

**SISTEMA DE SALUD MENTAL DE TRI-CITY
PLAN DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA (PEI)**

Propuesta presentada a la Comisión de Vigilancia y Rendición de Cuentas de California
conforme a la Ley de Servicios de Salud Mental

BORRADOR PARA REVISIÓN PÚBLICA Y COMENTARIOS

Diciembre de 2009

**SISTEMA DE SALUD MENTAL DE TRI-CITY
PLAN DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA (PEI)**

ÍNDICE

PROCESO DE PLANEACIÓN PARA EL PROGRAMA COMUNITARIO PEI	1
PROYECTO PEI 01: CAPACIDAD DE PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD - CONSTRUCCIÓN	19
PROYECTO PEI 02: BIENESTAR FAMILIAR Y APOYO DE PARES	35
PROYECTO PEI 03: BIENESTAR DEL ESTUDIANTE	49
RESUMEN DEL PRESUPUESTO	64
EVALUACIÓN LOCAL DE UN PROYECTO PEI	66
ANEXOS	77
FORMULARIO DE SOLICITUD DE FONDOS PARA DESARROLLAR CAPACIDADES, AYUDA TÉCNICA Y ENTRENAMIENTO LOCAL	81

**PROCESO DE PLANEACIÓN PARA
EL PROGRAMA COMUNITARIO PEI
Formulario 2**

PROCESO DE PLANEACIÓN PARA EL PROGRAMA COMUNITARIO PEI

Condado: Centro de Salud Mental de Tri-City (TCMHC)

Fecha: Diciembre de 2009

1. Describe los puestos laborales y/o las unidades encargadas de las siguientes responsabilidades:

1a. Proceso general de planeación para el programa comunitario

- (1) Jesse Duff, Director Ejecutivo;
- (2) Toni Navarro, LMFT (Terapeuta Autorizado para la Familia y las Parejas), Director de Servicios Clínicos;
- (3) Margaret Harris, Directora de Finanzas;
- (4) Lic. Rimmi Hundal, MHSA Coordinador; y
- (5) Consultores Lic. John Ott y Doctora Rose Pinard.

1b. Coordinación y gestión del proceso de planeación del Programa Comunitario

- (1) Lic. Rimmi Hundal, MHSA Coordinador; y
- (2) Gilbert Saldate, Coordinador de Extensión Comunitaria;
- (3) Randy Nater, Residuos Sólidos del Municipio, especialista clínico;
- (4) Dana Stein, Orientador Comunitario de La Verne y Coordinador;
- (5) Nancy Day, Asistente Administrativa Ejecutiva; y
- (6) Consultores, Lic. John Ott y Doctora Rose Pinard.

1c. Garantizar que los actores cuenten con la oportunidad de participar en el proceso de planificación del Programa Comunitario

Además del personal y los consultores que se mencionan en 1^a y 1b, el siguiente personal también contribuyó a garantizar la participación de los actores:

- (1) Sonia Fuentes, Orientador Comunitario para Claremont;
- (2) Isela Moreno, Orientador Comunitario para Pomona;
- (3) Mary Baron, Trabajador Social Clínico Autorizado, Gerente de Programa para Servicios Clínicos Especializados;
- (4) Paul Crane, Terapeuta Autorizado para Familias y Parejas, Gerente del Programa de Servicios Ambulatorios para Menores;
- (5) Rosalind Watson, Coordinador de Difusión de Empleos; y
- (6) Alberta Irons, Maestro de Educación para Adultos, Distrito Escolar Unificado de Pomona.

2. Explique la manera en la que el condado pudo garantizar que el proceso de participación de los actores lograra los siguientes objetivos:

2a. Inclusión de los representantes de poblaciones no atendidas y/o marginadas y de sus familias.

El personal de la clínica de salud mental del condado de Tompkins incluyó a casi 3,000 miembros de la comunidad en la iniciativa de planificación comunitaria de PEI entre junio y diciembre de 2009, utilizando cuatro procesos interrelacionados: grupos de enfoque, encuestas, presentaciones por parte del personal y debates de los actores. La siguiente tabla describe de manera concisa cada una de las estrategias así como el número de miembros de la comunidad involucrados.

Estrategia de Alcance y Compromiso de PEI	Breve descripción	# de miembros de la comunidad
1. Grupos de enfoque	<ul style="list-style-type: none"> • Se reunieron 40 grupos de enfoque en entornos comunitarios que incluían etnias con prioridades específicas y otras poblaciones • Cada uno de los grupos de enfoque estuvo reunido entre ½ hora y 1 ½ horas. • El anexo A incluye una lista detallada de estos grupos de enfoque 	655
2. Investigaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Encuestas realizadas de forma anónima con los miembros de la comunidad y con los prestadores de servicios, incluyendo a los representantes basados en las comunidades y con las organizaciones religiosas, los prestadores de servicios de servicios de salud física y mental, las escuelas, las universidades y otros. • Las encuestas se realizaron en línea, en persona y vía fax, correo electrónico y correo postal. 	635 incluyendo a los representantes de 34 prestadores de servicios y organizaciones comunitarias
3. Presentaciones del personal y participación de los medios de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Los empleados de la clínica de salud mental del condado de Tompkins realizaron un riguroso esfuerzo de alcance para ayudar a crear conciencia sobre los procesos de planificación del PEI mediante presentaciones, entrevistas en la radio y eventos comunitarios. • El anexo B incluye una lista parcial de estas presentaciones. 	1,585 miembros de la comunidad
4. Circunscripción electoral de los actores – proceso de los delegados	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilitó de forma profesional las reuniones de los delegados y garantizó una planeación con un sentido de colaboración. Los delegados deliberaron para lograr un acuerdo unánime respecto a las recomendaciones para el borrador del Plan PEI a presentar a la opinión pública. • Se realizaron siete juntas, cada una de las cuales incluyó una cena y con duración de 5 a 9 p.m., además de dos juntas de orientación y seis juntas del subcomité. Número total de horas: Más de 70. • Resultado: acuerdo unánime de los delegados sobre los proyectos y el presupuesto para el plan PEI. 	62 delegados 29 observadores

Los empleados de la clínica de salud mental del condado de Tompkins se asociaron con líderes comunitarios dignos de confianza y con miembros del personal de organismos comunitarios para ayudar a garantizar que los procesos involucraran de una manera significativa a individuos y familias de comunidades tradicionalmente no atendidas y marginadas, incluyendo a individuos que padecen un trastorno mental importante (SMI, por sus siglas en inglés) y con problemas emocionales de importancia (SED, por sus siglas en inglés). Las historias que ilustran estos esfuerzos incluyen lo siguiente:

- Un indígena estadounidense líder de una comunidad que fue delegado en Servicios y Apoyos Comunitarios (CSS) y en los procesos de planificación de Prevención e Intervención Temprana (PEI) ayudó al personal de la clínica de salud mental del condado de Tompkins a organizar a cinco grupos de enfoque con 126 indígenas estadounidenses provenientes de tres tribus que incluían a 32 jóvenes en edad de transición y a 21 adultos mayores. Estos grupos de enfoque llegaron a ser una extensión natural de las actividades comunitarias ya establecidas, como por ejemplo, los círculos de conversación y las ceremonias de purificación.
- Los latinos que viven en la pobreza estaban poco dispuestos a participar en grupos de enfoque o como delegados. Los empleados de las organizaciones y de las escuelas basadas en la comunidad fueron de mucha utilidad para el personal de la clínica de salud Mental del condado de Tompkins, adecuándose a sus intereses. Por ejemplo, los empleados del Centro Comunitario Renacimiento de Pomona contribuyó a organizar un grupo de enfoque para la atención de 20 mujeres latinas de escasos recursos. Los empleados de las escuelas primarias ayudaron a reunir a dos grupos de enfoque para atender a 21 padres de familia. Personal administrativo de Joslyn Senior Center y del Centro Comunitario Washington Park también contribuyeron a la formación de cinco grupos de enfoque dirigido a 110 adultos mayores latinos.
- Los líderes de las comunidades del Pacífico Asiático (API) participaron eficazmente en este proceso, una vez resuelto el tema de que los empleados de TCMHC se habían comprometido a cultivar una relación provechosa y continua con sus comunidades. Según los líderes comunitarios de API, sus integrantes con frecuencia le hacen poco caso a las enfermedades mentales porque su tratamiento es costoso o porque consideran que pueden remediarse con prácticas de curación convencionales como lo son los medicamentos o los rituales de curación indígenas. Los empleados de TCMHC visitaron en múltiples ocasiones los lugares de reunión típicos de los miembros de la comunidad, incluyendo las tiendas de abarrotes, un templo budista, una mezquita musulmana, las oficinas de periódicos y los centros comunitarios de salud API para invitarlos a participar. Los miembros de TCMHC asistieron a clases de meditación budistas y a un sinfín de eventos comunitarios. Finalmente, los líderes comunitarios patrocinaron a cinco grupos de enfoque: Uno dirigido a jóvenes en edad de transición de API, uno para adultos taiwaneses, uno para

adultos musulmanes y uno para jóvenes en edad de transición vietnamitas y para adultos mayores vietnamitas.

- Un líder afroamericano del grupo de defensa de los usuarios de Boredom Is a Cop-Out (BIACO) (el tedio no te permite actuar) ayudó a organizar un grupo de enfoque constituido por 15 afroamericanos con diversas enfermedades mentales severas. El líder de los empleados del Centro de Actividades Juveniles (Youth Activity Center) reclutó a siete jóvenes afroamericanos en edad de transición para participar en un grupo de enfoque y a otros seis jóvenes afroamericanos en edad de transición para brindar servicio fungiendo como delegados. Los empleados del Inland Valley Family Homeless Shelter (refugios para familias sin hogar) reclutaron a cinco afroamericanos sin hogar que incluía a cuatro jóvenes en edad de transición para formar parte de un grupo de enfoque. Los empleados de un proveedor que trabaja con veteranos de escasos recursos también reclutaron a 29 afroamericanos para dos grupos de enfoque, incluyendo a ocho jóvenes en edad de transición.
- Los empleados del centro Havenly House para tratamiento por abuso de drogas también han colaborado para que participen 18 individuos en un grupo de enfoque, incluyendo a dos jóvenes en edad de transición y a tres adultos mayores.

Las historias anteriores también dan constancia de los esfuerzos de los empleados de TCMHC para llegar a individuos y familias pertenecientes a poblaciones desatendidas y marginadas que actualmente no reciben atención y que no pertenecen a organizaciones conocidas. Diversas historias más ilustran este aspecto de nuestros esfuerzos de alcance y compromiso:

- Los miembros de las comunidades de lesbianas, gays, bisexuales, trans y de cuestionamiento e indagación (LGBTQ) mantienen un discreto perfil en el área de tri-city. No existen grupos de defensa para esta población en el área de tri-city, y son pocos, de existir, los líderes asociados públicamente a esta comunidad. Existen organizaciones de apoyo en varios campus universitarios del área, y los miembros de TCMHC han llevado a cabo repetidos intentos para lograr la participación de los líderes de estas organizaciones. Después de varios meses de fallidos intentos, el personal descubrió un bar en Pomona conocido por atender a miembros de la comunidad LGBTQ y comenzó a desarrollar una relación con varios de los patrocinadores del mismo. Estos vínculos finalmente llevaron a la introducción de un líder de la comunidad que accedió a dirigir dos grupos de enfoque para 18 jóvenes en edad de transición pertenecientes a LGBTQ, muchos de los cuales eran VIH positivo. La mayoría de estos jóvenes eran latinos o afroamericanos. El líder de la comunidad explicó que estos jóvenes son muy desconfiados ante los extraños debido a las repetidas experiencias de rechazo que habían experimentado de parte de sus empleadores, familiares, comunidades de fe y amigos. Los miembros de

TCMHC capacitaron y apoyaron al líder de la comunidad LGBTQ para orientar a estos grupos de enfoque.

- Las personas con discapacidades también son a menudo miembros invisibles de nuestras comunidades. Los miembros de TCMHC se pusieron en contacto con asociaciones nacionales dedicadas a la atención de personas discapacitadas con el objeto de obtener una lista de instituciones de contacto. Posteriormente, se hizo contacto con una organización local, el Centro White Cane, y se logró exitosamente el reclutamiento de 21 personas invidentes para participar en un grupo de enfoque.
- Después de varios intentos infructuosos para convencer a los jóvenes latinos en edad de transición a participar, los miembros de TCMHC decidieron ir directamente a un campo de fútbol en la universidad de la Verne y procedieron a contratar a los jugadores de fútbol que encontraron en ese momento. Lo anterior dio como resultado a cuatro grupos de enfoque constituidos de 52 jóvenes en edad de transición.

2b. Se proporcionaron oportunidades de participación a personas que reflejaban la diversidad de la población del condado, incluido, sin estar limitado a, raza/origen étnico y lenguaje, edad, género y localización geográfica.

Raza, origen étnico y lenguaje

La siguiente tabla compara la representación de las poblaciones étnicas en el área de tri-city con la de las poblaciones étnicas de nuestras estrategias de compromiso:

Población Étnica	Número Total Área de Tri-City	% Área de Tri-City	% de Grupos de Enfoque	% de Encuestas	% Delegados de PEI
Afroamericanos	14,664	6%	13%	12%	35%
Isleños del Pacífico Asiático	17,587	8%	8%	8%	21%
Latinos	125,458	55%	38%	47%	24%
Indígenas Estadounidenses	884	0.003%	20%	4%	16%
Caucásicos	66,951	29%	19%	28%	32%
Otro	3,929	2%	1%	1%	4%
Totales	229,473	100%	100%	100%	100%

Fuente para el área de Tri-City: Alianza United Way 2007 del libro de datos de códigos postales de San Gabriel Valley

Como fue señalado en la tabla, participaron en los procesos de planeación de PEI, afroamericanos, isleños de Asia Pacífico e indígenas estadounidenses en índices mayores a los de su representación demográfica en el área de tri-city.

