55 años (62%).

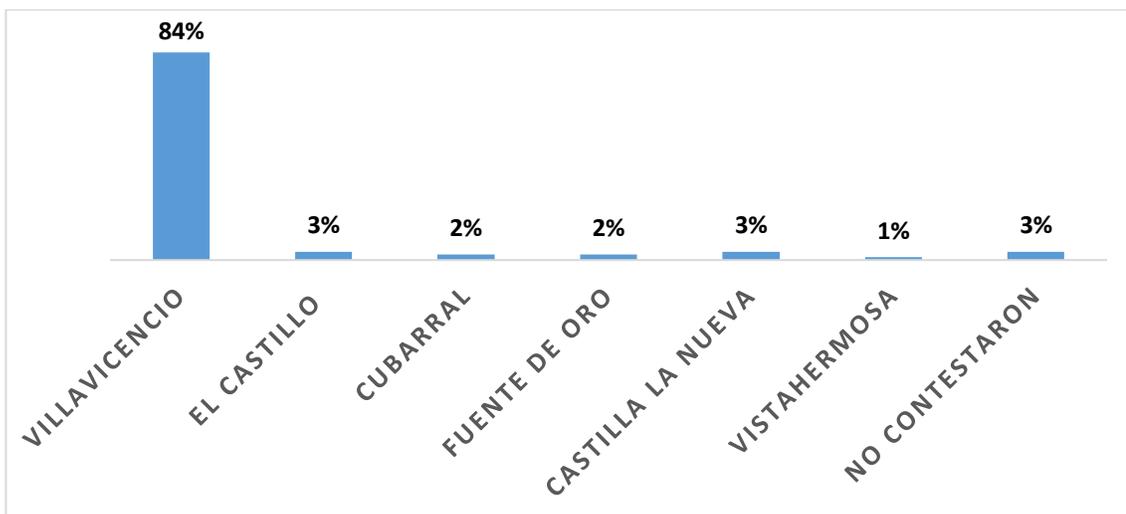
Gráfica 2 Distribución porcentual por género



Fuente: El autor

Al analizar la población de líderes del Departamento del Meta se evidencia que la mayoría de los participantes son de género femenino (80%), y hombres con un (19%), y un (1%) no contestó. Por los municipios de El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vista hermosa, Cubarral del departamento del Meta, se encontró que el 74% son mujeres y el 26% son hombres; en Villavicencio se observó el 81% son mujeres y el 18% hombres y 1% no contestó o podría pertenecer a la comunidad LGBTI.

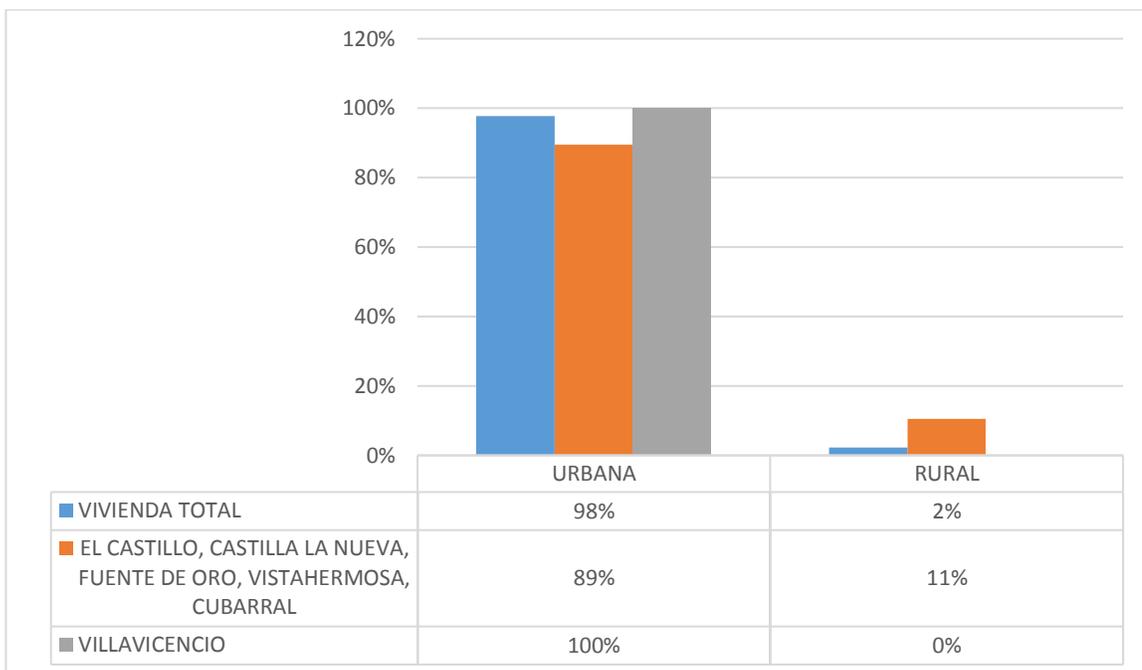
Gráfica 3 Distribución porcentual por lugar de residencia



Fuente: El autor

Al analizar la población de líderes del Departamento del Meta se evidencia que el mayor porcentaje es de Villavicencio (84%), en el segundo puesto se encuentran los municipios de El Castillo y Castilla la Nueva con 3%, el tercer puesto es para con (3%), del cuarto puesto Cubarral con (2%), de quinto puesto Fuente de Oro con (2%), y sexto puesto Vistahermosa con (1%), y (3%) que no contestaron, mostrando que el empoderamiento de líderes se da mayor en la capital, pues se encuentran varios limitantes para que los líderes de dichas comunidades puedan recibir dicha capacitación. Dificultades de desplazamiento. Llevar las capacitaciones a los municipios

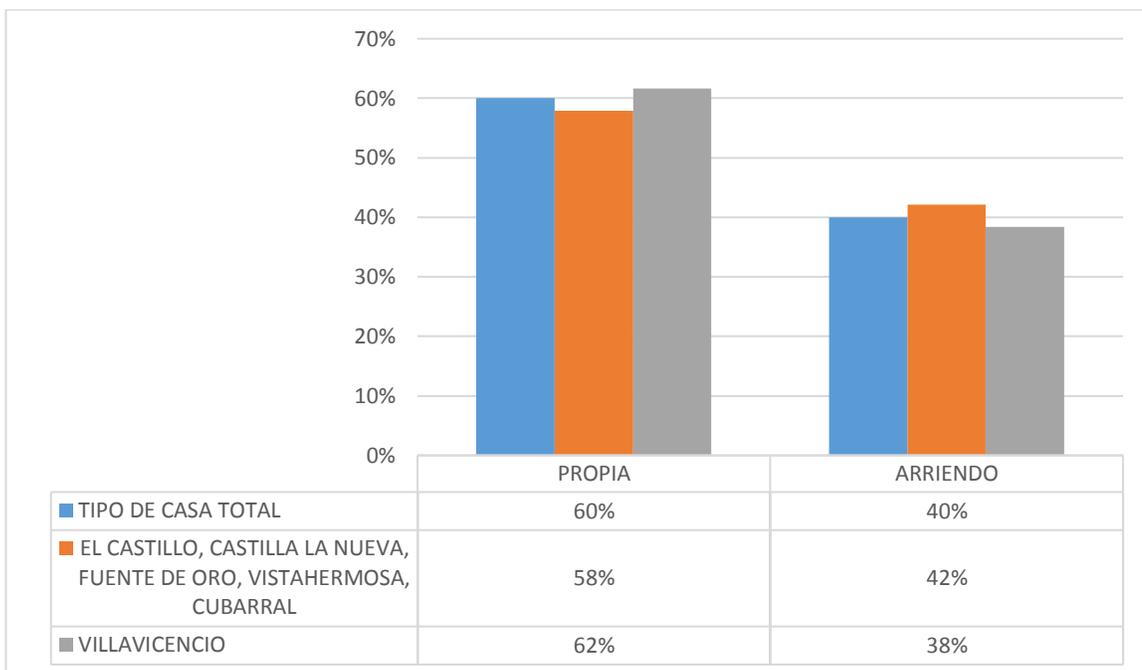
Gráfica 4 Distribución porcentual por vivienda



Fuente: El autor

Aquí se encuentra al 98% de la población total viviendo en zona urbana, y un 2% viven en zona rural, en los municipios de El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vista Hermosa, Cubarral del departamento del Meta, se encontró que el 89% viven en sector urbano, y el 11% en sector rural; en cambio en Villavicencio el 100% vive en sector urbano; mostrando quienes pueden asistir a capacitaciones son lo que se han asentado en el poblado urbano

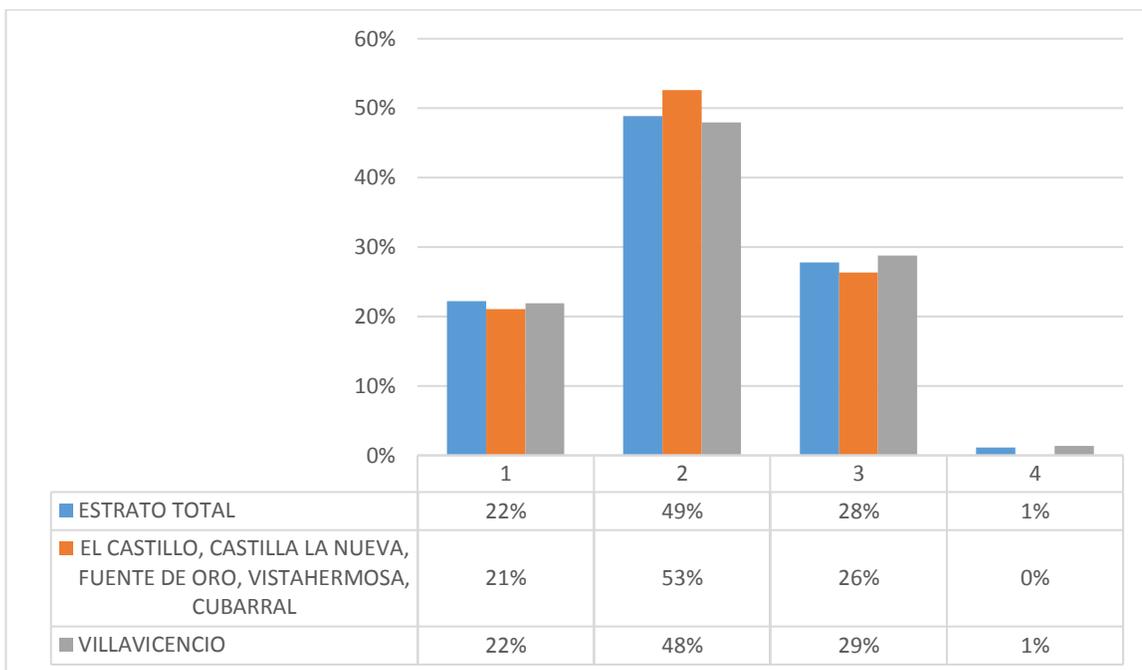
Gráfica 5 Distribución por tipo de casa



Fuente: El autor

En esta población total caracterizada un 60% refieren vivir en casa propia y un 40% restante en casa en arriendo, en los municipios de El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vista hermosa, Cubarral del departamento del Meta se observó que el 58% tiene casa propia, el 42% en arriendo, por Villavicencio, se encuentra que el 62% vive en casa propia, y el 38% en arriendo; mostrando que ser líder en la comunidad tiene mayor posibilidad de poder tener una casa

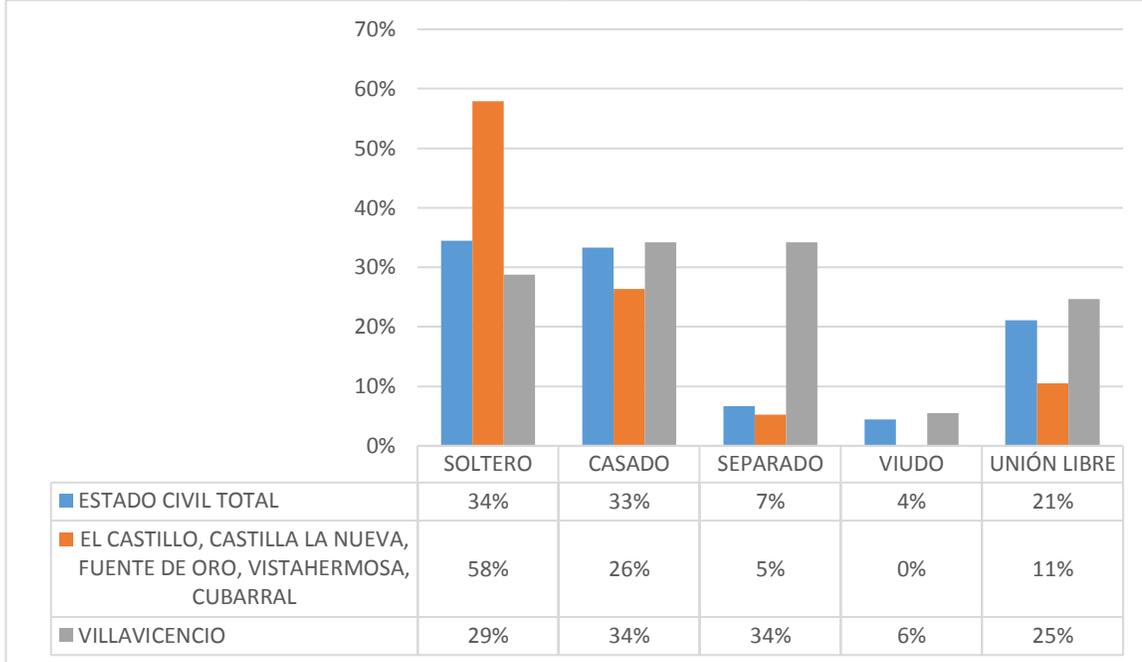
Gráfica 6 Distribución porcentual por estrato



Fuente: El autor

Del total de la población caracterizada, con relación al estrato de la vivienda dicen que el 49% es de estrato 2, seguido por un 28% estrato 3, un 22% estrato 1, y finalmente un 1% estrato 4. Por los municipios de El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vista hermosa, Cubarral del departamento del Meta se observó que el mayor porcentaje se encuentra en estrato 2 con un 53%, seguido de estrato 3 con un 26% y estrato 1 con 21% completando el 100%. En Villavicencio también el mayor porcentaje se encuentra en estrato 2 con un 48% y el menor porcentaje en estrato 4 con 1%. Se observa que en total y por grupos predomina el estrato 2.

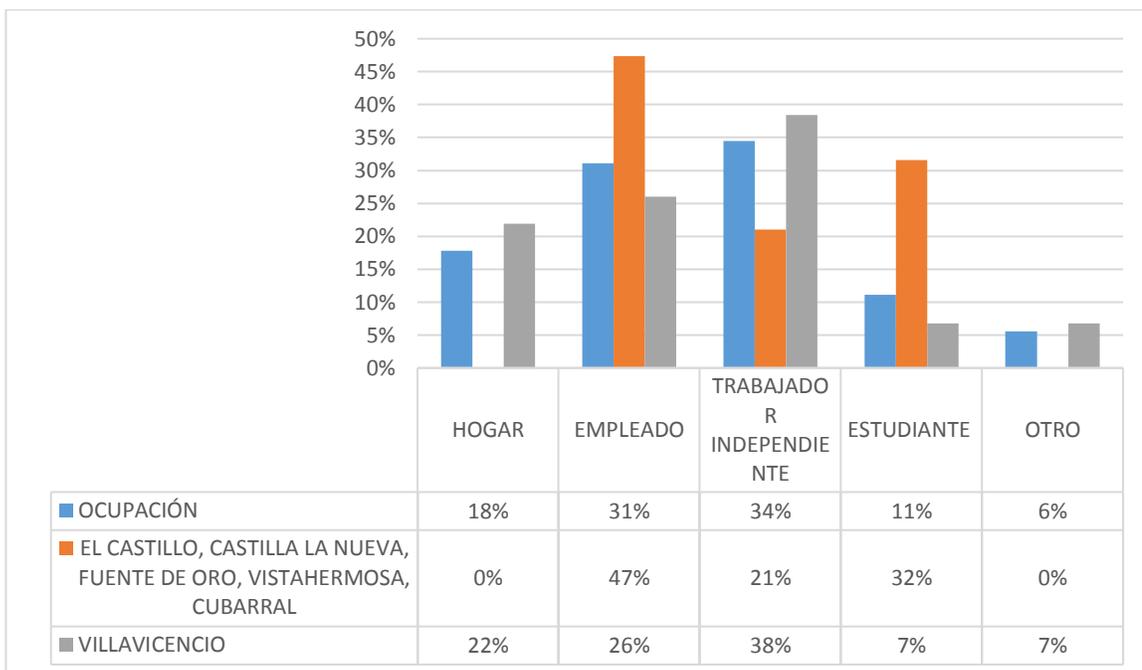
Gráfica 7 Distribución porcentual por estado civil



Fuente: El autor

Dicha población total afirma ser soltero un 34%, seguido muy de cerca los casados con 33%, en unión libre 21%, luego separados 7% y finalmente con un 4% se encuentran viudos o viudas. Por los municipios de El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vista hermosa, Cubarral del departamento del Meta el mayor porcentaje se encuentra en soltero con un 58%, seguido de casado con 26%, unión libre con 11%, separado 5%. En Villavicencio el mayor porcentaje se encuentra en casado con un 34% seguido de soltero con un 29%, unión libre con un 25%, separado con 34% y viudo con 6%.

