



Documento marco

---

## Salud mental en contexto de post-crisis y de desarrollo

---

Dirección de Recursos Técnicos  
Abril 2011

## **Autor**

Guillaume Pégon

## **Contribuciones**

Céline Abric

Jennifer Barak

Sabrina Célésia

Gilles Ceralli

Hannah Corps

Catherine Dixon

Priscille Geiser

Susan Girois

Pauline Guimet

Nathalie Herlemont-Zoritchak

Annie Lafrenière

Anne Leymat

Luciano Loiacono

Amandine Rave

Isabelle-Anne Rouby

Anthony Vautier

## **Edición**

Hándicap International

Dirección de Recursos Técnicos

Departamento de Gestión de Conocimientos

## **Traducción**

Aida Corella

## **Creación gráfica**

IC&K, Frédérick Dubouchet

Maude Cucinotta

## **Fotografías**

© G. Pégon, para Handicap International

# Sumario

Prefacio .....	4
<b>PRINCIPIOS Y PUNTOS DE REFERENCIA .....</b>	<b>7</b>
<b>CONTEXTO, DEFINICIONES E IMPORTANCIA .....</b>	<b>7</b>
A. Un objetivo prioritario pero ignorado .....	7
B. Algunos puntos clave.....	12
<b>¿POR QUÉ HAY QUE INTERVENIR?.....</b>	<b>22</b>
A. Ámbito de acción.....	22
B. Principios de intervención .....	25
<b>NOCIONES COMPLEMENTARIAS.....</b>	<b>27</b>
A. Enfoques transversales .....	27
B. Enfoques multisectoriales .....	32
<b>MODALIDADES DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>36</b>
<b>MODALIDADES .....</b>	<b>36</b>
A. Enfoque y metodología .....	36
B. Desarrollar la prevención y el acceso al tratamiento.....	40
C. Promocionar la capacitación y la participación social .....	42
D. Favorecer la incidencia y la desinstitucionalización .....	43
<b>EJEMPLOS DE MARCO LÓGICO.....</b>	<b>45</b>
A. Proyecto Salud Mental Ruanda 2010-2012 .....	45
B. Proyecto Salud Mental Líbano 2010 .....	48
<b>PERSPECTIVAS PARA EL PERIODO 2011-2015.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>52</b>
<b>RETROSPECTIVA DE LA SALUD MENTAL EN HANDICAP INTERNATIONAL .....</b>	<b>52</b>
<b>BIBLIOGRAFIA Y RECURSOS.....</b>	<b>56</b>
A. Bibliografía del documento marco.....	56
B. Publicaciones en psicología clínica y psiquiatría.....	57
C. Recursos.....	59
E. Documentos de capitalización .....	61
F. Informes de estudios.....	62
G. Sitios web de referencia .....	63

“Los recientes conflictos y catástrofes naturales en Afganistán, Indonesia, Sri Lanka y Sudan, entre muchos otros, provocan a corto plazo casos graves de sufrimiento psicológico y social que, si no se tratan adecuadamente, pueden provocar problemas psicosociales y trastornos mentales a largo plazo. Esto puede poner en riesgo la paz, los derechos de las personas y el desarrollo.”

**Comunicado de prensa común**

Organización Mundial de la Salud / UNICEF / 25 organizaciones humanitarias internacionales

**Nuevas líneas directrices para mejorar la ayuda psicológica y social en situaciones de urgencia**, 14 septiembre 2007

## Prefacio

La decisión de elaborar un documento marco sobre salud mental parte del hecho que muchos proyectos de Hándicap International intervienen en el ámbito de la psicología o del ámbito social, pero se desarrollan de manera aislada, sin espacios de intercambio ni los mismos puntos de referencia. Incluso los profesionales que trabajan en salud mental pertenecen a distintas corrientes: psicoanálisis, psiquiatría, trabajo social, terapias del comportamiento, cognitivas, sistémicas, etc. donde encontramos las mismas dificultades.

El interés manifestado por parte de numerosos Responsables y Directores de Programas, por la salud mental se acompaña de una dificultad para definir las líneas maestras y las especificidades. Este documento marco no pretende constituir un proyecto de salud mental uniforme, su objetivo es promover la aplicación de intervenciones e intercambios teóricos a partir de planteamientos *pragmáticos* en salud mental, ofreciendo un espacio de diálogo, de confrontación y de construcción conjunta (entre los distintos campos, entre la dirección y los servicios de urgencia, el desarrollo y los recursos técnicos). ¡Tenemos que enmarcar, no uniformizar!

Esta iniciativa del ámbito técnico "Prevención y Salud" pretende dar una nueva visión a los actores de Handicap International a partir de instrumentos específicos de los enfoques y de las intervenciones en el ámbito de la salud mental. Cuando hablamos de "salud mental" no solo estamos hablando del trabajo de los psicólogos, los psiquiatras, los psicoanalistas, etc. que tratan al paciente desde su consulta o desde una "torre de marfil". "Trabajar en salud mental", significa establecer y hacer posible la convivencia. Hoy en día, los profesionales en salud mental no solo tratan a los individuos poniendo una etiqueta según su trastorno, sino que pretenden socializarles tomando en consideración los elementos que les mantienen unidos al mundo (sus relaciones, sus motivaciones, sus recursos...).

### **Los proyectos de salud mental pretenden:**

- Acompañar a los huérfanos de las guarderías (Argelia)
- Prevenir la violencia interracial durante las elecciones generales (Kenia)
- Comprender el traumatismo intergeneracional de los adolescentes cuyos padres han vivido un genocidio (Ruanda)
- Facilitar la aplicación de una red de intercambios de prácticas profesionales que permita acompañar mejor la precariedad y la exclusión social (Francia)

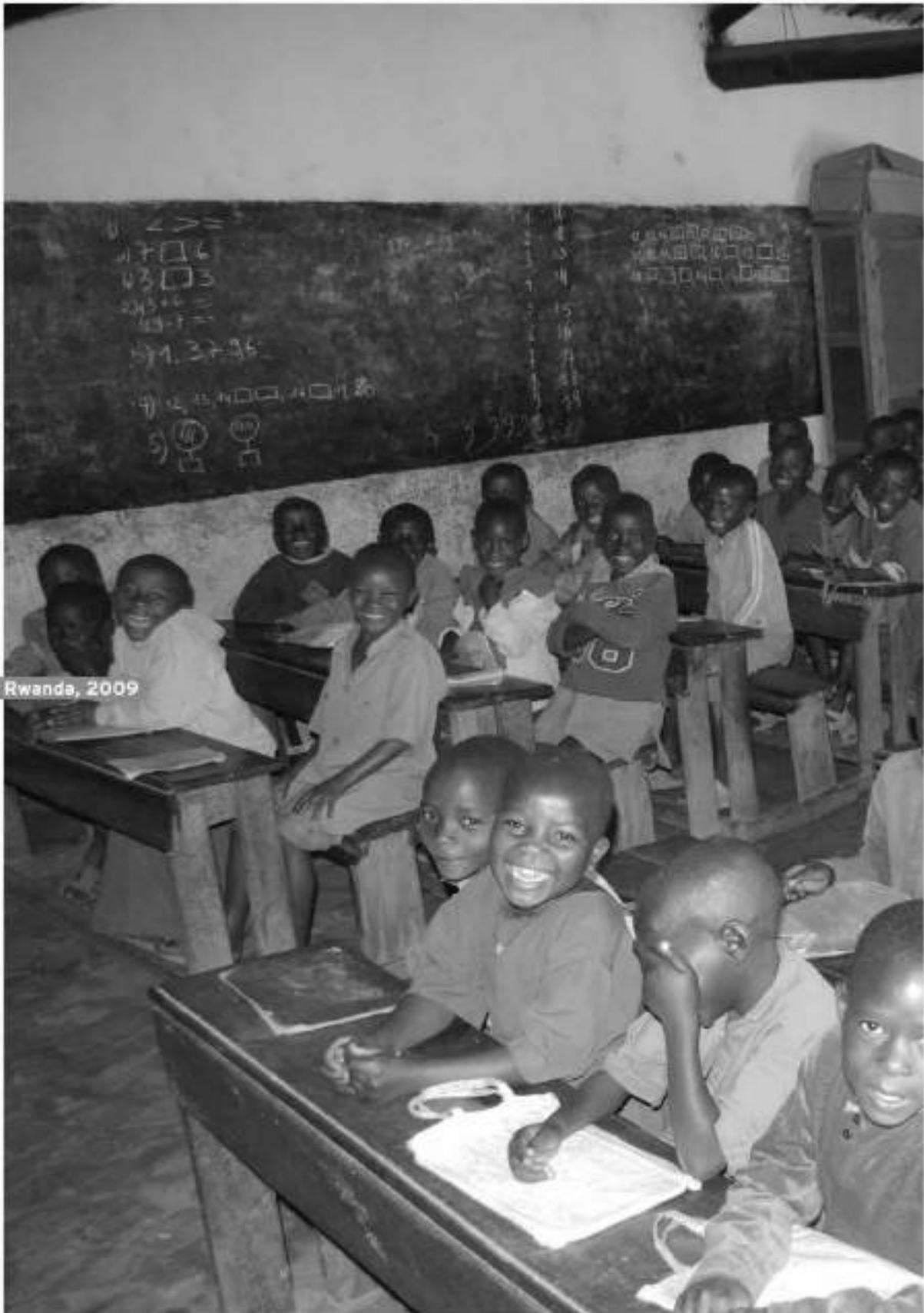
- Mejorar la relación terapeuta/paciente frente al estigma que provocan algunas enfermedades como el SIDA, la úlcera de Buruli, la diabetes)
- Crear grupos de charla para proveer espacios de socialización a las familias o a los individuos aislados por una discapacidad (Mozambique)
- Participar en la mejora de las condiciones de vida en la cárcel (Madagascar)
- Prevenir la violencia sexual en los campos de refugiados (Líbano).

Hay que medir, definir, vincular, poner en relación cada una de estas situaciones con el mundo exterior (Ver Latour, 2000). El objetivo de los proyectos de Handicap International es llevar a cabo la organización y los equipos (formación, servicios, actividades, etc.) para establecer una mediación entre mundos que creíamos aislados entre sí (padres/hijos, terapeuta/paciente, profesionales de salud/profesionales del ámbito social, instituciones de educación primaria/secundaria/terciaria, etc.).

El objetivo del documento "Salud Mental", tal y como se ha concebido consiste en centrar la atención sobre el desarrollo de la acción (o mejor dicho, de la interacción). Se dejan de lado las teorías basadas en las estructuras "globalizantes" (que dominan a los individuos) o en las limitaciones cognitivas de las personas (en su psicología individual). Nuestro planteamiento, no se basa en la psicología individual y en las categorías de un público predeterminado, sino que tiene la particularidad de centrarse en la situación que produce sufrimiento, es decir, la relación entre las personas, pero también en la relación con las cosas, los objetos y los seres naturales (creencias religiosas, por ejemplo) que les rodean. Las innovaciones técnicas e institucionales son un área de especialización para ésta salud "*bottom-up*", ya que permiten entender como el entorno natural y técnico y los dispositivos que los utilizan son construidos conjuntamente.

**Guillaume Pégon**

Referente Técnico Salud Mental (2011)



Rwanda, 2009

# PRINCIPIOS Y PUNTOS DE REFERENCIA

## CONTEXTO, DEFINICIONES E IMPORTANCIA

### A. Un objetivo prioritario pero ignorado

#### Los datos

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades mentales se encuentran en tercera posición de las enfermedades en términos de prevalencia y son las responsables de una cuarta parte de las discapacidades.

En medicina general, se sitúan en segunda posición a nivel mundial, tras las enfermedades cardiovasculares. Cada año, estas afectan a una de cada cinco personas, una de cada tres, si nos referimos a la prevalencia en una vida entera.

La OMS destaca cinco enfermedades mentales entre las diez patologías más preocupantes para el siglo XXI:

- La esquizofrenia
- Los trastornos bipolares
- Las adicciones
- La depresión
- Los trastornos obsesivo-compulsivos.

Todas las estimaciones consideran que si no se toman las medidas necesarias rápidamente, la situación empeoraría con el aumento del 50% de la contribución de las enfermedades mentales a la carga de morbilidad debido al conjunto de enfermedades desde hoy hasta el 2020.

#### Discapacidad y salud mental

En muchos países, muchos enfermos mentales y/o deficientes intelectuales no tienen acceso a un tratamiento especializado porque no existe, o porque no hay una capacidad de acogida suficiente. Por lo tanto, estas personas se encuentran en dispositivos sociales, a veces sin ayuda ni seguimiento, o fuera de cualquier dispositivo.

Además, a parte de una enfermedad psiquiátrica, la discapacidad produce una situación de desamparo psíquico, que es el resultado de factores complejos que se retroalimentan (vulnerabilidad individual, sucesos de la vida, etc.), que pueden provocar un vuelco hacia una forma de retirada progresiva y a no solicitar un tratamiento.

Efectivamente, la evaluación de las necesidades en salud mental de las personas discapacitadas no es posible debido a la ausencia de la demanda explícita de un tratamiento. Los profesionales (pedagogos, agentes comunitarios, médicos, profesionales del ámbito social y de salud mental), pueden detectar y explicar estas necesidades con más facilidad, cuando éstos existen. La situación de desamparo psíquico causado por una situación de discapacidad es una doble carga que esconde:

- Injusticias (discriminación, estigmatización, rechazo, exclusión<sup>1</sup>)
- Y las necesidades para luchar contra estas injusticias<sup>2</sup>.

A pesar de los insuficientes datos epidemiológicos en este campo, la certeza de que existen situaciones de desamparo psíquico manifestadas en el ámbito social, en lugares y con formas múltiples, hace pensar en la magnitud y la complejidad de las necesidades en salud mental, a parte de las de la propia enfermedad mental.

Los problemas de salud mental están relacionados con una cantidad diversa de situaciones personales, sociales y ambientales complejas. Los proyectos de salud mental de Hándicap International están dirigidos principalmente a la población vulnerable e aislada, particularmente a las víctimas de guerra y del genocidio, los huérfanos, las mujeres víctimas de violencia, las personas con discapacidad física, sensorial o intelectual y las personas con enfermedades incapacitantes.

Sin embargo, independientemente de la discapacidad, se les dirige<sup>3</sup> hacia un dispositivo de salud mental, que se efectúa generalmente desde los sistemas de asistencia solicitados (sanitario, social, educativo, judicial) que detectan una situación de desamparo psíquico.

Sin embargo, sería necesario definir mejor esta situación de desamparo psíquico de la que es muy difícil disociar el carácter patológico de la representación o del sentimiento de desamparo de origen no patológico (propio de la vida ordinaria). Así, en un país con un sistema de salud mental, la única forma de establecer una relación fiable entre la declaración de sufrimiento (o de limitación de actividades) y el sufrimiento psíquico, es mediante el acceso al tratamiento en un establecimiento o un ambulatorio. ¿Y qué sucede en los países donde no hay ninguna institución ni ningún recurso humano especializado en salud mental?

---

<sup>1</sup> La enfermedad mental es la causa de estigmatización y de discriminación. En las sociedades tradicionales, las personas con problemas de salud mental son rechazadas a menudo por la comunidad y es muy difícil que encuentren una plena reinserción socio-profesional, incluso cuando ya se han sanado.

<sup>2</sup> Esta "invisibilidad" no se debe tanto a una percepción menor del desamparo psíquico (en relación a la deficiencia mental, por ejemplo) sino al hecho de no tomar en consideración las consecuencias de las especificidades de los desamparos psíquicos por parte de la colectividad social. Y además, porque esta falta de perceptibilidad es muy relativa, ya que los efectos de la enfermedad mental y del tratamiento sobre el aspecto físico de la persona son la mayoría de las veces muy visibles y aterradoras.

<sup>3</sup> Dirigir al paciente significa mucho más que orientarle simplemente para un registro. Se trata de un acompañamiento personalizado que integra las necesidades y los recursos de la persona según la particularidad de su problemática psíquica.

## Recomendaciones

Por esta razón, cualquier medida política de salud pública debería incluir un apartado importante dedicado a la salud mental que incluya la prevención, el tratamiento, el seguimiento y la inserción social, la promoción de la salud mental, la lucha contra la estigmatización de la enfermedad mental y las situaciones de discapacidad que esta conlleva. Estas medidas políticas deberían permitir reforzar el papel institucional de los enfermos, el de sus familias y su entorno, principales actores del sistema de salud junto con los profesionales.

También deberían promover la evaluación de las estructuras, de las actividades y de la práctica para conocer a fondo y dar a conocer la importancia de las acciones que se llevan a cabo. Para poder garantizar un tratamiento global, de buena calidad y en total seguridad, y que forme parte de un circuito personalizado para los enfermos que no están capacitados para solicitar un tratamiento. Se necesitan tres condiciones: la proximidad, el tratamiento pluridisciplinario y la buena coordinación de todos los profesionales.

Este documento pretende tratar el conjunto de estas problemáticas, presentando transversalmente la manera como Hándicap International pretende encontrar las soluciones.



Actualmente, no existen datos específicos sobre el desamparo psicológico. Este capítulo solo aborda los trastornos mentales, tal y como se definen más abajo. La ausencia de datos sobre el desamparo psicológico y las discapacidades asociadas, constituye un argumento significativo para fomentar su incidencia y dar visibilidad a esta problemática. Por favorecer la incidencia, prestaremos especial atención a la realización de estudios sobre el desamparo psicológico en los distintos contextos de post-crisis y de desarrollo (ejemplos: en prisiones o en campos de refugiados, tras una catástrofe natural, etc.).