La representación de latinos en el proceso de delegados, sin embargo, fue menor que en tri-city. Dado el bajo número de delegados latinos, nos esforzamos enérgicamente por conseguir su participación en las encuestas y en las estrategias de los grupos de enfoque. De hecho, más del 50% de la participación de los grupos de enfoque se llevó a cabo en idioma español solamente, o en ambos idiomas, inglés y español. La siguiente tabla describe a los grupos de enfoque con mayor representación de latinos:

Nombre del Grupo de Enfoque	Número de latinos	Número total en los Grupos de Enfoque	Porcentaje de latinos en los Grupos de Enfoque
Joslyn Senior Center (3 grupos de enfoque)	60	82	73%
Grupo de la comunidad LGBTQ (dos grupos de enfoque)	16	18	89%
Grupo de Padres, Primaria Buena Vista	6	10	60%
Grupo de formación de padres, Pomona	11	11	100%
Renacimiento: Mujeres de escasos recursos	20	20	100%
TCMHC: Grupo de apoyo de enlaces*	8	13	62%
TCMHC: Grupo de terapia anti-depresión	6	11	55%
TCMHC: Grupo de terapia para hispano parlantes	2	2	100%
TCMHC: Grupo de terapia para el manejo de síntomas	3	6	50%
TCMHC: Grupo de terapia para el tratamiento y recuperación de traumas	3	3	100%
Universidad de la Verne (dos grupos de enfoque)	22	24	92%
Adultos mayores de Washington Park	53	53	100%
Promueve las herramientas de preparación para la vida y la vinculación a los recursos para personas carentes de un seguro y de servicios públicos			

Edad

El siguiente cuadro compara la representación de los grupos de edad en el área de tri-city con la de los grupos de edad de nuestras estrategias de alcance y compromiso:

Representación demográfica por edad	Total para el Área de Tri-City	%	% de Grupos de Enfoque	% de Encuestas	% de Delegados de PEI
16-25	31,471	19%	24%	26%	10%
26-59	101,550	60%	41%	56%	71%
60+	35,827	21%	35%	18%	19%
Totales	168,848	100%	100%	100%	100%
Fuente para el área de Tri-City: Alianza United Way 2007 del libro de datos de códigos postales de San Gabriel Valley + extrapolación					

Realizamos un esfuerzo especial para llegar a los adultos mayores, a los jóvenes en edad de transición y a los padres de los menores. Seis grupos de enfoque se orientaron específicamente a los adultos mayores en el seno de sus comunidades en las tres ciudades, logrando que participaran 147 adultos mayores. Además, la representación de los adultos mayores fue considerable en los grupos de enfoque de indígenas estadounidenses (17%), familiares de la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (34%), veteranos (18%), vietnamitas (71%) y el Centro White Cane para Invidentes (76%).

La representación de jóvenes en edad de transición en los grupos de enfoque y en las encuestas fue superior a la representación de los jóvenes en edad de transición del área de tri-city. Adicionalmente, en tanto que el porcentaje de representación en el proceso de delegados de los jóvenes en edad de transición fue menor que el de la población en su conjunto de tri-city, su participación como delegados en el proceso de planeación de los actores no tuvo precedentes.

Los padres de los menores también participaron a través de tres grupos de enfoque auspiciados por una escuela primaria, un proveedor de servicios para la salud mental y un proveedor de la comunidad que colabora con mujeres de escasos recursos. Se reclutó a un total de 41 padres de menores a través de estos esfuerzos.

Género y geografía

La representación de géneros en el área de tri-city es igual entre hombres y mujeres. Un porcentaje ligeramente mayor de mujeres participó en las encuestas, grupos de enfoque y procesos de delegados.

Con respecto a la representación geográfica, la siguiente tabla compara la población por ciudad del área de tri-city con la representación por ciudad entre los delegados del proceso de delegados:

Demográfico Representación por ciudad	Total para el área de Tri- City	%	Total para los delegados de PEI	%
Claremont	33,998	16%	14	23%
La Verne	31,638	15%	9	15%
Pomona	149,473	69%	32	52%
Otro	0	0%	7	11%
Totales	215,109	100%	62	100%
Fuente para el área de Tri-City: Censo de Población 2000 de Estados Unidos + extrapolación				

TCMHC son Poderes Mancomunados de Autoridad entre las ciudades de Claremont, La Verne y Pomona. Solamente reportamos datos de los grupos de enfoque y de las encuestas de la totalidad del área de tri-city. No separamos los datos de las encuestas por ciudad para los grupos de enfoque porque los últimos tres años de procesos de delegados se realizó un gran esfuerzo para desarrollar el sentido de pertenencia de los

participantes de toda la región, independientemente de la ciudad en donde viven o laboran.

2c. Incluyó la incorporación de los clientes que padecen una enfermedad mental grave y/o un trastorno mental importante y a sus familiares, para poder asegurarles la oportunidad de participar.

Los miembros de TCMHC y los consultores colaboraron para garantizar que todos los aspectos del proceso de planeación de PEI incluyeran la participación y el punto de vista de individuos que padecen un trastorno mental importante o problemas emocionales de importancia y de sus familiares. La prueba del compromiso de estos miembros de la comunidad en el proceso de planeación incluye lo siguiente:

- Diecinueve por ciento de los participantes en los grupos de enfoque (126 individuos) son personas que padecen un trastorno mental importante o problemas emocionales de importancia o bien, familiares de un enfermo, incluyendo a: 13 miembros de El Tedio no te Permite Actuar (Boredom is a Cop-Out), un club ideado para individuos con SMI; 35 individuos de cinco diferentes grupos de terapia de TCMHC; 21 padres de menores de todas las edades, incluyendo a niños muy pequeños que padecen SMI; más de 40 miembros activos de NAMI (Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales), y un número de grupos para veteranos, individuos sin hogar, adultos mayores y otros con posibilidades de ser incluidos son muchas personas con trastornos mentales importantes (SMI) y con problemas emocionales de importancia (SED). Varias sesiones de estos grupos se llevaron a cabo en idioma español.
- Veintitrés por ciento de los encuestados (143 personas) respondieron afirmativamente a la pregunta: ¿Está usted actualmente recibiendo atención de parte de los servicios de salud mental, o la ha recibido en el pasado? Veintisiete por ciento de los encuestados (170 personas) respondieron afirmativamente a la pregunta: ¿Es usted familiar de alguien con problemas de salud mental, o cuida usted a una persona que padece una enfermedad mental? Sesenta y siete por ciento de los encuestados (423 personas) respondieron afirmativamente a la pregunta: ¿Conoce usted a alguien con problemas de salud mental?
- Casi la mitad (47%) de los delegados de PEI eran personas con SMI/SED y o familiares de un enfermo. Por lo menos doce delegados son personas con SMI/SED y al menos 17 delegados son familiares de un enfermo. De los dieciséis delegados que participaron en el subcomité que elaboró el primer borrador con recomendaciones para obtener financiamiento, tres delegados eran personas que padecían SMI/SED (19%) y dos eran familiares de un enfermo (13%).

Más allá de enviar invitaciones y motivar a la gente a participar, los miembros de TCMHC y los consultores le proporcionaron a las personas con SMI/SED y a sus familiares, un apoyo continuo para asegurar su activa participación. Llevamos a cabo

sesiones con los grupos de enfoque en ambientes cómodos y que les resultaban conocidos a los participantes. Llevamos a cabo muchas de las encuestas personales en grupos pequeños de personas que se conocían bien entre sí. Durante el proceso de los delegados, dos delegados (el Coordinador de Difusión de Empleos de TCMHC) y un maestro de educación de adultos) proporcionaron un apoyo continuo y activo a los delegados con SMI/SED, incluyendo lo siguiente:

- Reuniones periódicas con los delegados con SMI/SED y con sus pares para discutir próximas reuniones de los delegados o del subcomité así como los resultados de reuniones previas de delegados;
- Proporcionando los materiales distribuidos en las reuniones de los delegados durante las sesiones de apoyo para la rehabilitación llevadas a cabo con las personas a quienes se les prestó el servicio y utilizando los materiales para promover las habilidades de lectura, así como para cumplir con el objetivo del grupo de enfoque de mejorar las habilidades sociales y de comunicación de los participantes.
- Promoviendo la participación y proporcionando el apoyo requerido durante las reuniones; y
- Proporcionando transporte para asistir a las reuniones de ida y de regreso.

Al final de cada una de las reuniones de delegados, se proporcionó a los participantes un Formulario de retroalimentación para que cada participante se auto-evaluara respecto a la forma en que habían entendido los conceptos y en relación a las acciones tomadas durante la reunión así como para compartir sus opiniones acerca de lo que consideraron que funcionó bien durante la reunión y lo que podría mejorarse en reuniones subsecuentes. Identificarse en el Formulario era opcional. Al final de la última reunión de delegados y cuando los delegados habían llegado a un consenso sobre las recomendaciones a incluir en el borrador del plan de PEI, uno de los delegados con SMI/SED proporcionó el siguiente comentario:

Me encanta ser parte de este proceso. Fue muy interesante participar en la planeación y mi comprensión del tema fue excelente. Me siento en la cima del mundo. Estoy a las mil maravillas.

3. Explique de qué manera el condado asegura que el Proceso de Planeación del Programa Comunitario incluyera lo siguiente:

3a. La participación de los actores requeridos.

A principios de junio de 2009, TCMHC emprendió un enérgico esfuerzo para lograr que los delegados participaran en el proceso de delegados de PEI. Finalmente se seleccionó a 62 personas para colaborar como delegados. La siguiente tabla detalla los distritos electorales requeridos para representar a los delegados de PEI. Nota: Algunos

delegados representaban a más de un distrito electoral, así que los números de la tabla arrojan un resultado de más de 62 y los porcentajes de más de 100%.

Requerido y Recomendado Distritos Electorales de la Comunidad (CA DMH Notificación 07-17)		Número de delegados	Porcentaje de delegados (#/62)
Poblaciones Étnicas Atendidas con Deficiencia			
1	Afroamericanos	22	35%
2	Asiáticos del Pacífico	13	21%
3	Latinos	15	24%
4	Lesbianas/Gays/Bisexuales/Trans/Cuestionamiento e Indagación	2	3%
5	Indígenas estadounidenses	10	16%
6	Refugiados/Inmigrantes	4	6%
7	Otros: Jóvenes en edad de transición	6	9%
8	Otros: adultos mayores	12	19%
9	Otros: discapacitados	1	2%
Educación			
10	Distritos escolares	8	13%
11	Enseñanza media superior y universidades	3	5%
12	Educación de adultos	1	2%
Personas con SMI/SED y sus familias			
13	Personas con SMI/SED	12	19%
14	Familiares, incluyendo a miembros de NAMI (Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales)	17	27%
Prestadores de servicios de salud mental y física			
15	Prestador de servicios: Servicios de salud mental, incluyendo el abuso en el consumo de sustancias	9	15%
16	Prestador de servicios: servicios de cuidado de la salud física	2	3%
Prestadores de servicios sociales			
17	Prestadores de servicios sociales de la ciudad	3	5%
18	Prestadores de servicios sociales de la comunidad, incluyendo personas sin hogar, víctimas de estupro y de violencia intrafamiliar	7	11%
Fuerzas del orden			
19	Fuerzas del orden de la ciudad	2	3%
20	Fuerzas del orden del condado departamento de libertad condicional	1	2%
Otro			
21	Gobierno municipal	3	5%
22	Condado de Los Ángeles, Departamento de Salud Mental, incluye programas para los jóvenes en edad de transición	4	6%
23	Consejo de Administración de TCMHC/Comisión de Salud Mental	5	8%
24	Personal de TCMHC	3	5%

3b. Capacitación para el personal y actores del condado

El proceso de delegados de PEI fue el tercer proceso de este tipo que TCMHC auspició en los últimos tres años. El primer proceso, concluido en octubre de 2007, involucró a 40 delegados en un intenso proceso visionario de la comunidad que duró un año. Este proceso contribuyó para que TCMHC surgiera de la bancarrota como un sistema de atención cuya organización giraba en torno a los valores fundamentales de la Ley de Servicios de Salud Mental. El segundo proceso involucró a casi 50 delegados para el desarrollo del plan de Servicios y Apoyos Comunitarios (CSS), y finalizó en mayo de 2009.

En estos tres procesos, los delegados no han hecho oídos sordos a las recomendaciones presentadas por el personal y por otras personas. En cambio, han participado activamente en la elaboración y perfeccionamiento de las muchas recomendaciones presentadas para cada uno de los planes propuestos.

Para que los delegados desempeñen un papel tan completo se requiere de una considerable y continua inversión en capacitación y en el desarrollo de las destrezas tanto de los propios actores como del personal. Gran parte de los esfuerzos de capacitación y desarrollo de destrezas que el proceso de planeación de PEI han apoyado incluyen lo siguiente:

- Los conceptos fundamentales del buen estado de salud, de resistencia, de recuperación, prevención (tanto global como individual), riesgo y factores de prevención e intervención temprana;
- La diferencia entre los esfuerzos de tratamiento y de prevención e intervención temprana, y otras diferencias entre los planes de CSS y los de PEI;
- El elemento esencial relacionado al financiamiento de MHSA, incluyendo los niveles de financiamiento actuales y proyectados con base en el análisis financiero desarrollado por Mike Geiss a solicitud de la Asociación California Mental Health Directors' Association (CHMDA);
- Los datos que surgieron de los grupos de enfoque y de las encuestas;
- Diferencias en los niveles de evidencia de las prácticas basadas en evidencia, las prácticas promisorias, y las prácticas sustentadas por una evidencia definida por la comunidad;
- Los principios y los conceptos en relación a la capacidad de participación de la comunidad que surgieron del Aprendizaje en Colaboración auspiciado por el Instituto de Salud Mental de California que proporcionaron los consultores John Ott y Rose Pinard, quienes son los consultores líderes para los procesos de planeación de TCMHC y de PEI.

- Una introducción a los conceptos fundamentales de resultados basados en la responsabilidad; y
- Principios, marco de trabajo y combinación de habilidades asociadas a la toma de decisiones según el consenso del grupo desarrolladas por John Ott y Rose Pinard.

Los consultores emplearon múltiples estructuras para proporcionar esta capacitación a los actores y al personal, que incluían:

- Capacitaciones especializadas para el personal y para los miembros del Consejo Administrativo de TCMHC y de los miembros de la Comisión;
- Dos sesiones de orientación intensivas para los delegados que no había tomado parte en ninguno de los dos procesos de delegados anteriores (alrededor de 50% de los delegados de PEI); y
- Sesiones completas de capacitación en las siete reuniones de delegados (que sumaron un total de casi 30 horas) y seis reuniones del subcomité (sumando un total de 40 horas).

Los consultores también desarrollaron sesiones de capacitación para el personal que organizó y dirigió los grupos de enfoque, las encuestas y las presentaciones a la comunidad, así como para los miembros del subcomité para introducirlos a la amplia gama de programas de PEI explorados por CA DMH y un número de condados cuyos planes ya han sido aprobados por la Comisión de Vigilancia y Rendición de Cuentas de California (CaOAC).

4. Proporcionar un resumen de la eficacia del proceso en cuanto a los siguientes aspectos:

4a. Las lecciones aprendidas del proceso de CSS y cómo este aprendizaje se aplicó en el proceso de PEI.

Como se señala en la discusión bajo la pregunta tres mencionada anteriormente, el proceso de planeación de PEI surgió y se benefició de la experiencia de dos procesos previos de delegados: un proceso visionario de la comunidad finalizado en octubre de 2007 y el proceso de planeación de CSS que finalizó en mayo de 2009. Utilizamos muchas de las lecciones aprendidas a través de estos primeros dos procesos de planeación para mejorar el proceso de PEI. Algunas de estas lecciones fueron:

- Ser más estratégico y perseverante en el establecimiento de relaciones con líderes confiables de las comunidades desatendidas y marginadas para aumentar la posibilidad de una participación significativa de parte de estas comunidades. El personal de TCMHC inició un sistemático esfuerzo de crear relaciones durante el proceso de planeación de CSS, y lo incrementó

considerablemente durante el esfuerzo de PEI. El resultado: una extensa participación en los grupos de enfoque, en las encuestas y en las presentaciones a la comunidad, e inclusive un grupo de delegados con mayor representación.