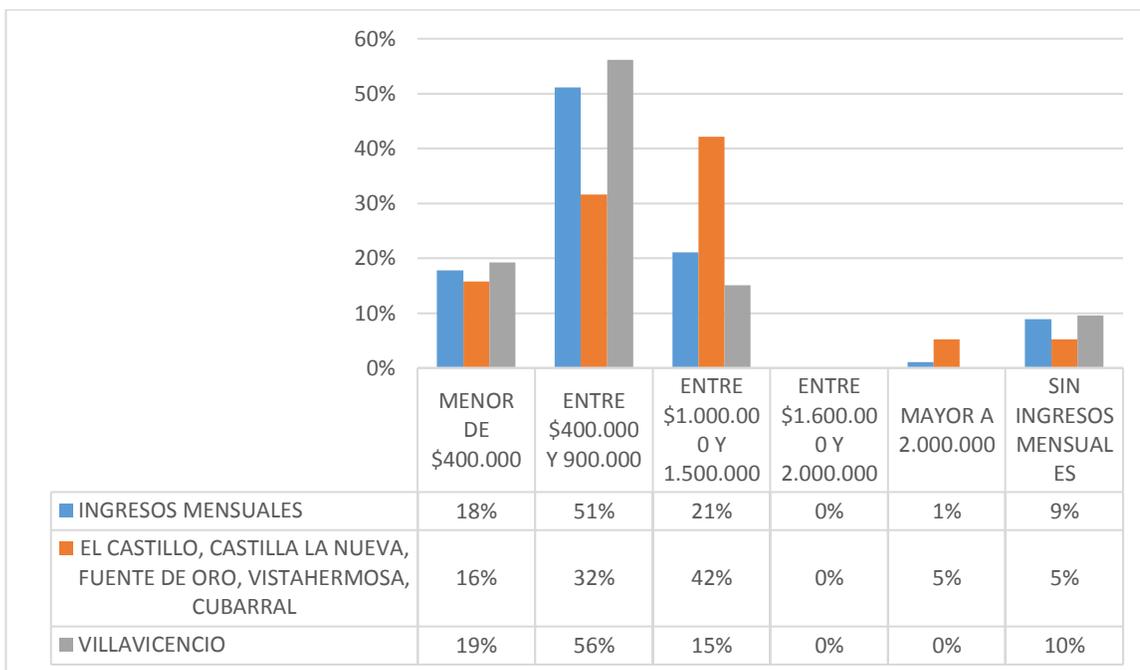
Gráfica 8 Distribución porcentual por ocupación



Fuente: El autor

De la población total caracterizada el 34% es trabajador independiente, mientras que el 31% dicen ser empleados, seguido de 18% que se dedican totalmente al hogar, el 11% dicen ser estudiantes y otra ocupación un 6%. Por los municipios de El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vistahermosa, Cubarral del departamento del Meta el 47% es empleado, el 32% estudia y el 21% trabaja independientemente. En Villavicencio el 38% trabaja independientemente, el 22% se dedica al hogar, el 14% se dedica a estudiar y otras ocupaciones.

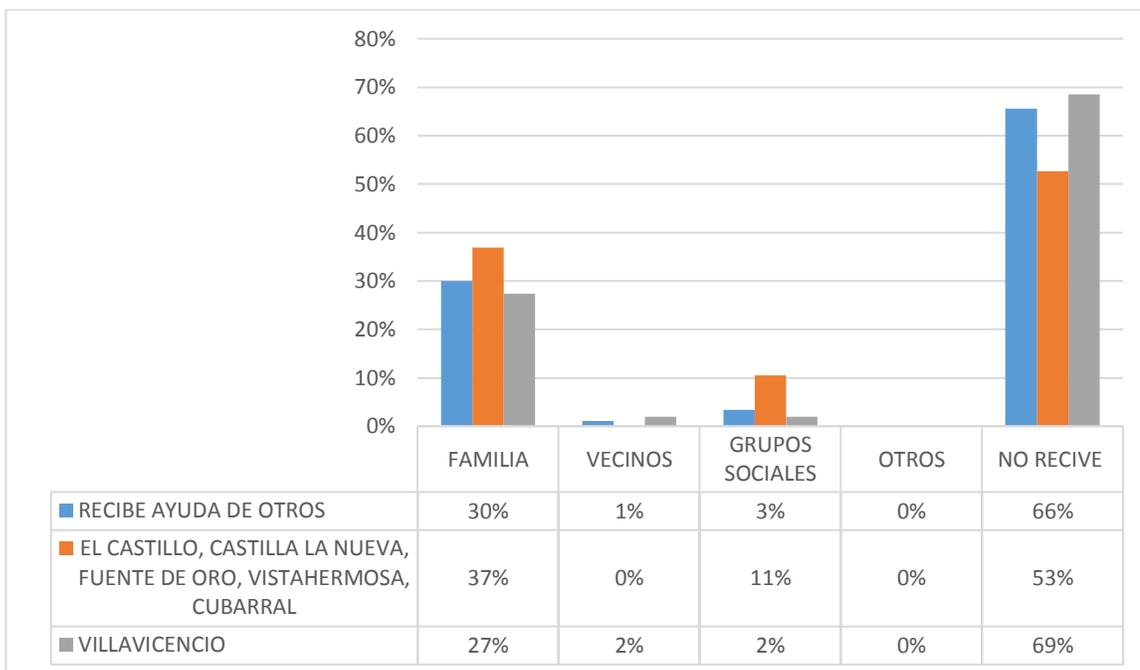
Gráfica 9 Distribución porcentual de ingresos mensuales



Fuente: El autor

A través de la ficha de caracterización aplicada, podemos observar que el 51% recibe ingresos mensuales entre \$400.000 y \$900.000, seguido de 21% recibe ingresos entre \$1.000.000 y 1.500.000, un 18% afirma recibir entre menos que \$400.000, un 9% no tiene ingresos mensuales, y por último mayor a \$200.000 un 1%. Por los municipios de El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vista hermosa, Cubarral del departamento del Meta el 42% recibe entre \$1.000.000 y 1.500.000, el 32% recibe entre \$400.000 y \$900.000, el 16% recibe menos de \$400.000, el 5% no tiene ingresos mensuales y el 5% recibe más de \$2.000.000 al mes. En Villavicencio el 56% recibe entre \$400.000 y \$900.000, el 19% recibe menos de \$400.000, el 15% recibe entre \$1.000.000 y 1.500.000 y el 10% no tiene ningún tipo de ingreso mensual.

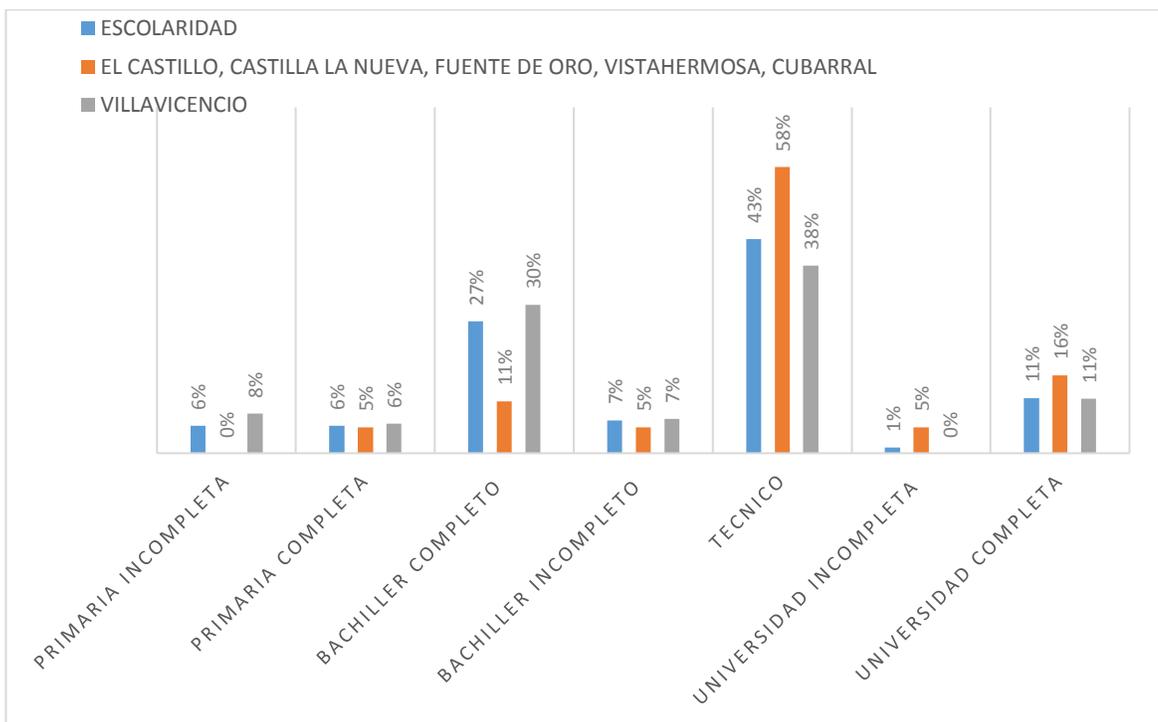
Gráfica 10 Distribución porcentual por ayuda económica



Fuente: El autor

Del total de personas caracterizadas, el 66% afirma no recibir ayuda, seguido de un 29% que reciben ayuda de familiares, un 2% de grupos sociales y el resto distribuido en 1% vecinos, el otro 1% de otras fuentes y no contesta el 1%. En los municipios de El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vista hermosa, Cubarral del departamento del Meta el 53% no recibe ningún tipo de ayuda económica, el 37% la recibe de su familia y el 11% de grupos sociales, Por Villavicencio el 67% no recibe ningún tipo de ayuda, el 29% la recibe de su familia y el otro 3% la recibe de grupos sociales, otros o no contesta.

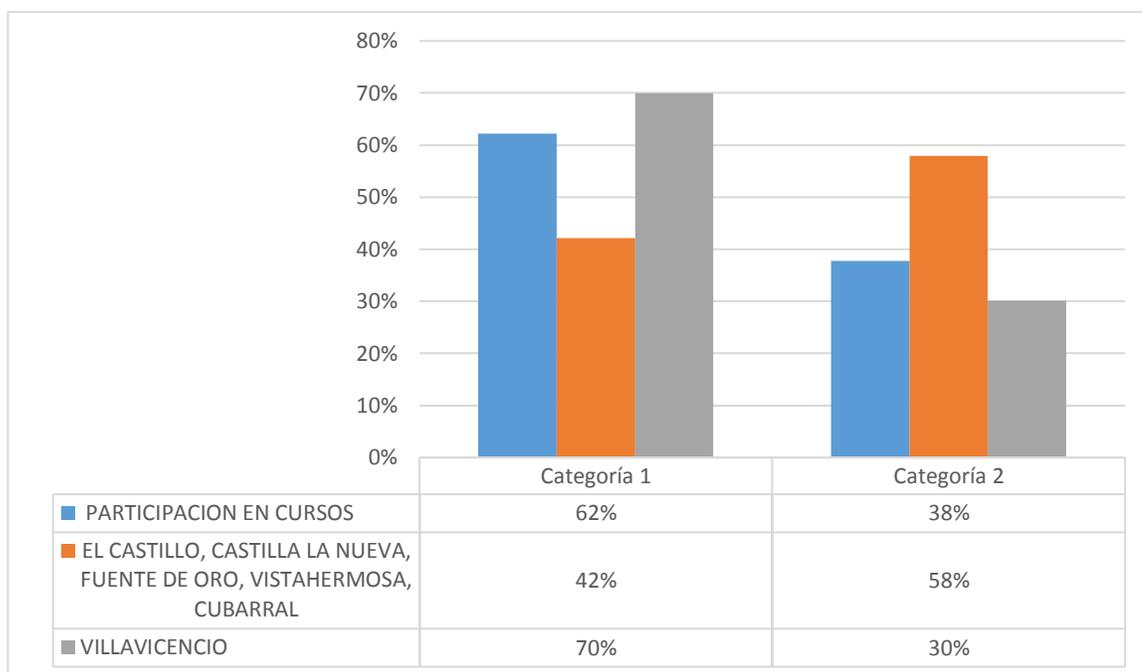
Gráfica 11 Distribución porcentual por escolaridad



Fuente: El autor

Con relación a la escolaridad el 43% de la población es técnico, seguido de un bachillerato completo 26%, el 11% de las personas caracterizadas refieren que realizaron la universidad completa, mientras que 7% de estos tienen bachillerato incompleto, el 6% terminaron la primaria, el otro 6% con primaria incompleta, el resto es 1% universidad incompleta y el otro 1% que no contestó. En los municipios de El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de Oro, Vista Hermosa, Cubarral del departamento del Meta el 58% tiene un nivel técnico, el 16% universitario, el 11% bachillerato completo, y el otro 15% primaria, bachillerato y universidad incompletas. Por Villavicencio, el 74% de la población tiene primaria, bachillerato y universidad incompleta, seguido de 10% con universidad completa, 8% con nivel técnico, y 6% bachillerato completo y no contesta.

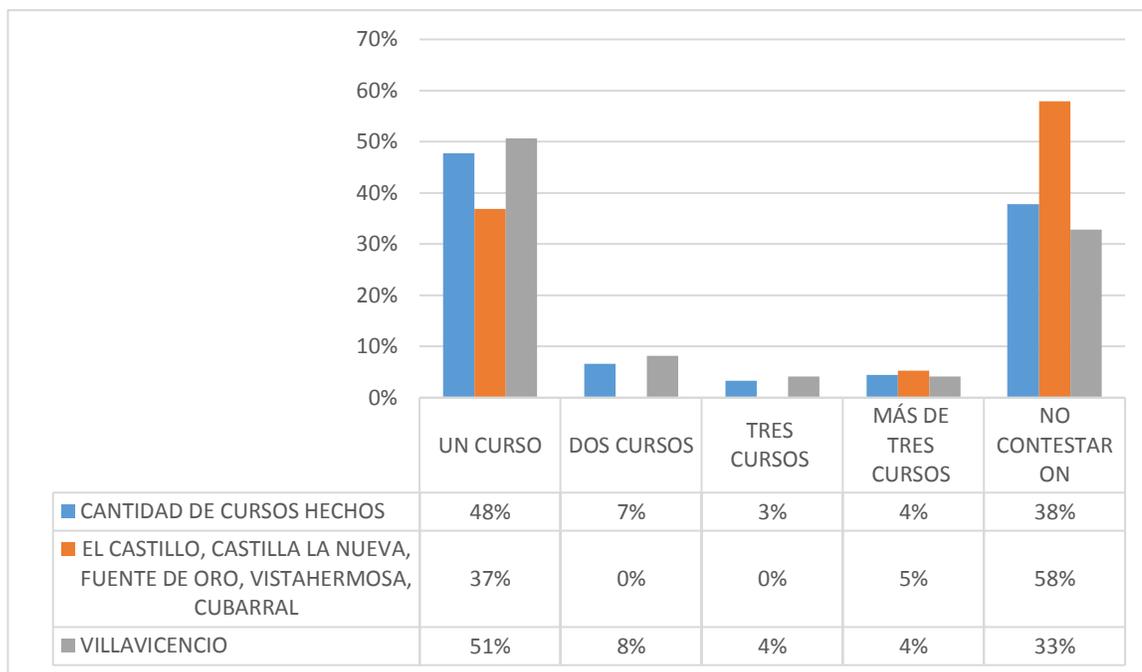
Gráfica 12 Distribución porcentual a la pregunta, ¿Ha participado en cursos o programas educativos adicionales que hayan contribuido a mejorar el rol del cuidador?