## Elementos contextuales<sup>4</sup>

- **450 millones de personas presentan un trastorno mental, neurológico o problemas psicosociales.** (Ver Organización Mundial de la Salud, 2001).
- **Las enfermedades mentales son un fardo para todos los países.** Según un estudio reciente sobre la salud en el mundo, la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y la Universidad de Harvard han llegado a la conclusión que los enfermos mentales representan más del 15% del total de las enfermedades (más que el cáncer) en los países desarrollados como los Estados Unidos. Son una causa mayor de pérdida de productividad tanto para los países desarrollados como para los países en desarrollo. Tres cuartas partes de las personas afectadas viven en un país en desarrollo. (Ver OMS, 2001).
- **Los trastornos mentales pueden provocar suicidios o tentativas de suicidio.** En el 90% de los casos, el suicidio está precedido de episodios psicopatológicos, a menudo de carácter depresivo.
- **Salud mental y salud física van unidas.** El estrecho lazo que une la salud mental y la salud física es cada vez más conocido.  
Por ejemplo:
  - Los dolores de espalda son a menudo consecuencia de trastornos mentales
  - La depresión representa un factor de riesgo para las enfermedades cardíacas.Y viceversa, las personas víctimas de enfermedades crónicas o de larga duración (SIDA, diabetes, etc.) desarrollan depresiones graves con más frecuencia que el resto de la población. Por otra parte, la comorbilidad que asocia trastornos mentales con una afección física está relacionada con un respeto menos escrupuloso del tratamiento y tiene resultados terapéuticos menos eficaces.
- **Los trastornos mentales tienen un coste social y económico muy elevado.** Los trastornos mentales no solo son un problema de salud pública, también gravan seriamente los recursos de la sociedad y los de sus mecanismos económicos, educativos, sociales, penales y judiciales, a parte de las consecuencias para los enfermos y sus familias. Se encuentran entre las tres principales causas de ausencia laboral.

---

<sup>4</sup> Fuentes:

- Benedetto SARACENO, Organización Mundial de la Salud, Director del Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Refuerzo de los sistemas de salud mental en los países con rendas bajas y medias, Encuentro Internacional, Rimini, 21-24 abril 2009

- Organización mundial de la Salud, Director del departamento Salud Mental y Toxicomanías, Informe sobre la salud en el mundo 2001

- La salud mental: Nueva concepción, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización mundial de la Salud, 2001, 172 p.

[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_fr.pdf5](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf5)

- **Los recursos humanos en salud mental en los países con rendas medias y bajas son más que insuficientes.**
  - En los países con rendas altas hay más de 10 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, mientras que hay entre 0 y 1 por cada 100.000 habitantes en los países con rendas bajas;
  - Del 76.3% al 85.4% de los casos graves reciben un tratamiento en menos de 12 meses en los países desarrollados, y solo del 35.5% al 50.3% en los países en desarrollo<sup>5</sup>.
- **El porcentaje del presupuesto total para la salud que se destina a la salud mental en los países es demasiado baja:** Por ejemplo, pasa del 6.89% en los países con rendas altas al 1.54% en los países con rendas bajas.

## Obstáculos frecuentes

- **La voluntad política y los compromisos económicos para la salud mental son bajos porque:**
  - La incidencia para la salud mental se plantea de manera poco consistente y poco clara;
  - Las personas que sufren trastornos mentales y sus familias, generalmente no están organizados colectivamente y no tienen peso político en la mayoría de los países;
  - La estigmatización de la enfermedad mental implica una falta de interés del público en general y de algunos profesionales en particular: los médicos no escogen la rama de la psiquiatría;
  - Existe un prejuicio que consiste en pensar que los tratamientos en salud mental son ineficaces y poco rentables;
  - Los recursos en salud pública son limitados, se da la prioridad a otras intervenciones que se consideran más eficientes.
- **Los recursos en salud mental están centralizados en las ciudades e instituciones, o cerca de ellas porque:**
  - Generalmente se necesita encontrar fondos suplementarios para llegar hasta las comunidades, más cerca de la población afectada.
- **Es difícil integrar los servicios de salud mental en los servicio de atención primaria porque:**
  - Los profesionales de los servicios de atención primaria están desbordados;
  - Una vez han sido formados en salud mental, no se les supervisa;

---

<sup>5</sup> The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys, in JAMA, June 2<sup>nd</sup> 2004, n°291, p. 2581-2590

<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/291/21/2581>

- No tienen acceso a los medicamentos en general y en especial a los psicotrópicos.
- **Los responsables de servicio de salud mental no son competentes, ni tienen experiencia en salud pública porque:**
  - Los que consiguen los puestos de dirección del servicio no están formados en salud pública o en gestión de proyectos;
  - La salud mental no se incluye en los programas de salud pública.

## B. Algunos puntos clave<sup>6</sup>

### La salud mental

Tal como ocurre con la salud física, la salud mental no es solamente la ausencia de enfermedades.

La evolución en los últimos treinta años en la conciencia de las dimensiones positiva/negativa de la salud mental ha conducido a un enriquecimiento considerable del concepto. (Ver cuadro “Enfoque sobre la evolución de la noción de salud mental”). Anteriormente la psiquiatría tradicional trataba sobre todo patologías mentales, pero ahora se distinguen tres dimensiones de la salud mental:



---

<sup>6</sup> Esta parte está basada en el documento siguiente: Boisson M., Godot C., Sauneron S. La salud mental, asunto de todos. Para un enfoque coherente de la calidad de vida. Paris: Centro de análisis estratégico, 2009, p. 20-24. Las comillas indican, en ausencia de datos complementarios, las informaciones sacadas de este informe.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf>

## El desamparo psicológico

Es un “estado de malestar que no tiene por qué revelar la existencia de una patología o un trastorno mental. Indica la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión, poco intensos o pasajeros, que no corresponden a criterios diagnósticos de trastornos mentales y que pueden ser la consecuencia de situaciones agotadoras (migraciones, exilio, catástrofes naturales que pueden provocar una sintomatología propia de un traumatismo psicológico) y a dificultades existenciales”. Cuando el desamparo psicológico está relacionado con una causa social, se le conoce como desamparo psicossocial<sup>7</sup> (o desamparo psíquico de origen social). El desamparo psicológico no siempre provoca trastornos mentales (aunque pueden estar asociados), tampoco es patológico, pero es lo bastante severo para poder incluirlo en una definición negativa de la salud mental (sufrimiento extremo, incapacitante, invalidante, alienante, etc.). “La evaluación del grado de intensidad de desamparo psicológico, su permanencia y su duración, así como sus consecuencias, son las que pueden llevarnos a la necesidad de atención sanitaria.”

El desamparo psicológico generalmente se mide con una escala de calidad de vida SF-36<sup>8</sup>, que permite evaluar la salud física y mental de un individuo mediante treinta-y-seis preguntas relacionadas con ocho aspectos de la salud (actividades físicas, actividades sociales, resistencia moral, física y emocional para realizar las actividades de la vida diaria, dolor físico, salud mental general, vitalidad, percepción del estado de salud general). Las respuestas se anotan en una escala de frecuencia. Un resultado global de salud psíquica se calcula sumando los valores de las respuestas de cada pregunta (el resultado final varía de 0 a 100). Un resultado inferior o igual a 52 es indicativo. No realiza un diagnóstico preciso, pero permite estimar la proporción de la población que tiene síntomas lo bastante importantes o intensos para clasificarlos en un grupo con riesgo probable de sufrir desamparo psicológico. “Si la situación de desamparo psicológico es temporal y aparece después de una situación estresante, se considera una reacción adaptativa normal. Por el contrario, cuando se intensifica y perdura, puede constituir el indicador de un trastorno mental.”

---

<sup>7</sup> En una situación de desamparo psicossocial, la “clínica psicossocial” incluye todas las situaciones que provocan exclusión y precariedad social: pobreza, ausencia de vivienda, pérdida de lazos familiares y/o sociales, pérdida de empleo, pérdida de toda identidad, de un reconocimiento de existencia, un valor, que permite estar en relación. La “clínica psicossocial” se sitúa entre la psiquiatría y el ámbito social. Se define como la rama que reconoce el desamparo psicossocial cuando aparece en los espacios sociales, en ocasiones y a través de la pérdida de los “objetos sociales” (los más importantes: trabajo, dinero, vivienda). A este nivel, no se diferencia entre la patología puramente psiquiátrica y el desamparo psíquico: nos encontramos en un sistema social con identidad propia. Las formas clínicas de expresión del desamparo se basan en la pérdida de los objetos sociales y en los tratamientos de ayuda y de asistencia. Ver Observatorio Regional Ródano-Alpes sobre el sufrimiento psíquico en relación con la exclusión: <http://orspere.fr>

<sup>8</sup> Cf. SF-36, Una comunidad para la evaluación de los resultados de salud usando los instrumentos SF: <http://www.sf-36.org/>

## Los trastornos mentales

Los trastornos mentales se diagnostican a partir de manuales de referencia (DSM IV<sup>9</sup> - CIM 10<sup>10</sup>). Se refieren a criterios y a acciones terapéuticas determinadas de duración variable que pueden ser más o menos severas e incapacitantes. Debido a la gravedad de sus consecuencias en términos de mortalidad, de morbilidad y de invalidez, Handicap International se centra en los trastornos mentales siguientes:

- **Los trastornos psicóticos** (esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, delirio crónico)
- **Los trastornos depresivos caracterizados** (depresión, distimia)
- **Los trastornos de ansiedad** (síndromes traumáticos, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo)
- **Los trastornos por el uso de sustancias psicoactivas** (alcohol, drogas y medicamentos)
- **Los trastornos de la personalidad** (entre las que se encuentran las personalidades antisociales)
- **Los trastornos del desarrollo** relacionados con una enfermedad cromosómica o genética (síndrome de Down - trisomía 21, X frágil, síndrome de Prader Willi, síndrome de Smith-Magenis, síndrome de Williams)
- **Los trastornos generalizados del desarrollo** (trastornos autistas, síndrome de Rett, síndrome desintegrativo infantil, síndrome de Asperger, trastorno generalizado del desarrollo no específico)

## Salud mental positiva

“Se refiere a un estado de bienestar, un sentimiento de felicidad y/o de realización personal pero también a las características de la personalidad (resiliencia, optimismo, capacidad de hacer frente a las dificultades, sensación de tener el control su vida, autoestima). Es un estado positivo, de equilibrio y de armonía entre las estructuras del organismo y las del entorno donde uno se debe adaptar.

Es la parte de “salud” dentro del concepto de salud mental, que se define no solo con la ausencia de trastornos, si no como una capacidad dinámica e incluso como “un esfuerzo permanente, una perpetua conquista de la autonomía”<sup>11</sup>. Esta diferenciación en tres dimensiones invita a superar el modelo dualista que opone “ser un enfermo mental” y “gozar de buena salud mental”, hacia un sentido “neutro” como el de “no tener

---

<sup>9</sup> El DSM IV (Manual de Diagnóstico y Estadística, revisión 4), es una herramienta de clasificación de los trastornos mentales publicada por la “Asociación Americana de Psiquiatría”. Representa el resultado actual de los esfuerzos llevados a cabo en los últimos treinta años en los Estados- Unidos para definir concretamente los trastornos mentales.

<sup>10</sup> La CIM 10 (Clasificación internacional de las enfermedades, revisión 10) publicada por la Organización mundial de la Salud. Desde 1893 (fecha de la primera versión), la CIM permite la codificación las enfermedades, de los traumatismos y del conjunto de los motivos de asistencia a los servicios de salud.

<sup>11</sup> Paul Silvadon, Jeanne Duron, La santé mentale, ed. Privat, 1979.

enfermedad mental". Además, se trata de poner en evidencia que no son siempre los mismos factores que intervienen en la ausencia de trastornos mentales y la salud mental positiva: algunas causas de estrés afectan los trastornos mentales, pero no siempre se reflejan en la salud mental positiva; y viceversa, por ejemplo, el hecho de practicar ejercicio físico está relacionado con una buena salud mental, pero no tiene acción sobre las patologías. Para terminar, la enfermedad mental y la salud mental no son mutuamente exclusivas: una persona que padece una enfermedad mental puede gozar en otros aspectos de una salud mental positiva."

### »« Enfoque sobre la evolución de la noción de salud mental<sup>12</sup>

"Desde los años 50, la visión de la **enfermedad mental** ha evolucionado con el desarrollo de las grandes clases de psicotrópicos (sobre todo los medicamentos con efectos psicotrópicos) que han aportado cambios radicales en el tratamiento administrado a las personas con trastornos mentales (antes, no existía prácticamente ninguna sustancia química capaz de actuar con eficacia en los grandes síndromes psíquicos). Este cambio ha condicionado el movimiento de desinstitucionalización y de las alternativas a la hospitalización.

La reinención del tratamiento de las enfermedades mentales se basa en la integración de la psiquiatría en el campo de la salud mental: ya no se encierra a los "locos", ahora son personas que padecen trastornos mentales, que hay que apoyar en su autonomía y a la vez contener en su patología.

El seguimiento sanitario y médico-social en un entorno abierto sigue siendo problemático. Es un proceso en construcción permanente, que parte de un diagnóstico de déficit crónico de coordinación de los actores y de integración de las personas afectadas por incapacidades psíquicas o intelectuales.

Desde los años 90, el desamparo (...) psicológico, independientemente de la patología, es objeto de una gran atención. Las distintas formas de expresión del "malestar": síntomas de depresión o de ansiedad, estrés, trastornos psicósomáticos, sentimiento de culpabilidad, agotamiento profesional, no han sido desconocidas hasta el momento. Pero ahora adquieren un nuevo significado, porque las hemos asociado de manera creciente a la evolución de los modos de vida, de las estructuras sociales y de las instituciones. Y esto debido al aumento de los factores de agresión (en el trabajo, en la escuela, etc.), o al hecho que se considera el desamparo psíquico de origen social (como un desamparo de "condición", relacionado con la precariedad y la exclusión). Por eso, se baraja la

---

<sup>12</sup> Source : Boisson M., Godot C., Sauneron S., La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie. Paris : Centre d'analyse stratégique, 2009, p. 21 - 22.  
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf>

hipótesis de una vulnerabilidad estructural que se manifestaría socialmente en forma de desamparo psicológico<sup>13</sup>.

El lugar común de las “patologías modernas” hace convergir un conjunto de nociones como el “desamparo laboral”, el “desamparo psicosocial” o “los riesgos psicosociales”<sup>14</sup>.

Recientemente se han incluido **los aspectos positivos de la salud mental** para determinar otras expresiones de la subjetividad. La aparición de una tercera dimensión de la salud mental da una nueva coherencia a un conjunto de estados muy identificados empíricamente: logro y realización personal<sup>15</sup>; sentimiento de valor personal (*self-esteem*); registros de “la inteligencia socio-emocional”, como exactitud de la percepción consciente y del control de sus emociones, capacidad de expresar sus emociones de manera adecuada, de identificar las emociones del otro y de saber reaccionar<sup>16</sup>; sentimiento de influencia o de control (*mastery*) sobre su destino y su entorno (opuesto a los sentimientos de desposesión o de impotencia); capacidad de adaptación (*coping*) o de resiliencia individual, inteligencia emocional, disposición para enfrentarse al estrés o a los momentos difíciles de la vida; estados de satisfacción, de bienestar o de felicidad<sup>17</sup>.

A las diferentes nociones no les faltan comparaciones ni “sentido común”, no son indiferentes a los marcos sociales de la experiencia. Cuanto más valorizado está el individuo por su autonomía y su sociabilidad, más revalorizados están estos aspectos. Aunque las corrientes anglo-sajonas tienen una influencia decisiva en el reconocimiento de la salud positiva, algunos analistas destacan la estrecha relación con los valores particulares de las sociedades anglo-sajonas. Esta crítica está asociada a conflictos disciplinares: en Francia, los seguidores de la visión psicodinámica o psicoanalítica se

---

<sup>13</sup> La doble faceta, social y psicológica, del sufrimiento activa la controversia sobre la “evolución psicológica de la sociedad” o la “evolución médica del ámbito social”. Es muy contradictoria, esta intrincación característica del “pensamiento general” de nuestras sociedades, o las “nociones de proyecto, motivación, comunicación hoy son la norma” que estructuran nuestra convivencia. El lenguaje de la “vulnerabilidad individual de masa” permite nombrar las nuevas tensiones en las trayectorias de vida marcadas por la responsabilidad y a la vez por la inseguridad personal (Alain Ehrenberg, *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 2000).

<sup>14</sup> “Ver los estudios seminarios de Hélène Strohl y de Antoine Lazarus, “Une souffrance qu'on ne peut plus cacher”, Delegación interministerial en la ciudad, 1995, sobre la precariedad y de Christophe Dejours, “Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale” Paris, Seuil 1998, basada principalmente en el trabajo.

<sup>15</sup> Lo que no funciona sin contradicciones. Las aspiraciones de los individuos, relacionadas con el entorno, los llevan a exigencias más o menos grandes: cuanto más grandes son, mejores serán las oportunidades de satisfacción, pero también las de insatisfacción y los riesgos para la salud mental crecen, Ver. Henry B. Murphy, *Comparative psychiatry: the international and intercultural distribution of mental illness*, Berlín New-York, Springer-Verlag, 1982.

<sup>16</sup> “John D. Mayer, Peter Salovey, David R. Caruso, « Models of emotional intelligence” in Robert J. Sternberg (Ed.). *Handbook of Human Intelligence* (2nd ed), New York: Cambridge, pp. 396-420, 2000.

<sup>17</sup> Algunos nociones son más transversales, como la “madurez” psicológica, vista como la gestión aprendida a varios niveles: sentimiento de coherencia de la identidad, intimidad (capacidad para relacionarse sin miedo a perderse), generatividad (capacidad para interesarse al otro más allá de su entorno habitual), integridad (capacidad para considerar su vida con satisfacción), etc. ,Erik Erikson, “Growth and Crisis of the ‘healthy personality’”, *Childhood and Society*, New York, WW Norton, 1950.

oponen a menudo a la salud mental positiva, juzgándola de inspiración cognitivista y comportamentalista.