- Más creatividad para llegar a las poblaciones de comunidades desatendidas y marginadas, en especial aquellas que no tienen participación en ninguna organización o en otras estructuras típicas de la comunidad para una mayor posibilidad de participación significativa de parte de estos miembros de la comunidad. La perseverancia de parte del personal para explorar las múltiples y diferentes estrategias para conseguir la participación de los jóvenes de LGBTQ es en sí misma, una evidencia de esta lección.
- Llevar a cabo esfuerzos de alcance continuos a través de diferentes canales para aumentar significativamente la participación y el nivel de conciencia de la comunidad. El personal de TCMHC así como los delegados y otros participantes, aprendieron a aprovechar estas oportunidades para hablar sobre los esfuerzos de planeación de PEI, independientemente del asunto o tema oficial de la reunión o evento. Tres breves ejemplos ilustran como se aplicó esta experiencia: (1) El Plan de CSS creó otras cuatro nuevas posiciones de Orientadores Comunitarios que proporcionarán vínculos hacia recursos de la comunidad para los participantes de las asociaciones de servicios completos (FSP) y para otros individuos que reciben atención de este plan. Cuando los Orientadores Comunitarios realizaron presentaciones en las tres ciudades sobre las FSP (asociaciones de servicios completos) y sobre los recursos de la comunidad, también informaron e involucraron a distritos electorales clave en el proceso de planeación; (2) Cuando el Coordinador de Relaciones Comunitarias organizó el Project Homeless Connect (conexión para indigentes) con la participación de más de 500 personas y 30 organismos, hizo un anuncio público especial sobre los esfuerzos de planeación de PEI e invitó al Coordinador de MHSA y a los Orientadores Comunitarios a instalar un *stand*; y (3) como se señaló anteriormente, el personal de PEI utilizó los materiales como base para algunas de sus sesiones de recuperación grupales para fomentar la lectura, la comunicación y las destrezas sociales en personas con SMI/SED.
- Asegurar la participación significativa de personas con SMI/SED requiere de un número de estructuras de apoyo formales e informales. Algunas de estas estructuras fueron creadas para los esfuerzos de planeación de PEI con objeto de fomentar la participación activa de personas con SMI/SED que se describen en la respuesta a la pregunta 2.

4b. Cuantificación del éxito que demuestra cómo los esfuerzos de alcance generaron un proceso de planeación eficaz e inclusivo con la participación de individuos que forman parte de las poblaciones de prioridad de PEI, incluyendo a los jóvenes en edad de transición.

A continuación, encontramos algunas de las medidas del éxito alcanzado a través del proceso de planeación de PEI.

Cuantificación de la Participación

Una medida de cuantificación obvia sobre la participación a la que dimos seguimiento fue el número de personas provenientes de comunidades desatendidas o marginadas que participó en las estrategias de alcance y compromiso. Como se señaló en la respuesta a las preguntas 2 y 3 mencionadas con anterioridad, obtuvimos un porcentaje significativo de éxito al lograr la participación de los miembros de comunidades desatendidas y marginadas a través de los grupos de enfoque, de las encuestas, de las presentaciones comunitarias y del proceso de delegados.

En particular, los jóvenes en edad de transición participaron en los grupos de enfoque y en las encuestas en un porcentaje mayor al que se registró en el área de tri-city. Seis grupos de enfoque con un total de 28 participantes incluían solamente a jóvenes en edad de transición. Los grupos de enfoque para las comunidades de API, indígenas estadounidenses y vietnamitas contaron con porcentajes importantes de jóvenes en edad de transición. Seis jóvenes en edad de transición también fungieron como delegados.

Además de estas dos poblaciones, la pregunta se refiere específicamente a nuestro éxito en conseguir la participación de personas que forman parte de otras poblaciones de prioridad de PEI. La notificación 07-17 de CA DMH y otros documentos identifican a seis poblaciones de prioridad: poblaciones desatendidas culturalmente, individuos experimentando el inicio de un trastorno mental grave, personas expuestas a sucesos traumáticos y niños y jóvenes que viven en el seno de una familia bajo estrés, que se encuentren en riesgo de fracaso escolar y en riesgo de incurrir en problemas con la ley.

Además de las descripciones sobre el número de poblaciones desatendidas y marginadas, que incluyen a los jóvenes en edad de transición que ya mencionamos en las preguntas anteriores, no recabamos información para cuantificar el número de personas que participaron en las estrategias de alcance con objeto de ajustar con más precisión las categorías de las poblaciones de prioridad. Existe no obstante evidencia, (comentarios escritos y orales que se hicieron durante las encuestas, los grupos de enfoque, las presentaciones comunitarias y las reuniones de delegados), que sugiere que un número significativo de participantes pertenecían a uno o más de estos grupos, o que conocían a personas que eran miembros de estos grupos. Por ejemplo, durante la sesión del grupo para padres latinos, las madres reportaron su constante preocupación de que sus hijos tuvieran problemas con el sistema de justicia juvenil debido a actividades como parte de las pandillas. Además, los veteranos de guerra hablaron sobre cómo evitan intencionalmente solicitar ayuda para los síntomas del trastorno de estrés postraumático que experimentan, ya que su entrenamiento militar, que hace hincapié en el desempeño de sus deberes a pesar de las dificultades, lo dificulta. Los veteranos continuaron explicando que a menudo se les dificulta compartir sus experiencias personal con personas ajenas al ejército. Por último, un delegado con

SMI que participó en las deliberaciones del subcomité describió los efectos negativos y debilitantes de los medicamentos psicotrópicos que le prescribían para reprimir los síntomas iniciales de un trastorno mental cuando asistía a la universidad.

Concentración de la información

Los datos recopilados de los diferentes tipos de estrategias tales como los grupos de enfoque, las encuestas en línea y presenciales, y las deliberaciones de los delegados identificaron a las mismas tres poblaciones de prioridad y a los mismos tres temas de salud mental comunitarios. Las tres poblaciones de prioridad que surgieron (de entre las seis identificadas por CA DMH) fueron: (1) personas experimentando los inicios de un trastorno mental grave; (2) niños y jóvenes viviendo en el seno de una familia bajo estrés; y (3) individuos expuestos a situaciones traumáticas. Los tres temas prioritarios de salud mental que surgieron (de entre los cinco identificados por CA DMH) fueron: (1) medidas de prevención y de respuesta a los primeros síntomas de problemas emocionales y de conducta en las poblaciones específicas de riesgo desde 0 a 25, (2) disparidad para acceder a intervenciones tempranas en materia de salud mental, y (3) riesgo de suicidio.

La convergencia de la información recolectada a través de estrategias diferentes e independientes (grupos de enfoque, encuestas y deliberaciones de los delegados) de un gran número de personas en una amplia variedad de comunidades proporcionaron a los delegados un alto grado de confianza sobre el curso a seguir.

Participación y retroalimentación para las reuniones de los delegados

El proceso de los delegados contó con un excelente grado de asistencia con un promedio de más de 50 delegados y observadores. Como fue señalado, al final de cada una de las reuniones de delegados, se proporcionó a los participantes un Formulario de retroalimentación solicitándoles se auto-evaluara respecto a la forma en que habían entendido los conceptos y en relación a las acciones tomadas durante la reunión así como para compartir sus opiniones acerca de lo que consideraron que funcionó bien durante la reunión y lo que podría mejorarse en reuniones subsecuentes. En todas las siete reuniones de los delegados, los índices para medir el grado de comprensión de los temas presentados en la reunión, el grado de satisfacción con la misma y el apoyo para el curso del proceso en general, promediaron 4.61 en una escala de 1-5, siendo 5 el más favorable.

La retroalimentación escrita característica con respecto a las reuniones incluyó lo siguiente:

- *Es bueno saber que mi opinión tiene peso.*
- *El moderador presentó información compleja de una manera sencilla para un grupo variado.*
- *Las reuniones estuvieron muy bien organizadas con diapositivas en Power Point y con folletos.*

- *Hubo un intercambio abierto de ideas divergentes.*
- *Estas reuniones son cordiales y respetuosas de los diversos puntos de vista.*
- *Las preguntas y respuestas son muy educativas. Realmente me gusta la diversidad del grupo.*
- *El concepto de capacidad de participación de la comunidad es muy inspirador y un gran vehículo de cambio.*
- *Hay mucha colaboración e información en el grupo. Me emocionan las posibilidades, especialmente el programa de bienestar escolar. Un proyecto muy promisorio.*

Consenso entre los delegados sobre el borrador del plan PEI

El Consejo de Administración de TCMHC autorizó al proceso de los delegados a elaborar el borrador con las recomendaciones para el plan PEI (tal como lo hizo para el plan CSS). Durante las deliberaciones, los delegados fueron introducidos a las prácticas y los principios que fomentan el surgimiento de la sabiduría colectiva. Más que ser sólo un debate y compromiso, se introdujo a los delegados en las técnicas del diálogo y del discernimiento. Se les animó a aceptar perspectivas divergentes y tratarlas como información neutral en lugar de puntos de vista antagónicos entre los que la gente tenía que decidir.

Para decisiones trascendentales del grupo, no hubo proceso de votación. En su lugar, se sondeó a cada delegado usando los Gradientes de Acuerdo (ver anexo C). Los delegados se libraron de la presión de ponerse de acuerdo, o de elaborar recomendaciones convergentes para el Consejo de Administración de TCMHC. En caso de que los debates hubiesen dado lugar a diferencias irreconciliables, las áreas de convergencia y divergencia se hubieran documentado cabalmente para incluirlas en el informe final al Consejo de Administración de TCMHC. En este caso, sin embargo, todos los delegados avalaron plenamente la estructura y el presupuesto del plan PEI. El plan presentado a la consideración de la comunidad para proporcionar sus puntos de vista representa el acuerdo unánime de los delegados.

5. Proporcione la siguiente información sobre la audiencia pública del condado requerida:

5a. Fecha de la audiencia: Enero 27, 2010

5b. Se circuló una descripción sobre el Componente PEI del Programa Triannual y del Plan de Egresos a los representantes de los intereses de los actores y a cualquier otra parte interesada que lo requiriera.

Comenzando el 22 de diciembre de 2009 y continuando hasta el mes de enero de 2010, continuaremos con un esfuerzo de gran extensión para distribuir el borrador del plan PEI y solicitaremos que nos retroalimenten sobre el mismo, incluyendo:

- Subiendo el plan al sitio Web de TCMHC;

- Enviando el vínculo en línea del plan por correo electrónico a cientos de actores y partes interesadas;
- Colocando copias del plan en sitios de reunión de la comunidad, incluyendo bibliotecas, centros comunitarios, oficinas de correo y otras; y
- Llevando a cabo presentaciones en docenas de reuniones comunitarias.

Se exhortará a los miembros de la comunidad a participar en la audiencia pública de fines de enero, y a ofrecer sus opiniones previo a la misma subiendo sus comentarios al sitio Web y/o enviando sus correos electrónicos, faxes o comentarios a través del servicio postal al personal.

Además de las presentaciones, es muy probable que también se transmita al menos una entrevista televisada y que se escriban uno o más artículos para los periódicos locales anunciando la fecha de la audiencia pública.

5c. Resumen y análisis de cualquier recomendación de revisión importante.

Para llenarse después de la audiencia pública.

5d. Número estimado de participantes:

Para llenarse después de la audiencia pública.

**PROYECTO PEI 01:
CAPACIDAD DE PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD -
CONSTRUCCIÓN**

Formulario 3

RESUMEN DEL PROYECTO PEI

Condado: Tri-City

Nombre del proyecto PEI: Capacidad de participación de la comunidad

Fecha: Diciembre de 2009

1. Necesidades Clave de Salud Mental de la Comunidad PEI	Grupo de Edad			
	Niños y Jóvenes	Jóvenes en Edad de Transición	Adultos	Adultos Mayores
Seleccione todas las que apliquen al proyecto PEI				
1. Desigualdades en el Acceso a los Servicios de Salud Mental	•	•	•	•
2. Impacto Psico-Social de Traumas	•	•	•	•
3. (Prevención e intervención Temprana para) niños, jóvenes y adultos jóvenes en riesgo	•	•		
4. Estigma y Discriminación	•	•	•	•
5. Riesgo de Suicidio	•	•	•	•

2. Poblaciones PEI de Prioridad	Grupo de Edad			
	Niños y Jóvenes	Jóvenes en Edad de Transición	Adultos	Adultos Mayores
2a. Seleccione todas las que apliquen al proyecto PEI				
1. Individuos expuestos a traumas	•	•	•	•
2. Individuos con síntomas iniciales de enfermedad mental severa	•	•	•	•
3. Niños y jóvenes en el seno de familias bajo estrés	•	•		
4. Niños y jóvenes en riesgo de fracaso escolar	•	•		
5. Niños y jóvenes que hayan incurrido en problemas con la ley o que se encuentran en riesgo de hacerlo	•	•		
6. Poblaciones culturales marginadas	•	•	•	•

2b. Resume la participación de los interesados y el análisis de los datos que se obtuvieron en la selección de las poblaciones de prioridad.

El personal de TCMHC y los consultores captaron a casi 3,000 miembros de la comunidad en el esfuerzo de planeación de la comunidad PEI entre junio y diciembre de 2009, utilizando cuatro procesos interrelacionados: grupos de enfoque, investigaciones, presentaciones del personal y deliberaciones de los accionistas. Los datos que surgieron de estas múltiples conversaciones y esfuerzos de compromiso revelaron una convergencia notable entre miembros y líderes de la comunidad en el área tri-city en una variedad de preguntas, incluyendo la pregunta de las poblaciones de prioridad.

Las descripciones detalladas para las seis poblaciones de prioridad incluyen las siguientes:

- Niños y jóvenes en familias bajo estrés, incluyendo a niños y jóvenes que ha sido colocados fuera de su hogar o en familias en las que haya abuso de sustancias o violencia, depresión u otras enfermedades mentales o falta de cuidados a adultos (por ejemplo, como resultado de una condición grave de salud o encarcelamiento), poniendo a los niños y a los jóvenes en un alto riesgo de problemas conductuales y emocionales;
- Personas expuestas a traumas; por ejemplo personas que estén expuestas a eventos traumáticos o a condiciones traumáticas prolongadas como profunda pena, pérdida o aislamiento, incluyendo aquellos que de manera improbable busquen ayuda en algún servicio de salud mental tradicional;
- Niños y jóvenes en riesgo de experimentar una implicación en justicia juvenil, incluyendo niños y jóvenes que muestren señales de problemas conductuales/emocionales que estén en riesgo de tener contacto con, o hayan tenido algún contacto con, cualquier parte del sistema de justicia juvenil y que no puedan atender de manera apropiada a través del plan de Servicios y Apoyos Comunitarios;
- Niños y jóvenes en riesgo de fracaso escolar, incluyendo niños en riesgo debido a problemas emocionales y conductuales no atendidos; y
- Poblaciones culturales desatendidas: aquellas que no sea probable que busquen ayuda de algún servicio de salud mental tradicional ya sea debido al estigma, falta del conocimiento u otras barreras.