Fuente: El autor

La mayoría de la población total caracterizada respondió que si con un 63%, seguido con un 37% que respondió no, el 1% restante no contestaron. En los municipios de El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vistahermosa, Cubarral del departamento del Meta el 58% no ha participado de ningún programa educativo que ayude a mejorar el rol de cuidador, seguido de un 42% que si lo ha hecho. Por Villavicencio el 70% afirma haber participado de programas educativos y el 30% no.

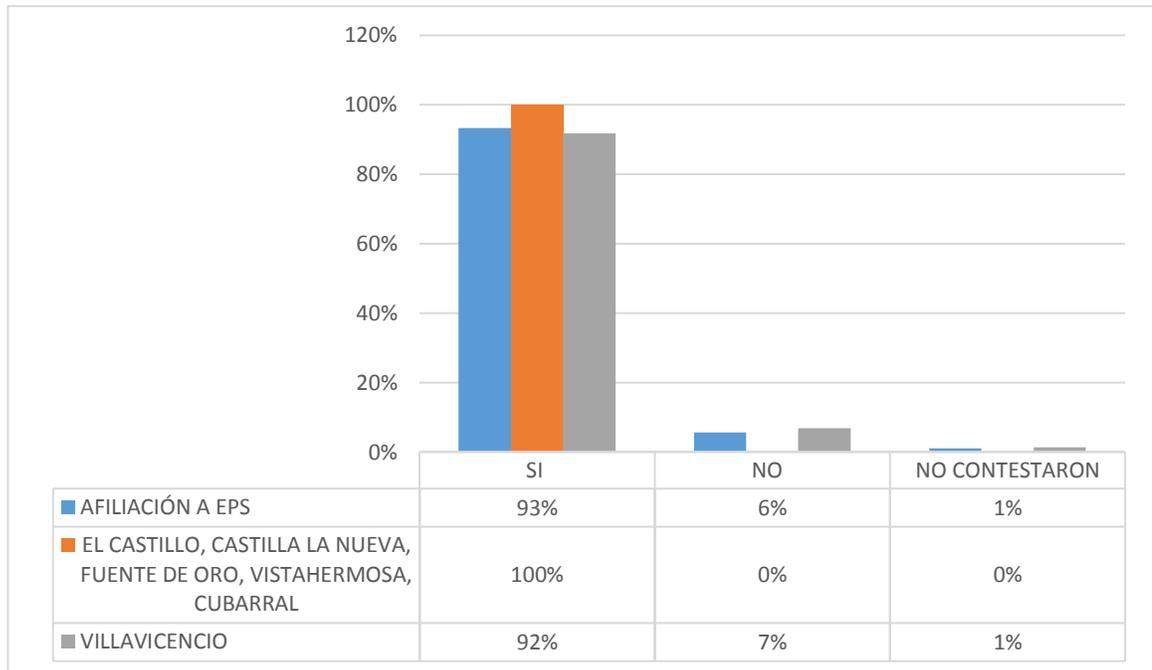
Gráfica 13 Distribución porcentual por el número de cursos o programas educativos a las cuales han participado



Fuente: El autor

Dado los resultados totales el 48% afirmaron que han asistido a un curso o programa educativo, un 7% refieren haber realizado dos cursos, el 8% han realizado tres cursos, un 4% a más de tres cursos y el 38% restante no contestaron. Por los municipios de El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vistahermosa, Cubarral del departamento del Meta el 58% no contestaron, el 37% refieren haber asistido a un curso y el 5% a más de tres cursos. Por Villavicencio el 51% a asistido a un curso, el 33% no contesto y el 16% afirma haber asistido a más de dos cursos.

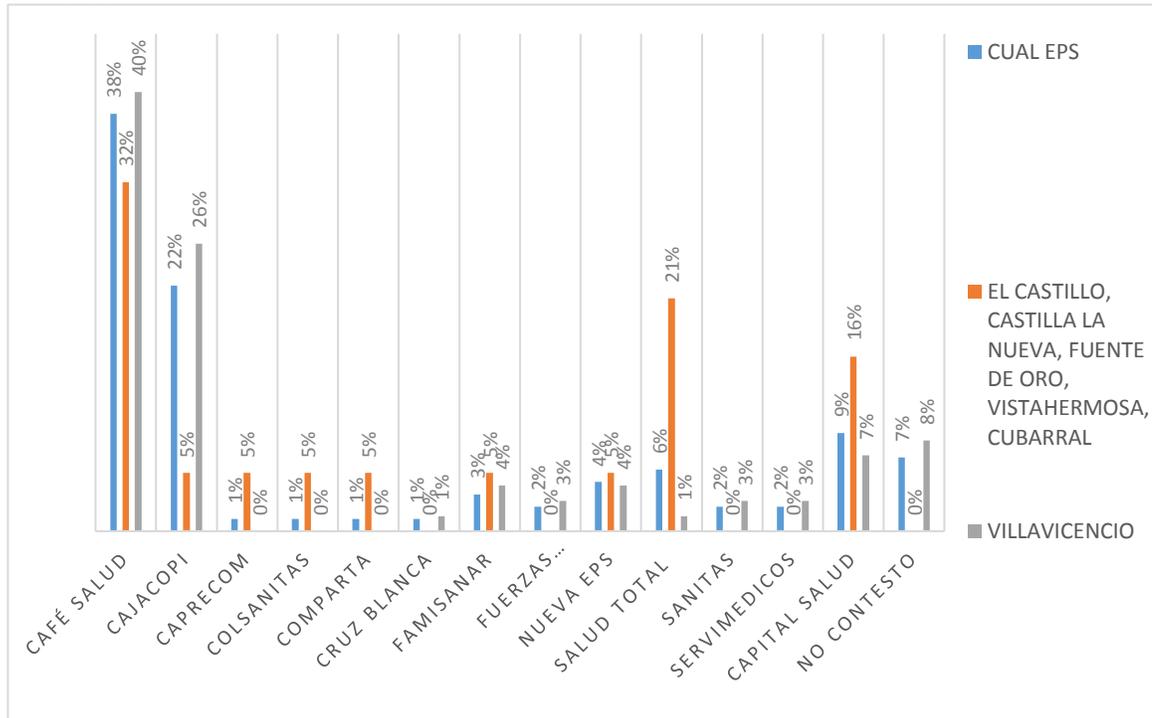
Gráfica 14 Distribución porcentual a la pregunta, ¿Se encuentra afiliado actualmente a un sistema de seguridad social en salud?



Fuente: El autor

En su mayoría de la población total caracterizada, se observa que el 93% respondieron que sí, con el 6% contestaron que no, seguido de un 1% que no contestaron. Por los municipios de El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vistahermosa, Cubarral del departamento del Meta el 100% está afiliado a un sistema de seguridad social en salud, en Villavicencio el 93% refieren estar afiliado a un sistema de seguridad social en salud y el 7% no.

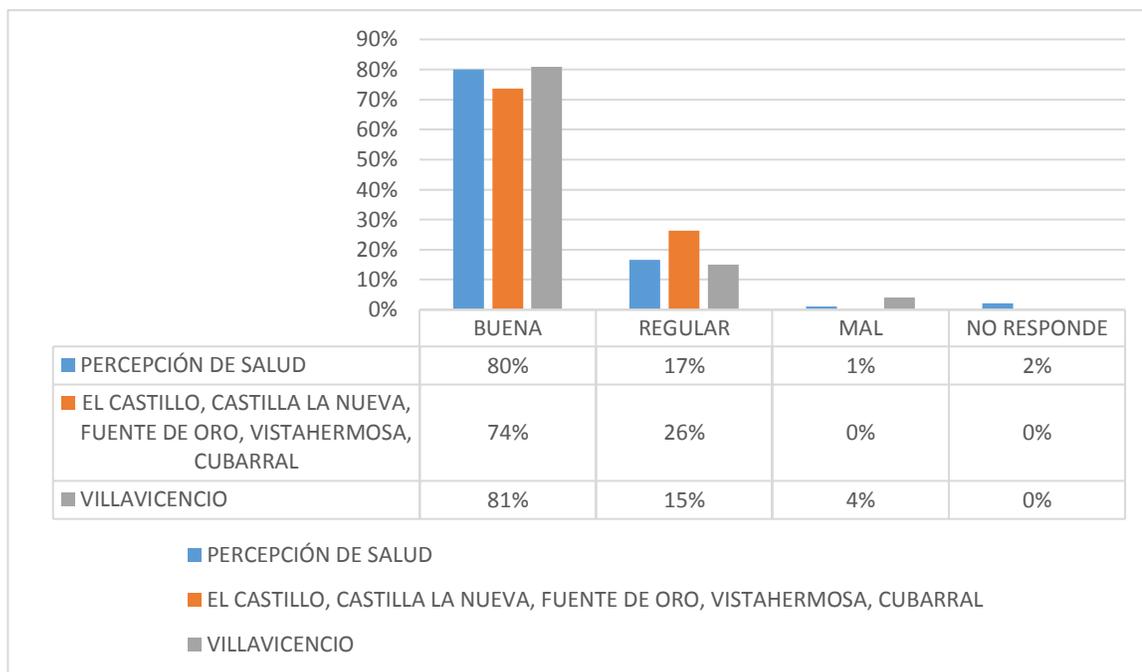
Gráfica 15 Distribución porcentual a la pregunta, ¿a cuál se encuentra afiliado?



Fuente: El autor

En la población caracterizada en esta ficha, se observó que Cáfè Salud tiene un 38% de afiliados, seguido de Cajacopi con un 22%, un 9% es para Capital Salud, 6% salud total, 2% hace parte de fuerzas militares, 3% para Famisanar, un 7% que no contestaron, un 2% para Sanitas, otro 2% Servimédicos y el resto desitribuidos en 1% para Caprecom, 1% Colsanitas, 1% Comparta, 1% Cruz Blanca. En los municipios de El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vistahermosa, Cubarral del departamento del Meta el 32% se encuentra afiliado a café salud, el 30% esta afiliado en cajacopi, caprecom, colsanitas, comparta, famisanar y nueva eps el 21% a salud total, el 16% a capital salud, en cuanto a Villavicencio el 40% se encuentra afiliado a café salud, el 27% a cajacopi, el 12% a comparta, cruz blanca, nueva eps, salud total, el 7% a caprecom y el 6% a famisanar.

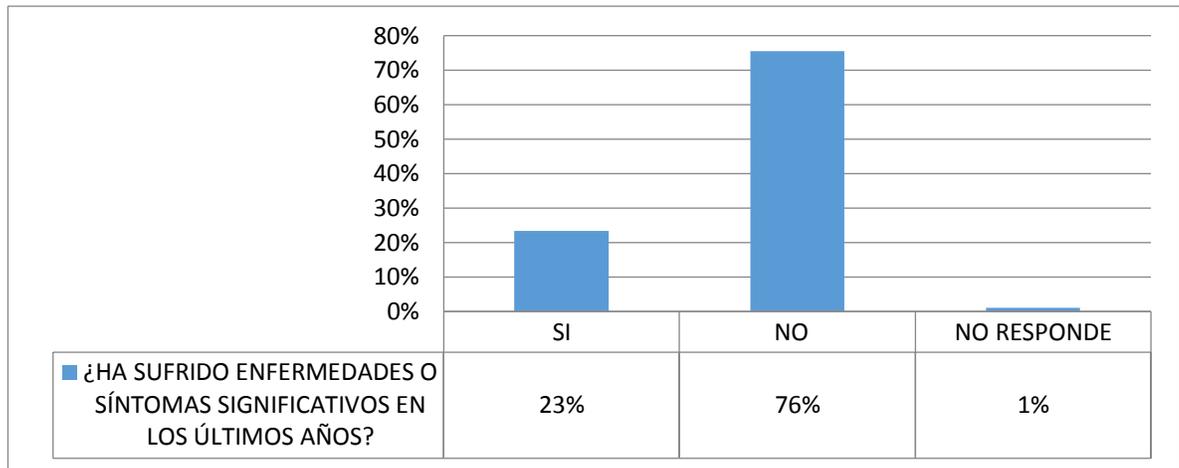
Gráfica 16 Distribución porcentual a la pregunta, ¿Cómo percibe su estado de salud actual?



Fuente: El autor

Del total de personas caracterizadas, el 80% manifestaron que percibían buena su salud, regular su salud un 17%, y mal su salud un 1%, no responde un 2%. Lo que muestra que la mayoría de líderes se perciben sanos. Por los municipios de El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vistahermosa, Cubarral del departamento del Meta el 74% refiere que su salud actual es buena y el 26% dice que es regular, en cuanto Villavicencio el 84% refiere que su estado de salud es bueno, el 15% regular y solo un 1% dice que su estado de salud es malo.

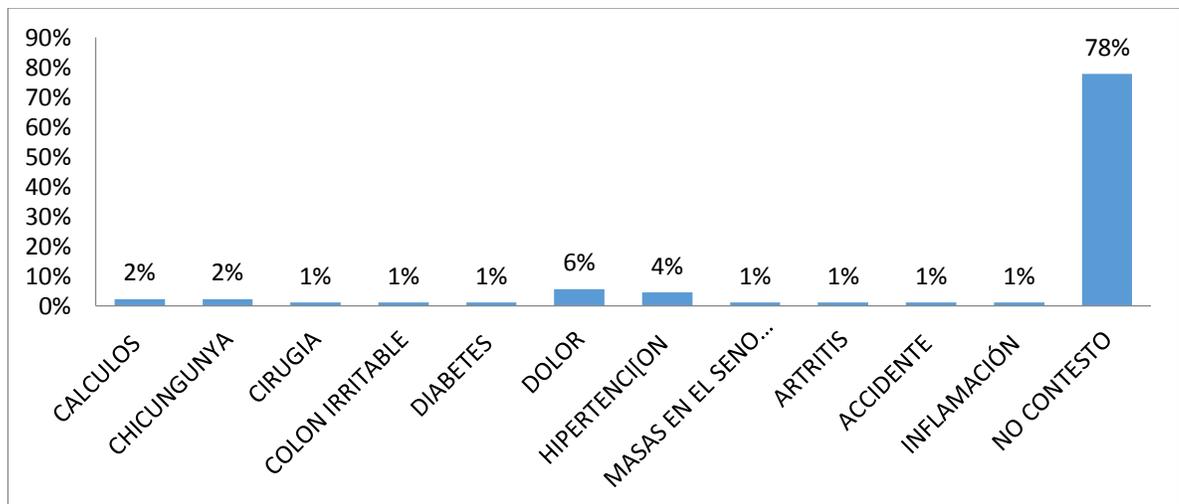
Gráfica 17 Distribución porcentual a la pregunta: ¿Ha sufrido enfermedades o síntomas significativos en los últimos años?



Fuente: El autor

Del total de personas caracterizadas de El castillo, Castilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa, Cubarral del Departamento del Meta,, el 76% manifestaron que no han sufrido ninguna enfermedad en los últimos años, seguido de un si con el 23% y 1% no contestaron.