Estas dificultades teóricas se simplifican de todos modos en la práctica: las intervenciones de los profesionales (en la esfera familiar, en el trabajo, etc.) integran generalmente aspectos de salud mental positiva al mismo tiempo que participan fundamentalmente en la calidad de vida y en el funcionamiento social de los individuos<sup>18</sup> (...).“

## Los tres procesos continuos

A partir de las definiciones anteriores “la salud mental se puede situar en la intersección de dos procesos continuos, según un modelo inspirado del ministerio de Salud canadiense<sup>19</sup>20:

- **1º Proceso continuo: de una mala salud mental a una salud mental óptima**  
“El primer proceso continuo tiene como polos, respectivamente, la salud mental óptima y la mala salud mental. La salud mental óptima es una situación en la cual las demandas y las contribuciones respectivas de la persona, del grupo y del entorno están equilibradas. La mala salud mental define el estado de dificultad psicológica o de desamparo psíquico descrito anteriormente. Lo contrario de salud mental positiva no es solo la enfermedad mental, si no la dificultad (estrés permanente y destructor) que tiene factores internos y externos.”
- **2º proceso continuo: de la enfermedad mental grave a la ausencia de síntomas de enfermedad mental**  
“El segundo proceso continuo va desde la enfermedad mental grave hasta la ausencia de síntomas de enfermedad mental. Entre estos dos extremos, encontramos diferentes situaciones en las que los síntomas de trastorno mental están presentes en distintos grados.

---

<sup>18</sup> “En su definición de los resultados de la “cura”, Freud aceptaba como normas de bienestar psicológico “la capacidad de amar y de trabajar”, muy cercanas a la idea de “funcionamiento”. La tradición psicoanalítica ve también la salud mental en relación a la expresión de una energía interna que, cuando no es reprimida, permite a la persona humana realizar sus aspiraciones intelectuales, sexuales y emocionales y se refiere a la “realización personal”. Los mecanismos de defensa, la fuerza del Yo y la dinámica intra-psíquica son también nociones coherentes con la salud mental positiva como capacidad de adaptación y de afrontar las cosas. En las definiciones norteamericanas de salud mental, la noción de capacidad de adaptación es más normativa y se aconseja evitar el sufrimiento, cuando el proceso psicoanalítico reconoce un papel al sufrimiento en el trabajo psíquico.

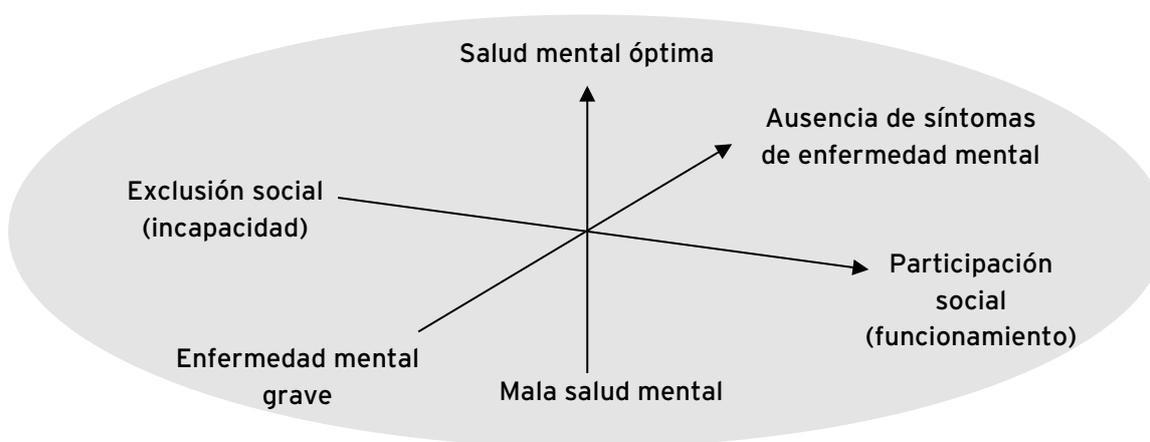
<sup>19</sup> “La salud mental de los Canadienses: hacia un equilibrio justo, 1998”.

<sup>20</sup> Esta parte está basada en el documento siguiente: Boisson M., Godot C., Sauneron S. La salud mental, asunto de todos. Para un enfoque coherente de la calidad de vida. Paris: Centro de análisis estratégico, 2009, p. 20-24. Las comillas indican, en ausencia de datos complementarios, las informaciones sacadas de este informe.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf>

- **3º proceso continuo**

A partir de los dos procesos continuos se define un tercer proceso, que parte de **la exclusión social hasta la participación social**, “que describe la repercusión de los trastornos de la subjetividad (enfermedad mental y mala salud mental) en los distintas tareas de la vida diaria (actividad física, personal, escolar, profesional, etc.). Este proceso continuo depende de las otras dos dimensiones mencionadas<sup>21</sup>”, y permite abordar el **Proceso de Producción de la Discapacidad (PPD)**, principal modelo explicativo de la discapacidad al que se hace referencia Hándicap International.



**Modelo del ámbito de la salud mental en tres procesos continuos<sup>22</sup>**

<sup>21</sup> “El funcionamiento social es la capacidad de la persona (de un grupo o de una colectividad) para desarrollar su papel en la sociedad. Se refiere al cumplimiento de distintos roles sociales, a la gama de comportamientos observados (gestos, palabras, actitudes), a los procesos mentales, a la capacidad de un individuo para organizar su día a día, o por lo contrario a sus incapacidades en la materia. Su realización permite una mejor comprensión de los procesos de readaptación o de rehabilitación psicosocial, basada en el restablecimiento de la autonomía (mediante el apoyo de las capacidades y las relaciones con el entorno). La escala de evaluación global del funcionamiento (EGF), mencionada en el DSM-IV, evalúa el funcionamiento psicológico, social y profesional en un proceso continuo que va de la salud mental a la enfermedad. En una escala sobre 100, se definen los estados que van de “un nivel superior de funcionamiento en una gran variedad de actividades (puntuación entre 91 y 100) - “nunca se siente desbordado por los problemas planteados”, “el resto le solicita porque tiene muchas cualidades” -, “tiene síntomas importantes o alteración importante del funcionamiento social, profesional o escolar” (puntuación entre 41 y 50) - “ausencia de relaciones sociales”, “incapacidad para mantener un empleo” -, hasta un peligro de auto o hetero-agresión o una incapacidad para mantener una higiene corporal (puntuación entre 1 y 10).”

<sup>22</sup> Adaptación del esquema presente en el documento: Boisson M., Godot C., Sauneron S. La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie. Paris: Centro de análisis estratégico, 2009, página 25 (<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf>), la fuente original del cual es: Instituto Canadiense de información sobre la salud. Mejorar la salud de los canadienses: explorar la salud mental positiva. Ottawa : ICIS, 2009.

## El Proceso de Producción de la Discapacidad y la salud mental<sup>23</sup>

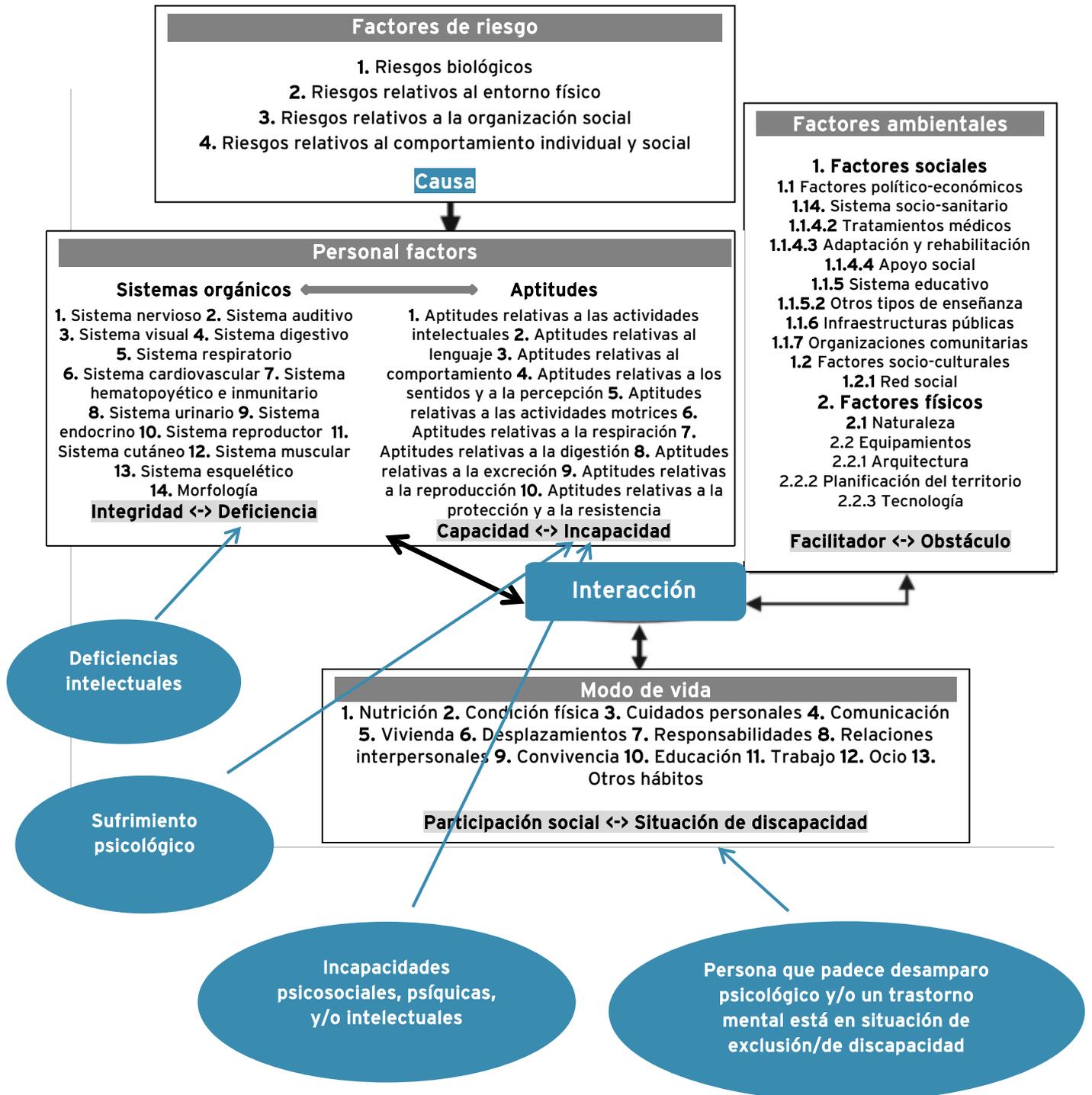
El Proceso de Producción de la Discapacidad (PPD) es un modelo que se diferencia de los modelos biomédicos que se centran en el diagnóstico, reduciendo así la persona a su patología y que sitúan la responsabilidad de la exclusión social en la persona y en las deficiencias e incapacidades. El PPD también es un modelo crítico con los modelos sociopolíticos centrados exclusivamente en los obstáculos estructurales del entorno para la participación social de las personas con diferencias funcionales o de comportamiento.

El PPD es un modelo dinámico que permite entender que la calidad de la participación social y el ejercicio de la ciudadanía de cada persona es el resultado de la interacción entre sus características específicas en los aspectos orgánicos, funcionales y de identidad, y las características de su contexto de vida real (micro-personal, socio-comunitario y macro-social). Es un modelo positivo que expande las posibilidades de intervención y de reconstrucción del sentido esencial necesario para elaborar los objetivos de vida. Demuestra que no se pueden reducir las posibilidades de participación social a partir de un diagnóstico o de un perfil funcional. Tampoco podemos olvidarnos del contexto y de las actividades y roles sociales valorados por la persona, que dan sentido a su proyecto de vida según su identidad específica. El modelo PPD es un instrumento eficaz y pedagógico para articular los cambios construidos en el proyecto de vida de personas que quieren maximizar sus posibilidades y capacidades para ejercer su ciudadanía potenciando los intercambios en contextos facilitadores y colaboradores. Está muy difundido y se utiliza en el Quebec y en el espacio francófono internacional en el ámbito de las personas "discapacitadas", que nosotros llamamos en este modelo "personas que sufren situaciones de discapacidad", y que de hecho es síntoma de una situación de exclusión social. Se dirige a toda persona humana sean cuales sean las diferencias funcionales y de comportamiento. Este modelo es mal conocido en el ámbito de la salud mental y de las personas que sufren las consecuencias sociales de las incapacidades psiquiátricas. (...) Todavía hoy, en salud mental, encontramos una reticencia importante a utilizar el término "discapacidad" que se percibe como una característica personal y exclusiva de las personas que presentan incapacidades de tipo motor, visual, auditivo o del lenguaje. (...) Sin embargo, la exclusión social sufrida por las personas con incapacidades mentales participa en gran medida en este ámbito de la construcción social y cultural de la discapacidad, que no se define como una característica de la persona "enferma" si no como la interacción entre la persona (deficiencias, incapacidades, identidad) y su entorno (obstáculos) que conducen a esta exclusión social (situación de discapacidad) en algunos aspectos de su vida y que ocurren de manera variable tanto en intensidad como en frecuencia."

---

<sup>23</sup> Fuente: FOUGEYROLLAS P., ST-ONGE M., El modelo del Proceso de producción de la discapacidad y su potencial para entender mejor e intervenir en los factores determinantes de la participación social y del ejercicio de la ciudadanía en salud mental: [http://www.aqrp-sm.org/colloque/resumes/xive/O3\\_xive-atelier-sum.pdf](http://www.aqrp-sm.org/colloque/resumes/xive/O3_xive-atelier-sum.pdf)

**El Proceso de Producción de la Discapacidad<sup>24</sup> y las diferentes problemáticas y las formas de incapacidades, que encontramos en el sector de la salud mental en Hándicap International**



<sup>24</sup> FOUGEYROLLAS P., CLOUTIER R., BERGERON H., COTE J., ST-MICHEL G. *Classification québécoise : Processus de production du handicap*. Lac St-Charles : Red Internacional sobre el Proceso de Producción de la discapacidad (RIPPH), 1998.

## Definiciones de las incapacidades

### **Incapacidades psicosociales**

Las incapacidades psicosociales (*psicosocial disabilities*) están relacionadas con el desamparo psicológico, sea cual sea la causa (migración, exilio, catástrofe natural, pobreza, ausencia de vivienda, pérdida de lazos familiares y/o sociales, pérdida de trabajo). Las incapacidades que son el resultado de situaciones determinadas deben reconocerse como tal, porque perturban la participación en la vida social de las personas afectadas (inaptitudes relacionadas con el comportamiento, el lenguaje, las actividades intelectuales), estas personas pierden sus habilidades sociales y su capacidad para ocuparse y para cuidar de sí mismos (inaptitudes relacionadas con la protección y la asistencia). Las situaciones de discapacidad como resultado de incapacidades de tipo psicosocial, relacionadas con el entorno, las pueden sufrir tanto niños como adultos. Sin embargo, se debe prestar especial atención a los niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad educativa: carencias afectivas, violencias, precariedad del entorno social... De hecho, sabemos que el origen de los trastornos mentales en la edad adulta se halla en las dificultades infantiles que no han sido tratadas a su debido momento.

### **Incapacidades psíquicas**

Las incapacidades psíquicas (*mental disabilities*) están relacionadas con la cronicidad de los trastornos mentales graves (esquizofrenia, psicosis maniaco-depresivas, depresión) que aparecen generalmente en la adolescencia o al principio de la edad adulta. El síndrome de estrés post-traumático, también considerado como una enfermedad mental grave, aparece después de una situación durante la cual la integridad física y/o psicológica de la persona (y/o de su entorno) ha sido amenazada o efectivamente afectada (accidente grave, muerte violenta, violencia sexual, agresión, enfermedad grave, guerra, atentado, inundaciones violentas...). La mayoría de las personas afectadas por este tipo de trastornos pueden ser "estabilizadas" en el plano médico, pero a veces presentan secuelas profundas. No hay deficiencia intelectual sistemática o permanente, pero las incapacidades del comportamiento y afectivas se traducen en dificultades para conseguir o expresar habilidades psicosociales (inaptitudes a nivel del lenguaje, del comportamiento, o las relacionadas con la protección y la asistencia). Les siguen los déficits de atención y las dificultades para elaborar y seguir un plan de acción y una alternancia de estados de calma y de tensión.

### **Incapacidades intelectuales**

Las incapacidades intelectuales (*intellectual disabilities*) están relacionadas con la deficiencia intelectual (*intellectual impairment*) generalmente asociada a un trastorno del desarrollo o a un trastorno generalizado del desarrollo, sea cual sea la causa (genética, cromosómica, biológico-orgánico y ambientales, entre las cuales se encuentran las nutricionales). Se entiende por deficiencia intelectual la limitación significativa, persistente y duradera de las funciones intelectuales (evaluadas a partir del Cociente Intelectual) de un sujeto en relación a los sujetos de su misma edad que no presentan esta limitación. Las incapacidades que provoca pueden tener distintos grados que perturban las capacidades de aprendizaje (*learning disabilities*), la adquisición de memorización de conocimientos, la atención, la comunicación, la autonomía social y

profesional, la estabilidad emocional y el comportamiento. La deficiencia intelectual aparece generalmente al nacer o en los primeros meses de vida. Las personas discapacitadas a causa de una deficiencia intelectual y relacionadas con su entorno pueden estar sujetas (pero no necesariamente) a trastornos mentales (de tipo psicótico, depresivo, de ansiedad, de adicciones, trastorno de la personalidad) y al desamparo psicológico.

## ¿POR QUÉ HAY QUE INTERVENIR?

### A. Ámbito de acción

#### Los beneficiarios

A partir de la definición del ámbito de acción<sup>24</sup> de Handicap International, de un proceso de clarificación y de intercambios entre las necesidades y los objetivos de la Dirección de las Acciones de desarrollo, de la dirección de Acciones de Urgencia y de la Dirección de Recursos Técnicos y teniendo en cuenta la huella histórica de los proyectos de salud mental que, la mayor parte de ellos, han surgido en un contexto de urgencia para pasar después a ser sujeto de acciones de desarrollo (Ver Anexo “Historial de la salud mental en Hándicap International”), se ha establecido que el objetivo de los proyectos relativos a la Salud Mental en Hándicap International - sea cual sea el contexto en el cual surja (post-crisis o países en desarrollo) - consiste en la prevención y en el tratamiento de:

- El desamparo psicológico, sobre todo el de la población víctima de lesiones/traumas invalidantes (conflictos, catástrofes naturales, violencia de género);
- Los trastornos mentales de las personas, sobre todo los síndromes traumáticos, los trastornos del desarrollo y los trastornos generalizados del desarrollo.