Para la encuesta en línea, le pedimos a los entrevistados que identificaran sus 3 poblaciones prioritarias. De los 635 entrevistados para la encuesta:

- 19.29% eligieron personas que estaban sufriendo el inicio de una enfermedad psiquiátrica grave;
- 22.88% eligió niños y jóvenes en familias estresadas;
- 17.05% eligió personas expuestas a traumas;
- 13.59% eligió niños y jóvenes en riesgo de o que están sufriendo la implicación en justicia juvenil;
- 14.23% eligió niños y jóvenes en riesgo de reprobar la escuela; y
- 12.95% eligió poblaciones culturales con mala atención.

Los delegados revisaron estos datos de la encuesta. También entendieron aquellos del año pasado que indican aumentos apreciables y en muchos casos importantes en llamadas de violencia doméstica, crimen violento, intentos de suicidio y otros indicadores de mayor alteración mental y emocional en familias y comunidades en las tres ciudades. Las narraciones de los maestros y otro personal en las escuelas y universidades locales, así como de los delegados de los jóvenes en edad de transición y los participantes en los grupos de enfoque refuerzan estos datos, en tanto que los estudiantes y sus familias luchan con el caos de la crisis económica. Los delegados comprenden que éstos y otros indicadores de alteraciones mentales y emocionales están aumentando precisamente en el tiempo en el que los gobiernos locales, escuelas, fundaciones y proveedores de servicio están sufriendo la escalada y devastación de los cortes presupuestales. De hecho, los fondos que soportan este plan bajo la Ley de Servicios de Salud Mental han disminuido considerablemente y con probabilidad continuarán haciéndolo en los siguientes años fiscales.

Todos estos datos impactaron las decisiones de los delegados sobre las poblaciones de prioridad (y también su elección de proyectos). Cuando los delegados pasaron por su propio ejercicio de establecer la prioridad en las tres poblaciones más importantes, sus porcentajes arrojaron resultados ligeramente diferentes a aquellos de los entrevistados en la encuesta en línea. De manera específica:

- 29.90% de los delegados eligió a personas que estaban sufriendo el inicio de una enfermedad psiquiátrica grave;
- 23.04% de los delegados eligió a niños y jóvenes en familias estresadas;
- 20.59% eligió personas expuestas a traumas;
- 9.80% eligió niños y jóvenes en riesgo de o que están sufriendo la implicación en justicia juvenil;
- 8.83% eligió niños y jóvenes en riesgo de reprobar la escuela; y
- 7.84% eligió poblaciones culturales desatendidas.

Por último, no obstante, los delegados concluyeron que muchas de las causas raíces que afectaban el bienestar mental de estas poblaciones diferentes son las mismas, y muchas de las estrategias que podían promover el bienestar mental y emocional de ellas también serían similares. Por tanto, buscaron proyectos que pudieran beneficiar a tantos miembros de estas poblaciones como fuera posible.

3. Descripción del Proyecto PEI

3a. Explica por qué el proyecto PEI propuesto, incluyendo la (s) necesidad (es) clave de la comunidad, población (es) prioritaria (s), los resultados deseados y los programas elegidos cubre las necesidades identificadas durante el proceso de planeación del programa de comunidad.

Además de las preguntas sobre los aspectos de prioridad y poblaciones, también le preguntamos a los participantes en la encuesta, en el grupo de enfoque y a los delegados una serie de preguntas sobre el *bienestar*, incluyendo:

- ¿Qué significa el bienestar mental y emocional para usted y las personas más cercanas?
- ¿Qué le ayuda a conservar el bienestar mental y emocional?
- ¿Qué le ayuda a las personas en su comunidad a enfrentar los retos en sus vidas?

Sin importar las características del grupo (nivel de ingresos, raza y etnia, geografía, identidad de género, estado como inmigrante y otros), las respuestas a estas preguntas fueron extraordinariamente consistentes: las respuestas más importantes a cada una de estas preguntas permanecieron consistentes virtualmente a través de todos los subgrupos.

- ¿Qué significa el bienestar mental para mí y las personas más cercanas a mí?
 - Relaciones saludables con la familia y los amigos;
 - Un sentido de mayor propósito y significado a través de la religión, iglesia, la espiritualidad y/o la naturaleza; y
 - La capacidad de crear y conservar relaciones de apoyo con otros.
- ¿Qué me ayuda a conservar el bienestar mental?
 - Apoyo de la familia y amigos;
 - Una conexión significativa con la iglesia, religión, espiritualidad y/o naturaleza; y
 - Ejercicio, recreación y música; y
 - Un sentido de propósito a través del empleo, voluntariado y/o escuela.
- ¿Qué le ayuda a las personas de estas comunidades a enfrentar estos retos?
 - Relaciones saludables con la familia y los amigos;
 - Un sentido de mayor propósito y significado a través de la religión, iglesia, espiritualidad y/o la naturaleza;
 - Trabajo significativo, empleo, escuela y/u oportunidades de voluntariado.

También le preguntamos a los participantes de la encuesta y del grupo de enfoque quiénes son las personas que consideran líderes y sanadoras confiables en sus comunidades así como por algunos de los lugares a los que ellos y otros en sus comunidades frecuentan para culto, salud, recreación, compras y otros fines. Lo que se obtuvo claramente de las respuestas a estas preguntas fue que aunque las categorías de bienestar y apoyo fueron consistentes en los grupos y comunidades, la *experiencia*

en sí de bienestar y apoyo es sumamente contextual: el lugar a dónde van las personas y en quién confían para apoyo y cuidado varía radicalmente dentro y entre las familias y comunidades.

Dado este entendimiento, hemos diseñado el Proyecto de Capacidad de Construcción de la Comunidad para fortalecer la capacidad de las comunidades a lo largo de las tres ciudades, incluyendo las comunidades marginadas y desatendidas, para promover el bienestar mental y emocional de sus miembros. El proyecto también fortalecerá la capacidad de las comunidades de ofrecer rápida y efectivamente apoyo cuando alguien esté experimentando alguna alteración mental y emocional y en formas que sean adecuadas de acuerdo con la cultura.

3b. Miembros de puesta en marcha y tipo de organización/entorno que ofrecerán el programa PEI y las intervenciones. Si el entorno es un lugar de servicios terapéuticos de salud mental tradicional, explica porque se eligió este sitio.

El Proyecto de Capacidad de Construcción de la Comunidad captará a socios en comunidades de las tres ciudades, particularmente aquellas con etnias desatendidas y marginadas y otras comunidades. Estos socios incluirán escuelas, universidades, clínicas de salud y otros proveedores de cuidado primario, organizaciones de fe, organizaciones de la comunidad y colaboradores, negocios de la comunidad y otros socios no tradicionales.

3c. Datos demográficos de la comunidad objetivo, incluyendo una descripción de las áreas geográficas específicas y las poblaciones étnicas y/o culturales, raciales marginadas a las que se atenderá.

El Proyecto de Capacidad de Construcción de la Comunidad incluye dos programas: el programa de Bienestar de la Comunidad y el programa de Primeros Auxilios de Salud Mental. El programa de Bienestar de la Comunidad se concentrará en comunidades desatendidas y marginadas a lo largo de las tres ciudades; por ejemplo, comunidades indígenas estadounidenses, comunidades vietnamitas y otros habitantes de islas asiáticas y del Pacífico, así como comunidades latinas, incluyendo comunidades inmigrantes y comunidades que hablan español predominantemente monolingües.

El programa de Primeros Auxilios de Salud Mental proporcionará entrenamiento y apoyo a escuelas, universidades, clínicas de salud y otros proveedores de cuidado primario, organizaciones de fe, organizaciones de la comunidad, negocios comunitarios y otros.

3d. Puntos sobresalientes de programas nuevos o expandidos

3e. Acciones que se realizarán para llevar a cabo el proyecto PEI, incluyendo la frecuencia o duración de las actividades.

3f. Fechas críticas y línea de tiempo esperada para cada una de ellas.

Programa de Bienestar de la Comunidad

Puntos sobresalientes: El programa de Bienestar de la Comunidad es un programa nuevo diseñado para ayudar a las comunidades a desarrollar y poner en marcha planes activados por la comunidad para mejorar y conservar el bienestar mental y emocional de sus miembros. Aprovechando los principios y enfoques del *Desarrollo de la Comunidad de Acuerdo con sus Valores (ABCD)* recomendado por CA DMH, el Programa de Bienestar de la Comunidad refleja varias premisas fundacionales:

- Las familias y las comunidades tienen la responsabilidad primaria de promover y preservar el bienestar mental y emocional de sus miembros;
- Las familias y las comunidades tienen fortalezas y activos que ya apoyan la salud y el bienestar de sus miembros; y
- Con el apoyo y el entrenamiento culturalmente adecuado, las comunidades pueden apalancar y extender sus fortalezas y activos para mejorar y preservar el bienestar de sus miembros con el tiempo.

El personal TCMHC, con apoyo de los asesores en el primer año, identificará varias comunidades con un fuerte liderazgo en la misma y compromiso para mejorar el bienestar mental y emocional de sus miembros. Las comunidades que están asociadas con nosotros en el proceso de planeación de la comunidad son candidatos obvios para este esfuerzo.

Una vez identificadas, el personal (y los asesores en el primer año) trabajarán con los líderes de la comunidad para dominar las habilidades y esquemas necesarios para apoyar la planeación de la comunidad y la acción para promover la salud mental y el bienestar. El compromiso que hará cada comunidades será mejorar los resultados del bienestar para los miembros de su comunidad. El proceso de planeación de la comunidad se basará en siete preguntas del esquema de *Rendición de cuentas con base en resultados*:

- ¿Qué población es la que nos preocupa? (Las comunidades se elegirán para asegurarse de que la mayoría de los planes, como mínimo, atiendan las necesidades de los niños, jóvenes y adultos jóvenes en la comunidad elegida).
- ¿Qué condiciones del bienestar mental y emocional queremos para esta población en nuestra comunidad?
- ¿Cómo *sabremos* si estamos avanzando hacia estos resultados? (El especialista de datos contratado para apoyar este programa trabajará con la comunidad para desarrollar oportunamente los datos a nivel comunidad para ayudarles a contestar esta pregunta).
- ¿Cómo vamos en las medidas más importantes y por qué?
- ¿Quiénes son los socios en nuestra comunidad (o en algún otro lugar) que tienen una participación en la mejora de nuestras condiciones de bienestar mental y emocional?
- ¿Qué funciona, o puede funcionar, *en nuestra comunidad* para mejorar estas condiciones de bienestar mental y emocional?
- ¿Qué proponemos hacer? (incluyendo ideas sin costo y de bajo costo)

Una vez que se terminan los planes, los líderes y socios de la comunidad recibirán varias formas de apoyo continuo. En primer lugar, las comunidades pueden solicitar fondos hasta por tres años de una comunidad que otorgue fondos para apoyar acciones activadas por la comunidad enfocadas a resultados de bienestar emocional. En segundo, las comunidades recibirán apoyo de forma que puedan generar y analizar datos confiables y a tiempo para evaluar la efectividad de sus esfuerzos. En tercero, las comunidades podrán participar en varios círculos de aprendizaje y otras estructuras que les ayude a compartir y recibir lecciones aprendidas con otras comunidades que también se encuentren participando en este programa.

Acciones y actividades: El personal de TCMHC (con consultores en el primer año) desarrollará y entregará el plan de estudio y de desarrollo de liderazgo y planeación de la comunidad para las comunidades elegidas haciendo posible su participación en la primera vuelta de este proceso. Las comunidades determinarán las acciones y las actividades destinadas a mejorar los resultados del bienestar emocional y mental entre sus respectivos miembros.

Fechas críticas (supone que la puesta en marcha comienza en el último trimestre del año fiscal 2009-10)

Abr-jun 2010	Terminar las descripciones laborales y contratar a los Especialistas en Bienestar de la Comunidad
	Terminar las descripciones laborales y contratar al Especialista de Datos de la Comunidad
	Crear la infraestructura para administrar los subsidios para la comunidad, incluyendo un panel de delegados para revisar las propuestas de subsidios para la comunidad
Jul-sept. 2010	Completar el currículo de liderazgo + planeación de la comunidad
	Elegir el primer grupo de comunidades
Oct-dic 2010	Primera entrega de comunidad de la Planeación e Intervención Temprana (PEI)
	Las comunidades comienzan con los procesos de planeación de la comunidad
Ene-jun 2011	Las comunidades completan los primeros planes
	Planes revisados y aprobados por un comité mixto de delegados del personal
	Infraestructura de datos terminada
	Las comunidades comienzan la puesta en práctica
	Comienza el proceso de elección para el segundo grupo de comunidades

Programa de Primeros Auxilios de Salud Mental

Puntos sobresalientes: El programa de Primeros Auxilios de Salud Mental (MHFA) es un programa para enfocar los puntajes de las personas en valores basados en la comunidad para intervenir de manera rápida y efectiva con el fin de ofrecer apoyo cuando alguien esté sufriendo angustia mental y emocional. Este programa basado en

evidencias comienza con la premisa de que al igual que las personas pueden dominar los primeros auxilios para lesiones físicas; por ejemplo la maniobra de Heimlich, CPR, sin ser doctores, también pueden dominar los primeros auxilios de la salud mental sin ser médicos.

Los componentes de este programa son claros. Un grupo inicial de personas termina con éxito un curso de cinco días para convertirse en instructores MHFA certificados. Estimamos que 25 personas del área de tri-city terminará este curso para instructores en el primer año: dos serán miembros nuevos del personal de TCMHC; los otros vendrán de un rango de socios de la comunidad, incluyendo escuelas, institutos, clínicas de salud y otros proveedores de cuidado primario, organizaciones religiosas, organizaciones de la comunidad y cooperativas, negocios de la comunidad y otros socios no tradicionales.

Cada una de estas 25 personas se certificará para ofrecer el curso de 12 horas de MHFA para miembros de su comunidad. El curso proporciona el conocimiento y las habilidades para que las personas les ayuden a aprender cómo ayudar a combatir la angustia mental o emocional, o el desarrollo de problemas o crisis de salud mental. El presupuesto incluye fondos no recurrentes para soportar la entrega de amplio rango de estos programas de 12 horas, incluyendo fondos para pagar el tiempo de personas; por ejemplo, fondos para sustitutos de manera que los maestros puedan tomar el entrenamiento de primeros auxilios con duración de 12 horas y el estipendio para comida, espacio, cuidado de niños y otro soporte.