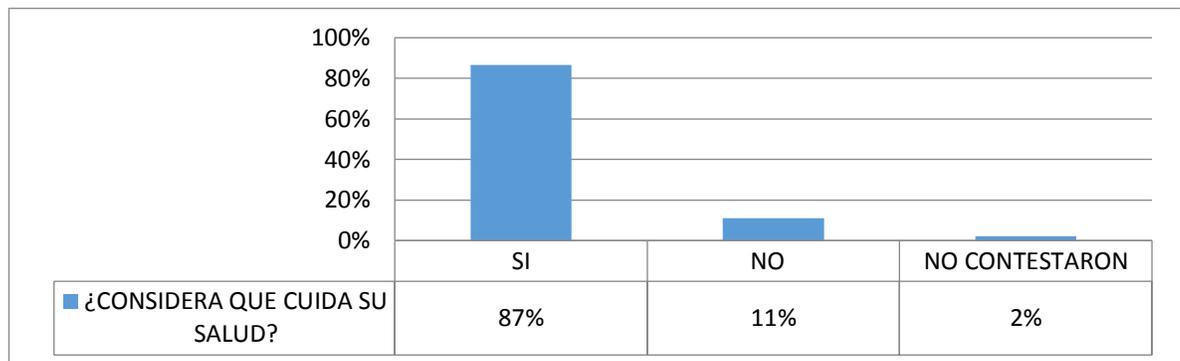
Gráfica 18 Distribución porcentual en caso afirmativo a la pregunta anterior, enuncie



Fuente: El autor

El 78% los municipios de El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vistahermosa, Cubarral del departamento del Meta no contestaron liderando la tabla, un 6% de dolor general, seguido de un 6% con hipertensión. Cirugía, Colón irritable, diabetes, masas en el seno derecho, artritis, accidente, inflamación con el 1% cada uno. Un 2% cálculos, el otro 2% chicungunya.

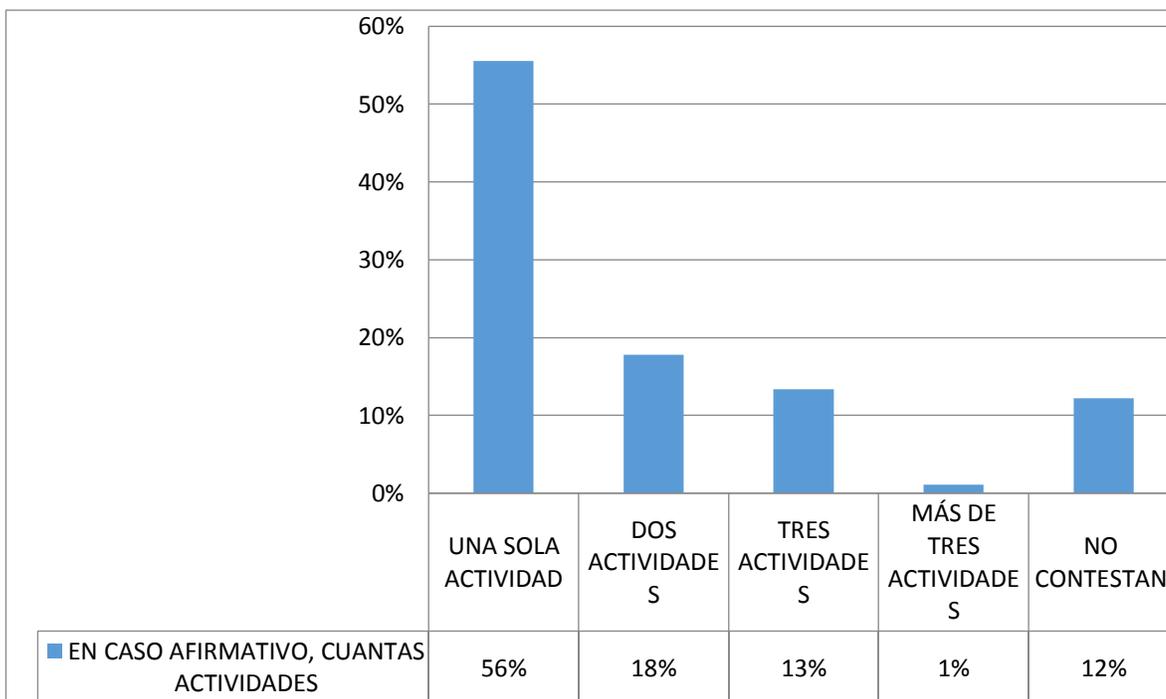
Gráfica 19 Distribución porcentual a la pregunta, ¿considera que cuida de su salud?



Fuente: El autor

El 87% de los líderes caracterizados de los municipios de El castillo, Castilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa, Cubarral del Departamento del Meta que cuidaban de su salud, Un 11% que no cuidaban de su salud y un 2% no responden.

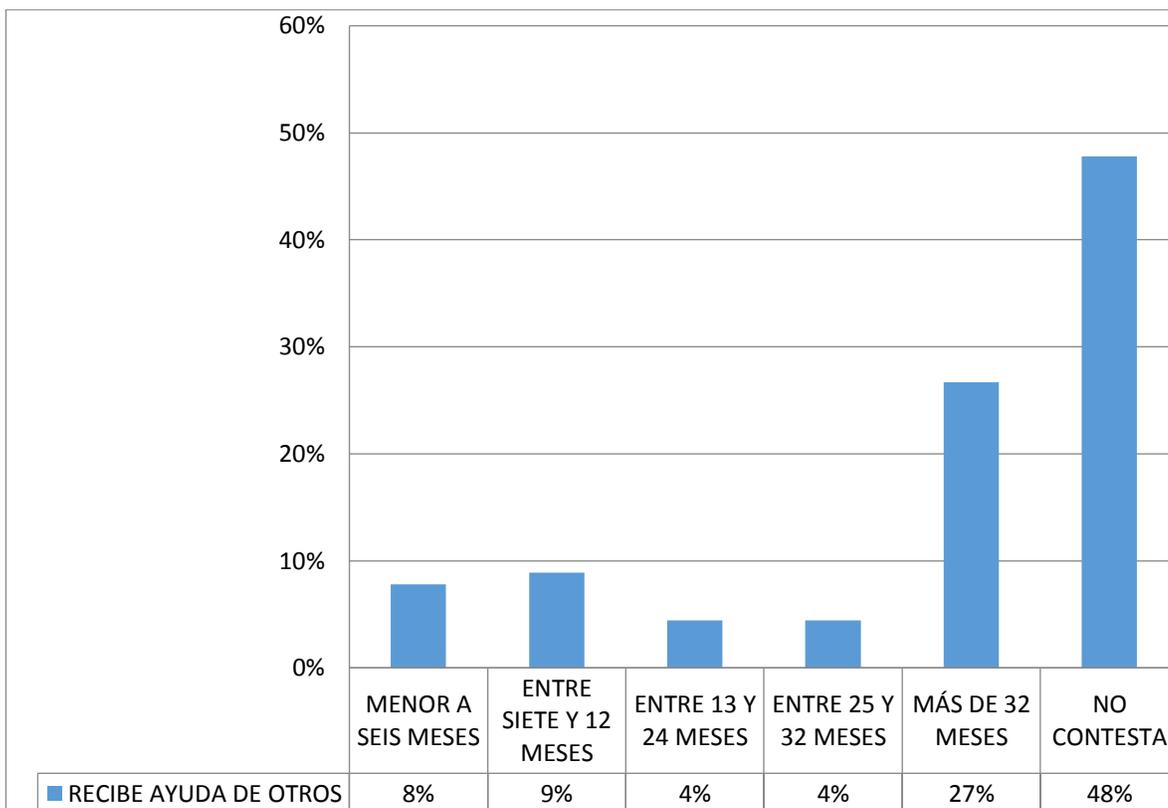
Gráfica 20 Distribución porcentual por cuántas actividades hace para cuidar su salud



Fuente: El autor

Los líderes comunitarios de El castillo, Catilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa, Cubarral del Departamento del Meta caracterizados respondieron en un 56% que para cuidar de su salud realizaban solo una actividad de autocuidado como toma de tratamiento farmacológico, visita periódicamente al médico, hace ejercicio, tiene una nutrición balanceada, una sola actividad, con dos actividades tenemos el 18%, seguido del 13% con tres actividades, el 12% no contestaron y finalmente un 1% más de tres actividades.

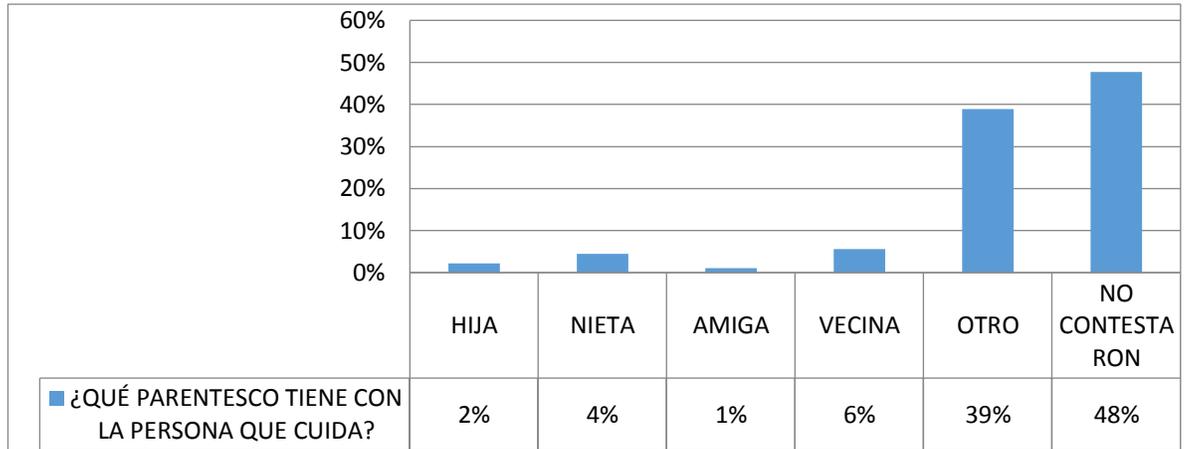
Gráfica 21 Distribución porcentual por el tiempo que lleva como cuidador



Fuente: El autor

El 48% de los líderes de El castillo, Catilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa, Cubarral del Departamento del Meta no responde, seguido 27% quienes llevaban más de 32 meses siendo cuidadores, el 25% restante está entre los 25 y 32 meses, 13 y 24 meses, siete y 12 meses y menor de seis meses.

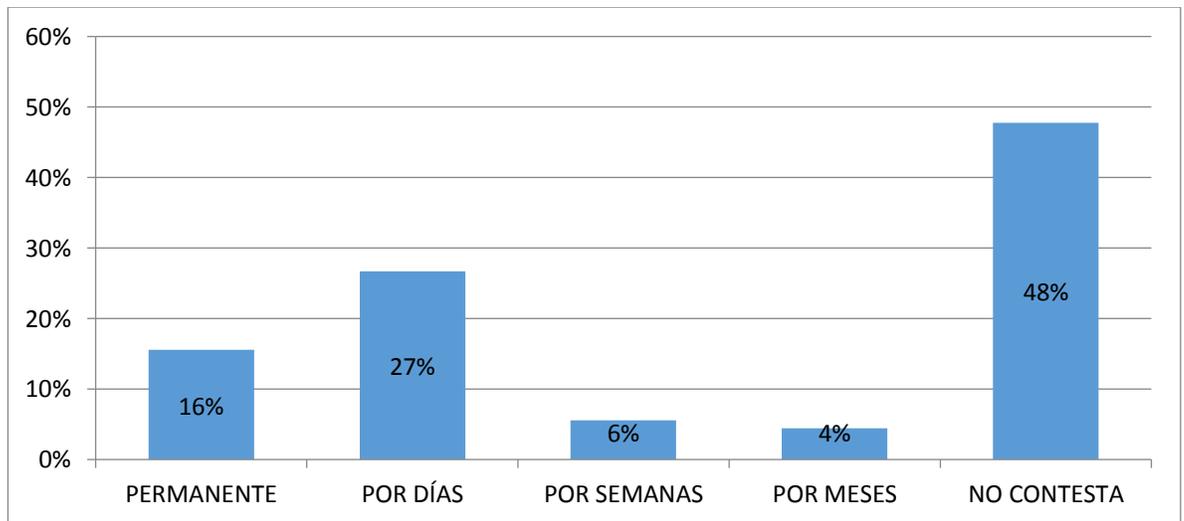
Gráfica 22 Distribución porcentual por el tipo de parentesco que tiene con la persona que cuida



Fuente: El autor

El 48% de los líderes de El castillo, Catilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa, Cubarral del Departamento del Meta no contestaron la pregunta, seguido 39% cuidan a una persona con otro tipo de parentesco, el 6% fue el vecino, el 4% era la nieta, el 2% la hija y el 1% fue una amiga según el tipo de parentesco que había.

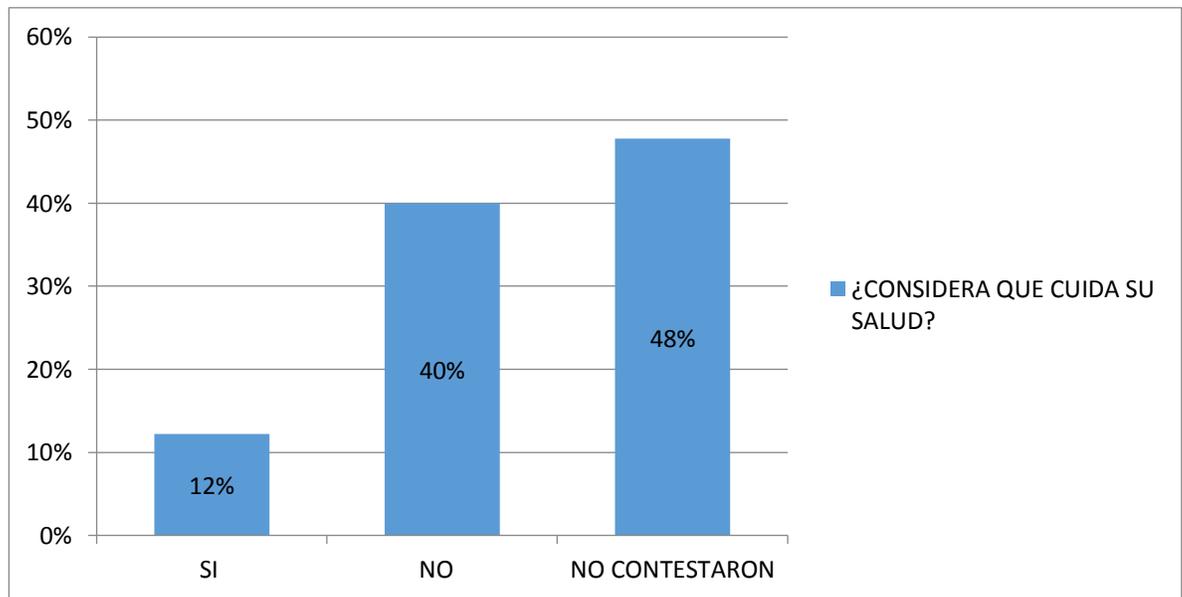
Gráfica 23 Distribución porcentual a la pregunta, ¿Cada cuánto cuida al paciente crónico



Fuente: El autor

En dicha población caracterizada de El castillo, Catilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa, Cubarral del Departamento del Meta, el 48% no contestó a esta pregunta, el 27% cuidan al paciente por días, de manera permanente con un 15%, el resto queda repartido entre semanas y meses.

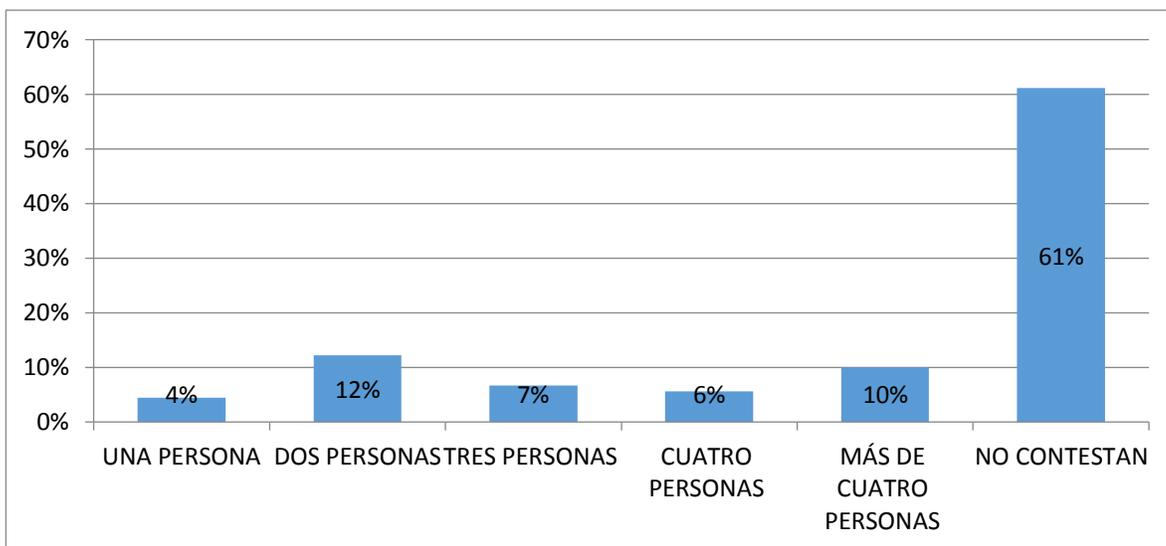
Gráfica 24 Distribución porcentual por a la pregunta, ¿usted es el único cuidador?