---

<sup>24</sup> El ámbito de acción de Handicap International: Población beneficiaria, contextos de intervención, sectores de actividad, en « La lettre de la Direction, n°33, décembre 2009, p. 8-10 (publication interne).



## La vinculación con discapacidad

- La Convención relativa a los derechos de las personas discapacitadas las describe como “personas que presentan incapacidades físicas, mentales, intelectuales o sensoriales permanentes en las que la interacción con distintas barreras puede obstaculizar su plena y efectiva participación en la sociedad en base a la igualdad con los otros”.
- El término “discapacidad” utilizado en las expresiones “discapacidad mental/física” o “discapacidad intelectual” se refiere a los factores personales (capacidades, “*abilities*” en inglés). Esta precisión es importante, porque el Proceso de Producción de la Discapacidad utiliza la expresión “situación de discapacidad”, en referencia a la interacción entre los factores personales, ambientales y el modo de vida. No se puede hablar de “discapacidad” cayendo en un modelo causalista, añadiéndole calificativos, todo lo contrario: es una situación singular. Para ser más justos, en la perspectiva del Proceso de Producción de la Discapacidad, hay que hablar de incapacidad psicosocial, psíquica, y/o intelectual, o de “discapacidad de origen psicosocial, psíquico, y/o intelectual”.
- Handicap International, basándose en la Convención Internacional Relativa a los Derechos de las Personas Discapacitadas y al mismo tiempo en el Proceso de Producción de la Discapacidad, describe a las personas discapacitadas como “personas que presentan incapacidades físicas, mentales, intelectuales o sensoriales permanentes en las que la interacción con distintas barreras puede obstaculizar su plena y efectiva participación en la sociedad en base a la igualdad

con los otros, que justifican medidas compensatorias y un trabajo sobre el entorno.”<sup>25</sup>

Así, los proyectos de Hándicap International correspondientes al sector de la salud mental actúan específicamente a favor de las personas con incapacidades psicosociales, incapacidades psíquicas (equivalente a “incapacidad mental” en la Convención) o incapacidades intelectuales.

Algunas personas pueden sufrir varios problemas de salud mental, la distinción por categorías tiene sus límites respecto a su experiencia. Esta distinción intenta poner de relieve todo lo que conlleva esta dificultad y/o trastorno, pero también es importante insistir en el carácter evolutivo y no definitivo, de estos problemas. Es decir que estas incapacidades son la consecuencia de los problemas mencionadas en sus definiciones y se trata de prevenir su aparición. Para esto, hay que interesarse tanto en las incapacidades como en los factores de riesgo que amenazan los vínculos sociales, la autonomía, la dignidad, la integridad física o psíquica de un individuo.

### »•« Enfoque sobre los conceptos de factores de riesgo y de vulnerabilidad

Los factores de riesgo son momentos estresantes o situaciones personales y ambientales que aumentan la probabilidad de un sujeto para desarrollar trastornos mentales o una situación de desamparo psicológico.

“El concepto de vulnerabilidad [del latín *vulnus*=herida] está muy relacionada con la idea de peligro. La vulnerabilidad viene determinada tanto por el potencial del riesgo (probabilidad de sufrir un daño, una amenaza o una pérdida) como por su impacto (el riesgo a sufrir las consecuencias). En las situaciones de violencia, algunas personas o grupos tienen mayor riesgo de sufrir un traumatismo. Desde el punto de vista de la salud mental en función de sus características personales preexistentes algunos presentan mayor probabilidad de desarrollar trastornos. Los grupos de más riesgo son los niños, las personas mayores, las mujeres, estén solas o no, los enfermos, las personas discapacitadas, las minorías, las personas en duelo, las personas violadas, torturadas, los ex-combatientes, etc. Pero el contexto hace variar la vulnerabilidad; por ejemplo, una mujer ex-combatiente puede volverse vulnerable al desmovilizarse si su status anterior se vuelve tabú.”<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> El ámbito de acción de Handicap International: Población beneficiaria, contextos de intervención, sectores de actividad, en « La lettre de la Direction, n°33, décembre 2009, p. 8-10 (publication interne).

<sup>26</sup> Fuente: Claire PIROTTE. Crisis y sufrimiento psíquico: los programas psicosociales aportan respuestas, grupo URD, marzo 2010: <http://urd.org/spip.php?article465&artpage=4-6>, consultado el 12 abril de 2010.

## B. Principios de intervención

### Teorías principales en las intervenciones

#### **La psicología social/clínica**

La política de HANDICAP INTERNATIONAL en materia de salud mental no solo se aplica a las personas discapacitadas, también a los objetos que les rodean y a su entorno (familiar, comunitario, social, político). Los equipos de Handicap International pretenden enseñar a la “persona de forma global en situación”, es decir la manera como ésta vive y reacciona a las pruebas a las que se enfrenta, lo que se caracteriza por una atención focalizada hacia el contexto social de los trastornos subjetivos. En este sentido, el estudio en salud mental de Handicap International podría ser calificado de “psicología social clínica”<sup>27</sup>. No se considera que el tratamiento psicosocial sea (solo) una relación dual o interindividual. Los ámbitos de aplicación conciernen todas las intervenciones dirigidas hacia el tratamiento psicosocial. Esto comprende, por ejemplo, la inserción social con un fin terapéutico, los grupos de ayuda comunitaria generadores de fondos, la terapia mediante la danza, el dibujo, etc. Todo lo que puede, en los sectores del ámbito social, la economía o de la cultura, constituir una tentativa de empezar una actividad terapéutica que participe en el bienestar de la persona gracias a su inclusión social.

#### **La socio-antropología**

La actividad de tratamiento psicosocial se define en gran medida de manera socio-cultural. Presenta por lo tanto variaciones según las sociedades y culturas, aunque el psiquismo utiliza funcionamientos y estructuras universales. Antes de cualquier intervención en salud mental, tener conocimientos sobre el país, a través de un estudio socio-antropológico, permite garantizar la calidad de las acciones que se desarrollaran. Pero más allá de estos estudios, es importante recordar que esta concepción de la discapacidad se basa en una visión antropológica del desarrollo humano (Ver Modelo del PPD). Con el objetivo de reforzar la inclusión de las personas discapacitadas en su entorno, los proyectos de salud mental deben dotarse de instrumentos del ámbito de la sociología y de la antropología para guiar las acciones y actividades que se van a realizar.

#### **El desarrollo comunitario**

Para Handicap International, la salud mental de una persona depende tanto de sus características individuales como comunitarias, sociales y políticas. De este modo, se da prioridad al desarrollo de proyectos de salud mental comunitarios.

---

<sup>27</sup> Cf. RENAULT E. Sufrimiento social: Filosofía, psicología y política. Paris: Editions La Découverte, 2008, p. 335.

De hecho, se utiliza la comprensión de factores sociales<sup>28</sup> y políticos<sup>29</sup> de la salud mental para promover la calidad de vida de las comunidades y de las personas que sufren una discapacidad y su participación en el desarrollo de los recursos locales (sobre todo de los recursos en salud mental).

Los objetivos de los proyectos de salud mental comunitarios son:

- Facilitar la creación de un proceso de desarrollo comunitario, es decir la elaboración de redes locales, estructuras de promoción de la salud, acciones de prevención, políticas territoriales;
- Reforzar las capacidades de las organizaciones (de profesionales y de personas discapacitadas);
- Desarrollar y/o reforzar las políticas de inclusión social y de igualdad de oportunidades.

Se trata de actuar en las propias comunidades, en colaboración con los individuos afectados. Los estudios relativos al desarrollo local comunitario inclusivo son prioritarios en las actividades realizadas por Handicap International.

### »« Enfoque sobre la salud mental comunitaria

La salud mental comunitaria es un conjunto de acciones descentralizadas en la asistencia de las personas con problemas de salud mental.

La salud mental comunitaria está basada en un modelo "bio-psicosocial" y representa un modelo pertinente en los países con rendas bajas y medias porque permite intervenir de manera eficaz allí donde los recursos son bajos, utilizando lo mejor posible las competencias internas de la comunidad.

**Los principios de la salud mental comunitaria son:**

- Un enfoque respetuoso de los derechos de la persona, que se proyecta en las acciones siguientes:
  - Dar la palabra a las personas que sufren una situación de discapacidad relacionada con discapacidades psicosociales, psíquicas y/o intelectuales
  - Respetar su derecho a tomar decisiones sobre su vida
  - Implicar a los usuarios en cada fase del desarrollo de un proyecto de salud mental comunitaria
  - Facilitar una plena integración social.
- Un enfoque respetuoso con la cultura y las tradiciones.

---

<sup>28</sup> Ver BOISSON M., GODOT C., SAUNERON S. **La salud mental en la intersección de las características de los individuos, las colectividades y las instituciones**, en *"La salud mental, asunto de todos"*. Por un enfoque coherente de la calidad de vida. Paris: Centro de análisis estratégico, 2009, p. 26-32

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf>

<sup>29</sup> Ver « **Déterminants sociaux de la santé** », Organización mundial de la salud:

[http://www.who.int/social\\_determinants/fr/index.html](http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html)

- Un enfoque transversal que crea vínculos con otros ámbitos de actuación (social y económico) para permitir un tratamiento global (antropológico) del individuo. Efectivamente, muchos trastornos mentales, sobre todo crónicos, necesitan la adopción de un modelo de tratamiento basado en la continuidad y centrado en la globalidad de los recursos y necesidades del paciente, incluido el ámbito social, ocupacional y psicológico.

**Existen tres modelos de servicios de salud mental comunitaria:**

- Integración de la salud mental comunitaria en los servicios de salud primaria;
- Servicios de salud mental especializados, pero de proximidad y abiertos a la comunidad;
- Integración de la salud mental comunitaria en la **Readaptación de Base Comunitaria (RBC)**.

**Los servicios de salud mental comunitaria se dividen en servicios formales y servicios informales:**

- Les servicios formales son accesibles y permiten un seguimiento cercano de las personas con trastornos severos (por ejemplo, los centros de salud mental comunitaria, las unidades móviles que se desplazan en los pueblos y a sus alrededores, el seguimiento de la inserción profesional de los usuarios...). Una parte de los recursos humanos de estos servicios debe constituirse de profesionales altamente cualificados.
- En cuanto a los servicios informales, los ofrecen personas poco calificadas, estas personas apoyan a los usuarios y a sus familias en la comunidad (por ejemplo, los tratamientos diarios realizados por vecinos). Estas intervenciones informales son particularmente valiosas en los países en desarrollo.

## NOCIONES COMPLEMENTARIAS

### A. Enfoques transversales

#### Salud mental y desarrollo inclusivo

Handicap International intenta satisfacer simultáneamente a dos exigencias complementarias:

- El desarrollo de medidas específicas dirigidas a ayudar a las personas que sufren de desamparo psicológico y/o un trastorno mental en su realidad diaria

- Un enfoque inclusivo que pretende, a nivel de la comunidad y de la sociedad, la igualdad del acceso a las oportunidades y la igualdad de oportunidades y de derechos.

Según un enfoque inclusivo y preventivo de las causas de deficiencias y de incapacidades (psicosociales, psíquicas, intelectuales), la asociación desarrolla actividades que pueden dirigirse al conjunto de la comunidad afectada o específicas para las personas en situación de discapacidad, particularmente frágiles y expuestas a los riesgos físicos, psíquicos y sociales.

## Salud mental y derecho

En sus proyectos para la salud mental, Handicap International intenta en la medida de lo posible desarrollar un enfoque de actuación basado en los derechos de la persona. Este enfoque consiste en luchar contra la exclusión y promover los derechos de los más pobres o de los más vulnerables. Por otra parte, exige y/o apoya a las autoridades para garantizar y satisfacer mejor los derechos de la persona (en términos de educación, de formación, de acceso a los tratamientos y de participación en la vida social y democrática). Handicap International dedica una atención especial al impacto sobre las legislaciones que permiten garantizar los tratamientos y un trato adecuado y apropiado, la protección de los derechos de las personas afectadas por el desamparo psicológico/trastornos mentales y la promoción de la salud mental de la población<sup>30</sup>.

## El género y la salud mental<sup>31</sup>

“El estatus desaventajado de las mujeres en la sociedad actualmente está reconocido internacionalmente<sup>32</sup> como un afrenta a los derechos humanos fundamentales y una importante barrera para el desarrollo. También se admite que la subordinación de las mujeres en la sociedad ha sido institucionalizada por las estructuras, de manera que han sido marginalizadas en importantes sectores como la educación o el empleo, pero también la definición, la planificación, la implementación y el monitoreo de las políticas y de las estrategias en general. Este esquema se reproduce a todos los niveles: en las familias, en la escuela, en las instituciones comerciales y políticas e incluso en las instituciones de salud. Por lo tanto, las prioridades de todos los sectores reflejan las consecuencias de esta realidad: se trata de las prioridades de los hombres y sobre todo

---

<sup>30</sup> Ver también: Organización mundial de la salud. Obra de referencia sobre la salud mental, los derechos humanos y la legislación: No a la exclusión, si a los tratamientos. Ginebra: Organización mundial de la salud, 2005.

[http://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/ouvragerereferencesmdhleg\\_13\\_10.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/ouvragerereferencesmdhleg_13_10.pdf)

<sup>31</sup> Fuente (con la autorización de las autoras): Salud mental y derechos humanos - Un compendio pedagógico - El enfoque de género, un reto para la sanidad pública y los derechos humanos, entrevista con Jane Cottingham, responsable técnica Salud y Investigación genésica, y Claudia García Moreno, coordinadora Género y salud de las mujeres, Organización mundial de la Salud.

[http://www.dhsantementale.net/cd/fem\\_entret.php](http://www.dhsantementale.net/cd/fem_entret.php)

<sup>32</sup> « Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres, <http://www.un.org/french/millenaire/law/7.htm> »

de los hombres que provienen de grupos sociales más privilegiados y más potentes. En el caso de la salud, el estatus social, económico y político de las mujeres y de los hombres condiciona su capacidad para proteger y promover su salud, tanto física, como mental o emocional. En términos de salud pública, las expresiones de esta desigualdad se reflejan por una parte a nivel del estado de salud, con diferencias, a veces grandes - entre hombres y mujeres<sup>33</sup>, pero también entre las poblaciones de países y de clases de niveles socioeconómicos diferentes. Estas diferencias se manifiestan también en las diferencias de riesgo, de acceso al tratamiento y a la información<sup>34</sup>, así como en las consecuencias sociales y económicas de las enfermedades. Por otra parte, esto incluye y pone en duda a los sistemas y a las prestaciones establecidas para la salud y el tratamiento, en la que la universalidad del acceso no está garantizada, tanto a nivel del género como del nivel económico. Las cuestiones de género y de derechos de las mujeres conciernen por lo tanto el sector de la salud de manera muy transversal: se deben desarrollar datos e indicadores para describir las desigualdades y sus factores de riesgo para poder determinar las cuestiones relacionadas con el sexo, con el género y con otras desigualdades sociales; se deben crear estrategias y programas integrativos de estos ámbitos en el sistema de salud, así como en otros sectores de la sociedad y esto paralelamente a la incidencia y a la valorización de los derechos de las mujeres, esencialmente relacionadas con su capacidad para tener el control de su cuerpo, su fertilidad y su sexualidad. Los dispositivos de Acompañamiento en la Vida Sexual y Afectiva (AVAS), iniciadas por el programa *France* de Hándicap International, están en este caso bien adaptados<sup>35</sup>.

A parte de la violencia sexual en si misma (que afectan también a los niños y a los hombres), una de las particularidades principales de la violencia de género es que no solo afectan el cuerpo de la mujer, sea discapacitada o no, también todos los valores femeninos de una cultura determinada, como el cuidado y la atención hacia el prójimo. Por esta razón, los profesionales que se ocupan de las víctimas de esta violencia, ya sean del ámbito sanitario, social o de apoyo jurídico, también están sujetos a estigmatización y discriminación. Se trata, por lo tanto, de trabajar en el reconocimiento y el reforzamiento del "poder de actuación" (*empowerment*) con actividades de incidencia, sensibilización y formación de los profesionales que tratan a las víctimas de genero<sup>36</sup>.

---

<sup>33</sup> Algunos problemas de salud mental conllevan características y tasas de prevalencia distintas relacionadas con el sexo y con el género. Por ejemplo, la prevalencia de la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la alimentación y las tentativas de suicidio es más elevada en las mujeres que en los hombres.

<sup>34</sup> Por ejemplo, las mujeres y los hombres no buscan el mismo tipo de tratamiento. Cf. <http://www.cwhn.ca/fr/node/41860>

<sup>35</sup> Ver el documento de capitalización AVAS: Servicio de acompañamiento de la vida afectiva y sexual de las personas discapacitadas, Handicap International, Programa Francia, 2007.

<sup>36</sup> Ver el documento Discapacidad y Violencia de género, Handicap International, 2010, disponible a la demanda a Guillaume Pégon ([gpegon@handicap-international.org](mailto:gpegon@handicap-international.org)), Punto focal Violencia de genero.

El enfoque de género en Hándicap International<sup>37</sup> se basa en **tres principios**:

1. No discriminación y protección en el marco laboral;
2. Una doble inclusión del género y de la discapacidad, y una atención especial hacia las discriminaciones contra las mujeres discapacitadas;
3. Enfoque de género como criterio de calidad de los proyectos.

## »« Enfoque sobre el género y la salud mental

Este recordatorio permite verificar la consideración de elementos clave de la doble inclusión “género y discapacidad” en la ejecución de los proyectos de salud mental. Este incluye preguntas de programación y al mismo tiempo, preguntas de análisis situacional.

### 1. Análisis general de la situación

- ¿Cuáles son los principales factores y contextos (culturales, sociológicos, biológicos...) que pueden aumentar la vulnerabilidad de los hombres y mujeres, niñas o niños a la discapacidad?