El propósito es entrenar a más de 1,000 Encargados de prestar los Primeros Auxilios Mentales dentro de los primeros años del programa. Estos encargados de prestar los Primeros Auxilios sabrán cómo responder de manera adecuada ante una persona que encuentren luchando con un asunto de salud mental, y cómo ayudarla a conectarse con sus comunidades naturales de apoyo y a otras estructuras y recursos de apoyo como asesoramiento de colegas, actividades de bienestar, programas de autoayuda y otros. (Consulte el Proyecto de Apoyo de Colegas y Bienestar Familiar).

Los dos miembros del personal de TCMHC que están entrenados como instructores de la MHFA tendrán responsabilidades adicionales más allá de llevar a cabo el curso básico de MHFA. Una de sus responsabilidades será desarrollar el currículum para aumentar el entrenamiento básico de primeros auxilios con duración de 12 horas. Por tanto, esperamos que estos miembros del personal tengan experiencia en el diseño de currícula y entrenamiento. Los dos primeros aspectos que desarrollarán para el entrenamiento especializado serán: (1) recuperación de un trauma en respuesta a violencia (por ejemplo, violencia de la comunidad, violencia doméstica, guerra); y (2) reconocimiento y prevención de suicidios. Proporcionarán este entrenamiento algunas veces como un complemento al entrenamiento básico de MHFA y algunas veces como un entrenamiento independiente para comunidades de alta prioridad.

También esperamos que estos dos miembros del personal desarrollen relaciones con los integrantes de la comunidad; por ejemplo, con los médicos de cuidado primario y el

clero. El enfoque de este trabajo será entender las necesidades de estos integrantes para convertirse en primeros proveedores más eficientes para personas que tienen una crisis de salud mental e identificar y asegurar a expertos u otros que puedan proporcionar información especializada, entrenamiento y apoyo para estos socios; por ejemplo, entrenamiento relacionado para prescribir medicamentos psicotrópicos para médicos de cuidado primario.

Acciones y actividades: El personal de TCMHC reclutará el primer grupo de 25 instructores para que tomen el curso de instrucción de cinco días y después proporcionen apoyo a estos instructores mientras entrenan a prestadores de primeros auxilios para salud mental en tri-city. Los miembros del personal también desarrollarán y proporcionarán currículo y entrenamiento especializado y desarrollarán sociedades estratégicas de aprendizaje con socios clave de la comunidad. El personal también organizará sesiones periódicos de apoyo y aprendizaje entre los 25 instructores para que puedan compartir y recibir lecciones aprendidas y hacer planes para que, con el tiempo, se mejore el entrenamiento de primeros auxilios.

Fechas críticas (supone que la puesta en práctica comienza en el último trimestre del año fiscal 2009-10)

Abr-jun 2010	Terminar las descripciones laborales de los Moderadores / Encargados de Primeros Auxilios de Salud Mental
	Contratar a dos Encargados/Moderadores para Primeros Auxilios de Salud Mental
	Reclutar el primer grupo de 25 instructores de MHFA
Jul-sept. 2010	Los instructores terminan el entrenamiento de 5 días
	Construir procesos de apoyo para los instructores
	Comienzan los entrenamientos de primeros auxilios
Oct-dic 2010	Continúan los entrenamientos de primeros auxilios
	Se comienzan a construir relaciones con los médicos de cuidado primario y clero
Ene-jun 2011	Comienza el trabajo del currículum para asuntos prioritarios; por ejemplo, trauma debido a violencia y currículo de suicidio
	Continúan los entrenamientos de primeros auxilios
	Continúa la construcción de relaciones con médicos y clero
	Comienzan las sesiones de apoyo/entrenamiento desarrollados para médicos y/o clero
	Comienzan los entrenamientos concentrados en traumas y suicidios

4. Programas

Título del programa	# propuesto de personas o familias a través de la expansión de la Planeación e Intervención Temprana (PEI) a los que se servirán hasta junio de 2011 por tipo		# de meses en operación Junio 2011
	Prevención	Intervención Temprana	
Programa: Bienestar de la comunidad	Personas: 260 Familias:	Personas: 20 Familias:	# de meses: 15
Programa: Primeros Auxilios de Salud Mental	Personas: 325 Familias:	Personas: 100 Familias:	# de meses: 15
Estimado total de proyecto de Conteo no duplicado de personas a las que se servirán	560	120	

5. Enlaces con los Servicios de Salud Mental y Proveedores de otros Servicios Necesarios del Condado

- 5a. Describe cómo el proyecto PEI vincula a participantes individuales en quienes se percibe que necesitan evaluación o tratamiento extendido por enfermedad mental o alteración emocional con los proveedores de Salud Mental del Condado, el proveedor de cuidado primario u otros proveedores de servicio de salud mental que correspondan.
- 5b. Describe cómo el proyecto PEI enlaza a personas y miembros familiares con otros servicios que se necesitan, incluyendo aquellos proporcionados por agencias de la comunidad que no se definen tradicionalmente como salud mental y han establecido o mostrado capacidad para establecer relaciones con poblaciones en riesgo; particularmente en las áreas de tratamiento de abuso de sustancias; prevención e intervención de violencia sexual o doméstica y necesidades básicas.

Estos enlaces sucederán en innumerables formas. Primero, el programa de Bienestar de la Comunidad apoyará a comunidades en el desarrollo de planes sobre cómo promover el bienestar de la comunidad utilizando los activos y recursos de la misma, incluyendo las organizaciones con base en la comunidad y otras estructuras de apoyo a ésta.

En segundo lugar, muchos Encargados de prestar los Primeros Auxilios de Salud Mental serán personas que son parte del personal o voluntarios en agencias no tradicionales de salud mental de la comunidad; por ejemplo, programas de prevención de violencia doméstica, programas de prevención de abuso de sustancias, comedores

comunitarios, albergues para personas sin hogar. Además, los Prestadores de primeros auxilios serán entrenados en cómo conectar a las personas con una variedad de apoyos y recursos a la comunidad y también tendrán acceso a la experiencia de los Orientadores Comunitarios de CSS.

5c. Demuestre que el proyecto PEI incluye suficientes programas, políticas y actividades (incluyendo recursos por apalancamiento) para lograr resultados PEI deseados en el individuo/familia, programa/sistema, o, si procede, niveles de la comunidad.

El Programa de Bienestar de la Comunidad apalancará los recursos de la comunidad de diferentes maneras para apoyar los planes desarrollados por las comunidades para promover el bienestar de sus miembros. Los Especialistas en Bienestar de la Comunidad y el Especialista de Datos de la Comunidad, junto con los consultores cuando se necesiten, proporcionarán apoyo continuo a los múltiples esfuerzos de planeación de la comunidad.

El Entrenador/Moderadores de Primeros Auxilios de Salud Mental organizará apoyo periódico para las puntuaciones de los Encargado de prestar los Primeros Auxilios entrenados. El Coordinador PEI de TCMHC, junto con otros integrantes del personal y consultores, también proporcionará la coordinación y apoyo necesarios para sustentar el plan PEI.

Además, el presupuesto también incluye fondos para apoyar las entregas de PEI, los círculos de aprendizaje, un sitio Web y otras estructuras para facilitar el aprendizaje y apoyo cruzado de la comunidad.

6. Colaboración y mejoras en el sistema

6a. Describe las relaciones, colaboraciones o arreglos con las organizaciones basadas en la comunidad, como las escuelas, cuidado primario, etc., las asociaciones que se establecerán en este proyecto PEI y los papeles y actividades de otras organizaciones que estarán colaborando en este proyecto.

Las comunidades que participan en el Programa de Bienestar de la Comunidad se comprometerán con diversas organizaciones que se localizan en la misma como apoyo a sus esfuerzos para promover el bienestar emocional y mental de sus miembros. Esperamos que las escuelas tengan muchos de sus maestros y personal entrenados como prestadores de primeros auxilios de salud mental, junto con el personal de las clínicas de salud y muchas otras organizaciones y proveedores de la comunidad. Los Moderadores/Entrenador de Primeros Auxilios de Salud Mental de TCMHC trabajarán para establecer relaciones cercanas de trabajo con doctores de cuidado de salud primaria y clero y organizar el apoyo que necesitan para convertirse en miembros más efectivos en el sistema de salud mental de cuidado en el área de tri-city.

6b. Describe cómo se fortalecerá el componente PEI y construirá la salud mental en la comunidad local y el sistema de cuidado primario incluyendo las clínicas de la comunidad y los centros de salud.

Cuidado primario: Una vez más, las comunidades que participen en el Programa de Bienestar de la Comunidad se comprometerán con diversas organizaciones que se localizan en la misma como apoyo a sus esfuerzos para promover el bienestar emocional y mental de sus miembros. Esperamos que las escuelas tengan muchos de sus maestros y personal entrenados como prestadores de primeros auxilios de salud mental, junto con el personal de las clínicas de salud y muchas otras organizaciones y proveedores de la comunidad. Los dos Moderadores/Entrenador de Primeros Auxilios de Salud Mental de TCMHC trabajarán para establecer relaciones cercanas de trabajo con doctores de cuidado de salud primaria y clero y organizar el apoyo que necesitan para convertirse en miembros más efectivos en el sistema de salud mental de cuidado en el área de tri-city

Salud mental: Los Especialistas en Bienestar de la Comunidad y el Entrenador/Moderadores de Primeros Auxilios de Salud Mental se reunirán periódicamente con el personal médico de TCMHC y los orientadores comunitarios de Servicios y Apoyos Comunitarios (CSS) para compartir recursos y referencias, y desarrollar los protocolos para conectar los servicios tradicionales de salud mental con estos esfuerzos del proyecto cuando corresponda. En segundo lugar, los Orientadores Comunitarios (CSS) se reunirán con los instructores de Primeros Auxilios de Salud Mental para desarrollar parte del entrenamiento regular de primeros auxilios con duración de 12 horas que se concentrará en cómo conectarse con los Orientadores u otro personal emergencia en caso de una crisis de salud mental.

6c. Describe cómo se apalancarán y sustentarán los recursos.

El corazón de este proyecto es erigir la capacidad en las comunidades a través del área de tri-city que, una vez desarrollada, continuará existiendo sin importar el financiamiento en proceso. Muchos de los recursos identificados y comprometidos por las comunidades participantes en el Programa en Bienestar de la Comunidad estarán ya dentro de la comunidad y, por tanto no dependerá del financiamiento de PEI. Además, dentro del Programa de Primeros Auxilios de Salud Mental, una vez que se entrenan a los instructores y a los Encargados de prestar los Primeros Auxilios, ese conocimiento y capacidad no puede sacarse de las comunidades, sin importar qué suceda con MHSA u otro financiamiento en los años fiscales subsecuentes.

7. Resultados esperados

7a. Describe los resultados que se esperan del sistema y del programa

Programa de Bienestar de la Comunidad

En la primera fase del Programa de Bienestar de la Comunidad, el personal de TCMHC y los consultores entablarán pláticas con los líderes de la comunidad en tri-city, concentrándose particularmente en aquellas desatendidas y marginadas, para evaluar su disposición y capacidad para comprometerse con el Programa de Bienestar de la Comunidad. Finalmente, se elegirá un primer grupo de comunidades, que actualmente se estima en cuatro, para que participen en el primer año. (Continuaremos añadiendo comunidades en años subsecuentes del proyecto).

Posteriormente, los líderes de estas comunidades recibirán apoyo para la facilitación y desarrollo de liderazgo para que participe en los esfuerzos de planeación activados por la comunidad y sustentados que integren el Desarrollo de la Comunidad de acuerdo con los Valores y la Rendición de cuentas con base en resultados. A través de este proceso, cada una de las comunidades:

- Desarrollará un amplio acuerdo sobre las condiciones de bienestar mental y emocional que cada comunidad desea lograr para sus miembros (resultados);
- Desarrollará un amplio contrato sobre las medidas que la comunidad rastreará para evaluar el avance hacia estos resultados (indicadores de la comunidad);
- Desarrollará un plan mediante el cual los miembros de la comunidad promoverán estas condiciones de bienestar, incluyendo el apalancamiento de los recursos existentes, siguiendo las nuevas estrategias con base en la comunidad, y otros esfuerzos;
- Reportará el avance sobre sus resultados del tiempo extra del bienestar mental y emocional definidos por la comunidad; y
- Participará en las estructuras de aprendizaje para compartir y recibir lecciones aprendidas y apoyo con otras comunidades participantes.

Consulte el formulario 7, una Evaluación Local de un Proyecto PEI, para una plática más detallada de los resultados para este programa.

Programa de Primeros Auxilios de Salud Mental

A través del Programa de Primeros Auxilios de Salud Mental entrenaremos a dos grupos de 25 instructores cada uno (50 en total), y más de 1,000 Encargados de prestar los Primeros Auxilios. Con el tiempo, esperamos que estos instructores y prestadores de primeros auxilios reporten y demuestren:

- Mayor conciencia sobre los aspectos de salud mental particulares de su comunidad;
- Mayor confianza con respecto a la respuesta adecuada a las personas que están experimentando asuntos de salud mental;
- Mayor conciencia y capacidad para conectar a las personas con alteraciones mentales con sus comunidades naturales de apoyo y con otros recursos apropiados de la comunidad; y

- Menor estigma y miedo a las personas que luchan con asuntos de salud mental y emocional en sus comunidades.

En cuanto los Encargados de prestar los Primeros Auxilios de Salud Mental entrenados comiencen a estar disponibles en sus comunidades, esperamos que ofrezcan primeros auxilios de salud mental y apoyen a tal vez miles de personas con el tiempo. Para las personas que *reciben* primeros auxilios de salud mental, anticipamos que ellas y sus familias reporten:

- Experiencias positivas con los Encargado de prestar los Primeros Auxilios de Salud Mental;
- Avance en la respuesta a y solución de la experiencia inmediata de la alteración mental y emocional;
- Mayor acceso a apoyos que pueden ayudarles a continuar con su bienestar mental y emocional; y
- Mayor confianza en que podrán continuar con su bienestar mental y emocional.

En el nivel de programa/sistema, esperamos que la presencia de más de 1,000 Encargados de prestar los Primeros Auxilios de Salud Mental tenga un impacto positivo en el estigma y discriminación que experimentan las personas que luchan con asuntos de alteraciones mentales y emocionales, incluyendo aquellas personas que sufren de enfermedades mentales.

Consulte el formulario 7, una Evaluación Local de un Proyecto PEI, para una plática más detallada de los resultados para este programa.

7b. Describe otros métodos propuestos para medir el éxito.

Utilizaremos formas sencillas de retroalimentación para evaluar la satisfacción de los Encargados de prestar los Primeros Auxilios de Salud Mental con el entrenamiento, así como su dominio del contenido particular. Utilizaremos formas similares de retroalimentación para evaluar la eficacia de los procesos de planeación de la comunidad. Finalmente, exploraremos las oportunidades para captar estudiantes de investigación graduados y universitarios de una o más universidades locales para documentar el alcance e impacto de este esfuerzo.