Fuente: El autor

Con relación a esta gráfica podemos observar que el 48% de los líderes de El castillo, Catilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa, Cubarral del Departamento del Meta no contestaron, el 40% de la población respondió que no cuidan de su salud, seguido de si con un 12%.

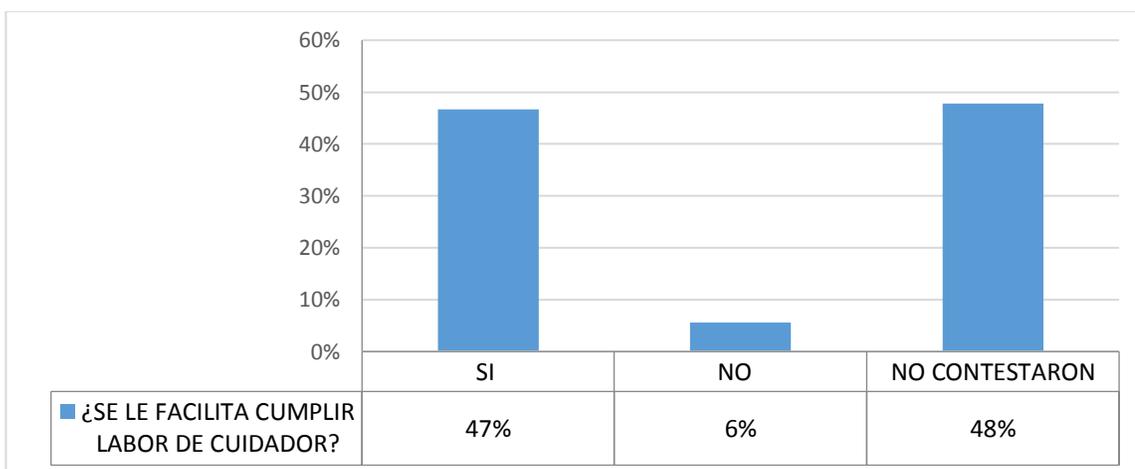
Gráfica 25 Distribución porcentual por el número de personas que participan o ayudan en el cuidado del paciente crónico



Fuente: El autor

El 61% de los líderes de El castillo, Catilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa, Cubarral del Departamento del Meta no contestaron la pregunta, el 12% refirieron que había dos personas a cargo del cuidado de la persona que cuidaban, seguido de 10% que eran más de cuatro personas, el 17% restante se encuentra entre, cuatro personas, tres personas y una persona que generaban el cuidado, se evidencia que los líderes que cuidan cuentan con ayuda.

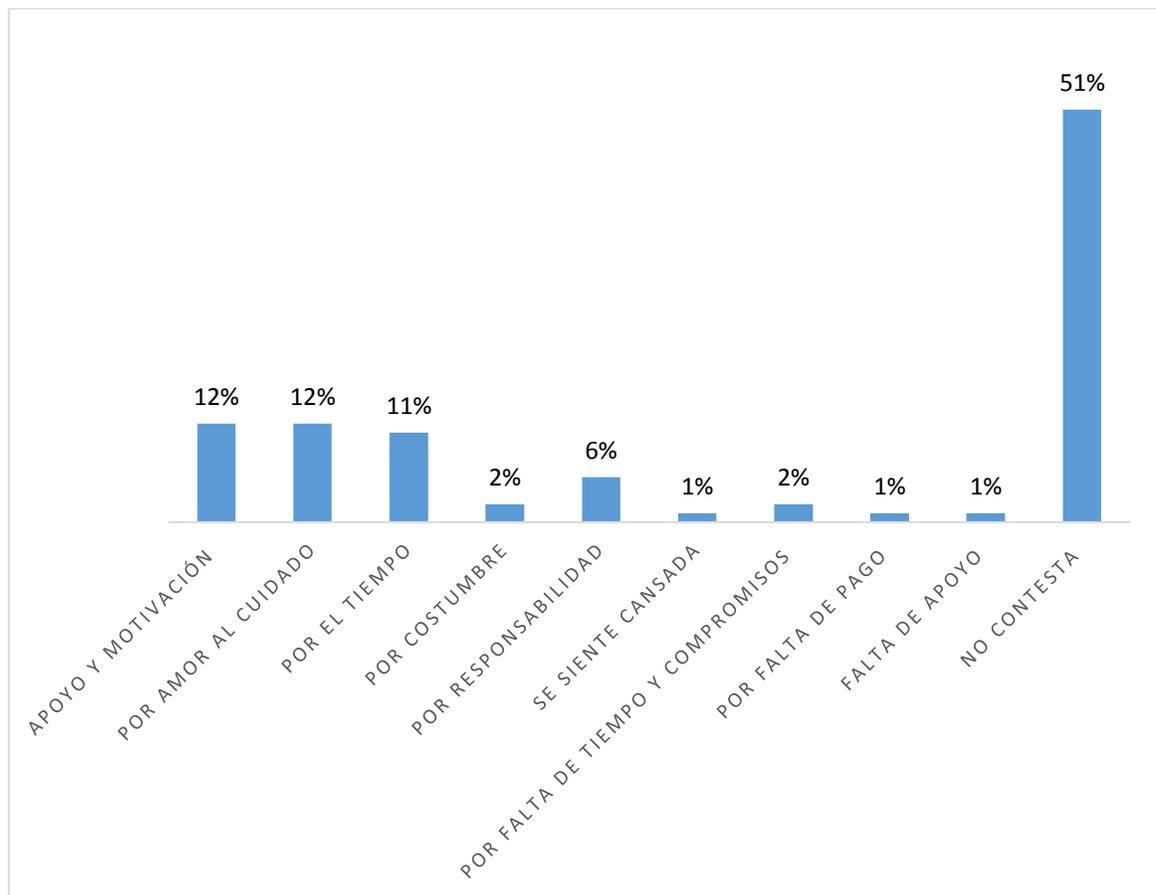
Gráfica 26 Distribución porcentual por facilidad de cumplir labor de cuidador



Fuente: El autor

El 48% de la población de El castillo, Catilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa, Cubarral del Departamento del Meta no contestaron, el 47% se le facilitaba cumplir con la labor de cuidador, el 6% no se le facilitaba con la labor de cuidador, por lo cual se relaciona que ser un líder en la comunidad es poder tener herramientas y la disposición para ayudar a las demás personas.

Gráfica 27 Distribución porcentual por en base a repuesta anterior, enuncie el motivo

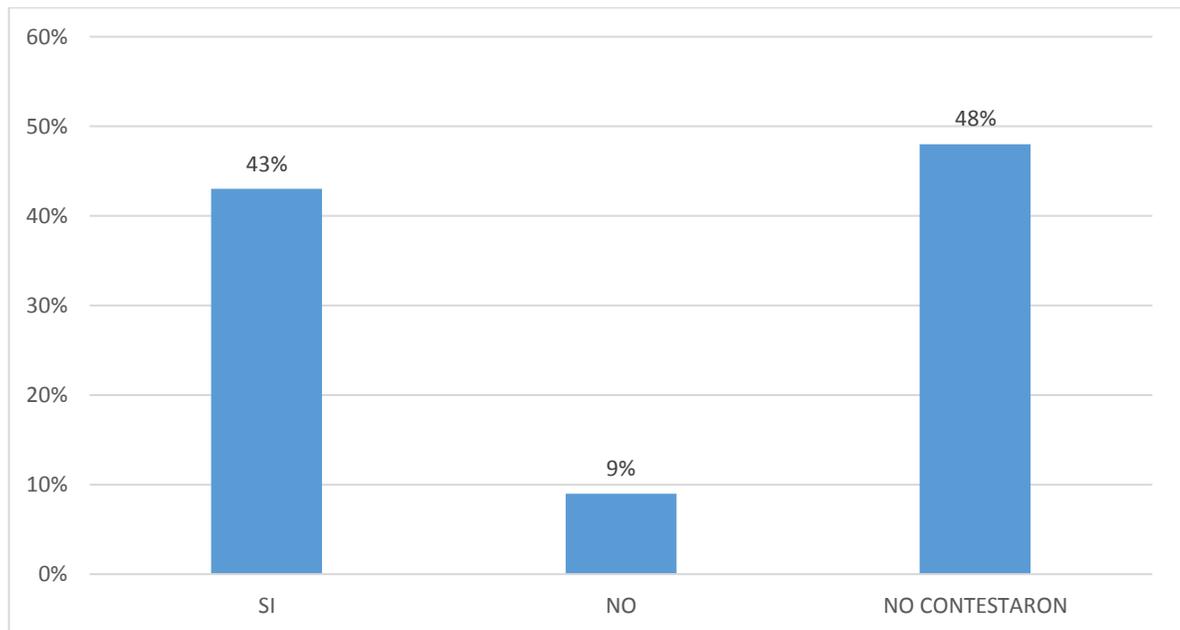


Fuente: El autor

Del total de población caracterizada de El castillo, Catilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa, Cubarral del Departamento del Meta el 51% no contesta, el 12% lo hace por amor al cuidado, otro 12% lo hace por motivación, el porcentaje restante se

distribuye en las personas que la hacen por costumbre, por el tiempo, por responsabilidad.

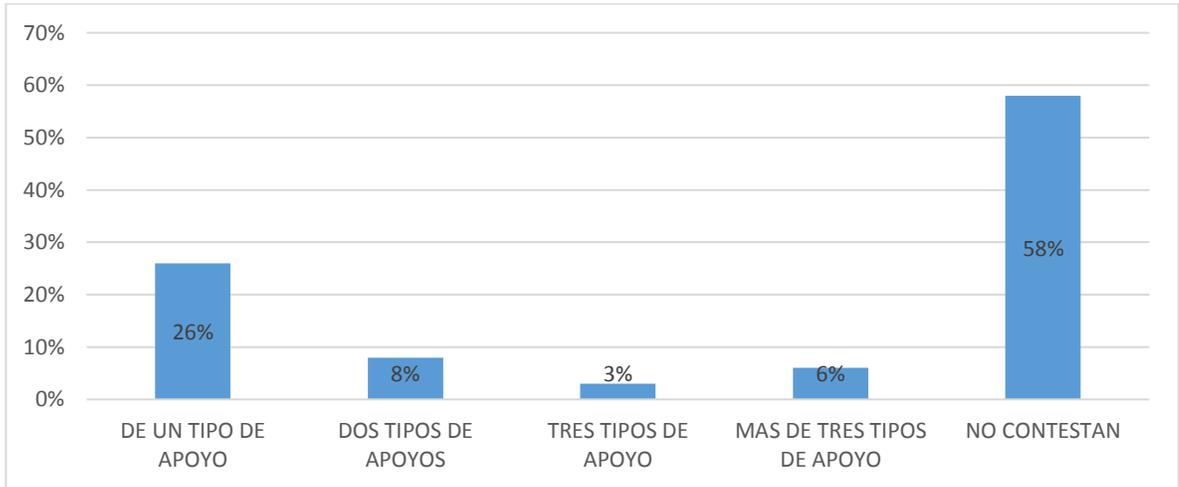
Gráfica 28 Distribución porcentual de la pregunta, ¿cuenta con apoyo para realizar las acciones de cuidado?



Fuente: El autor

Se observa que el 48% de esta población de El castillo, Catilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa, Cubarral del Departamento del Meta no contesta o prefiere no hacer, seguido muy de cerca el 43% que si cuenta con apoyo y el 9% restante no tiene apoyo para el cuidado

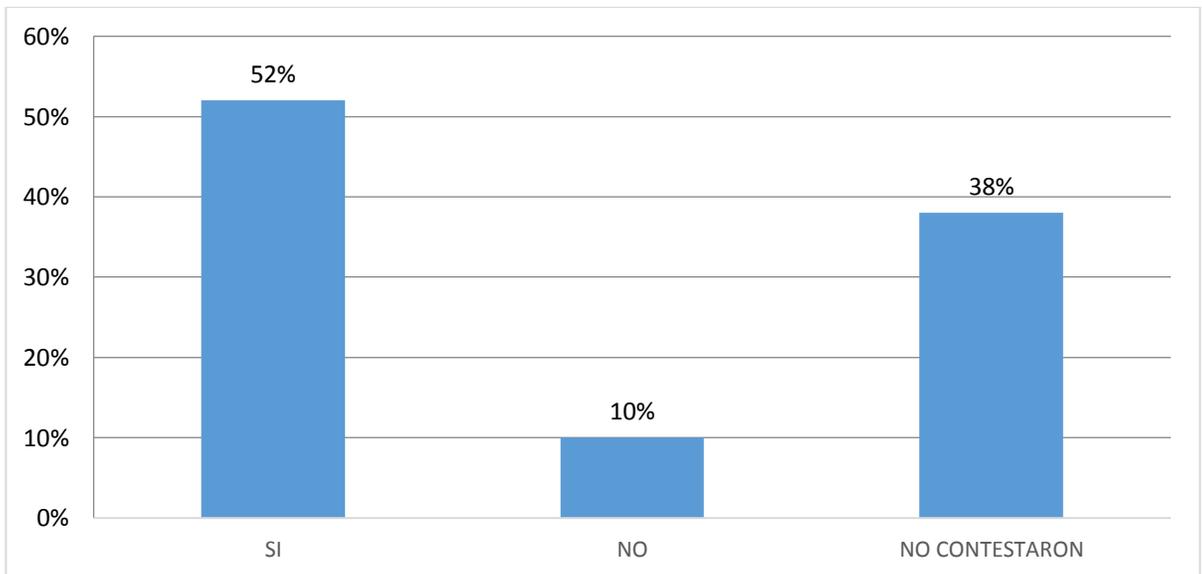
Gráfica 29 Distribución porcentual por apoyo que recibe



Fuente: El autor

El 58% de la población de El castillo, Catilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa, Cubarral del Departamento del Meta no contestaron, el 26% recibe algún tipo de apoyo, seguido por 8% recibe dos tipos de apoyo para cuidar al paciente, el 8% restante se encuentra entre, tres tipos de apoyo y más de tres tipos de apoyo.

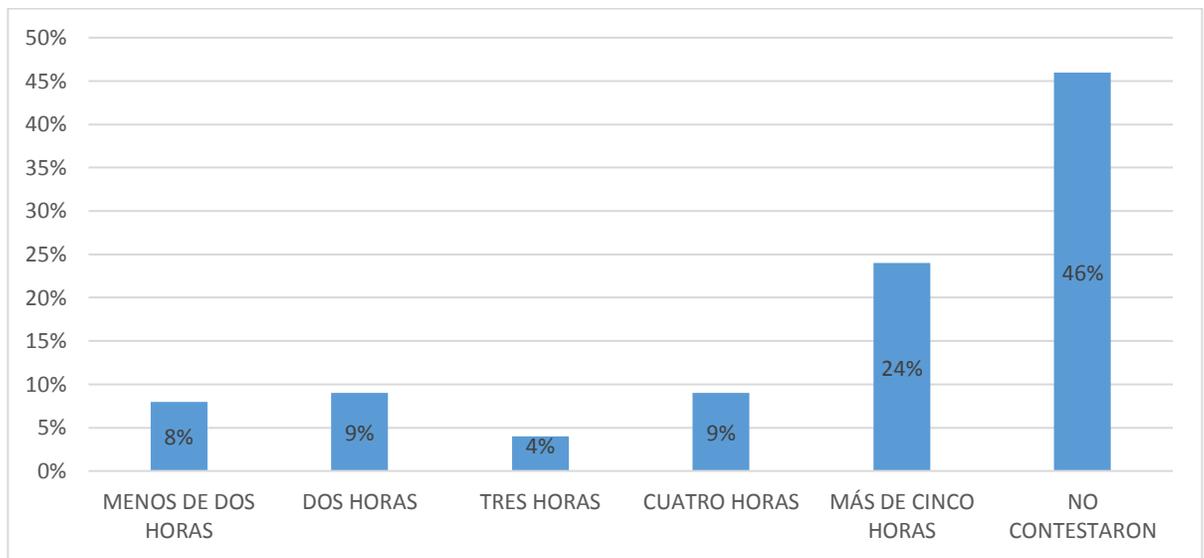
Gráfica 30 Distribución porcentual de la pregunta, ¿dedica tiempo al descanso?