### 2. Disposiciones jurídicas

### 3. Política estatal

- ¿El Estado es firmante de la Convención de eliminación de todas las formas de discriminación hacia las mujeres (*Convention on the Elimination of Discrimination against Women*)?
- ¿Respetan las reglas que favorezcan la igualdad de oportunidades para las personas discapacitadas?
- ¿Cuáles son las disposiciones legales y políticas nacionales que buscan prevenir y reprimir la violencia contra las mujeres y apoyar a las víctimas?

### 4. Prevención

- ¿Cómo se trata el género en los programas públicos de prevención de la discapacidad? ¿En el análisis de los factores de exposición? ¿En la aplicación de las acciones de prevención?
- ¿Las campañas de prevención son accesibles a las personas con discapacidades psicosociales, psíquicas y/o intelectuales?

### 5. Acceso al tratamiento

- ¿Las estructuras de salud mental incluyen a personal femenino?
- ¿Los profesionales de salud mental son sensibles a la cuestión del género?

### 6. Recogida de datos

- ¿La recogida de datos sobre salud mental menciona el género y la discapacidad?

---

<sup>37</sup> Ver el documento Posicionamiento género, Handicap International, 2007.

## **7. Sociedad civil**

- ¿Las asociaciones locales de salud mental incluyen a los hombres y mujeres discapacitados?

## **8. Programación/proyecto**

- ¿Las mujeres discapacitadas (con discapacidades psicosociales, psíquicas y/o intelectuales), se incluyen en la programación y en el proceso de toma de decisión del proyecto?
- ¿Las actividades están organizadas en lugares y en el momento favorable y accesible a los hombres y mujeres discapacitados?
- ¿El proyecto trata la cuestión de la diferenciación hombre/mujer en relación a los principales factores de incapacidad y de situación de discapacidad?
- ¿El proyecto anima a los conyugues, padres y/o niños discapacitados a hablar de la salud mental?
- ¿El proyecto trata los temas relacionados con la salud mental y los derechos de las mujeres discapacitadas?
- ¿El proyecto trata sobre las dificultades del acceso al tratamiento (por ejemplo, uso de psicotrópicos, ausencia del ama de casa durante su hospitalización) desde un punto de vista de los hombres y de las mujeres con diferentes tipos de incapacidad?
- ¿El proyecto trata el tema de la representación de la violencia, de los mitos locales (por ejemplo, la violación de las mujeres con retraso mental) y las prácticas tradicionales?
- ¿El proyecto permite aumentar la confianza en sí mismas a las mujeres y las niñas discapacitadas?
- ¿El proyecto trata el tema de los abusos sexuales de las mujeres, hombres, niñas y niños discapacitados?
- ¿El proyecto permite garantizar la igualdad de acceso a la salud para los hombres y las mujeres discapacitadas?
- ¿El proyecto trata los diferentes problemas financieros y sus soluciones que afectan a las mujeres y a los hombres discapacitados, y en especial la explotación comercial del sexo?
- ¿El proyecto trata los principales obstáculos (financieros, físicos, culturales, sociales) en el acceso a la salud de las personas discapacitadas? ¿Estos obstáculos son iguales para los hombres y para las mujeres?

## B. Enfoques multisectoriales

### Salud mental, inserción social e inserción profesional

Para los sectores de salud mental, inserción social e inserción profesional, a menudo el público hace de guía y los dispositivos son los mismos. Una persona en situación de exclusión, en ruptura de vínculo social, en paro o incluso en situación de pobreza, puede sufrir psicológicamente, lo que puede provocar incapacidades psicosociales. Por otra parte, la prevención de las incapacidades psíquicas también puede determinar una población de riesgo, compuesta por personas que sufren psicológicamente. Ante esta situación, las acciones realizadas en salud mental tienen implicaciones en términos de inserción social/socializante y/o económica: grupos de palabra, actividades de referencia (tipo seguimiento/acompañamiento personalizado hacia servicios especializados en salud, social, jurídico, educación), actividades deportivas y de ocio, grupos de ayuda comunitaria que generan ingresos, etc. Esta respuesta, generalmente llamada "respuesta psicosocial", está compartida en Handicap International entre el peritaje de los sectores de salud mental, de inserción social y a veces de inserción profesional para los grupos de ayuda comunitaria que generan ingresos. Hace referencia sobre todo a la modalidad de intervención "Favorecer la capacitación (*empowerment*) y la participación social", que veremos más adelante.

### Salud mental y educación inclusiva

La educación inclusiva es un proceso que responde a las distintas necesidades de todos los estudiantes con el aumento de la participación en el aprendizaje y con la disminución de la exclusión en la educación. Este proceso también integra las necesidades especiales en materia de enseñanza y de aprendizaje de todos los niños y adolescentes en situación de marginación y vulnerabilidad: niños de la calle, niñas, grupos de niños de minorías étnicas, niños de familias con dificultad financiera, niños de familias nómadas, niños afectados por el VIH/SIDA y niños discapacitados. La educación inclusiva tiene por objetivo garantizar a estos niños la igualdad de derechos y oportunidades en materia de educación.

Los sectores de educación inclusiva y salud mental tienen un público común y un enfoque vinculado a los derechos y la inclusión. Tanto en el fomento o la incidencia como en la promoción de la salud mental, estos dos sectores comparten actividades comunes destinadas generalmente a mejorar el acompañamiento de los profesores y/o trabajadores comunitarios de las escuelas en su relación con los niños que sufren trastornos mentales y/o desamparo psicológico. Las actividades que dependen a la vez de la salud mental y de la educación inclusiva pueden ser por ejemplo reuniones profesor-padre-niño sobre la salud mental del niño, las formaciones específicas sobre la salud mental para los profesores (sobre la enuresis, el retraso del desarrollo, la epilepsia, la depresión, la hiperactividad, el rol del niño en la familia, etc.), grupos de

mediación terapéutica en la escuela (dibujo, marionetas, plastilina, etc.), o también de las ayudas al seguimiento parental.

## Salud mental y enfermedades incapacitantes

Las enfermedades incapacitantes (VIH/SIDA, epilepsia, diabetes, filariosis linfática, úlcera de Buruli) y la salud mental son dos problemáticas distintas, pero generalmente a ambas no se les aportan las respuestas necesarias. A menudo, estos dos temas se cruzan porque sus factores psicosociales y económicos son cercanos. Pobreza, crisis humanitarias, desigualdades de género, discriminación y estigmatización, vulnerabilidad de los niños y huérfanos, insuficiencias en la educación y en las estructuras familiares (...) constituyen tantos factores de riesgo y vulnerabilidad para las enfermedades incapacitantes. Estos últimos provocan dificultades en la vida diaria, lutos imposibles, trastornos de la personalidad, del humor, del comportamiento, o incluso trastornos mentales incapacitantes (patología traumática, fobias, trastornos obsesivos, etc.).

Por ejemplo, en el caso del VIH/Sida, los datos epidemiológicos disponibles revelan la inflación del predominio del virus en algunas poblaciones, en particular, los consumidores de drogas, los homosexuales y las trabajadoras del sexo. Otras poblaciones son también vulnerables al VIH/Sida: los niños a través de la transmisión madre/hijo, los huérfanos, la población en situación de precariedad social, los emigrantes. Sin embargo, estos datos son más relativos cuanto mayor es la desigualdad en los marcos estratégicos globales establecidos por los Gobiernos de algunos países. Los sistemas de vigilancia epidemiológica en salud mental y las estructuras de acogida y tratamientos especializados son a menudo inexistentes, los curanderos tradicionales son a veces los únicos terapeutas disponibles y listos para actuar sobre el desamparo psicológico de los indigentes.

Estar afectado por una enfermedad que incapacita provoca siempre un desamparo psicológico y moral que requiere ayuda especializada. Así pues, las actividades con un objetivo terapéutico de tipo salud mental/psicosocial (grupo de charla, grupo Balint, consejos/relación de ayuda, actividades ocupacionales, etc.) pueden realizarse en los proyectos para enfermedades incapacitantes.

### »« Enfoque sobre los vínculos entre la salud mental y los Objetivos del Milenio para el Desarrollo (OMD)

**Reducir la extrema pobreza y el hambre (OMD n°1):** Los pobres son más vulnerables a la aparición de problemas de salud mental (trastornos mentales y desamparo psicológico) que participan en la pobreza<sup>38</sup>.

**Garantizar la educación primaria para todos (OMD n°2):** Los problemas de salud mental implican dificultades de aprendizaje y concentración en los niños.

---

<sup>38</sup> Ver también: Le cercle vicieux de la pauvreté et de la mauvaise santé mentale, in Boisson M., Godot C., Sauneron S. La salud mental, asunto de todos. Para un enfoque coherente de la calidad de vida. Paris: Centro de análisis estratégico, 2009, p. 30.  
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf>

**Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años (OMD 4):** La mortalidad infantil debida a la malnutrición se asocia a la depresión maternal.

**Mejorar la salud materna (OMD nº5):** Las depresiones maternas pueden conducir a comportamientos suicidas y/o a una negligencia en el tratamiento.

**Combatir el VIH/Sida, el paludismo y las otras enfermedades (OMD nº6):** Los problemas de salud mental favorecen los comportamientos sexuales de riesgo; además, el VIH/Sida tiene consecuencias sobre la salud mental de los enfermos.

→ La salud mental está vinculada directamente con cinco del ocho OMD.

Este enfoque muestra que los compromisos asumidos por los Estados en el marco de los Objetivos del Milenio para el Desarrollo integran las prioridades en salud mental, que puede servir de recordatorio para las autoridades reticentes para que se incluya la salud mental en las políticas nacionales. También es un recordatorio relativo al hecho de que la salud mental en Handicap International debe ser vinculada a los otros ámbitos técnicos.



Bangladesh, 2009

# MODALIDADES DE INTERVENCIÓN

## MODALIDADES

### A. Enfoque y metodología

Handicap International tiene una experiencia en salud mental sobre el terreno desde los años 90, tanto en un contexto de urgencia, como de post-urgencia y de desarrollo. Desde la primera misión que pretendía prevenir y tratar los trastornos mentales incapacitantes relacionados con la guerra y el genocidio (estrés post-traumático, depresión, ansiedad, psicosis, trastorno del comportamiento), las actuaciones se han ido ampliando, hasta hoy que están principalmente basadas en el tratamiento del desamparo psicológico relacionado con varias problemáticas de orden sociopolítico (pobreza, exclusión, precariedad a causa del exilio, la migración, la guerra, los genocidios) y ambiental (catástrofes naturales). El sector de la salud mental constituye también un recurso técnico importante para los proyectos destinados a las incapacidades intelectuales, sobre todo cuando se trata de coordinar las otras soluciones sectoriales (médicas, sociales y médico-sociales) para las personas en situación de discapacidad, teniendo siempre en cuenta las especificidades clínicas propias de estas incapacidades.

### Enfoque territorial, pluridisciplinar y global

Aunque las actuaciones comunitarias se lleven a cabo cerca de la población afectada, también hay que tener en cuenta los parámetros naturales, infraestructurales, sociales, económicos, culturales y políticos de un país o de una región en materia de salud mental. Handicap International elabora sus intervenciones gracias a un enfoque territorial que intenta desarrollar servicios, espacios y mecanismos de negociación/cooperación entre los diferentes actores que constituyen el tejido social de un territorio determinado. Los proyectos de salud mental desarrollan, a escala de una zona geográfica determinada, diferentes proyectos complementarios entre ellos, y/o coordinados con los otros actores locales, para que así los factores que influyen en la calidad de vida de las personas discapacitadas sean tomados en consideración. Forman parte del marco del proceso de desarrollo local existente en el país de intervención.

De la misma manera, la pluralidad de los parámetros que influyen sobre el desamparo psicológico de las personas discapacitadas solo pueden tomarse en consideración con un enfoque pluridisciplinario. Este se lleva a cabo con la realización coordinada de distintos proyectos complementarios, desarrollando competencias pluridisciplinarias.

Presupone una capacidad de análisis global, una comprensión multifactorial de los problemas que hay que resolver y la búsqueda de propuestas de actuación interdependientes. Se basa en una movilización con la asociación de competencias profesionales múltiples y la coordinación con las competencias externas nacionales e internacionales.

En resumen, la asociación actúa de forma global, acompañando a las personas y a las comunidades, apoyando a los sistemas y servicios administrativos y técnicos y contribuyendo a la orientación de las políticas nacionales e internacionales en materia de salud mental. Handicap International realiza su misión a través de actuaciones de prevención, de reducción de riesgos, de desarrollo de las aptitudes personales y de adaptación a los factores ambientales. En este sentido, se ha creado un trabajo de mejora de la oferta médica, social o técnica, conjuntamente con los actores locales, para dar respuesta a las expectativas manifestadas y a los proyectos de vida escogidos por los beneficiarios. Se acompaña de un trabajo de elaboración de medidas sociales, legales y técnicas, que favorecen el acceso físico y económico a los servicios y prestaciones, así como la participación social.

## Enfoque colaborativo

En salud mental, como en el resto de temáticas desarrolladas por Handicap International, la primera condición favorable (que no es una condición restrictiva) es la de poder **trabajar con organizaciones no gubernamentales o asociaciones locales** que representen a las personas discapacitadas. Su presencia e implicación son esenciales.

La segunda condición favorable es la de trabajar con las **autoridades locales abiertas**:

- A nivel nacional: estabilidad política, voluntad política de descentralización o de desconcentración que permita concebir un enfoque comunitario,
- A nivel local: autoridades locales autónomas en la gestión, que acepten las reglas de desarrollo participativo, sensibilizadas en el ámbito de la discapacidad, y con la voluntad de trabajar a largo plazo. Una vez más, la movilización y el interés de las autoridades locales sobre el tema de la discapacidad anterior al proyecto no es un condición *sine qua non* de realización del proyecto. De esta manera, en un contexto de no-voluntad política local, las actividades del proyecto pueden ser concebidas de modo que se preparen y organicen iniciativas de incidencia con el objetivo de conseguir un cambio de actitud y político.

Estas condiciones serán calificadas como « favorables » de manera que la actuación debe poder llevarse a cabo aunque no se reúnan todas las condiciones, sobre todo en contextos de urgencia o de post-crisis. Será conveniente adaptar entonces los registros de intervención, las relaciones y colaboraciones con los profesionales, las comunidades, las organizaciones no gubernamentales y las autoridades, según las limitaciones y las oportunidades del contexto. Dicho de otra manera, el desarrollo de las actividades de salud mental podrá acompañarse de iniciativas de incidencia susceptibles de hacer avanzar el entorno político y cultural, de luchar contra la inercia o la reticencia de las autoridades y conseguir, finalmente, su implicación.

## Metodología de proyecto

El control de calidad, asociado a los enfoques comunitarios e inclusivos mencionados en los ejes de intervención (Ver Parte Modalidades de intervención), participan a la sostenibilidad de las acciones. Handicap International ha identificado otros principios que facilitan esta viabilidad, los que elaboran y desarrollan los dispositivos de investigación, de seguimiento y de evaluación, en acuerdo con los colaboradores locales. Como ya se ha comentado anteriormente, las investigaciones socio-antropológicas son primordiales, ya sea para analizar o capitalizar las experiencias innovadoras en salud mental, como para orientar la estrategia de un programa antes de la realización de un proyecto de salud mental, ya que permiten recoger los indicadores iniciales pertinentes de todos los niveles de la pirámide de intervención (Estado, región, distrito, comunidad, familia, individuo) y sobre todo de ponerlos en relación entre sí. En algunos casos, la epidemiología podrá ser un complemento esencial para estas investigaciones que se tendrá que evaluar igualmente.

Se recomienda empezar las actividades con experiencias piloto, en zonas geográficas delimitadas. Esta fase piloto permite definir, elaborar, probar, mejorar, crear modelos de las modalidades de intervención a nivel local, los contenidos de formación, los distintos instrumentos, etc., antes de poder desarrollar ampliamente un sistema eficaz.

A lo largo del proyecto, será necesario establecer dispositivos de seguimiento y de evaluación que permitirán seguir la evolución del proyecto y contribuir al trabajo de evaluación que tendrá lugar al final del proyecto. Estos dispositivos deben utilizarse también para permitir una reorientación del proyecto que esté en curso, si las actividades no permiten llegar al objetivo del proyecto. Al final del proyecto, este trabajo permitirá indicar si la actuación llevada a cabo puede ser adaptada y llevada a cabo en otra zona geográfica. En este sentido, Handicap International realiza regularmente tareas de capitalización que intentan « aprender de la experiencia ».

## Declinación de programación de tres modalidades de intervención

Históricamente, las intervenciones de Handicap International en el ámbito de la salud mental han seguido la evolución de la percepción de la discapacidad por parte de los profesionales de salud. Handicap International ha evolucionado desde un modelo psicoanalítico, que presentaba la discapacidad como una patología individual, hacia un modelo más socio-antropológico donde la discapacidad se percibe sobre todo como una “patología social”, resultado de la interacción con el entorno generador de la “situación de discapacidad”.

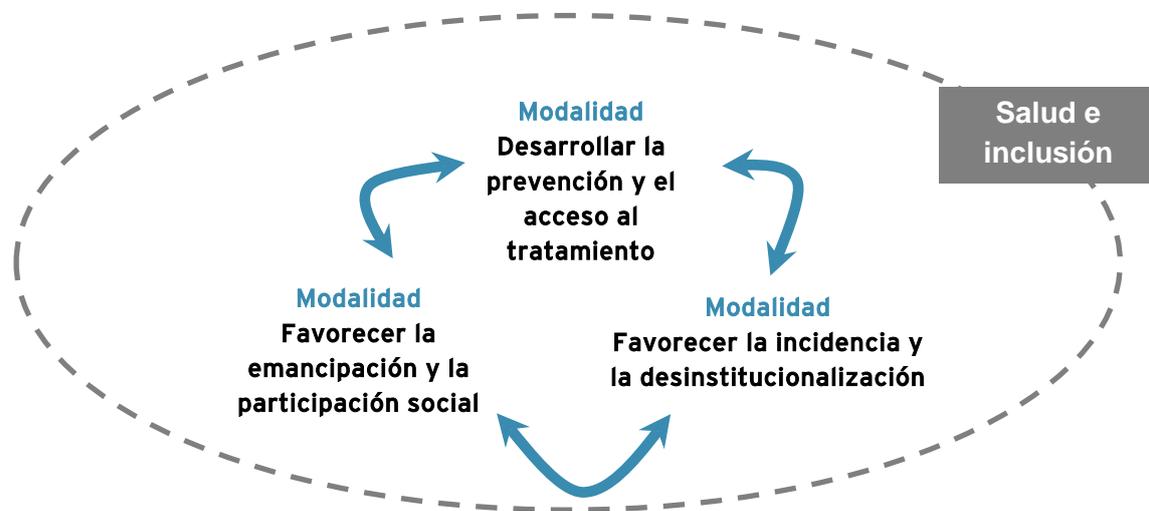
Este proceso histórico de comprensión de la discapacidad conlleva un doble enfoque:

- por una parte, el apoyo o el desarrollo de iniciativas que están destinadas directamente a las personas discapacitadas o a la prevención de la situación de discapacidad, con el objetivo de reforzar las capacidades y la participación.