7c. ¿Qué será diferente como resultado del proyecto PEI y cómo lo sabremos?

Para nosotros, los resultados que aparecen en el punto 7a son muy interesantes y prometedores. Para el Programa de Bienestar de la Comunidad, las comunidades en tri-city se comprometerán (públicamente) en la mejora de los resultados del bienestar mental y emocional de sus miembros. Desarrollarán planes que se concentren en estrategias conducidas por la comunidad para mejorar estos resultados de bienestar y rastreará su avance con el transcurso del tiempo. Tendrá oportunidades múltiples de compartir su aprendizaje y avance con otras comunidades, y obtendrán apoyo para atender los retos que encuentren. Con el tiempo, tendremos los datos definidos por la

comunidad que esperamos que documenten en su totalidad las medidas mejoradas del bienestar en las múltiples comunidades. Consulte el formulario 7, una Evaluación Local de un Proyecto PEI.

Para el Programa de Primeros Auxilios de Salud Mental, esperamos que los Encargados de prestar los Primeros Auxilios ayuden anualmente a cientos de personas que puedan estar sufriendo alteraciones mentales o emocionales y que les ayuden a conectarse con las comunidades naturales de apoyo, grupos de apoyo de pares, si procede (ver el siguiente proyecto), y otros recursos de la comunidad. Crearemos un sistema sencillo para invitar a los Encargados de prestar los Primeros Auxilios a que reporten su experiencia y den seguimiento a las personas que han recibido los primeros auxilios para evaluar su experiencia y si fueron ayudados. Consulte el formulario 7, una Evaluación Local de un Proyecto PEI.

8. Coordinación con otros componentes de la Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA)

8a. Describe la coordinación con los Servicios y Apoyos Comunitarios (CSS), si es necesario.

Los Especialistas en Bienestar de la Comunidad y el Entrenador/Moderadores de Primeros Auxilios de Salud Mental se reunirán regularmente con los Orientadores Comunitarios de los CSS para asegurar la comunicación efectiva y coordinación de referencias. Muchos de los Encargados de prestar los Primeros Auxilios entrenados probablemente harán referencias a programas disponibles en el Centro de Bienestar de CSS.

8b. Describe el uso planeado de los fondos de Educación de la Fuerza Laboral y Entrenamiento para proyectos PEI, si procede.

TCMHC ha planeado usos para los *fondos de ayuda técnica y entrenamiento PEI*, pero todavía no ha evaluado cómo los utilizará para apoyar el plan PEI.

8c. Describe el uso planeado de los fondos para Tecnología y Obras de Infraestructura para proyectos PEI, si procede.

TCMHC todavía no evalúa cómo utilizará sus fondos para Tecnología y Obras de Infraestructura para apoyar el plan PEI.

**PROYECTO PEI 02:
BIENESTAR FAMILIAR Y APOYO DE PARES
Formulario 3**

RESUMEN DE PROYECTO PEI

Condado: Tri-City

Nombre del Proyecto PEI: Bienestar Familiar y Apoyo de Pares

Fecha: Diciembre de 2009

1. Necesidades Clave de Salud Mental de la Comunidad PEI	Grupo por edades			
	Niños y jóvenes	Jóvenes en Edad de Transición	Adultos	Adultos de tercera edad
Elija tantos como apliquen a este proyecto PEI				
1. Discrepancias en el acceso a los servicios de salud mental	•	•		•
2. Impacto psico-social de trauma	•	•		•
3. (Prevención e Intervención Temprana para) niños en riesgo, jóvenes y adultos jóvenes	•	•		
4. Estigma y discriminación	•	•		•
5. Riesgo de suicidio	•	•		•

2. Población (es) de prioridad PEI	Grupo por edades			
	Niños y jóvenes	Jóvenes en edad de transición	Adultos	Adultos de tercera edad
2a. Elija tantos como apliquen a este proyecto PEI				
1. Personas expuestas a traumas	•	•		•
2. Personas que sufren el inicio de enfermedades psiquiátricas graves	•	•		•
3. Niños y jóvenes en familias con alteraciones	•	•		
4. Niños y jóvenes en riesgo de reprobación de la escuela	•	•		
5. Niños y jóvenes en riesgo de o que están sufriendo la implicación en justicia juvenil	•	•		
6. Poblaciones culturales marginadas	•	•		•

2b. Resume el análisis de datos y las aportaciones de los accionistas que fue el resultado de la elección de la (s) población (es) prioritarias.

El personal de TCMHC y consultores captaron casi 3,000 miembros de la comunidad en el esfuerzo de planeación de la comunidad PEI entre junio y diciembre de 2009, utilizando cuatro procesos interrelacionados: grupos de enfoque, investigaciones, presentaciones del personal y deliberaciones de los accionistas. Los datos que surjan de estas múltiples conversaciones y esfuerzos de compromiso revelaron una convergencia notable entre miembros y líderes de la comunidad en el área de tri-city en un rango de preguntas, incluyendo la pregunta de las poblaciones de prioridad.

Las seis poblaciones de prioridad como se describen en los lineamientos PEI fueron:

- Personas que experimentan el inicio de los síntomas de una enfermedad mental grave según lo identifiquen los prestadores, incluyendo entre otros el cuidado de salud primaria, según las señales que presenten de la enfermedad mental o que sufran un primer ataque, incluyendo aquellas que es improbable que busquen ayuda en algún servicio de salud mental tradicional;
- Niños y jóvenes en familias viviendo bajo estrés, incluyendo a niños y jóvenes colocados fuera de su hogar o en familias en las que existe abuso de sustancias o violencia, depresión u otras enfermedades mentales o falta de adultos a cargo (por ejemplo, como resultado de una condición grave de salud o encarcelación), poniendo a los niños y jóvenes en un alto riesgo de problemas conductuales y emocionales;
- Personas expuestas a traumas; por ejemplo personas que estén expuestas a eventos traumáticos o condiciones traumáticas prolongadas como profunda pena, pérdida o aislamiento, incluyendo aquellos que de manera improbable busquen ayuda en algún servicio de salud mental tradicional;
- Niños y jóvenes en riesgo de experimentar una implicación en justicia juvenil, incluyendo niños y jóvenes que muestren señales de problemas conductuales/emocionales que estén en riesgo de tener contacto con, o hayan tenido algún contacto con, cualquier parte del sistema de justicia juvenil y que no puedan atender de manera apropiada a través del plan de Servicios y Apoyos a la Comunidad;
- Niños y jóvenes en riesgo de fracaso escolar, incluyendo niños en riesgo debido a problemas emocionales y conductuales no atendidos; y
- Poblaciones culturales marginadas: aquellas que no sea probable que busquen ayuda de algún servicio de salud mental tradicional ya sea debido al estigma, falta del conocimiento u otras barreras.

Para la encuesta en línea, le pedimos a los entrevistados que identificaran sus 3 poblaciones prioritarias. De los 635 entrevistados para la encuesta:

- 19.29% eligieron personas que estaban sufriendo el inicio de una enfermedad psiquiátrica grave;
- 22.88% eligió niños y jóvenes en familias estresadas;
- 17.05% eligió personas expuestas a traumas;
- 13.59% eligió niños y jóvenes en riesgo de o que están sufriendo la implicación de la justicia juvenil;
- 14.23% eligió niños y jóvenes en riesgo de reprobación de la escuela; y
- 12.95% eligió poblaciones culturales marginadas.

Los delegados revisaron los datos de la encuesta. También entendieron aquellos del año pasado que indican aumentos apreciables y en muchos casos importantes en llamadas de violencia doméstica, crimen violento, intentos de suicidio y otros indicadores de mayor alteración mental y emocional en familias y comunidades en tri-city. Las narraciones de los maestros y otro personal con escuelas y universidades locales refuerzan estas áreas, en tanto que los estudiantes y sus familias luchan con el caos de la crisis económica. Los delegados comprenden que éstos y otros indicadores de alteraciones mentales y emocionales están aumentando precisamente en el tiempo en el que los gobiernos locales, escuelas, fundaciones y proveedores de servicio están sufriendo la escalada y devastación de los cortes presupuestales. De hecho, los fondos que soportan este plan bajo la Ley de Servicios de Salud Mental han disminuido considerablemente y probablemente continuarán haciéndolo en los siguientes años fiscales.

Todos estos datos tuvieron un impacto sobre las decisiones de los delegados acerca de las poblaciones de prioridad (y también sobre su elección de proyectos). Cuando los delegados pasaron por su propio ejercicio de establecer la prioridad en las tres poblaciones más importantes, sus porcentajes arrojaron resultados ligeramente diferentes a aquellos de los entrevistados en la encuesta en línea. De manera específica:

- 29.90% de los delegados eligió a personas que estaban sufriendo el inicio de una enfermedad psiquiátrica grave;
- 23.04% de los delegados eligió a niños y jóvenes en familias estresadas;
- 20.59% eligió personas expuestas a traumas;
- 9.80% eligió niños y jóvenes en riesgo de o que están sufriendo la implicación en justicia juvenil;
- 8.83% eligió niños y jóvenes en riesgo de reprobación de la escuela; y
- 7.84% eligió poblaciones culturales marginadas.

Por último, no obstante, los delegados concluyeron que muchas de las causas raíces que afectaban el bienestar mental de estas poblaciones diferentes son las mismas, y muchas de las estrategias que podían promover el bienestar mental y emocional de

ellas también serían similares. Por tanto, buscaron proyectos que pudieran beneficiar a tantos miembros de estas poblaciones como fuera posible.

3. Descripción del Proyecto PEI

3a. Explica por qué el proyecto PEI propuesto, incluyendo la (s) necesidad (es) clave de la comunidad, población (es) prioritaria (s), resultados deseados y programas elegidos atiende las necesidades identificadas durante el proceso de planeación del programa de comunidad.

Además de las preguntas sobre los aspectos de prioridad y poblaciones, también le preguntamos a los participantes en la encuesta, en el *grupo de enfoque* y a los delegados una serie de preguntas sobre el *bienestar*, incluyendo:

- ¿Qué significa el bienestar mental y emocional para usted y las personas más cercanas?
- ¿Qué le ayuda a conservar el bienestar mental y emocional?
- ¿Qué le ayuda a las personas en su comunidad a enfrentar los retos en sus vidas?

Sin importar las características del grupo (nivel de ingresos, raza y etnia, geografía, identidad de género, estado como inmigrante y otros), las respuestas a estas preguntas fueron extraordinariamente consistentes: las respuestas más importantes a cada una de estas preguntas permanecieron consistentes virtualmente a través de todos los subgrupos.

- ¿Qué significa el bienestar mental para mí y las personas más cercanas?
 - Relaciones saludables con la familia y amigos;
 - Un sentido mayor de propósito y significado a través de la religión, iglesia, espiritualidad y/o naturaleza; y
 - La capacidad de crear y conservar relaciones de apoyo con otros.
- ¿Qué me ayuda a conservar el bienestar mental?
 - Apoyo de la familia y amigos;
 - Una conexión significativa con la iglesia, religión, espiritualidad y/o naturaleza; y
 - Ejercicio, recreación y música; y
 - Un sentido de propósito a través del empleo, voluntariado y/o escuela.
- ¿Qué le ayuda a estas personas en estas comunidades a enfrentar estos retos?
 - Relaciones sanas con la familia y los amigos;
 - Un sentido de mayor propósito y significado a través de la religión, iglesia, espiritualidad y/o naturaleza;
 - Trabajo significativo, empleo, escuela y/u oportunidades de voluntariado.

También le preguntamos a los participantes de la encuesta y del grupo de enfoque quiénes fueron las personas que consideraron líderes y sanadoras confiables en sus comunidades así como por algunos de los lugares a los que ellos y otros en sus comunidades frecuentan para rendir culto, salud, recreación, compras y otros fines. Lo que se obtuvo claramente de las respuestas a estas preguntas fue que aunque las *categorías* de bienestar y apoyo fueron consistentes en los grupos y comunidades, la *experiencia* en sí del bienestar y apoyo es sumamente contextual: el lugar a donde van las personas y en quien confían para apoyo y cuidado varía radicalmente dentro y entre las familias y comunidades.

Dado este entendimiento, el Proyecto de Bienestar Familiar y Apoyo de Pares creará un rango de estructuras hechas a la medida de apoyo y programación para adultos mayores, jóvenes mayores en edad de transición y adultos jóvenes, y para familias y niños y jóvenes en edad de transición.

3b. Miembros de puesta en marcha y tipo de organización/entorno que ofrecerán el programa PEI y las intervenciones. Si el entorno es un lugar de servicios terapéuticos de salud mental tradicional, explique por qué se eligió este sitio.

El Proyecto de Bienestar Familiar y Apoyo de Pares captará a socios en comunidades de tri-city, incluyendo aquellas con etnia desatendida y marginada y otras comunidades, para identificar a las personas que podrían beneficiarse de los programas bajo este proyecto. Estos socios incluirán escuelas, universidades, clínicas de salud y otros proveedores de cuidado primario, organizaciones de fe, organizaciones de la comunidad y colaboradores, negocios de la comunidad y otros socios no tradicionales.

3c. Datos demográficos de la comunidad objetivo, incluyendo una descripción de las áreas geográficas específicas y las poblaciones étnicas y/o culturales, raciales sin atención a las que se brindará atención.

El Proyecto de Bienestar Familiar y Apoyo de Pares incluye dos programas: El Programa de Apoyo de Pares y el Programa de Bienestar Familiar.

El Programa de Apoyo de Pares proporcionará asesoría de pares y grupos de apoyo de pares para dos grupos de edad objetivo: adultos mayores y jóvenes mayores en edad de transición y adultos jóvenes. Los recipientes potenciales de estos apoyos serán identificados por, entre otros:

- Los Encargados de prestar los Primeros Auxilios de Salud Mental capacitados con el Programa de Primeros Auxilios de Salud Mental bajo el Proyecto de Capacidad de Construcción de la Comunidad, quien se ubicará en entornos de salud mental no tradicionales en tri-city;

- Líderes de la comunidad de comunidades desatendidas y marginadas (por ejemplo, comunidades de nativos americanos, comunidades vietnamitas y otros habitantes de islas asiáticas y del Pacífico, comunidades latinas) que participen en el Programa de Bienestar de la Comunidad (también bajo el Proyecto de Construcción de Capacidad de la Comunidad);
- Orientadores Comunitarios CSS,
- Personal de TCMHC con fondos de Servicios Competentes en Campo CSS para programa de Adultos Mayores; y
- El personal TCMHC con fondos del programa del Centro de Bienestar CSS, particularmente los miembros del personal que proporcionan apoyo y la programación para los jóvenes en edad de transición.