Fuente: El autor

El 52% de la toda población total de El castillo, Catilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa, Cubarral del Departamento del Meta considera que dedica tiempo para el descanso, seguido 38% que no contestan la pregunta, y el 10% quienes no dedican tiempo para el cuidado.

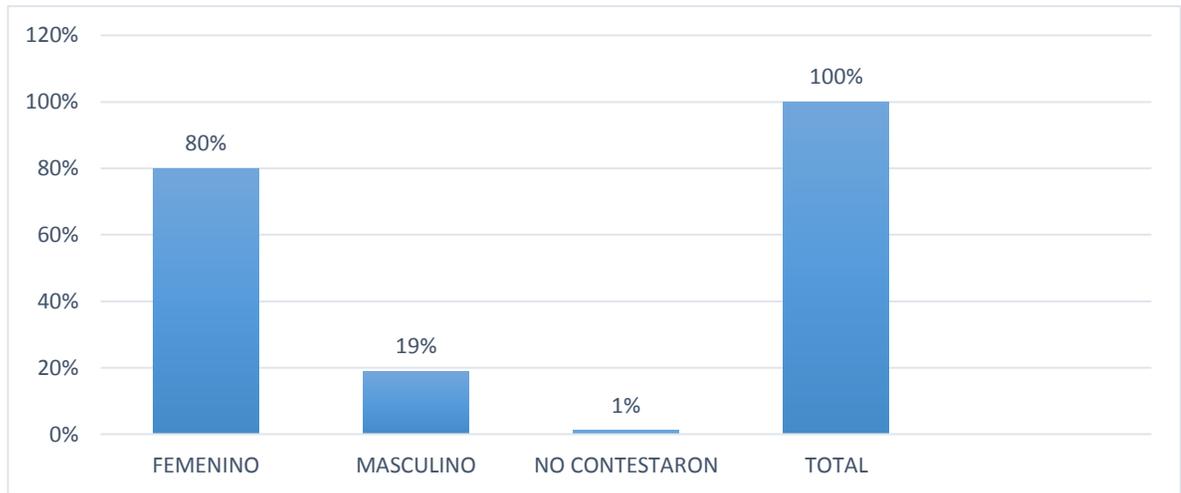
Gráfica 31 Distribución porcentual en la pregunta anterior, cuántas horas dedica al día



Fuente: El autor

El 46% de los líderes de El castillo, Catilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa, Cubarral del Departamento del Meta no contestaron la pregunta, seguido por 26% quienes dedican más de cinco horas para el descanso, el 30% restante se encuentra entre, cuatro horas, tres horas, dos horas y menos de una hora para el descanso.

Gráfica 32 Distribución porcentual de la pregunta, ¿Cuántas actividades realiza en el tiempo de descanso?



Fuente: El autor

El 38% de los líderes de El castillo, Catilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa, Cubarral del Departamento del Meta no responden la pregunta, el 32% hace una actividad en el tiempo de descanso, el 30 restante se encuentra entre, más de tres actividades, tres actividades, dos actividades en el tiempo de descanso.

8. PLAN DE DESARROLLO

Se desarrollaron 8 encuentros pedagógicos en la ciudad de Villavicencio del Departamento del Meta. Teniendo en cuenta los siguientes temas: Epidemiología de la Salud Mental, Comunicación y relación de ayuda, Principales problemas psicosociales, Salud mental comunitaria, Promotores comunitarios, Promotores comunitarios. A los talleres asistieron en total 17 de los Municipios de Castilla La Nueva, Vistahermosa, El Castillo, Fuente de Oro y Cubarral.

Todos los módulos se trabajaron en la Universidad de los Llanos sede san Antonio, salón número 2. El contenido temático de los módulos se organizaron de la siguiente manera:

- Módulo 1 Epidemiología de la Salud Mental: Se desarrollaron diapositivas y una puesta en escena, se abordaron las definiciones de salud mental, trastornos y su historia junto con sus signos y síntomas, además se vio la epidemiología de los trastornos mentales, la normatividad, junto con el rol de los agentes comunitarios.
- Módulo 2, Comunicación y relación de ayuda: En este módulo se abordaron los tipos de comunicación sus elementos y como intervienen en el diario vivir y la metodología para tener una buena comunicación, también se abordó la primera ayuda psicológica.
- Módulo 3, Principales problemas psicosociales: Se presentó la estructura y funcionalidad del cerebro, factores que causan o predisponen a enfermedades mentales, y mecanismos para poder reconocer alguna alteración mental. Se habló de la depresión, psicosis, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, crisis convulsivas, intento de suicidio y suicidio, consumo de sustancias psicoactivas, manejo y abordaje de personas con dichos trastornos mentales, y también soporte emocional.
- Módulo 4, Salud mental comunitaria: Se trató del rol y acciones claves para el agente comunitario, principios generales, metodología de seguimiento y apoyo, herramientas para el autocuidado.
- Módulo 5, Promotores comunitarios: Se dieron herramientas para el apoyo práctico en la adherencia al tratamiento, y apoyo familiar, y se dio capacitación de la importancia y los componentes de una red social.
- Módulo 6, Salud Mental y adulto mayor: se define que es ser un adulto mayor, el envejecimiento, los tipos de cambios que se generan en esa etapa, factores para un envejecimiento saludable, tipos de dificultades, la salud mental en el adulto mayor, factores de riesgo para trastornos mentales, promoción de la salud mental en el adulto y los tipos de intervenciones.

Para el cierre de la formación se realizó una entrega de certificados por 40 horas las cuales contaron con estudio independiente.

9. LIMITACIONES

- La distancia del lugar donde vivían los líderes, dificultó su asistencia.
- La distancia que existe entre los municipios y la ciudad de Villavicencio y los permisos que debían solicitar para su desplazamiento.
- Las responsabilidades personales y laborales hizo que algunos líderes que iniciaron la capacitación no lograran continuar.
- La falta de flexibilidad en el horario establecido para el desarrollo de las actividades dificultó el desplazamiento de otro gran número de líderes.

10. PLAN DE ACCIÓN

9.1 RESULTADOS

9.1.1 PARTICIPANTES.

Líderes Comunitarios de los Municipios de Castilla La Nueva, Vistahermosa, El Castillo, Fuente de Oro y Cubarral del Departamento del Meta que participaron en el 100% de la capacitación.

Indicador: Número de participantes /Total proyectado en el programa* 100.

Meta: Se logró una participación del 60% de la población planeada.

Resultado: Del 100% de los líderes comunitarios proyectados en la participación del evento, solo el 90% asistió.

Evidencias: Las lista de asistencia (Anexo 4) y evidencia fotográfica. (Anexo 2)

9.1.2 CONTENIDOS.

- MÓDULO 1 y MÓDULO 2, fue desarrollado el día 3 de Abril del 2017
- MODULO 3 y MODULO 4, fue desarrollado el día 8 de Mayo del 2017
- MÓDULO 5 y MÓDULO 6, fue desarrollado el día 5 de Junio del 2017
- CIERRE fue desarrollado el día 21 de Junio

Indicador: Numero de talleres realizados / número de talleres programados *100.

La meta es cumplir con el 100%.

Resultado: Se alcanzó la meta con el desarrolló del 100% de los módulos programados.

Evidencia: Plan de acción del estudiante (Anexo 1), fotos (anexo 3) y lista de asistencia. (Anexos 4)

9.1.3 ESTUDIANTES DE PROYECCIÓN SOCIAL

Se aplicó la encuesta de caracterización sociodemográfica de los líderes comunitarios a los Municipios; El Castillo, Castilla La Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa y Cubarral del Departamento del Meta que asistieron al programa de acción para superar las brechas en salud mental para líderes comunitarios, realizado en la universidad de los llanos durante el primer semestre de 2017.

Indicador: Numero de caracterizaciones sociodemográficas realizadas desarrollados / número de líderes comunitarios inscritos *100.

La meta es cumplir con el 100%.

Evidencia: consentimiento informado (Anexo 5), formatos de caracterización. (Anexos 3)

9.2 IMPACTO CON LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

- En los diferentes encuentros se pudo sensibilizar a los líderes comunitarios de los municipios de El castillo, Catilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa y Cubarral del Departamento del Meta sobre el manejo de la salud mental y sus beneficios frente a la Comunidad.
- Se logró que los líderes identificaran y reconocieran la importancia de identificar, canalizar, hacer acompañamiento, abogacía y fomentar la inclusión de individuos o familias que tengan alteraciones en la salud mental; además que se motivaran para que conviertan cada experiencia en una oportunidad de promover la salud mental en la comunidad.
- Mediante la capacitación de los líderes comunitarios se logró promover en ellos manejo del autocuidado y se brindaron herramientas para poder hacer un abordaje sobre acciones de salud mental positiva a nivel individual, familiar y comunitario.
- Los líderes comunitarios de los Municipios de El castillo, Catilla la Nueva, Fuente de Oro, Vistahermosa y Cubarral del Departamento del Meta compartieron sus conocimientos sobre la salud, y sus puntos de vista de la enfermedad mental, llegando a darles mecanismos para la atención primaria en salud mental y salud mental positiva con sus comunidades.
- Los líderes comunitarios compartieron sus experiencias de su vida, los cuales fueron útiles para el aprendizaje, de esta manera tuvieron mayor conocimiento para dar una mejor respuesta ante las situaciones que alteran el bienestar cotidiano de sus vidas o de las de la comunidad.

11. CONCLUSIÓN

- Se hizo la caracterización de 17 líderes comunitarios de los Municipios del Departamento del Meta, durante el primer semestre del 2017.
- Se desarrollaron 8 encuentros en los que se trabajaron los temas sobre la salud mental, para que los líderes fueran replicadores de la información en sus respectivos municipios.
- Al analizar la población de líderes del Departamento del Meta se evidencia que el mayor porcentaje es de Villavicencio (84%), en el segundo puesto se encuentran los municipios de El Castillo y Castilla la Nueva con 3%, el tercer puesto es para con (3%), del cuarto puesto Cubarral con (2%), de quinto puesto Fuente de Oro con (2%), y sexto puesto Vistahermosa con (1%).
- Se encuentro que la población caracterizada del Departamento, en su mayoría está en el rango de edad entre 26 a 45 años (54%), para los municipios del El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vistahermosa, Cubarral del departamento del Meta, está constituida por rango de edad entre 18 a 35 (69%), y para Villavicencio está constituido 36 a 55 años (62%), evidenciando se que se encuentran en una edad bastante productiva.
- Al analizar la población de líderes del Departamento del Meta se evidencia que la mayoría de los participantes son de género femenino (80%), con respecto a los municipios de El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vistahermosa, Cubarral del departamento del Meta, se encontró que el 74% son mujeres, frente Villavicencio que contó con 81%, El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vistahermosa, Cubarral del departamento del Meta, se encontró que el 89% viven en sector urbano, y el 11% en sector rural
- Por los municipios de El Castillo, Castilla la Nueva, Fuente de oro, Vistahermosa, Cubarral del departamento del Meta el 47% es empleado, el 32% estudia y el 21% trabaja independientemente, y tienen una estabilidad financiera, sus ingresos mensuales son el 42% recibe entre \$1.000.000 y 1.500.000, el 32% recibe entre \$400.000 y \$900.000.
- Por lo cual se evidencia que estos líderes tienen la capacidad intelectual, además poseen un salario promedio que les permite suplir sus necesidades básicas (fisiológica, seguridad, sociales y de estima), tomando en cuenta la

escala de Maslow (63), lo que les permite poder desarrollar sus demás necesidades sin ninguna limitación.

- La Universidad de los Llanos consiente de su compromiso con la sociedad apoyo el desarrollo y financiamiento del proyecto el cual permitió la formación de líderes comunitarios en salud mental.

12.RECOMENDACIONES

- Se hace muy importante que la Facultad de Ciencias de la Salud garantice el seguimiento a los líderes capacitados en este proyecto para que realicen la replicación de lo aprendido bajo la asesoría y acompañamiento pertinente, para lo cual han sido entrenados.
- Se ve pertinente que la Facultad de Ciencias de la Salud siga con la capacitación y apoyo de líderes comunitarios en salud mental y se le puede brindar información útil para el diario vivir de sus comunidades.
- Implementar políticas institucionales que promuevan el desarrollo de proyectos para la formación de líderes comunitarios en salud mental en todos los municipios del Departamento del Meta.
- Gestionar convenio interinstitucionales e interdisciplinarios en el Departamento del Meta en el campo académico, social, político y económico.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Organización Mundial de la Salud. Who. [Online].; 2013 [cited 09 20 2017]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
- 2 Organismo Mundial de Salud. Trastornos mentales. [Online].; 2016 [cited 2017 . 03 03]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>.
- 3 Organización Mundial de la Salud. Cerrar la brecha de salud mental. [Online].; . 2010 [cited 20 09 2017]. Available from: http://www.who.int/dg/speeches/2010/mhGap_forum_20101007/es/.
- 4 Ministerio de Salud. Modelo de Gestión del Centro de Salud Mental Comunitaria. [Online].; 2017 [cited 09 20 2017]. Available from: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/12/Modelo-de-Gestion-CSMC-9-febrero-172.pdf>.
- 5 Organización Mundial de la Salud. Programa de acción para superar las brechas en salud mental. [Online]. [cited 2017 09 20]. Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/.
- 6 Dirección Nacional de Salud Mental, Ministerio de salud. Epidemiología en Salud Mental y Adicciones. [Online].; 2015 [cited 2017 03 12]. Available from: http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-04-24_epidemiologia-en-smya.pdf.
- 7 Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. [Online].; 2013 [cited 2017 03 12]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1.
- 8 Minsalud, Universidad Corporación para Estudios en la Salud. Proyecto Nacional de Salud Mental de Colombia 2013. [Online].; 2013 [cited 2017 03 12]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Ppresentación%20%20ENSM%20mayo%2028.pdf>.
- 9 República de Colombia - Gobierno Nacional. Ley 1616 del 2013. [Online].; 2013 . [cited 2017 03 20]. Available from: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>.
- 10 Organización Panamericana de Salud. Guía de Intervención (mhGAP). [Online].; 2011 [cited 2017 03 20]. Available from: http://www.who.int/publications/guidelines/mhGAP_intervention_guide/es/.
- 1 Colombia. Gobernación del Meta. Analisis de la situación de salud del 1 departamento del Meta 2015. [Online].; 2015 [cited 2017 02 20]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-meta-2015.zip>.
- 1 Minsalud. Abc sobre la salud mental, sus trastornos y estigma. [Online].; 2014 2 [cited 2017 02 20]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>.