- por otra parte, iniciativas que favorezcan la consideración de la discapacidad en el proceso de desarrollo, con un objetivo inclusivo y para la igualdad de oportunidades.

La participación de las personas discapacitadas debe ser el resultado de la combinación de estos dos enfoques, luchando contra el proceso de discriminación, de segregación y de marginación.

Así pues, en los proyectos de Salud Mental de Hándicap International, estos dos enfoques se encuentran declinados en tres modalidades de intervención que se refuerzan mutuamente.



Los enfoques de Handicap International en salud mental son globales, lo que conlleva trabajar:

- **de manera continua:** desde la prevención hasta el tratamiento y desde la rehabilitación hasta la inserción socio-económica
- **en los diferentes niveles:** desde el individuo y su comunidad, hasta los sistemas nacionales e internacionales.

## B. Desarrollar la prevención y el acceso al tratamiento

### Objetivo general

Proponer servicios de prevención y de tratamiento de salud mental accesibles y de calidad.

### Objetivos específicos

- Reducir la incidencia del desamparo psicológico/trastorno mental, luchando contra los factores de riesgo y las situaciones patógenas.
- Mejorar la calidad de vida de las personas en situación de desamparo psicológico o que padecen un trastorno mental, velando para que tomen cuidado de sí mismos.

### Resultados esperados

- La mejora del acceso de las personas en situación de desamparo psicológico y/o que padecen un trastorno mental a los dispositivos de prevención, de detección y a los servicios de salud mental.
- El refuerzo de los servicios sanitarios y sociales especializados en salud mental (prevenciones primarias, secundarias y terciarias).
- El desarrollo del trabajo coordinado entre las instituciones sanitarias y sociales y las asociaciones locales, para garantizar la continuidad del tratamiento de las personas en situación de desamparo psicológico y/o que padecen un trastorno mental.
- La mejora de la información y de la comunicación con los profesionales, para las personas que padecen un trastorno mental y/o en situación de desamparo psicológico.
- El desarrollo de las capacidades de cada persona en situación de desamparo psicológico y/o que padece un trastorno mental para que sea responsable de su salud mental, sea cual sea su situación social o económica.
- Una mayor eficacia de los dispositivos sociales y de salud destinados a las personas en situación de desamparo psicológico y/o con un trastorno mental, desarrollando una mejor coordinación con los otros dispositivos públicos.
- El desarrollo de acciones específicas dirigidas a los grupos sociales o a las personas con patologías particulares (niños y adolescentes, mujeres víctimas de violencia, personas en situación de precariedad, personas desplazadas, etc.).

### Ejemplos de actividades

- Apoyo técnico a la realización de talleres de elaboración de planes de formación o dispositivos de Información, Educación, Comunicación (IEC).
- Apoyo técnico a la realización de actividades específicas en salud mental: consultas de psicoterapia individuales, equipo móvil pluridisciplinar que se desplace a la comunidad, grupos de charla con objetivo terapéutico, grupos de ayuda comunitaria que generen ingresos, visitas a domicilio, educación

### Ejemplos de indicadores objetivamente verificables

- Disminución de la tasa de prevalencia del trastorno mental o del desamparo psicológico (necesita un estudio epidemiológico antes y después del proyecto).
- Aumento del número de admisiones/consultas en las estructuras descentralizadas y/o centralizadas relativas a salud mental.
- Mejora de los conocimientos, actitudes y prácticas del público al que va destinado el

terapéutica del paciente y de su familia, etc.

- Apoyo organizativo: estructuración y funcionamiento de las instituciones (por ejemplo, establecimientos sanitarios) y asociaciones (vida asociativa, prácticas democráticas, dirección, gestión administrativa y financiera, etc.)
- Apoyo técnico a los profesionales de salud: relación de ayuda, calidad del tratamiento, psicopatología, formación sobre los dispositivos puntales de la clínica (supervisión clínica, grupos de charla tipo Balint para profesionales, análisis de la práctica, etc.).
- Formación de formadores institucionales y asociativos.
- Realización de estudios (sociológicos, conocimiento-actitudes-prácticas de los participantes desde el principio y hasta el final del proyecto) para enriquecer las estrategias de intervención y para evaluar la calidad del proyecto.

proyecto (integrando una dimensión socio-antropológica y una dimensión del género).

- Presencia de un proyecto institucional que integre dispositivos de seguimiento y de evaluación (protocolos de tratamiento, escalas de calidad de vida, encuestas de satisfacción) sobre la calidad del tratamiento y la relación de ayuda.
- Aumento del número de profesionales de salud mental por cada 100 000 habitantes (relacionado con los datos de la Organización Mundial de la Salud por países).
- Aumento de la cantidad de dispositivos de seguimiento y de evaluación del sistema de dirección de la salud del país (con integración de indicadores en salud mental).

## C. Promocionar la capacitación y la participación social

### Objetivos específicos

- Permitir a las personas en situación de desamparo psicológico y/o con trastorno mental conseguir una mejor salud mental con una intervención basada en los dispositivos comunitarios existentes (familia, vecinos, asociaciones, líderes comunitarios, etc.).
- Promover los enfoques llevados a cabo en los proyectos (salud mental comunitaria, psicosocial, asesoramiento) para los profesionales y para el público en general.
- Coordinar a las personas discapacitadas, sus familias, la comunidad y los profesionales de salud mental, para que desarrollen una incidencia común para la inclusión de las personas discapacitadas en la elaboración de las políticas públicas que les conciernen (salud, social, educación, justicia).

### Resultados esperados

- La formación y el acompañamiento del apoyo comunitario.
- Constitución de una red de colaboradores (colectivo, plataforma o nueva organización) que incluye a las personas en situación de desamparo psicológico y/o que sufren un trastorno mental y sus familias, que organizaran de manera conjunta las acciones de sensibilización y de incidencia.
- Las políticas nacionales de salud mental integran las posiciones de las asociaciones e instituciones relativas al ámbito de la salud mental, sobre todo las asociaciones de las personas en situación de desamparo psicológico y/o con trastorno mental y sus familias.
- Los diferentes colaboradores locales y sobre todo los responsables políticos, instituciones y organizaciones encargadas de definir las estrategias de los sectores de la salud, el ámbito social y la educación y de orientarlas hacia el plan operacional identifican las incapacidades psicosociales, psíquicas y/o intelectuales para poder integrarlas.

### Ejemplos de actividades

- Formación y acompañamiento (supervisión) de trabajadores comunitarios, consejeros psicosociales, mediadores, personas expertas en salud mental.
- Creación de un grupo de profesionales de salud mental y puesta a disposición de locales y material común.
- Apoyo al lanzamiento y a la animación de un fórum de instituciones y de asociaciones de usuarios de la salud mental, acompañamiento a la organización de este fórum.
- Apoyo técnico y financiero a la puesta en marcha de acciones conjuntas entre los profesionales de la psiquiatría, el ámbito

### Ejemplos de indicadores objetivamente verificables

- Aumento del número de grupos movilizados para un proyecto en un territorio determinado.
- Aumento del número de centros comunitarios autónomos en salud mental.
- Resultado de una encuesta de satisfacción efectuada a los beneficiarios del proyecto.
- Número de dispositivos de Información, Educación, Comunicación -IEC), sobre salud mental producidos y número de profesionales sensibilizados por el enfoque propuesto en el proyecto.
- Funcionamiento democrático de la red (representantes elegidos regularmente, mandato deseable de un año renovable,

social y las familias de los pacientes.	<p>sistema de presidencia giratorio).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número mínimo de asociaciones locales que representan a los diferentes tipos de incapacidades relativas a la salud mental.</li> <li>• Presencia de políticas nacionales o de un plan nacional de salud mental (con impacto sobre las leyes, los decretos de aplicación).</li> <li>• Presencia de un presupuesto (en el Ministerio de la Salud, en general) específicamente dirigido a un programa de salud mental.</li> </ul>
---	--

## D. Favorecer la incidencia y la desinstitucionalización

### Objetivo general

Desarrollar una incidencia común (personas discapacitadas, familias, profesionales de salud mental) para la participación social de las personas con desamparo psicológico y/o un trastorno mental y sobre todo para su inclusión en la elaboración de las políticas nacionales de salud mental.

### Objetivos específicos

- Desinstitucionalizar a los servicios de salud mental a través la coordinación de los diferentes profesionales sanitarios, sociales y comunitarios.
- Promover la salud mental en los autoridades políticas, a través de la valorización (incidencia) y las actividades de sensibilización y de formación de los participantes en salud mental (personal sanitario, trabajadores sociales y actores comunitarios, como los profesores, los líderes religiosos, los curanderos...).

### Resultados esperados

- El apoyo de algunas actuaciones comunitarias para garantizar que las personas discapacitadas y sus familias tengan servicios médicos, sociales, jurídicos y económicos cerca de sus domicilios, que les permitan participar en la vida social.
- La asistencia de las personas que padecen trastornos mentales en los establecimientos de la comunidad, en vez de en establecimientos de larga duración (hospitales especializados en psiquiatría).
- La creación de una red multifactorial de servicios locales (salud, rehabilitación, social, económico, jurídico) y la información, orientación y acompañamiento hacia estos servicios.
- El acompañamiento de los responsables y los profesionales de salud mental en la mejora de sus recursos y competencias, para hacer reivindicaciones políticas de una manera eficaz, con el objetivo de permitirles mejorar sus servicios especializados de acceso a la prevención y al tratamiento.
- La sensibilización y la formación de los recursos locales en la comunidad y de los profesionales

de salud del ámbito social y de la educación, para que integren la salud mental en sus práctica diaria y que lleven a cabo las iniciativas de desarrollo inclusivo.

- Las políticas nacionales de salud mental integran las posiciones de las asociaciones e instituciones relativas al ámbito de la salud mental, sobre todo las asociaciones de las personas con desamparo psicológico y/o trastorno mental y sus familias.

#### Ejemplos de actividades

- Realización de talleres de sensibilización de los actores de la comunidad (profesores, autoridades, agentes técnicos, administración de Salud, del ámbito social y de la educación, juristas y abogados, personal de los centros de salud y de los centros sociales, formadores de los centros de formación profesional, responsables de asociaciones...).
- Participación a la redacción o a la corrección de las políticas nacionales de salud mental.
- Apoyo técnico y financiero al desarrollo o al reforzamiento de un plan nacional de salud mental.
- Realización de seminarios, talleres, apoyo a la creación de colectivos/foros nacionales de profesionales y/o de instituciones relativos a la salud mental.
- Realización de formaciones de grupos para la «sensibilización de la discapacidad», usuarios de salud mental, miembros de las asociaciones de personas discapacitadas.
- Creación de un dispositivo de acogida, de información y de orientación.
- Elaboración de una plataforma regional interprofesional.

#### Ejemplos de indicadores objetivamente verificables

- Aumento de la oferta de servicios comunitarios y del acceso a estos servicios (salud, social, jurídico y económico) para las personas con desamparo psicológico.
- Presencia o mejora de la política nacional de salud mental.
- Aumento del presupuesto para el desarrollo del plan de salud mental del Ministerio de Salud.
- Presencia de un centro local de información y de orientación para las personas con desamparo psicológico y/o un trastorno mental.
- Aumento del porcentaje de profesionales de salud mental y/o trabajadores comunitarios formados y operacionales en los dispositivos de acogida, de información y de orientación.
- Aumento del número de formaciones médicas, paramédicas y sociales que contengan una asignatura de salud mental en su programa.
- Definición del número mínimo de medios de comunicación involucrados en el proyecto.
- Número mínimo de representantes de diferentes tipos de discapacidades que participen en acciones de reivindicación política.

## EJEMPLOS DE MARCO LÓGICO

Los ejemplos de marco lógico explican la manera como los tres ejes de intervención pueden combinarse entre sí. Estas combinaciones dependen esencialmente del contexto y de las especificidades locales del país donde se interviene. Estos ejemplos son singulares, no son modelos que puedan reproducirse en otros contextos.

### A. Proyecto Salud Mental Ruanda 2010-2012<sup>39</sup>

Los proyectos relativos a la “psicología” y a la “salud mental” se llevaron a cabo unos meses después del genocidio de los Tutsi en 1994. Este proyecto de Salud Mental Comunitaria se fija como objetivo establecer las intervenciones realizadas hasta el momento y profundizar en las problemáticas (paternidad, violencia de género), cada vez más frecuentes entre los beneficiarios del proyecto. Para lograr estos objetivos, el equipo del proyecto tiene un papel de mediador, entre la Comunidad y el Ministerio, del ámbito psíquico al ámbito político, desde el tratamiento hasta la inserción. Aunque la modalidad *Favorecer la capacitación y la participación social* es la más utilizada, las otras dos modalidades también se utilizan en las intervenciones.

#### Título

Refuerzo de un procedimiento en salud mental comunitario dirigido hacia un público en situación de vulnerabilidad psicológica y social, sobre todo a los afectados por la violencia de género en Ruanda.

#### Objetivos generales

- La población ruandesa en situación de vulnerabilidad psicológica y social, sobre todo aquella que está afectada por la violencia de género, goza de una mejor salud mental y la mantiene gracias a la intervención apoyada por los dispositivos comunitarios existentes (familias, vecinos, asociaciones de personas vulnerables...).
- Los enfoques en salud mental comunitaria son bien conocidos por los profesionales y por el público ruandés en general.
- La salud mental de la población tiene una dimensión transversal que se tiene en cuenta en las políticas elaboradas por las autoridades ruandesas.

#### Objetivo específico

En cuatro sectores administrativos del país, la población en situación de vulnerabilidad psicológica y social, en especial las víctimas de la violencia de género, gozan de una mejor salud mental gracias a un enfoque de salud mental comunitaria adaptada al contexto, en un marco institucional y profesional reconocido y duradero.

---

<sup>39</sup> Financiación Agencia Francesa de Desarrollo y Fundación Accentus.

## Resultado esperado 1

Los dispositivos de salud mental comunitaria, basándose en los expertos y en los mediadores de salud mental comunitaria presentes en las comunidades de los cuatro sectores elegidos, se desarrollan con el objetivo de garantizar una prevención primaria de los grupos de riesgo identificados y de asistir a la población en situación de vulnerabilidad psicológica y social.

- **Actividad 1.1** Identificación de los grupos de población en situación de vulnerabilidad psicológica y social y elaboración de la cartografía de los “recursos del territorio” para cada sector de intervención.
- **Actividades 1.2** Identificación y formación de las personas referentes y de los mediadores de los modos de intervención en salud mental comunitaria.
- **Actividad 1.3** Acompañamiento y supervisión de las personas referentes y de los mediadores en salud mental comunitaria.
- **Actividad 1.4.** Proposición de una oferta de tratamientos para las personas referentes y los mediadores en salud mental comunitaria que lo soliciten.

## Resultado esperado 2

Los grupos de población en situación de vulnerabilidad psicológica y social y sobre todo aquellos que han sido víctimas de la violencia de género, gozan y mantienen una buena salud mental y aumentan su “capacidad de actuación” gracias a la aplicación de los dispositivos curativos y preventivos que implican a las personas referentes y a los mediadores de salud mental comunitaria de los cuatro sectores elegidos.

- **Actividades 2.1.** Constitución y/o apoyo de los grupos de población en situación de vulnerabilidad psicológica y social, con el objetivo de reforzar su “capacidad de actuación” y, si fuera necesario, garantizarles un tratamiento psicoterapéutico.
- **Actividades 2.2** Constitución de grupos de población vulnerable, con el fin de prevenir los factores de riesgo que llevan al desamparo psicosocial, con la aplicación de dispositivos/actividades de prevención primaria.
- **Actividad 2.3.** Puesta en marcha de una coordinación intersectorial mediante un trabajo en red para cada sector de intervención.
- **Actividad 2.4.** Puesta en marcha de un dispositivo de seguimiento y evaluación de la intervención en salud comunitaria realizada gracias a la formación del sector correspondiente y a una evaluación final externa.

## Resultado esperado 3

Los profesionales en salud mental del país se reúnen, elaboran y/o enriquecen los enfoques de salud mental comunitaria más eficientes, adaptado al contexto ruandés y los dan a conocer a las autoridades y al público ruandeses.

- **Actividades 3.1.** Apoyo organizativo al Colectivo de Profesionales en salud mental de Ruanda.

- **Actividad 3.2.** Organización de seminarios de presentación/divulgación de los enfoques en salud mental comunitaria en los establecimientos de enseñanza superior que realizan la formación en salud mental.
- **Actividad 3.3.** Visitas sobre el terreno de los países de la zona.
- **Actividad 3.4.** Acciones de incidencia en el Gobierno Ruandés para la promoción de la salud mental con un enfoque comunitario.

#### Resultado esperado 4

La sostenibilidad de la acción en salud mental comunitaria está garantizada gracias a la planificación o al apoyo de una estructura local capaz de movilizar los recursos financieros, materiales y humanos necesarios para la continuidad del proyecto.