El Programa de Bienestar Familiar se localizará en el Centro de Bienestar con fondos de CSS e identificará los recursos existentes de la comunidad; por ejemplo, el programa de Padres y Maestros como Aliados de la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (NAMI), y desarrollará una nueva programación para apoyar a familias de niños y jóvenes en edad de transición que están sufriendo alteraciones emocionales y mentales. Como con el programa de Apoyo de Pares, los receptores potenciales de estos apoyos serán identificados por, entre otros:

- Los Encargados de prestar los Primeros Auxilios de Salud Mental bajo el Programa de Primeros Auxilios de Salud Mental de acuerdo con el entrenados con el Proyecto de Construcción de Capacidad de la Comunidad, quienes se ubicarán en entornos de salud mental no tradicionales en tri-city;
- Líderes de la comunidad de comunidades desatendidas y marginadas (por ejemplo, comunidades de nativos americanos, comunidades vietnamitas y otros habitantes de islas asiáticas y del Pacífico, comunidades latinas) que participen en el Programa de Bienestar de la Comunidad (también bajo el Proyecto de Construcción de Capacidad de la Comunidad); y
- Orientadores Comunitarios de CSS.

3d. Puntos sobresalientes de programas nuevos o expandidos

3e. Acciones que se realizarán para llevar a cabo el proyecto PEI, incluyendo la frecuencia o duración de las actividades.

3f. Fechas críticas y línea de tiempo esperada para cada una de ellas.

Programa de apoyo de pares

Puntos sobresalientes: Construcción sobre el éxito del aclamado modelo senior de asesoría de pares del Centro para el Envejecimiento Saludable en Santa Mónica, California, el Programa de Apoyo de Pares reclutará y entrenará a los asesores de pares voluntarios para dos grupos de edad: adultos mayores, y jóvenes mayores en edad de transición y adultos jóvenes. Estos voluntarios serán entrenados para evaluar la salud mental y el bienestar de los pares del grupo de edad, para proporcionar asesoría de igual a igual 1-1 y liderar grupos de apoyo de pares de acuerdo con la edad y el asunto. Los grupos organizados bajo este programa se concentrarán en proporcionar

apoyo y crear oportunidades para miembros que se comprometan en proyectos que atiendan a sus comunidades y otras actividades de bienestar.

Las comunidades que han puesto en marcha el programa de asesoría de pares han implementado proporciones de asesores a miembros de grupos desde 1-4 (Condado Contra Costa) hasta 1-75 (Condado Marin). Nuestros objetivos son reclutar hasta 25 voluntarios para cada uno de los dos grupos de edad prioritaria y para que cada voluntario apoye hasta 25 pares en una combinación de grupos y asesoría 1-1. Esperamos que los apoyos ofrecidos en este programa se concentren en la prevención e intervención temprana.

Los asesores voluntarios (quienes probablemente también estarán entrenados como Encargado de prestar los Primeros Auxilios de Salud Mental) recibirán supervisión de medio tiempo del personal clínico de TCMHC y se reunirán de manera regular para recibir apoyo y compartir lecciones aprendidas. Se reclutarán de las comunidades en tri-city, incluyendo de comunidades desatendidas y marginadas; algunos tendrán fluidez en otros idiomas diferentes al inglés, y dirigirán grupos y sesiones de asesoría 1-1 en estos idiomas.

Como se indicó anteriormente, los receptores potenciales de estos apoyo de pares serán identificados por, entre otros:

- Los Encargados de prestar los Primeros Auxilios de Salud Mental entrenados bajo el programa de Primeros Auxilios de Salud Mental bajo el Proyecto de Construcción de Capacidad de la Comunidad, que se localizarán en entornos de salud mental no tradicional en tri-city;
- Líderes de la comunidad de comunidades desatendidas y marginadas (por ejemplo, comunidades de nativos americanos, comunidades vietnamitas y otros habitantes de islas asiáticas y del Pacífico, comunidades latinas) que participen en el Programa de Bienestar de la Comunidad (también bajo el Proyecto de Construcción de Capacidad de la Comunidad);
- Orientadores Comunitarios de CSS,
- Personal de TCMHC con fondos de Servicios Competentes en Campo CSS para programa de Adultos Mayores; y
- El personal TCMHC con fondos del programa del Centro de Bienestar CSS, particularmente los miembros del personal que proporcionan apoyo y la programación para los jóvenes en edad de transición en el Centro de Bienestar.

Acciones y actividades: Los miembros del personal de TCMHC reclutarán a asesores voluntarios para cada grupo de edad y recibirán hasta 50 horas de entrenamiento. El Coordinador de Apoyo a la Comunidad (quien supervisa el trabajo de los Orientadores Comunitarios, Especialistas del Bienestar de la Comunidad y el Entrenador/Moderadores de Primeros Auxilios de Salud Mental) ayudarán a coordinar el proceso de identificar los miembros de la comunidad para participar en las estructuras de soporte de pares. Los miembros del personal clínico de TCMHC se

reunirán regularmente con los consejeros voluntarios para supervisión, apoyo y compartir las lecciones aprendidas.

Fechas críticas (supone que la puesta en práctica comienza en el último trimestre del año fiscal 2009-10)

Abr-jun 2010	Se comienza a reclutar a los orientadores voluntarios
	Se identifica y contrata a personal clínico y supervisa a los asesores voluntarios
	Se comienza a publicitar el programa a través de los Orientadores Comunitarios, etc.
Jul-sept. 2010	Se da el entrenamiento al primer grupo de asesores voluntarios
	Continúa la publicidad y difusión
	Comienza la supervisión y el apoyo
Oct-dic 2010	Se forman los primeros grupos
	Continúa la publicidad y difusión para los participantes del programa
	Continúa la supervisión y el apoyo para los asesores voluntarios
Ene-jun 2011	Entrenamiento del segundo grupo de asesores
	Continúa la formación de grupos, así como la publicidad y difusión
	Continúa la supervisión y el apoyo de los asesores

Programa de Bienestar Familiar

Puntos sobresalientes: El Programa de Bienestar Familiar se localizará en el Centro de Bienestar con fondos de CSS e identificará los recursos existentes de la comunidad; por ejemplo, el programa de Padres y Maestros como Aliados de la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (NAMI) y otros, y desarrollará una nueva programación para apoyar a familias de niños y jóvenes en edad de transición con sufrimiento mental y emocional.

Al igual que el programa de Apoyo de Pares, los receptores potenciales de estos apoyos serán identificados por, entre otros:

- Los Encargados de prestar los Primeros Auxilios de Salud Mental entrenados bajo el programa de Primeros Auxilios de Salud Mental bajo el Proyecto de Construcción de Capacidad de la Comunidad, que se localizarán en entornos de salud mental no tradicional en tri-city;
- Líderes de la comunidad de comunidades desatendidas y marginadas (por ejemplo, comunidades de nativos americanos, comunidades vietnamitas y otros habitantes de islas asiáticas y del Pacífico, comunidades latinas) que participen en el Programa de Bienestar de la Comunidad (también bajo el Proyecto de Construcción de Capacidad de la Comunidad); y
- Orientadores Comunitarios de CSS.

La programación reflejará la cultura y tradiciones de las familias que busquen apoyo del programa, y como con el Programa de Apoyo a Pares, incluirá un rango de actividades de bienestar; por ejemplo, ejercicio, música, actividades de conciencia cultural, y otros.

Acciones y actividades: Una vez que se contrata al Especialista en Bienestar Familiar, se reunirá de manera regular con los Orientadores Comunitarios, los especialistas de Bienestar de la Comunidad y los líderes de las comunidades y organizaciones de la comunidad a través del área de tri-city para identificar qué recursos ya están disponibles para apoyar a las familias de los niños y jóvenes en edad de transición que luchan con alteraciones mentales e identificar las oportunidades potenciales para una nueva programación.

Fechas críticas (supone que la puesta en práctica comienza en el último trimestre del año fiscal 2009-10)

Abr-jun 2010	Se termina la descripción laboral del Especialista en Bienestar de la Familia
	Los Orientadores Comunitarios comienzan a mapear los recursos existentes de la comunidad para las familias de niños y jóvenes en edad de transición
	Se comienza a publicitar el programa a través de los Orientadores Comunitarios, etc.
Jul-Sep. 2010	Se contrata al Especialista en Bienestar Familiar
	Se comienza a reclutar para los programas existentes y se identifican las necesidades del programa nuevo
	Continúa la publicidad y difusión
Oct. 2010 jun 2011	Comienza la programación
	Continúa la publicidad y difusión

4. Programas

Título del programa	Número propuesto de personas o familias a través de la expansión PEI que serán atendidas hasta junio 2011 por tipo		# de meses en operación hasta junio 2011
	Prevención	Intervención Temprana	
Programa: Programa de apoyo de pares	Personas: 150 Familias:	Personas: 125 Familias:	# de meses: 15
Programa: Bienestar familiar	Personas: Familias: 40	Personas: Familias: 10	# de meses: 15
Estimado total de proyecto de Conteo no duplicado de personas a las que se servirán	190	135	

5. Enlaces con los Servicios de Salud Mental y con los Proveedores de otros Servicios Necesarios del Condado

- 5a. Describe cómo el proyecto PEI vincula a participantes individuales en quienes se percibe que necesitan evaluación o tratamiento extendido por enfermedad mental o alteración emocional con los proveedores de Salud Mental del Condado, el proveedor de cuidado primario u otros proveedores de servicio de salud mental que correspondan.**

Estos enlaces sucederán de dos maneras. Primero, los supervisores de los asesores de pares voluntarios serán personal clínico y así podrán hacer las conexiones inmediatas y directas para tener disponibles los apoyos para tratamientos a largo plazo. En segundo lugar, los supervisores clínicos, los asesores voluntarios y el Especialista en Bienestar Familiar se reunirán de manera regular con los Orientadores Comunitarios, los Especialistas en Bienestar de la Comunidad y los Moderadores/Entrenador de Primeros Auxilios de Salud Mental para compartir los recursos y referencias, y desarrollar protocolos para conectar los servicios de salud mental tradicional con estos esfuerzos del proyecto cuando corresponda.

- 5b. Describe cómo el proyecto PEI enlaza a personas y miembros familiares con otros servicios que se necesitan, incluyendo aquellos proporcionados por agencias de la comunidad que no se definen tradicionalmente como salud mental y han establecido o mostrado capacidad para establecer relaciones con poblaciones en riesgo; particularmente en las áreas de tratamiento de abuso de sustancias; prevención e intervención de violencia sexual o doméstica y necesidades básicas.**

Estos enlaces sucederán de diferentes formas. Primero, el Especialista en Bienestar Familiar estará mapeando los recursos disponibles para la comunidad para apoyar a familias con niños y jóvenes menores en edad de transición, que se concentren principalmente en servicios de salud mental no tradicional. Segundo, el Especialista en Bienestar Familiar, así como los supervisores clínicos y los asesores voluntarios se reunirán de manera regular con los Orientadores Comunitarios y los Especialistas en Bienestar de la Comunidad para aprender sobre los servicios de salud mental no tradicional. Tercero, muchos participantes en el Proyecto de Bienestar Familiar y Apoyo de Pares serán referidos por organizaciones y grupos de comunidades desatendidas y marginadas, y por tanto, sabrán sobre los recursos de la misma y compartirán con los asesores y el Especialista en Bienestar Familiar.

- 5c. Demuestra que el proyecto PEI incluye suficientes programas, políticas y actividades (incluyendo recursos por apalancamiento) para lograr resultados PEI deseados en el individuo/familia, programa/sistema, o, si procede, niveles de la comunidad.**

El Proyecto de Bienestar Familiar y Apoyo de Pares apalancará los recursos de la comunidad de diferentes maneras para apoyar los programas dentro de este proyecto. De hecho, estamos recomendando este proyecto específicamente porque su enfoque principal está en desarrollar a los asesores voluntarios y apalancar los recursos existentes de la comunidad en nombre de los participantes del proyecto.

Más allá del trabajo de los supervisores clínicos para los asesores voluntarios y el Especialista en Bienestar Familiar, el coordinador PEI de TCMHC proporcionará la coordinación necesaria y apoyo para sostener esta parte del plan PEI.

6. Colaboración y mejoras en el sistema

6a. Describe las relaciones, colaboraciones o arreglos con las organizaciones basadas en la comunidad, como las escuelas, cuidado primario, etc., las asociaciones que se establecerán en este proyecto PEI y los papeles y actividades de otras organizaciones que estarán colaborando en este proyecto.

El Especialista en Bienestar Familiar captará a las diferentes organizaciones de la comunidad que proporcionan apoyo y programas para las familias con niños y jóvenes menores en edad de transición que luchan con alteraciones mentales y emocionales. Los asesores voluntarios para el Programa de Apoyo de Pares apalancarán los recursos y otro apoyo de los socios de la comunidad de acuerdo con las necesidades e intereses de los miembros de su grupo.

6b. Describe cómo se fortalecerá el componente PEI y construirá la salud mental en la comunidad local y el sistema de cuidado primario incluyendo las clínicas de la comunidad y los centros de salud.

Esperamos que muchos miembros del personal de las clínicas de salud, junto con muchas otras organizaciones y proveedores de la comunidad, se entrenen como Encargados de prestar los Primeros Auxilios de Salud Mental. Los dos Moderadores/Entrenadores de Primeros Auxilios de Salud Mental de TCMHC trabajarán para establecer relaciones cercanas de trabajo con médicos de cuidado de salud primaria y organizar el apoyo que necesiten para convertirse en socios más efectivos en el sistema de cuidado de salud mental en el área de tri-city. Estas relaciones facilitarán las referencias recíprocas entre los programas en este proyecto y el sistema local de cuidado primario y salud mental basada en la comunidad. Además, los supervisores clínicos para los asesores voluntarios y el Especialista en Bienestar Familiar se reunirán de manera regular con los Orientadores Comunitarios, además de facilitar las referencias recíprocas entre los programas en este proyecto y el sistema local de cuidado primario y salud mental basada a la comunidad.

6c. Describe cómo se apalancarán y sustentarán los recursos.

El Proyecto de Bienestar Familiar y Apoyo de Pares apalancará los recursos de la comunidad de diferentes maneras para apoyar los programas dentro de este proyecto. De hecho, estamos recomendando este proyecto específicamente porque su enfoque principal está en desarrollar a los asesores voluntarios y apalancar los recursos existentes de la comunidad a nombre de los participantes del proyecto.