- 1 Helen Herrm an SSRM. Promoción de la Salud Mental, Conceptos y evidencia
3 emergente practica. [Online].; 2004 [cited 2017 02 22. Available from:
. http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf.
- 1 Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.
4 [Online].; 2016 [cited 2017 02 22 [Nota descriptiva]. Available from:
. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>.
- 1 Universidad Nacional de Educación a Distancia. Salud Mental Comunitaria.
5 [Online].; 2012 [cited 2017 02 22. Available from:
. https://books.google.com.co/books?id=hXFH-7Adsj4C&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- 1 Organización Mundial de Salud. 10 Datos sobre la salud mental. [Online].; 2017
6 [cited 2017 02 22. Available from:
. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/.
- 1 OMS. Salud Mental: algunos datos relevantes. [Online].; 2017 [cited 2017 02 22.
7 Available from: <http://www.efesalud.com/noticias/salud-mental-algunos-datos-relevantes/>.
- 1 Día Mundial de la Salud Mental. [Online].; 2013 [cited 2017 09 20. Available
8 from: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=81811>.
- .
- 1 THE LANCET. La salud mental en el mundo: todo por hacer. [Online].; 2007
9 [cited 2017 02 25. Available from:
. <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2007/09/03/neurociencia/1188844607.html>
- .
- 2 Editores Médicos, S.A. who.int. [Online].; 2003 [cited 2017 02 25 [Guía].
0 Available from:
. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43723/1/8495076896_spa.pdf.
- 2 Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
1 Antecedentes y desarrollo histórico del Programa de Salud Mental de la
. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2017 3 12.
Available from:
http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11660%3Ahistoria-salud-mental-ops&catid=8190%3Ageneral&lang=es.
- 2 Ruiz DM. Valoración de la salud mental positiva y de los requisitos de
2 autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de esquizofrenia,
. según la teoría de enfermería de Dorothea Orem. [Online].; 2014 [cited 2017 02
28 [Tesis Doctoral]. Available from:
http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/56453/1/MDMR_TESIS.pdf.
- 2 Herrera EF. Salud mental positiva. [Online].; 2009 [cited 2017 02 28. Available
3 from: <http://logoforo.com/salud-mental-positiva/>.
- .
- 2 Grupo de Trabajo de Salud Mental. Salud mental comunitaria en el Perú: Aportes

- 4 temáticos para el trabajo con poblaciones. [Online].; 2006 [cited 2017 02 28]. Available from: <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/trabajo-psicosocial-y-comunitario/herramientas-investigacion-accion-participante/407-salud-mental-comunitaria-en-el-peruaportes-tematicos-para-el-trabajo-con-poblaciones/file>.
- 2 Organización Mundial de Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de 5 Sustancias, Fundación Victorian, Universidad de Melbourne. Mental, Promoción de la Salud. [Online].; 2004 [cited 2017 02 28 [Informe Compendiado]. Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf.
- 2 Organización Panamericana de Salud. Epidemiología de los trastornos mentales 6 en América Latina y el Caribe. [Online].; 2009 [cited 2017 02 28. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166275/1/9789275316320.pdf?ua=1>.
- 2 Colciencias, Minsalud, Datos y tecnología DPT S.A.S, Pontificia Universidad 7 Javeriana. Encuesta Nacional de salud mental 2015 TOMO I. [Online].; 2015 . [cited 2017 03 20. Available from: http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf.
- 2 Minsalud. Analisis de situación de salud (ASIS) Colombia 2015. [Online].; 2015 8 [cited 2017 02 28 [Dirección de Epidemiología y Demografía]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>.
- 2 Profamilia, Minsalud, ENDS Colombia 2015, USAID, ONU Mujeres. Encuesta 9 Nacional de demografía y salud (ENDS) 2015. [Online].; 2015 [cited 2015 02 28]. Available from: <http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2016/12/Presentaci%C3%B3n-ENDS-2015-DICIEMBRE-12-DE-2016.pdf>.
- 3 Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia. Resumen Ejecutivo Encuesta 0 Nacional de Demografía y Salud. [Online].; 2016 [cited 2017 09 20. Available from: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>.
- 3 MinJusticia, Minsalud, Observatorio de Drogas de Colombia. Estudio Nacional de 1 consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013. [Online].; 2013 [cited 2017 02 28. Available from: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf.
- 3 Encuesta Nacional de demografía y salud (ENDS) 2015, Profamilia. Resumen 2 Ejecutivo Encuesta Nacional de Demografía y Salud. [Online].; 2015 [cited 2017 02 28. Available from: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>.
- 3 Vera JL. El modelo comunitario de atención a la salud mental "continente y 3 contenido. [Online].; 2010 [cited 2017 02 28. Available from: <https://www.yumpu.com/es/document/view/47549938/el-modelo-comunitario-de>

[atencion-a-la-salud-mental-seypna.](#)

- 3 León CA. Perspectiva de la salud mental comunitaria en Latinoamérica. [Online].; 4 1999 [cited 2017 02 28. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17545/v81n2p122.pdf?sequence=1>.
- 3 Bang C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo 5 una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. [Online].; 2014 [cited 2017 02 28. Available from: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/399/340>.
- 3 Ipaz, MCGuill, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Salud mental 6 comunitaria: una breve introducción. [Online].; 2007 [cited 2017 02 29. Available from: <https://www.mcgill.ca/trauma-globalhealth/files/trauma-globalhealth/Intro.pdf>.
- 3 Fondo de cultura económica. La salud mental comunitaria Vivir, pensar, desear. 7 [Online].; 2014 [cited 2017 02 29. Available from: <http://www.fce.com.ar/archivos/pdfs/DelCueto-LSMC.pdf>.
- 3 Nelson Ardón-Centeno ACN. La salud mental: una mirada desde su evolución en 8 la normatividad colombiana. 1960-2012. [Online].; 2012 [cited 2017 02 29. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v11n23/v11n23a02.pdf>.
- 3 León CA. Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica. 9 [Online].; 1999 [cited 2017. Available from: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/782/781.
- 4 Hernandez AD. Historias de líderes comunitarios. [Online].; 1998 [cited 2017 02 0 29. Available from: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-841920>.
- 4 Universidad de playa ancha, Facultad de psicología. RedeAmericas - Red 1 Latinoamerica de investigación en salud mental. [Online].; 2015 [cited 2017 02 29. Available from: <http://www.saludmentalcomunitaria.uchile.cl/index.php/noticias-2/206-redeamericas-red-latinoamerica-de-investigacion-en-salud-mental>.
- 4 Herrera EF. Salud mental positiva. [Online].; 2009 [cited 2017 03 01. Available 2 from: <http://logoforo.com/salud-mental-positiva/>.
- 4 Canut MTL. Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. 3 [Online].; 1999 [cited 2017 03 01. Available from: <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO10426/tesisaludmentalpositiva.pdf>.
- 4 Cristóbal Ovidio Muñoz DRDC. Construcción del concepto de salud mental 4 positiva: revisión sistemática. [Online].; 2016 [cited 2017 03 01. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28310/v39n3a4_166-173.pdf?sequence=1.
- 4 Lluch MT. Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental

- 5 positiva. [Online].; 2002 [cited 2017 03 02. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/sam024e.pdf>.
- 4 Junta de Extremadura consejería de sanidad y dependencia, Junta de
6 Extremadura consejería de salud, SES, FundeSalud, DAD. Programa de
. promoción de la salud mental positiva y prevención de la enfermedad mental en
el ámbito escolar de la comunidad autónoma de extremadura. [Online].; 2010
[cited 2017 03 02. Available from: http://www.ascane.org/infanto_juvenil/guiasaludmentalpositiva.pdf.
- 4 Organización Muncial de la Salud. Centro de datos de investigación del
7 Programa de Acción en Salud Mental (mhGAP). [Online].; 2016 [cited 2017 03
. 02. Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/es/.
- 4 CEDETES, Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis y propuesta para el
8 desarrollo de la atención primaria, la promoción de la salud y el enfoque de
. determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al
sistema de salud colombiano. [Online].; 2012 [cited 2017 03 03. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20y%20Propuesta%20para%20Atenci%C3%B3n%20Primaria,articulado%20al%20sistema%20de%20Salud%20Colombiano.pdf>.
- 4 RODRIGUEZ DM. minsalud. [Online].; 2009 [cited 2017 03 03. Available from:
9 <https://www.minsalud.gov.co/rea%20de%20trabajo%20colaborativo/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud%20-%20APS/ESTRATEGIA%20COMUNITARIA%20SM%20EN%20APS.pdf>.
- 5 Sarmiento FR. Modelo de gestión operativa para el componente de salud mental
0 en atención primaria en salud. [Online].; 2009 [cited 2017 02 29. Available from:
. <https://www.minsalud.gov.co/rea%20de%20trabajo%20colaborativo/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud%20-%20APS/DOCUMENTO%20FINAL%20MODELO%20GESTI%C3%93N.pdf>.
- 5 Instituto de Formación Permanente (INSFOP). Liderazgo Comunitario. [Online].;
1 2008 [cited 2017 03 04. Available from: <http://www.fao.org/3/a-as495s.pdf>.
- .
- 5 Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala. Construyamos la
2 Cultura de paz y el desarrollo DESARROLLO LOCAL DESARROLLO LOCAL.
. [Online].; 2004 [cited 2017 03 04. Available from: <http://www.odhag.org.gt/pdf/MODULO%20%20Liderazgo%20comunitario.pdf>.
- 5 Jica. Manual de capacitación a líderes comunitarios. [Online].; 2006 [cited 2017
3 03 04. Available from: <https://www.jica.go.jp/project/honduras/0603085/materials/pdf/guideline03.pdf>.
- 5 Undp. Desarrollo de capacidades: texto básico del PNUD. [Online].; 2015 [cited
4 2017 03 04. Available from: http://www.undp.org/content/dam/undp/library/capacity-development/spanish/Capacity_Development_A_UNDP_Primer_Spanish.pdf.
- 5 Jeannette Cifuentes R ILMQ. Líderes comunitarios trabajando en salud en salud

- 5 familiar. [Online].; 2005 [cited 2017 03 05. Available from:
 . <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/3/Osorno%202005/Lideres%20comunitarios%20trabajando%20en%20salud%20familiar.pdf>.
- 5 Minsalud. Colombia cuenta con Ley de salud mental. [Online].; 2013 [cited 2017 6 03 04. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-cuenta-con-Ley-de-Salud-Mental.aspx>.
- 5 Declaración de Hawái. [Online].; 1977 [cited 2017 06 02. Available from:
 7 http://www.hmc.mil.ar/webResources/Documentos/declaracion_hawai.pdf.
- .
- 5 Universitat Rovira i Virgili. Declaración de Atenas. [Online].; 1992 [cited 2017 06 8 02. Available from:
 . http://www.urv.cat/media/upload/arxius/igualtat/JeanMonnet/2013/Lectura_recomendada_Declaracion_Atenas_1992.pdf.
- 5 Estrategia andaluza contra la estigmatización de salud mental. Declaración de 9 Madrid. [Online].; 1996 [cited 2017 06 03. Available from:
 . http://www.1decada4.es/recursos/enlaces_etica/Declaracion_Madrid.pdf.
- 6 [Online].; 2010 [cited 2017 06 03. Available from:
 0 http://www.insht.es/PromocionSalud/Contenidos/Promocion%20Salud%20Trabajo/Documentos%20ENWHP/Documentos%20estrategicos/Ficheros/22_5%20Declaracion_edinburgo.pdf.
- 6 Facultad de Psicología +. Declaración de Caracas. [Online]. [cited 2017 06 02. 1 Available from:
 . http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/067_psico_preventiva/cursada/dossier/declaracion_caracas.pdf.
- 6 Asociación Médica Mundial. Código de Ética Médica. [Online].; 2006 [cited 2017 2 06 03. Available from: <https://www.wma.net/es/polices-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>.
- 6 infonegociación. [Online]. [cited 10 09 2017. Available from:
 3 <http://www.infonegociacion.net/pdf/piramide-necesidades-maslow.pdf>.
- .

14. ANEXOS

ANEXO N° 1 CRONOGRAMA

Tabla 1 Cronograma de actividades por semana de los estudiantes

FECHA	ACTIVIDAD O MÓDULO	TEMÁTICA	OBJETIVO
06 de Febrero	Primer encuentro EPPS con Directora del Proyecto.	Vinculación al proyecto, como estudiantes de proyección social	Conocer y participar en el proyecto.
17 de Febrero	Reunión EPPS con Directora del Proyecto.	Revisión y presentación del avance del proyecto preliminar de las estudiantes EPPS..	Revisar y presentar el proyecto
		Cronograma de actividades y asignación de responsabilidades	
20 de Febrero	Primer encuentro con líderes comunitarios de municipios e inscripciones.	Preinscripción	Realizar la preinscripción de líderes comunitarios de otros municipios
28 febrero	Reunión EPPS con Directora del Proyecto.	Entrega del proyecto con las correcciones	Presentar el proyecto con las correcciones a la directora..
4 de Marzo	Reunión EPPS con Directora del Proyecto.	Revisión presentación del Módulo N°1 "Epidemiología en salud mental", asignar responsabilidades	Conocer y trabajar en el Modulo 1

08 de Marzo	Invitación para líderes Comunitarios	Divulgación y socialización de la convocatoria.	Desarrollar las actividades de logística para el inicio del programa
	Reunión EPPS con Directora del Proyecto	Asignación de responsabilidades	
15 de Marzo	Reunión EPPS con Directora del Proyecto	Evaluación de actividades para del Módulo N°1 "Epidemiología en salud mental"	Presentar y Evaluar propuesta de las dinámicas a utilizar en Módulo N 1
	Reunión EPPS con Directora del Proyecto	Revisión y presentación del 2 ^{do} "Comunicación y Relación de ayuda", Avance del informe preliminar de las estudiantes EPPS.	Presentar el informe preliminar el proyecto, para sea corregido por la Directora del Proyecto, para que luego sea pasado ante el comité de Proyección social como opción de Grado EPPS
22 de Marzo	2da Convocatoria a líderes y realización pretest de necesidades educativas.	Inscripción	Inscribir a los líderes comunitarios
	Reunión EPPS con Directora del Proyecto	Revisión presentación del Módulo N°2 , y asignar responsabilidades	Conocer y trabajar en el Modulo 2

29 de Marzo	Reunión EPPS con Directora del Proyecto	Evaluación de actividades para del Módulo 2 “Comunicación y Relación de ayuda” y asignar responsabilidades	Presentar y Evaluar propuesta de las dinámicas a utilizar en Módulo N 2
	Confirmación de asistencia		Observaciones directora de programa Confirmar asistencia
	Reunión EPPS con Directora del Proyecto	Revisión y presentación del 3er avance del informe preliminar de las estudiantes EPPS	Presentar el informe preliminar el proyecto, para sea corregido por la Directora del Proyecto, para que luego sea pasado ante el comité de Proyección social como opción de Grado EPPS.
3 de abril	Módulo N°1”	Epidemiología en salud mental	Identificar las problemáticas que se presentan a nivel Nacional y Departamental en los trastornos mentales. Explicar los diferentes conceptos de salud mental, trastorno mental y líderes comunitarios
	Módulo N°2	Comunicación y Relación de ayuda	Desarrollar habilidades básicas para los procesos comunicativos,

			implementando la comunicación verbal y no verbal. Comprender el concepto básico de relación de ayuda e identificar algunas técnicas
5 de Abril	Reunión EPPS con Directora del Proyecto	Asignar responsabilidades	Desarrollar las actividades asignadas
12 de Abril	Reunión EPPS con Directora del Proyecto	Revisión presentación del Módulo N°3 y 4 Principales problemas psicosociales	Trabajar en la formulación del Módulo 3
19 de Abril	Reunión EPPS con Directora del Proyecto	Evaluación de actividades para del Módulo 3 "Principales problemas psicosociales"	Presentar y Evaluar propuesta de las dinámicas a utilizar en Módulo N 3
	Reunión EPPS con Directora del Proyecto	Revisión presentación del Módulo N°4 "Salud Mental Comunitaria"	Trabajar en la formulación del Módulo 4
26 de Abril	Reunión EPPS con Directora del Proyecto	Asignación de Trabajos	Asignar responsabilidades de trabajos
		Evaluación de actividades para del Módulo 4 "Salud Mental Comunitaria"	Presentar y Evaluar propuesta de las dinámicas a utilizar en Módulo N 4
3 de Mayo	Confirmación de asistencia	Llamar a todos los líderes, para confirmar su asistencia	Observaciones directora de programa Confirmar asistencia

8 de Mayo	Módulo 3	Principales problemas psicosociales	Reconocer los diferentes trastornos que se presentan por ciclo de vida y los eventos en salud mental que se dan en nuestra región
	Módulo 4	Salud Mental Comunitaria	Identificar los diferentes herramientas que fortalecen nuestra salud mental, incluyendo los primeros auxilios en salud mental
10 de Mayo	Reunión EPPS con Directora del Proyecto	Asignación de Trabajos	Desarrollar las actividades asignadas
		Revisión presentación del Módulo N°5	Conocer y trabajar en el Modulo 5
17 de Mayo	Reunión EPPS con Directora del Proyecto	Revisión y correcciones del Anteproyecto	Revisar y corregir
24 de Mayo	Reunión EPPS con Directora del Proyecto	Evaluación de actividades para del Módulo 5 “Promotores Comunitarios”	Presentar y Evaluar propuesta de las dinámicas a utilizar en Módulo N 5
		Revisión presentación del Módulo N°6	Conocer y trabajar en el Modulo 6
31 de Mayo	Reunión EPPS con Directora del Proyecto	Asignación de Trabajos	Desarrollar las actividades asignadas
		Segunda Revisión y correcciones del Anteproyecto	Revisar y corregir
2 de Junio	Reunión EPPS con Directora del Proyecto	Evaluación de actividades para del Módulo 6 Salud Mental y	Presentar y Evaluar propuesta de las dinámicas a utilizar en Módulo