- **Actividad 4.1.** Prospección y análisis de las posibilidades y elección de una estructura susceptible de seguir con las actividades de salud mental comunitaria desarrolladas en el proyecto.
- **Actividad 4.2.** Apoyo a la estructura nacional identificada para retomar las actividades del proyecto.

#### Los indicadores objetivamente verificables en relación con los objetivos generales

- Al final del tercer año, 3.600 personas en situación de vulnerabilidad psicológica y social se beneficiaron de acciones de tratamiento o de prevención del proyecto.
- Al final del tercer año, 400 personas referentes y 40 mediadores de salud mental comunitaria continuaron desarrollando los dispositivos y las intervenciones realizadas, una vez finalizado el proyecto.
- Las asociaciones AVEGA, IBUKA y CAFOD, principales participantes de la sociedad civil en el sector de la salud mental en Ruanda, han ampliado sus intervenciones en salud mental para hacerlas accesibles a toda la comunidad.
- Un documental fue difundido en la televisión ruandesa y la radio emite programas sobre temas relacionados con la salud mental con más frecuencia.
- El departamento de salud comunitaria del ministerio de la Salud integra a la salud mental comunitaria en sus programas políticos y en las prácticas de los agentes de salud comunitaria.
- El ministerio de la Familia y el Género, el Ministerio de la Administración local y de Asuntos Sociales, y el Ministerio de Educación admiten la importancia de incluir el tema de la salud mental en sus políticas y en sus acciones.

#### Los indicadores objetivamente verificables en relación con los objetivos específicos

- Al finalizar el tercer año, el 75% de las personas en situación de vulnerabilidad psicológica y social de los sectores elegidos y que se benefician del proyecto, declaran gozar de un mejor estado de salud mental y ven una relación con las actividades propuestas por el proyecto.
- Al finalizar el tercer año, el Ministerio de la Salud reconoce la legitimidad de los procedimientos en salud mental comunitaria y aquellos que están integrados en las políticas y prácticas del departamento de salud comunitaria del Ministerio.

- Al finalizar el tercer año, una estructura local garantiza la continuidad de las actividades del proyecto.

## B. Proyecto Salud Mental Líbano 2010

### Título

Acceso a los servicios de rehabilitación de salud mental para los niños en situación de desamparo psicológico de los campos de refugiados o en el asentamiento palestinos, en el Norte del Líbano y en Tyr.

### Objetivo general

Mejorar el acceso a los servicios de rehabilitación de salud mental para los niños en situación de desamparo psicológico de los campos de refugiados o en los asentamientos palestinos, en el Norte del Líbano y en Tyr.

### Objetivo específico

Permitir que los niños de los campos de refugiados y los asentamientos palestinos del norte del Líbano y en Tyr en situación de desamparo psicológico, se beneficien de un servicio completo de rehabilitación de salud mental proporcionada por la sociedad civil y el personal sanitario.

### Resultado esperado 1

Involucrar activamente en la terapia al personal sanitario que trata a los niños en situación de desamparo psicológico.

- **Actividad 1.1.** Identificación del personal sanitario que trata a los niños en situación de desamparo psicológico, por parte de los trabajadores comunitarios coordinado por los Centros de Orientación y de Recursos (*Ressources and Orientation Centers- ROC's*).
- **Actividad 1.2.** Organización de la información y de la formación por parte del "Centro de Ayuda a la Familia" (*Family Guidance Center - FGC*) y de la "Asociación para la Rehabilitación basada en la Comunidad" (*Community Based Rehabilitation Association - CBRA*), dirigida al personal sanitario que trata a los niños en situación de desamparo psicológico.
- **Actividad 1.3.** Ayuda a la creación y al buen funcionamiento de grupos de charlas por parte de los trabajadores comunitarios para los padres con el apoyo de los "Centros de Orientación y de Recursos".
- **Actividad 1.4.** Desarrollo de una campaña de sensibilización comunitaria sobre el tema de los niños en situación de desamparo psicológico por parte de los "Centros de Orientación y de Recursos".

## Resultado esperado 2

Los prestatarios de servicios mejoran y desarrollan la calidad de los servicios de rehabilitación para los niños en situación de desamparo psicológico.

- **Actividad 2.1.** Facilitar el acceso a la información técnica para los prestatarios de servicios que trabajan junto con los colaboradores.
- **Actividad 2.2.** Facilitar el tratamiento de salud mental para los niños en situación de desamparo psicológico, gracias a la intervención de los colaboradores en los centros y los servicios a domicilio.
- **Actividad 2.3.** Proporcionar formaciones teóricas y prácticas a los colaboradores.
- **Actividad 2.4.** Sensibilizar a las partes involucradas sobre la situación y los retos de los niños en situación de desamparo psicológico de los campos de refugiados y los asentamientos palestinos.

## Indicadores objetivamente verificables en relación con los objetivos específicos

300 niños en situación de desamparo psicológico han recibido tratamiento de salud mental de calidad, lo que representa el 56% de las necesidades en la zona determinada.

## Indicadores objetivamente verificables en relación a los resultados esperados

### Resultado esperado 1

- 350 miembros del personal sanitario que tratan a los niños en situación de desamparo psicológico que no están involucrados en el proceso del tratamiento han sido identificados por parte de 30 agentes comunitarios.
- El 85% del personal sanitario que participa en los grupos de charlas para los padres considera que el apoyo es recíproco.
- El número de visitantes de los “Centros de Orientación y de Recursos” ha aumentado de media un 60% en tres meses, entre el inicio y el final del proyecto.

### Resultado esperado 2

- El 80% de las actividades terapéuticas para los niños han sido desarrolladas aplicando el 100% de los criterios de calidad elaborados anteriormente.
- 40 actores relacionados con el proyecto (organizaciones no gubernamentales internacionales, organizaciones no gubernamentales, donantes) han mejorado sus conocimientos sobre la situación de los niños en situación de desamparo psicológico de los campos de refugiados palestinos.
- Los profesionales de los dos centros han proporcionado 11.264 sesiones de rehabilitación para niños.

## PERSPECTIVAS PARA EL PERIODO 2011-2015

- Compartir los instrumentos creados para los proyectos de salud mental y crear una base de datos común (CD-Rom).
- Desarrollar una guía metodológica para la programación en salud mental.
- Desarrollar los indicadores de calidad con el objetivo de garantizar una mejor coherencia y visibilidad de las acciones de Handicap International en salud mental (impacto).
- Coordinar los proyectos de urgencia, de post-crisis y de desarrollo relacionados con el ámbito psicosocial (de manera transversal con los sectores de la inserción social, la inserción profesional y de la educación inclusiva) y desarrollar, cuando sea necesario, una estrategia de continuidad entre ellos.
- Reforzar las relaciones con los proyectos de rehabilitación funcional, con el objetivo de integrar la situación de desamparo psicológico de las personas con deficiencias motrices, auditivas y visuales.
- Definir mejor y evaluar el desamparo psicológico de las personas en situación de discapacidad durante las catástrofes naturales y los conflictos armados.
- Disponer de una mejor visibilidad de las fuentes de financiación en salud mental, con el objetivo de desarrollar el mayor número de proyectos de salud mental.
- Reforzar la peritación técnica, tanto sobre el terreno como en la sede central, con un aumento de los recursos técnicos (en la sede, trabajadores expatriados y los locales).



Rwanda, 2009

## ANEXOS

### RETROSPECTIVA DE LA SALUD MENTAL EN HANDICAP INTERNATIONAL<sup>40</sup>

La Dirección de Handicap International solicitó en 1991 el apoyo de psiquiatras y de psicólogos de Lyon ya que muchos de los expatriados enfrentados a situaciones desconocidas, a la violencia y a las condiciones del tratamiento, encontraban dificultades en el ejercicio de su trabajo.

En este sentido, el desamparo expresado por los expatriados de Handicap International en Rumania, después de la caída del régimen de Ceausescu, fue atendida conjuntamente por una psicóloga expatriada y uno de los directores de Handicap International. Esto permitió establecer un dispositivo original de supervisión mensual, que fue posible gracias a un grupo de seis psiquiatras y psicólogos en activo. Se ofreció a estos expatriados en dificultad (en el contacto con los niños abandonados y con el personal de los orfanatos - ambos abandonados por el régimen rumano), la posibilidad de hablar a una persona atenta a los efectos de la situación: sentimientos de vacío, de invasión, de ser reducido a nada, emergencia del sin-sentido. Este trabajo de elaboración continuo a lo largo de dos años ayudó a los expatriados a expresar sus dificultades y a descubrir los movimientos conflictivos específicos para cada uno de los contextos de violencia exterior insoportable en Rumania.

Esta experiencia en Rumania expuso claramente que un individuo puede, en una situación determinada, estar en conflicto con el mundo que le rodea, con los otros, con él mismo (en este caso, la situación de expatriación en un país cercano de Europa reforzaba los sentimientos mezclados: de falsa familiaridad, pero también de "inquietante extrañez"). Esto les planteaba cuestiones sobre la diferencia entre lo normal y lo patológico, sobre el peso del contexto político, social, cultural, así como el de la historia de la persona.

En resumen, los fundamentos y los objetivos de este grupo de apoyo psiquiátrico fueron:

- basarse en la psicología clínica, en especial en la psicodinámica, para construir los vínculos (intersubjetivos) individuales/grupales en la continuidad, donde en cada momento del encuentro, los protagonistas se comprometen con una acción que se define por la situación de su encuentro y por la interacción que se desarrolla entre ellos;

---

<sup>40</sup> Esta parte de los anexos del documento marco ha sido escrito por Isabelle-Anne Roubly, antigua coordinadora de la Coordinación Técnica Psicológica.

- abrir espacios de debate que apoyen a los profesionales que intervienen en los equipos que trabajan en relación directa con las personas afectadas;
- permitir las interconexiones, entre los distintos niveles de elaboración psíquica, lo que se ha vivido *in situ* y lo que va poder ser comprendido, transformado o creado.

Partiendo de un simple apoyo para comprender mejor las dificultades a las que podían enfrentarse los profesionales expatriados durante su misión, este grupo de profesionales favoreció más adelante, el desarrollo y la supervisión por parte de Handicap International de los proyectos de salud mental dirigidos a la población afectada en el conflicto de la ex-Yugoslavia y sentó las bases del “grupo de recursos psicosociales”. En 1998, este grupo se convirtió en la “Coordinación Técnica Psicológica” (CT Psy) y poco a poco amplió este trabajo a otros países.

## ➤< Retrospectiva de los proyectos

### **1990-2003**

En Rumania, intervención directa en los orfanatos rumanos, acompañamiento y apoyo a la formación de los profesionales sanitarios de los orfanatos y de las guarderías (acogida, atención, tratamiento y acompañamiento) a través de intercambios interprofesionales franco-rumanos.

### **1992-1997**

En la ex-Yugoslavia, desde la fase de urgencia, apoyo psicológico a las personas refugiadas del conflicto en la costa croata, así como también a los niños, adolescentes y a sus familias traumatizadas por la guerra.

### **1993-1995**

En Egipto, acompañamiento del proyecto para las personas deficientes.

### **1994-1998**

En el sur de Túnez, seguimiento y apoyo del equipo móvil para los niños discapacitados.

### **1995-2007**

En Ruanda, programa diversificado de apoyo a los niños no acompañados y a las viudas víctimas de la guerra y del genocidio. Orientación rápida hacia el tratamiento psíquico de los niños de los orfanatos y de los Centros de Niños No Acompañados (CENA), organizado según diferentes modalidades: talleres creativos, grupos terapéuticos de dibujo, psicoterapias individuales.

En el contexto de la política de reunificación llevada a cabo por el Estado Ruandés “un niño, una familia”, acompañamiento por parte del equipo psicosocial de los niños y de las familias en este proceso.

Paralelamente, desarrollo de acciones orientadas a los niños discapacitados mentales y con múltiples discapacidades que sufren una situación de abandono superior a la del resto. Apoyo para la valorización de esta población y para el acceso a la educación.

Apoyo psicosocial y tratamiento psíquico para los niños llamados "reunificados", para los huérfanos y los niños de la calle, en colaboración con varias asociaciones locales. Conjunto de acciones de sensibilización de salud mental para los profesores, que trabajan con los educadores de los centros de niños durante los grupos de análisis de la práctica y creación con estos colaboradores lugares de tratamientos ambulatorios para los niños, los adolescentes y los jóvenes adultos.

#### **1995-1997**

En Mozambique, apoyo psicológico a los niños soldados, en colaboración con la asociación local *Associação Moçambicana de Saúde Pública* (AMOSAPU).

#### **1996-2007**

En **Sierra Leone**, apoyo psicológico a las personas afectadas por la guerra, acompañamiento de los profesionales de los centros de acogida de los niños y adolescentes excombatientes y de los centros para los niños huérfanos, acompañamiento de los equipos de rehabilitación, formación de los trabajadores sociales en colaboración con el Instituto de Trabajadores Sociales de Freetown. Trabajo con los niños de la calle en Freetown.

#### **1996-1998**

En Francia, apoyo a los acompañantes de la vida escolar VSN (Voluntarios del Servicio Nacional) para los niños y adolescentes discapacitados (desde la discapacidad motriz hasta el autismo, entre otras patologías). Grupo de análisis de la práctica sobre el seguimiento de los niños y adolescentes para los que el acompañamiento les planteaba muchas preguntas, como la actitud con los padres, el tema del apego y la separación...

#### **1997-2003**

En Rusia, colaboración con diferentes asociaciones que trabajan con niños discapacitados mentales y que presentan trastornos psiquiátricos, con el objetivo de favorecer un tratamiento global que incluya la dimensión psíquica de los adolescentes y jóvenes adultos discapacitados mentales.

#### **1997-2005**

En **Burkina Faso**, desarrollo de una estructura de tratamiento médico-psicológico de proximidad en beneficio de niños, adolescentes y adultos. Desarrollo y apoyo de estructuras que acojan a los niños abandonados y de un centro de acogida para niños y madres.

#### **1999-2003**

En Albania en la primavera de 1999, apoyo psicológico a la población refugiada de Kosovo. De 2000 al 2003, contribución al desarrollo de la psicología clínica en Albania, en colaboración con la asociación de psicólogos clínicos albaneses "*Volver en sí*", que interviene con los recién nacidos y los niños prematuros hospitalizados en los servicios de maternidad.

#### **1999-2009**

En Argelia, apoyo para el intercambio de experiencias entre actores (de salud, salud mental, etc.) que trabajan con los niños autistas, con niños que padecen enfermedades

graves y/o incapacitantes, con niños deficientes mentales, con niños abandonados al nacimiento por el hecho de ser discapacitados o que han adquirido una discapacidad a causa de su abandono. Apoyo a los profesionales de rehabilitación. Apoyo a los padres de las asociaciones de familias de personas con miopatía.

### **2002-2004**

En Casamancia (Senegal), apoyo psicológico directo e indirecto a las personas víctimas de minas antipersonas. Puesta en marcha de un dispositivo de atención y de apoyo psicológico, formación y acompañamiento de los profesionales de los centros asistenciales.

### **2002**

En Palestina, colaboración con la asociación local *Guidance and Training Center for the child and family* (GTC), con el objetivo de ayudar psicológicamente a los niños y familias víctimas de los conflictos en los Territorios Ocupados.

### **Desde 2003**

En el Líbano, puesta en marcha de un proyecto de apoyo psicosocial dirigido a los niños y a las familias palestinas refugiadas en los campos del Líbano, a través de un sistema de acompañamiento y de orientación para los niños en situación de desamparo psicológico, así como a través del apoyo de distintos profesionales que están en contacto con los niños y las familias. Desde la guerra de julio de 2006, se han dado muchas formaciones a los profesores para la detección precoz de los trastornos psíquicos, así como el desarrollo de actividades de mediación terapéutica.

La Coordinación Técnica Psicológica, desarrollada por una psicóloga clínica a partir de 2001, formó parte del ámbito de Asistencia, Salud, Rehabilitación de Handicap International entre 2004 y 2009.

En 2009, la Coordinación Técnica Psicológica se reemplazó por el departamento de Salud Mental, conforme al esquema director de la Dirección de Recursos Técnicos.

Actualmente, los proyectos de Salud Mental de Handicap International están dedicados, en general, a toda vulnerabilidad y a los factores de riesgo que provoquen o que puedan provocar el desamparo psicológico y/o trastornos mentales que disminuyan las capacidades de defensa y de adaptación de la persona a las exigencias sociales, culturales y políticas que le rodean. El enfoque adoptado sigue siendo el mismo, un enfoque comunitario que pretende reforzar las competencias locales (asociaciones locales de pacientes, sistemas de salud, sistemas y redes sociales) con el fin de garantizar una acción exhaustiva (desde la prevención hasta la asistencia y la inserción socio-económica). De la misma manera, Handicap International pretende extraer sus métodos de una base factual, a partir de estudios socio-antropológicos y da prioridad a una acción pluridisciplinar. La sostenibilidad es una preocupación constante que pretende favorecer el acceso a los servicios para los más necesitados y garantizar la continuidad de las acciones reforzando los sistemas de salud a nivel regional y nacional. Hoy en día, Handicap International desarrolla proyectos relativos a la salud mental principalmente en Ruanda, Burundi, Argelia, Kenia, Bangladesh, Líbano y Madagascar.

## BIBLIOGRAFIA Y RECURSOS

### A. Bibliografía del documento marco

- FOUGEYROLLAS P., ST-ONGE M. El modelo del Proceso de producción de la discapacidad y su potencial para entender mejor e intervenir sobre los determinantes de la participación social y del ejercicio de la ciudadanía en salud mental.  
[http://www.aqrp-sm.org/colloque/resumes/xive/03\\_xive-atelier-sum.pdf](http://www.aqrp-sm.org/colloque/resumes/xive/03_xive-atelier-sum.pdf)
- KOVESS- MASFETY V. Epidemiología y salud mental. Paris: Flammarion, 1996
- LATOUR B. Facturas/fracturas. Desde la noción de red a la del apego, En lo que une. La Tour d'Aigues: Édition de l'Aube, 2000, p. 189-208  
<http://www.bruno-latour.fr/articles/article/76-FAKTURA-FR.pdf>
- LINEHAN M.M Tratamiento cognitivo-comportamental del trastorno de la personalidad situación-límite. Ginebra: Éditions Médecine & Hygiène, 2000
- MAYER J.D., SALOVEY P., CARUSO D.R., Modelos de inteligencia emocional, en Handbook of Human Intelligence. New York: Cambridge, 2000, p. 396-420
- MINISTERIO DE LA SALUD CANADIENSE. La salud mental de los Canadienses: hacia un equilibrio justo. 1998
- MURPHY H.B Psiquiatría comparativa: la distribución internacional e intercultural de la salud mental. Berlin/New York, Springer-Verlag, 1982
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Obra de referencia sobre la salud mental, los derechos humanos y la legislación: No a la exclusión, si al tratamiento. Ginebra: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2005  
[http://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/ouvrageresferencesmdhleg\\_13\\_10.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/ouvrageresferencesmdhleg_13_10.pdf)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud mental en el mundo 2001 - La salud mental: Nuevos conceptos, nuevas esperanzas. Ginebra, Organización mundial de la Salud, 2001, 172 p.  
[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf)

- RAPP C.A., GOSCHA R.J. The strenghts model: Case management with people with psychiatric disabilities. New York, Oxford University Press, 2006
- RENAULT E. Sufrimientos sociales: Filosofía, psicología y política. Paris: Editions La Découverte, 2008
- SAMPSON M.J., MCCUBBIN R.A., TYRER P. Trastornos de la personalidad y equipos comunitarios de salud mental. Guia para el terapeuta. West Sussex: John Wiley & Sons, 2006
- SILVADON P., DURON J. La salud mental. Toulouse: Édition Privat, 1979
- STROHL H., LAZARUS A. Un sufrimiento que ya no se puede esconder: informe del grupo de trabajo "ciudad, salud mental, precariedad y exclusión social". Paris: La documentation Française, 1995, 65 p.  
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/954050300/0000.pdf>
- WHO WORLD MENTAL HEALTH SURVEY CONSORTIUM (THE). Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys, in JAMA, June 2<sup>nd</sup> 2004, n° 291, p. 2581-2590  
<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/291/21/2581>

## B. Publicaciones en psicología clínica y psiquiatría

### Argelia

- MUKAGATARE Speciosa. Un proceso para mejorar la situación de los niños discapacitados, en Sur-Norte, n°17, 2002, p. 97-104

### Burkina Faso

- MAQUEDA Francis. El Centro de salud mental de Handicap International en Uagadugú (Burkina Faso), en L'Autre, Vol. 5, n° 3, 2004, p. 445-446
- YAMEOGO Desear Marie Patrice. Precariedad y sufrimiento psíquico en Burkina Faso, en Sur-Norte, n°17, 2002, p. 141-148

### Egipto

- RICHARDIER Eva. Vengo a jugar contigo: experiencia de un enfoque comunitario de asistencia de la persona discapacitada mental en tres barrios desfavorecidos del Cairo. Handicap International, 2010, 26 min.

## EX-Yugoslavia

- MAQUEDA Francis. Ayuda psicológica y purificación étnica: campos de refugiados en la ex-Yugoslavia, 1993-1996, en Le Journal des psychologues, nº 204, 2003, p.41-44
- MAQUEDA Francis. Situaciones extremas y solicitantes de asilo: Vuelta a la ex-Yugoslavia, en "le Journal des psychologues", nº 231, 2005, p. 62-66

## Francia

- Del historial neuropsicológico a los procesos pedagógicos: 4èmes días de estudio y formación, Programas y resúmenes, 17 y 18 de marzo de 2005. Lyon: Handicap International, 2005, 55 p.

## Kenia

- Media Services Production. Pequeñas actividades que salvan vidas: un video de un proyecto para el proyecto SIDA actividades en escuelas - Kitale, Distrito Trans Nzoia. Kitale: Handicap International, 2004, 25 min.

## Indonesia

- Incapacidad intelectual / Kecacatan intelektual, en Health Messenger, nº 6, 2007, p.28-29

## Líbano

- HAYEK Maryse, Centro de Orientación familiar (Dir.), Handicap Internacional (Dir.). Asesoramiento necesario para los niños palestinos refugiados en Chatila Camp, estudio piloto, Handicap International / Programa Líbano, 2004 Ammán: Handicap Internacional, Oficina Regional del Medio Oriente, 2004, 34 p.

## Rumania

- Jornadas de formación sobre la protección de la infancia y la familia. Lyon: Handicap International, 2002, 99 p.
- MAQUEDA Francis, MURBACH Dominica. Supervisión, análisis y construcción de prácticas. Límites de las actividades del personal psíquico en contextos humanitarios. En Entender y tratar el trauma en situación humanitaria. Paris: Dunod, 2003, p. 123-146

## Ruanda

- BAQUE Sarga. Dibujos y destinos de niños: día tras la noche. Revigny-sur-Ornain: Hombres y Perspectivas, 1999, 204 p.
- LANASPRES Céline, NZIGUHEBA Agustino. Niños no acompañados en Ruanda, en Sur-Norte, nº17, 2002, p. 107-114
- WEBCASTOR. La vida ante ellos. Lyon: Handicap International, 2004, 22 min.

## Sierra Leona

- DEVAUX Alain. ¿Cómo vivir con esta muerte por todas partes? en Sur-Norte, nº 17, 2002, p. 117-12
- EM GBEGBA Victor, KOROMA Hassan. El impacto psicológico de la guerra civil en Sierra Leona. Documento realizado en el marco de una intervención en el Congreso Internacional de la salud mental ante los cambios sociales, Lyon, octubre de 2004
- GÓMEZ Paula. Niños de la guerra en Sierra Leona, en Sur-Norte, nº 17, 2002, p. 123-130
- HEEREN Nicolas. ¿How di body? in Medicus Mundi Schweiz Bulletin, nº 98, 2005, p. 26-32
- HEEREN Nicolas. Sierra Leone y guerra civil: traumas ignorados y niños olvidados, en "Revue Humanitaire", nº XX, 2004, 7 p.
- HYDE Blanco. Niños de la guerra en Sierra Leona, en Sur-Norte, nº 17, 2002, p. 132-140
- ROUBY Philippe. Organizar un programa de tratamientos en situación de violencias crónicas: el ejemplo de Sierra Leona, en "Soigner malgré tout". Volumen 1, Trauma, culturas y tratamientos. Grenoble: El Pensamiento Salvaje, 2003, p. 193-198

## C. Recursos

- BAINGANA F., BANNON I. Integrar las intervenciones psicosociales y la salud mental en las operaciones de préstamos del Banco mundial para la población afectada por los conflictos: Un conjunto de instrumentos. Washington: Banco Mundial, 2004

<http://siteresources.worldbank.org/INTCPR/1090480-1115793840738/20486162/ConflictsandMHToolkit-French-final.pdf>

- CONGRESO INTERNACIONAL DE LOS MINISTROS DE SALUD. Guía de las buenas prácticas: Traumatismo y papel de la salud mental en la reconstrucción post-conflicto. 2004
- FISHER S. International Training Programme on Development-orientated Psychosocial Care for communities affected by the Tsunami and other disasters. Warwickshire: BASIC Needs, 2008  
[http://www.basicneeds.org/download/BasicNeeds%20International%20Training%20Publication\\_WEB.pdf](http://www.basicneeds.org/download/BasicNeeds%20International%20Training%20Publication_WEB.pdf)
- Programa de Harvard para los traumatismos de los refugiados: Harvard Trauma Cuestionario.  
Seis versiones según los contextos culturales.
- INTER AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). Directivas del IAPSC relativas a la salud mental y al apoyo psicosocial en las situaciones de urgencia. Ginebra: IASC, 2007  
[http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/iasc\\_guidelines\\_french.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_guidelines_french.pdf)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Programa de acción Llenar los vacíos en salud mental (mhGAP): ampliar el acceso a los cuidados para luchar contra los trastornos mentales, neurológicos y vinculados a la utilización de sustancias psicoactivas. Ginebra: Ginebra, Organización mundial de la Salud, 2008, 48 p.  
[http://www.who.int/mental\\_health/mhgap\\_french.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap_french.pdf)
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. La salud mental en las situaciones de urgencia: Aspectos mentales y sociales de la Salud de las Poblaciones expuestas a Factores de Estrés extremo. Ginebra: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003 [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/706.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/706.pdf)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Políticas de salud mental y medidas de orientación para el servicio. Ginebra: Organización mundial de la salud, [2003-2007], 14 módulos  
[http://www.who.int/mental\\_health/policy/essentialpackage1/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index.html)

## E. Documentos de capitalización

### Programa Argelia

- Tratamiento del dolor en pediatría, Guía práctica, año 2000
- Grupos de charla: objetivos y funcionamiento, 2008
- El grupo de charla de mamás de niños discapacitados motrices en situación de dependencia en Argelia, 2009
- Los grupos de charla del personal sanitario de tipo Balint en Argelia, 2009
- Una experiencia de tres años de práctica y acompañamiento psicológico a domicilio de las familias y las personas afectadas por enfermedades neuromusculares, 2010

### Programa Bangladesh

- Discapacidad intelectual y trastorno mental, 2009

### Programa Francia

- Guía práctica para la animación de grupos de charla, 2007
- AVAS: Servicio de acompañamiento de la vida afectiva y sexual de las personas discapacitadas, 2007

### Programa Líbano

- Proyecto piloto sobre salud mental de los niños y adolescentes palestinos refugiados en el Líbano, soluciones y recomendaciones después de un año de trabajo, 2004
- Hacia el bienestar psicológico de la Juventud Palestina en el Líbano, 2006
- El alumno, la escuela y sus dificultades: guía práctica para los educadores, 2008

### Programa Madagascar

- LECOMTE Audrey. Los grupos de charla en prisión. Guía para el animador, 2009

### Programa Marruecos

- DURET Eric. Grupos de charla, "Cahier thématique" n°3, 2006

### Programa Ruanda

- PHAN Xuan. Acompañar a los traumatismos individuales con la reconstrucción de los vínculos sociales y comunitarios: un ejemplo de enfoque en salud mental comunitaria después del genocidio de los Tutsi en Ruanda. Kigali: Handicap International Ruanda, 2009.- 66 p.

### Programa SHARE-SEE

- Llámame por mi nombre: Visión sobre la evolución de la situación de lucha de las personas discapacitadas en el Sur-Este de Europa, 2004

### Programa Túnez

- Guía práctica del psicólogo en los centros especializados en la rehabilitación y la readaptación de las personas discapacitadas, 2006

## F. Informes de estudios

- Asesoramiento necesario de los niños palestinos refugiados en Chatila Camp, estudio piloto, Handicap International / Programa Líbano, 2004
- MARTINEZ C. Calidad del tratamiento y relación de ayuda en Togo. El ejemplo del tratamiento de la úlcera de Buruli en el hospital de Tsévié. Handicap International / Programa Togo, 2009
- MILLELIRI J. La integración del traumatismo psicológico de la población de los Estados que salen de un conflicto en las intervenciones de l'AFD, Tesis de investigación para el Master 2 en Cooperación Internacional, Acción Humanitaria y Políticas de Desarrollo, Universidad Paris I Panthéon Sorbonne, 2010
- MASSIMILIANO R. Observación de la salud mental, en los campos de refugiados de Dadaab. Handicap International, 2010
- LECOMTE A., PEGON G., VAUTIER A., Condiciones de vida y desamparo psicológico de las personas encarceladas. Situación en las prisiones de Vatomandry y de Antanimora en Madagascar, 2010

## G. Sitios web de referencia

### Organizaciones de familias y usuarios de la salud mental

- Alcohólicos Anónimos: <http://www.aa.org/>
- Federación Europea de las Asociaciones de Familias de Personas con Discapacidad mental: <http://www.eufami.org/>
- Consejo Internacional de Rehabilitación de víctimas de torturas: <http://www.irct.org/>
- Asociación Mundial para la Esquizofrenia y trastornos asociados: <http://www.world-schizophrenia.org/> and <http://www.wfmh.org/OOCtrCarerConsumer.htm>
- Red Mundial de Usuarios y Supervivientes en psiquiatría: <http://www.wnusp.net/>

### Investigación / Capitalización / Enfoques

- Asociación Internacional de Etno-psicoanálisis: <http://www.clinique-transculturelle.org>
- Asociación del Quebec para la Readaptación Psicosocial: [http://www.aqrp-sm.org/colloque/resumes/xive/O3\\_xive-atelier-sum.pdf](http://www.aqrp-sm.org/colloque/resumes/xive/O3_xive-atelier-sum.pdf)
- Departamento para el Desarrollo Internacional (DfID): <http://www.dfid.gov.uk/research/>
- Etno-psiquiatría: <http://www.ethnopsychiatrie.net/>
- Centro Internacional Fogarty: <http://www.fic.nih.gov/funding/index.htm>
- Migraciones forzadas online: <http://www.forcedmigration.org/psychosocial/>
- Grupo de desarrollo de rehabilitación de urgencia: <http://urd.org/>
- Programa de Harvard para los traumatismos de los refugiados: <http://www.hpvt.cambridge.org/>
- The Lancet (The) - Salud Mental: <http://www.thelancet.com/series/global-mental-health/>

- Médicos Sin Fronteras - capitalización: <http://fieldresearch.msf.org/msf/>
- Metodología del Yo al Nosotros: <http://www.dujeaunous.com/>
- Instituto Nacional de Salud Mental: <http://www.nimh.nih.gov/>
- Iniciativa para la Construcción de la Paz: <http://www.peacebuildinginitiative.org/>
- Red de documentación sobre salud mental: <http://www.ascodocpsy.org/>
- Iniciativa para la Investigación de la violencia sexual: <http://www.svri.org/index.htm>
- Universidad de Ginebra, Departamento de Salud Mental y de los Derechos Humanos: [http://www.dhsantementale.net/cd/fem\\_entret.php](http://www.dhsantementale.net/cd/fem_entret.php)
- Wellcome Trust: <http://www.wellcome.ac.uk/>

### Principales colaboradores de Handicap International

- Asociación francesa de psicología comunitaria: <http://www.psychologie-communautaire.fr>
- Cittadinanza: <http://en.cittadinanza.org/>
- Psicólogos para los pueblos del mundo (convención técnica de colaboración firmado en 2009): <http://www.psicologiperipopoli-lombardia.org>

### Principales redes comunitarias de salud mental

- Periódico global de práctica en psicología comunitaria: <http://www.gjcpc.org/en/>
- Global Forum for Community Mental Health: <http://www.gfcmh.com/>
- Red de apoyo a la Salud mental y psicosocial: <http://www.psychosocialnet>
- Salud Mental Comunitaria: <http://www.mhcommunity.net>
- Red de Salud mental y social: <http://www.mentalhealthsocial.com/>
- Movimiento para la Salud Mental Global: <http://www.globalmentalhealth.org/>
- Sociedad para el bienestar emocional: <http://www.seww.org/>

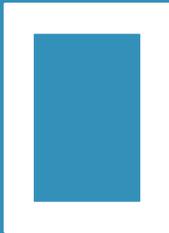
## Otras organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales y plataformas implicadas en la salud mental

- Acción contra el hambre: <http://www.actioncontrelafaim.org/>
- Necesidades básicas: <http://www.basicneeds.org/>
- Misión Christian Blind (CBM): <http://www.cbm.org/>
- Convención para la eliminación de todas las formas de discriminaciones sobre las mujeres: <http://www.un.org/french/millenaire/law/7.htm>
- Inter-Agency Standing Committee: <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/>
- International Crisis Group: <http://www.crisisgroup.org>
- Médicos del Mundo (MDM): <http://www.medecinsdumonde.org/>
- Médicos Sin Fronteras (MSF): <http://www.msf.fr/>
- Observatorio Nacional de las prácticas en Salud Mental y Precariedad: <http://orspere.fr>
- Organización Mundial de la Salud - Determinantes de la salud: [http://www.who.int/social\\_determinants/fr/index.html](http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html)
- Save The Children: <http://www.savethechildren.org/>
- TPO (organización psicosocial transcultural): <http://www.healthnetinternational.org/nl/>
- Federación Mundial para la Salud Mental: <http://www.wfmh.org/index.html>

## Fuentes de financiación

- Agencia francesa para el Desarrollo (AFD): <http://www.afd.fr>
- Banco mundial: <http://www.banquemondiale.org/>
- Big Lottery Fund: <http://www.biglotteryfund.org.uk/>
- Delegación Católica para la Cooperación (DCC): <http://www.ladcc.org/>

- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) : <http://www.gtz.de/en/>
- ECHO - Servicio de Ayuda Humanitaria de la Comisión europea : [http://ec.europa.eu/echo/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/echo/index_fr.htm)
- Fundación *Accentus*: <http://www.accentus.ch/english/index.htm>
- Instituto para las relaciones culturales extranjeras: <http://www.deutsche-kultur-international.de/en.html>
- Fundación OAK: <http://www.oakfnd.org/>
- Unión europea: [http://europa.eu/index\\_fr.htm](http://europa.eu/index_fr.htm)
- Agencia estadounidense para el Desarrollo Internacional: <http://www.usaid.gov/>



## Salud mental en contexto de post-crisis y de desarrollo

---

Este documento marco describe el mandato y los valores de Handicap International en términos operativos aplicados a la salud mental en contexto de post-crisis y de desarrollo.

Consiste en un texto guía que presenta los enfoques y los elementos de referencia para las intervenciones, las opciones y las decisiones que se toman en Handicap International. Permite garantizar la coherencia entre las prácticas de los distintos programas del sector de la salud mental.

Por lo tanto, se trata de un documento guía para los equipos sobre este sector de intervención. Define la temática, explica su vínculo con el mandato de la organización, las poblaciones objetivo, las modalidades de intervención (resultados esperados tipo, actividades tipo), los indicadores de seguimiento y de evaluación.

---

**HANDICAP INTERNATIONAL**  
138, avenue des Frères Lumière  
CS 88379  
69371 LYON Cedex 08

T. +33 (0) 4 78 69 79 79  
[publications@handicap-international.org](mailto:publications@handicap-international.org)