		Adulto Mayor” “	N 6
	Confirmación de asistencia	Llamar a todos los líderes, para confirmar su asistencia	Observaciones directora de programa Confirmar asistencia
5 de Junio	Módulo 5	Promotores Comunitarios	Reconocer el concepto de líder comunitario, su importancia a nivel social, su función y responsabilidad en la comunidad, al igual que los compromisos que frente a los retos con la paz se tienen.
	Módulo 6	Salud Mental y Adulto Mayor	Identificar los diferentes problemas que el adulto mayor enfrenta, las redes de apoyo y las herramientas que puede hacer uso para manejar una adecuada salud mental
14 de Junio	Reunión EPPS con Directora del Proyecto	Asignación de Trabajos	Desarrollar las actividades asignadas
21 de Junio	Cierre	Entrega de los certificados	

Fuente: El autor

ANEXO N°2 IMÁGENES

Imagen 1 Encuentro de líderes del Departamento del Meta



Fuente: El autor

Imagen 2 Encuentro de líderes del Departamento del Meta



Fuente: El autor

Imagen 3 Encuentro de líderes del Departamento del Meta



Fuente: El autor

Imagen 4 Encuentro de líderes del Departamento del Meta



Fuente: El autor

Imagen 5 Encuentro de líderes del Departamento del Meta



Fuente: El autor

Imagen 6 Encuentro de líderes del Departamento del Meta



Fuente: El autor

Imagen 7 Encuentro de líderes del Departamento del Meta



Fuente: El autor

Imagen 8 Encuentro de líderes del Departamento del Meta



Fuente: El autor

Imagen 9 Encuentro de líderes del Departamento del Meta



Fuente: El autor

Imagen 10 Encuentro de líderes del Departamento del Meta



Fuente: El autor

Imagen 11 Encuentro de líderes del Departamento del Meta



Fuente: El autor

Imagen 12 Encuentro de líderes del Departamento del Meta



Fuente: El autor

Imagen 13 Encuentro de líderes del Departamento del Meta



Fuente: El autor

Imagen 14 Encuentro de líderes del Departamento del Meta



Fuente: El autor

ANEXO N°3 ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN DE CUIDADORES INFORMALES, PROGRAMA EDUCATIVO ACOMPAÑANDO A LOS CUIDADORES

INSTRUCTIVO:

-El presente instrumento fue diseñado para recolectar información de los cuidadores informales sobre diferentes aspectos de su entorno social, educativo y nivel de salud, así como aspectos relacionados con su rol de cuidador.

-Es muy importante que el cuidador conozca y comprenda las preguntas que debe responder, así como la importancia de suministrar información fidedigna y completa.

-Una vez explicado el propósito de este instrumento, el cuidador debe expresar de manera voluntaria la participación o no en el trabajo investigativo; en caso de ser afirmativa su respuesta, deberá firmar el consentimiento informado para dar inicio a la recolección de los datos.

-El instrumento consta de 23 preguntas, la recolección de la información tiene una duración aproximada de 20 minutos y debe hacerse con ayuda del entrevistador.

I. PERFIL SOCIAL

1. Edad: _____
2. Sexo: F: ____ M: ____
3. Lugar de origen: _____
4. Lugar de residencia: _____
5. Vivienda: Urbana ____ Rural ____ Propia ____ Arriendo ____ Estrato ____
6. Estado Civil: Soltero ____ Casado ____ Separado ____ Viudo ____ U. Libre ____
7. Ocupación: Hogar ____ Empleado ____ T. Independiente ____ Estudiante ____
Otro ____
8. Ingresos mensuales del cuidador: Menor de \$400.000 ____ Entre \$400.000 y 900.000 ____
Entre 1.000.000 y 1.500.000 ____ Entre \$1.600.000 y 2.000.000 ____ Mayor a \$2.000.000 ____
Sin ingresos mensuales ____
9. Recibe ayuda de otros: Familia ____ Vecinos ____ Grupos sociales ____ Otros

II. PERFIL EDUCATIVO

10. Escolaridad:
P. Incompleta ____ P. Completa ____ B. Completo ____ B. incompleto ____
Técnico ____

U. Completa____ U. incompleta____

11. Ha participado en cursos, asesorías o programas educativos adicionales que hayan contribuido a mejorar el rol de cuidador?: Si____ No____
En _____ caso _____ afirmativo _____ cual _____ (es)

III. PERFIL DE SALUD

12. Se encuentra afiliado actualmente a un sistema de seguridad social en Salud?
Sí____ No____
En _____ caso _____ afirmativo _____ a _____ cuál?

13. Como percibe su estado de salud actual?: Bueno____ Regular____ Malo____
Especifique _____ por _____ qué?

14. Ha sufrido enfermedades o síntomas significativos en los últimos tres años que alteren su bienestar?: Si____ No____
En caso afirmativo enuncie tres:

15. Considera que cuida su salud? Sí____ No____
En caso afirmativo de qué forma: Visita periódicamente al médico____ Se automedica____ Consume una alimentación balanceada____ Realiza ejercicio____ Otro_____

IV. ROL DE CUIDADOR

16. Qué tiempo que lleva como cuidador? _____ (tiempo en meses)
17. Qué relación o parentesco que tiene con la persona a quien cuida?
Esposa(o)____ Hija (o)____
Nieta(o)____ Sobrina(o)____ amiga(o)____ vecina(o)____
Otro_____

18. Cada cuánto cuida al paciente crónico?: Permanentemente____ Por días____
Por semanas _____ Por meses_____

19. Usted es el único cuidador? Si____ No____
En caso negativo, enuncie el número de personas que participan o ayudan en el cuidado del paciente crónico? _____

20. Se le facilita cumplir labor de cuidador?: Si____ No____
En _____ los _____ dos _____ casos, justifique _____ su _____ respuesta:

-
-
21. Cuenta con apoyos para realizar las acciones de cuidado? Si____ No____
En caso afirmativo de que tipo: Familiares____ Sociales____ Institucionales____
Otro _____
22. Dedicar tiempo para el descanso?: Si____ No____
En caso afirmativo, cuántas horas al día? _____
23. Qué actividades realiza en el tiempo de descanso?: Ve televisión _____
Duerme____ Se reúne con amigos____ Lee____ juega____
Otro _____

ANEXO N°4 LISTA DE ASISTENCIA

Ilustración 1 Listas de asistencia al curso

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS														CÓDIGO: FO-PSO-03						
PROCESO PROYECCIÓN SOCIAL														VERSION: 01 PAGINA: 1 de 1						
CONTROL DE ASISTENCIA A EVENTOS Y ACTIVIDADES														FECHA: 12/02/2018						
VIGENCIA: 2018														HORA: 3:00 - 5:00 PM						
NOMBRE DEL EVENTO/ACTIVIDAD: Programa de Acción para superar las brechas en el área salud mental														FECHA: 08-05-2017						
TEMA: Promoción y atención de Salud Mental Comunitaria														LUGAR: Salones 3 San Antonio						
ORGANIZADOR / RESPONSABLE: Zulma Johana Velasco Pérez																				
Nº	NOMBRE(S)	APELLIDO(S)	PARTICIPANTE			GÉNERO		EDAD		ENTIDAD O INSTITUCIÓN A LA QUE REPRESENTA O PERTENECE		DOCUMENTO DE IDENTIDAD		SECTOR		GRUPO POBLACIONAL		CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA
1	Leidy	Sedano Aguilar						25	X	Unilanos	31022004							31022004		[Firma]
2	Maria Emma	Diaz Gonzalez						23	X	Unilanos	18190198							31022004		[Firma]
3																				
4	Carolina	Leandro	X					28	X	Unilanos	18190198							31022004		[Firma]
5	Carolina	Velazquez						20	X	T. Luis	18190198							31022004		[Firma]
6	Carolina	Morales Castro	X					23	X	Unilanos	110237553							31022004		[Firma]
7	Angie Carolina	Morales C.						31	X	Unilanos	110237553							31022004		[Firma]
8	Sebastian	Diaz Beltran	X					23	X	Unilanos	112194464							31022004		[Firma]
9	Jenni Paola M	Morales Espinoza						24	X	Unilanos	5307064							31022004		[Firma]
10	Leidy Diana	Avila Campos	X					25	X	Unilanos	18190198							31022004		[Firma]
11	Carolina	Castro	X					25	X	Unilanos	18190198							31022004		[Firma]
12	Carolina	Castro	X					25	X	Unilanos	18190198							31022004		[Firma]
13	Carolina	Castro	X					25	X	Unilanos	18190198							31022004		[Firma]
14	Carolina	Castro	X					25	X	Unilanos	18190198							31022004		[Firma]
15	Carolina	Castro	X					25	X	Unilanos	18190198							31022004		[Firma]
16	Carolina	Castro	X					25	X	Unilanos	18190198							31022004		[Firma]
17	Amanda	Juarez						21	X	Unilanos	18190198							31022004		[Firma]
18	Carolina	Rodriguez	X					31	X	Unilanos	18190198							31022004		[Firma]

Fuente: El autor

Ilustración 2 Listas de asistencia al curso

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS														CÓDIGO: FO-PSO-03						
PROCESO PROYECCIÓN SOCIAL														VERSION: 01 PAGINA: 1 de 1						
CONTROL DE ASISTENCIA A EVENTOS Y ACTIVIDADES														FECHA: 27-Marzo-2017						
VIGENCIA: 2018														HORA: 4:00 - 6:00 PM						
NOMBRE DEL EVENTO/ACTIVIDAD: Programa de acción para superar las brechas en el área salud mental														FECHA: 27-Marzo-2017						
TEMA: Epidemiología de la Salud Mental														LUGAR: Salones 01 Unilanos San Antonio						
ORGANIZADOR / RESPONSABLE: Zulma Johana Velasco Pérez																				
Nº	NOMBRE(S)	APELLIDO(S)	PARTICIPANTE			GÉNERO		EDAD		ENTIDAD O INSTITUCIÓN A LA QUE REPRESENTA O PERTENECE		DOCUMENTO DE IDENTIDAD		SECTOR		GRUPO POBLACIONAL		CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA
1	Judith Garcia	Garcia Galvez						40	X	Unilanos	46390517							31022004		[Firma]
2	Nolanda	Gonzalez Quij						42	X	Unilanos	31022004							31022004		[Firma]
3	Leidy	Sedano Aguilar						32	X	Unilanos	31022004							31022004		[Firma]
4	Zelly Amanda	Juarez Angel						52	X	Unilanos	31022004							31022004		[Firma]
5	Angie Carolina	Morales Castro	X					18	X	Unilanos	110237553							31022004		[Firma]
6	Sebastian	Diaz Beltran	X					19	X	Unilanos	112194464							31022004		[Firma]
7	Jenni Paola M	Morales Espinoza	X					23	X	Unilanos	5307064							31022004		[Firma]
8	Jenni Paola M	Morales Espinoza	X					21	X	Unilanos	5307064							31022004		[Firma]
9	Anly Johana	Juarez Morales	X					30	X	Unilanos	110237553							31022004		[Firma]
10	Carolina	Castro	X					29	X	Unilanos	110237553							31022004		[Firma]
11	Carolina	Castro	X					21	X	Unilanos	110237553							31022004		[Firma]
12	Carolina	Castro	X					25	X	Unilanos	18190198							31022004		[Firma]
13	Carolina	Castro	X					25	X	Unilanos	18190198							31022004		[Firma]
14	Carolina	Castro	X					25	X	Unilanos	18190198							31022004		[Firma]
15	Carolina	Castro	X					25	X	Unilanos	18190198							31022004		[Firma]

Fuente: El autor

Ilustración 3 Listas de asistencia al curso

	UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS		CÓDIGO: FO-GDO-10	
	PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL		VERSIÓN: 05	PAGINA: 1 de 1
	FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA		FECHA: 16/09/2013	
			VIGENCIA: 2013	

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	
TEMA:	
FACILITADOR:	
FECHAS:	05 - Junio - 2017
HORARIO:	
LUGAR:	Universidad de los Llanos

No.	NOMBRE	OFICINA / ENTIDAD	CARGO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1.	Jeraldine Mendez Castro	Hegai gestión		1120376337	jeram2015@gmail.com	Jeraldine M
2.	Lady Diana Avila			65815400	diana.avila.arampa@gmail.com	Lady Diana Avila
3.	Carme Elba Velasquez			40361348		
4.	Yeni Paola Londano			40405909	averfuncional1583@gmail.com	
5.	Amanda Jimenez Angel			31021699	yajimenez9@univena.edu.co	
6.	Leydi Sedano Aguilar			31021700	leydi.sedano@hotmail.com	
7.	Maria Emma Diaz Gonzalez		Estudiante	1121901395		Emma Diaz
8.	Judith Garcia Gelvez			40385132	webas2sperez@gmail.com	
9.	Margie Tatiana Pineda Garcia			1121958830	martpineda@gmail.com	
10.	Ana Celia Cobillos Aldama			31037511	anacubillosanita33@hotmail.com	3122024695
11.	Nartha Patricia Espinoza Flores			31037115	espinozamartha66@gmail.com	327762352
12.	Sebastián Riaz B.	Unillanos	estudiante	1121949162	Sebastianriazb1114@hotmail.com	Sebastián R.
13.	Camila Machado C.	Unillanos	Estudiante	1006857225	acemikamachadoc@gmail.com	Camila M.C.
14.	Flavia Conrada Prozon	C. U. Vidas	Docente	40384504	flaviaprozon75@gmail.com	Flavia C.
15.	Sulma Soraida Hiler			40397902	sulma-1203@gmail.com	Sulma Soraida
16.	Sandra Johana Murillo Cuadras		secretaria	30682122		Sandra Murillo
17.	Fisica Castiblanco G.	Alcaldia El Castillo		1030671977	veraldcastiblanco@hotmail.com	Fisica Castiblanco
18.	Yeni Paola Moya	Alcaldia El Castillo		53099069	moya.yeny@hotmail.com	Yeni Paola Moya
19.	Claudia Torres Suarez	Alcaldia El Castillo	SRBcn	1032390571	Klaudiat-6924@hotmail.com	Claudia Torres
20.						

NOTA 1: Este formulario debe ser diligenciado con lapicero.

Fuente: El autor

ANEXO N°5 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ilustración 4 Consentimiento informado para líderes

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROGRAMA DE ACCIÓN PARA SUPERAR LAS BRECHAS EN SALUD MENTAL PARA LÍDERES COMUNITARIOS DEL MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META

Respetado participante, de manera atenta le estoy invitando a expresar de forma escrita su voluntad de hacer parte en la presente investigación, cuyo objetivo es fortalecer las relaciones entre la comunidad y líderes comunitarios sobre Salud Mental.

De acuerdo con la legislación Colombiana esta es una nueva investigación de bajo riesgo pues no se realizaran intervenciones terapéuticas, farmacológicas o psicológicas en usted o su familia.

Para el anterior fin usted de manera libre expresa que ha sido informado y está de acuerdo con los siguientes aspectos:

1. Su participación, consiste en le aporte de la información diligenciamiento de una encuestas escritas que será suministrada por el equipo, dando respuesta con la información sobre lo que se pregunta en cada una de ellos.
2. No se le realizara a usted ninguna intervención o procedimiento terapéutico o farmacológico como parte de esta investigación.
3. Su identidad será mantenida en anonimato, de tal forma que será identificado con un código y no con su nombre u otro dato identificatorio.
4. Sera el equipo del proyecto el responsable de recolectar y custodiar los cuestionarios para procesar la información, con fines académicos y de investigación.
5. Al firmar este documento estoy autorizando a los enfermeros en proceso de información del programa de enfermería de la universidad de los llanos en coordinación de la Docente Zulma Johana Velasco Páez, para usar la información respondida en las encuestas con fines académicos.

Yo _____
identificado con la cédula de ciudadanía
N° _____ he decidido participar libremente en
la investigación y declaro que conozco los objetivos y clase de riesgos que está
tiene.

Fuente: El autor