7. Resultados esperados

7a. Describe los resultados que se esperan del sistema y del programa

Programa de apoyo de pares

- Hasta 50 asesores voluntarios entrenados para proporcionar asesoría de pares 1-1 y grupos de apoyo de pares de liderazgo para dos grupos de edad: adultos mayores y otros jóvenes mayores de edad en transición y adultos jóvenes
- Cuando esté totalmente operativo, más de 1,000 personas de estos dos grupos de edad participarán anualmente en las estructuras de apoyo de pares, y:
 - Reportan experiencias positivas en las estructuras de apoyo de pares
 - Reportan avances en la recuperación del episodio o condiciones que les inspire buscar apoyo de pares
 - Demuestra conductas de bienestar sostenido

Programa de Bienestar Familiar

- Se contrata al Especialista en Bienestar Familiar
- Los recursos existentes de la comunidad para familias con niños y/o jóvenes menores en edad de transición están vinculados con el Centro de Bienestar y están disponibles para familias que buscan apoyo o son referidos por otros programas PEI.
- Cuando esté totalmente operativo, cientos de familias participarán anualmente en programas patrocinados por el Programa de Bienestar Familiar, y
 - Reportar experiencias positivas con los programas
 - Reportar el avance en la prestación de apoyo a sus niños
 - Demostrar conductas de bienestar sostenido

7b. Describe otros métodos propuestos para medir el éxito.

Más allá de las medidas indicadas anteriormente, utilizaremos formas sencillas de retroalimentación para evaluar la satisfacción con el entrenamiento del asesor de pares, los grupos de apoyo de pares y la programación de bienestar familiar. También exploramos oportunidades para captar estudiantes de investigación graduados y universitarios de una o más universidades locales para documentar el alcance e impacto de este esfuerzo.

7c. ¿Qué será diferente como resultado del proyecto PEI y cómo lo sabrá?

Justo como con el Proyecto de Construcción de Capacidad de Comunidad, los resultados establecidos en el punto 7a anterior son interesantes y prometedores para nosotros. Para el programa de Apoyo de Pares, invitaremos con regularidad a las personas que participan en las estructuras de apoyo de pares para ofrecer retroalimentación tanto escrita como oral sobre sus experiencias en las estructuras de apoyo y la diferencia que consideren que ha hecho el apoyo en sus vidas. Nos comprometeremos en el proceso similar de retroalimentación con las familias que participan en el Programa de Bienestar Familiar.

8. Coordinación con otros componentes de MHSA

8a. Describe la coordinación con los Servicios y Apoyo a la Comunidad (CSS), si procede.

El Especialista en Bienestar Familiar, supervisores médicos para el programa de apoyo de pares, y los asesores voluntarios se reunirán regularmente con los Orientadores Comunitarios CSS para asegurar la comunicación efectiva y la coordinación de referencias. Los supervisores clínicos para el programa de apoyo de pares también se reunirán según corresponda con los miembros del personal de Servicio Completo y miembros de personal que están proporcionando los servicios competentes en campo de CSS para adultos mayores. Finalmente, el Especialista en Bienestar Familiar se quedará en el Centro de Bienestar CSS y explorará de manera regular las oportunidades de vinculación del programa.

8b. Describe el uso planeado de los fondos de Educación de la Fuerza Laboral y Entrenamiento para proyectos PEI, si procede.

TCMHC ha planeado usos para la *capacitación PEI* y los *fondos de ayuda técnica*, pero todavía no ha evaluado cómo los utilizará para apoyar el plan PEI.

8c. Describe el uso planeado de los Recursos de Capital y de los fondos para Tecnología destinados a proyectos PEI, si procede.

TCMHC todavía no evalúa cómo utilizará sus Recursos de Capital y los fondos para tecnología destinados a apoyar el plan PEI.

**PROYECTO PEI 03:
BIENESTAR DEL ESTUDIANTE
Formulario 3**

RESUMEN DE PROYECTO PEI

Condado: Tri-City

Nombre del proyecto PEI: Bienestar del estudiante

Fecha: Diciembre de 2009

1. Necesidades Clave de Salud Mental de la Comunidad PEI	Grupo por edades			
	Niños y jóvenes	Jóvenes en edad de transición	Adultos	Adultos de tercera edad
Elija tantos como apliquen a este proyecto PEI				
1. Discrepancias en el acceso a los servicios de salud mental	•	•		
2. Impacto psico-social de trauma	•	•		
3. (Prevención e Intervención Temprana para) niños en riesgo, jóvenes y adultos jóvenes	•	•		
4. Estigma y discriminación	•	•		
5. Riesgo de suicidio	•	•		

2. Población (es) de prioridad PEI	Grupo por edades			
	Niños y jóvenes	Transición jóvenes	Adultos	Adultos de tercera edad
2a. Elija tantos como apliquen a este proyecto PEI				
1. Personas expuestas a traumas	•	•		
2. Personas que sufren el inicio de enfermedades psiquiátricas graves	•	•		
3. Niños y jóvenes en familias estresadas	•	•		
4. Niños y jóvenes en riesgo de reprobación de la escuela	•	•		
5. Niños y jóvenes en riesgo de o que están sufriendo la implicación en justicia juvenil	•	•		
6. Poblaciones culturales marginadas	•	•		

2b. Resume el análisis de datos y las aportaciones de los accionistas que fueron el resultado de la elección de la (s) población (es) prioritaria.

El personal de TCMHC y los consultores captaron casi 3,000 miembros de la comunidad en el esfuerzo de planeación de la comunidad PEI entre junio y diciembre de 2009, utilizando cuatro procesos interrelacionados: grupos de enfoques, investigaciones, presentaciones del personal y deliberaciones de los accionistas. Los datos que surjan de estas múltiples conversaciones y esfuerzos de compromiso revelaron una convergencia notable entre miembros y líderes de la comunidad en el área de tri-city en un rango de preguntas, incluyendo la pregunta de las poblaciones de prioridad.

Las descripciones detalladas para las seis poblaciones de prioridad incluyen las siguientes:

- Personas que experimentan los primeros síntomas de una enfermedad mental grave según lo identifiquen los prestadores, incluyendo entre otros el cuidado de salud primaria, según las señales que presenten de la enfermedad mental o que sufran un primer ataque, incluyendo aquellas que es improbable que busquen ayuda en algún servicio de salud mental tradicional;
- Niños y jóvenes en familias bajo estrés, incluyendo a niños y jóvenes colocados fuera de su hogar o en familias en las que haya abuso de sustancias o violencia, depresión u otras enfermedades mentales o falta de adultos encargados (por ejemplo, como resultado de una condición grave de salud o encarcelamiento), poniendo a los niños y jóvenes en un alto riesgo de problemas conductuales y emocionales;
- Personas expuestas a traumas; por ejemplo personas que estén expuestas a eventos traumáticos o condiciones traumáticas prolongadas como profunda pena, pérdida o aislamiento, incluyendo aquellos que de manera improbable busquen ayuda en algún servicio de salud mental tradicional;
- Niños y jóvenes en riesgo de experimentar una implicación en justicia juvenil, incluyendo niños y jóvenes que muestren señales de problemas conductuales/emocionales que estén en riesgo de tener contacto con, o hayan tenido algún contacto con, cualquier parte del sistema de justicia juvenil y que no puedan atender de manera apropiada a través del plan de Servicios y Apoyos a la Comunidad;
- Niños y jóvenes en riesgo de reprobar la escuela, incluyendo niños en riesgo debido a problemas emocionales y conductuales no atendidos; y
- Poblaciones culturales marginadas: aquellas que no sea probable que busquen ayuda de algún servicio de salud mental tradicional ya sea debido al estigma, falta del conocimiento u otras barreras.

Para la encuesta en línea, le pedimos a los entrevistados que identificaran sus 3 poblaciones prioritarias. De los 635 entrevistados para la encuesta:

- 19.29% eligieron personas que estaban sufriendo el inicio de una enfermedad psiquiátrica grave;
- 22.88% eligió niños y jóvenes en familias estresadas;
- 17.05% eligió personas expuestas a traumas;
- 13.59% eligió niños y jóvenes en riesgo de o que están sufriendo la implicación en justicia juvenil;
- 14.23% eligió niños y jóvenes en riesgo de reprobación de la escuela; y
- 12.95% eligió poblaciones culturales marginadas.

Los delegados revisaron estos datos de encuesta. También entendieron aquellos de tri-city y proveedores locales del año pasado que indican aumentos apreciables y en muchos casos importantes en llamadas de violencia doméstica, crimen violento, intentos de suicidio y otros indicadores de mayor alteración mental y emocional en familias y comunidades en tri-city. Las narraciones de los maestros y otro personal con escuelas y universidades locales refuerzan estas áreas, en tanto que los estudiantes y sus familias luchan con el caos de la crisis económica. Los delegados comprenden que éstos y otros indicadores de alteraciones mentales y emocionales están aumentando precisamente en el tiempo en el que los gobiernos locales, escuelas, fundaciones y proveedores de servicio están sufriendo la escalada y devastación de los cortes presupuestales. De hecho, los fondos que soportan este plan bajo la Ley de Servicios de Salud Mental han disminuido precipitadamente y con probabilidad continuarán haciéndolo en los siguientes años fiscales.

Todos estos datos tuvieron un impacto sobre las decisiones de los delegados sobre las poblaciones de prioridad (y por supuesto también sobre su elección de proyectos). Cuando los delegados pasaron por su propio ejercicio de establecer la prioridad en las tres poblaciones más importantes, sus porcentajes arrojaron resultados ligeramente diferentes a aquellos de los entrevistados en la encuesta en línea. De manera específica:

- 29.90% de los delegados eligió a personas que estaban sufriendo el inicio de una enfermedad psiquiátrica grave;
- 23.04% de los delegados eligió a niños y jóvenes en familias estresadas;
- 20.59% eligió personas expuestas a traumas;
- 9.80% eligió niños y jóvenes en riesgo de o que están sufriendo la implicación en justicia juvenil;
- 8.83% eligió niños y jóvenes en riesgo de reprobación de la escuela; y
- 7.84% eligió poblaciones culturales marginadas.

Por último, no obstante, los delegados concluyeron que muchas de las causas raíces que afectaban el bienestar mental de estas poblaciones diferentes son las mismas, y muchas de las estrategias que podían promover el bienestar mental y

emocional de ellas también serían similares. Por tanto, buscaron proyectos que pudieran beneficiar a tantos miembros de estas poblaciones como fuera posible.

3. Descripción del proyecto PEI

3a. Explica por qué el proyecto PEI propuesto, incluyendo la (s) necesidad (es) clave de la comunidad, la (s) población (es) prioritaria (s), los resultados deseados y los programas elegidos aborda las necesidades identificadas durante el proceso de planeación del programa de la comunidad.

Además de las preguntas sobre los aspectos de prioridad y las poblaciones, también le preguntamos a los participantes en la encuesta, en el grupo de enfoque y a los delegados una serie de cuestiones sobre el *bienestar*, incluyendo:

- ¿Qué significa el bienestar mental y emocional para usted y para las personas más cercanas a usted?
- ¿Qué le ayuda a conservar el bienestar mental y emocional?
- ¿Qué le ayuda a las personas en su comunidad a enfrentarse a los retos en sus vidas?

Sin importar las características del grupo (nivel de ingresos, raza y etnia, geografía, género, condición jurídica como inmigrante y otros), las respuestas a estas cuestiones fueron extraordinariamente consistentes: las respuestas más importantes a cada una de estas preguntas indefinidas fueron consistentes virtualmente a través de todos los subgrupos.

- ¿Qué significa el bienestar mental para mí y para las personas más cercanas a mí?
 - Relaciones sanas con la familia y los amigos;
 - Un sentido de propósito y significado más elevados a través de la religión, la iglesia, la espiritualidad y/o la naturaleza; y
 - La habilidad de crear y mantener relaciones de mutuo apoyo con otros.
- ¿Qué me ayuda a conservar el bienestar mental?
 - El apoyo de la familia y los amigos;
 - Una conexión significativa con la iglesia, la religión, la espiritualidad y/o la naturaleza; y
 - Ejercicio, ratos de esparcimiento y la música; y
 - Un sentido de propósito a través del empleo, voluntariado y/o la escuela.
- ¿Qué le ayuda a las personas de estas comunidades a enfrentar estos retos?
 - Relaciones sanas con la familia y los amigos;
 - Un sentido de propósito y significado más grandes a través de la religión, la iglesia, la espiritualidad y/o la naturaleza;
 - Trabajo significativo, empleo, escuela y/u oportunidades de voluntariado.

También le preguntamos a los participantes de los grupos de enfoque y de las encuestas cuáles eran esas personas a las que ellos consideraban líderes confiables y sanadores de sus comunidades, así como por algunos de los lugares a los que ellos y otros en sus comunidades asisten para rendir culto, sanar, para esparcimiento, para ir de compras y para otros propósitos. Lo que se hizo evidente por las respuestas a estas cuestiones fue que en tanto que las *categorías* de bienestar y apoyo fueron consistentes en todos los grupos y comunidades, la *experiencia* en sí de bienestar y apoyo es sumamente contextual: adónde va la gente y a quién recurren para apoyo y atención varía de manera dramática dentro y entre los miembros de las familias y de las comunidades.

Hasta el momento, el análisis para 2b mencionado anteriormente y para esta pregunta han sido pares para este proyecto, como sucedió con los otros dos proyectos. Se encontraron varios puntos de datos más, no obstante que convencieron a los delegados a recibir bien este proyecto de bienestar estudiantil (Student Well Being Project), incluyendo los siguientes:

- Los lineamientos de PEI requieren que al menos 51% de los fondos de un condado atiendan las necesidades de niños, jóvenes y adultos jóvenes de edades de 0 a 25.
- El área de tri-city es atendida por tres distritos escolares. Que son:
 - Bonita Unified School District, con 10,000 estudiantes de primaria y secundaria;
 - Claremont Unified School District, con 6,300 estudiantes de primaria y secundaria; y
 - Bonita Unified School District, con 32,000 estudiantes de nivel preescolar;
- Los tres distritos escolares, igual que los distritos escolares de todo California, están experimentando fuertes reducciones en sus presupuestos para programas de educación básica y para programas de apoyo, incluyendo los programas de salud mental dirigidos a los estudiantes.
- Los distritos escolares no cuentan con mucha experiencia con respecto participar en programas de colaboración y planeación a pesar de su proximidad y el frecuente desplazamiento de los estudiantes y de sus familias entre los diferentes distritos.
- El área de tri-city es la sede de varias universidades:
 - California State Polytechnic University, Pomona, mejor conocida como Cal Poly Pomona, con 21,000 estudiantes;
 - Universidades de Claremont, incluyendo a siete universidades independientes con un total de 6,300 estudiantes; y
 - Universidad de la Verne, con 1,600 estudiantes.

- Igual que los distritos escolares, las universidades están experimentando fuertes reducciones de presupuesto para sus programas de educación básica y para sus programas de apoyo, incluyendo programas de salud mental dirigidos a los estudiantes.
- Los distritos escolares no cuentan con mucha experiencia con respecto a participar en programas de colaboración y planeación a pesar de su proximidad y el frecuente desplazamiento de los estudiantes y de sus familias entre los diferentes distritos.

Teniendo en cuenta estos datos y análisis, hemos diseñado el proyecto Student Wellbeing Project para apoyar a los tres distritos escolares a desarrollar un plan integrado de promoción del bienestar emocional y mental para estudiantes de primaria y secundaria de las tres ciudades. Del mismo modo, se brindará apoyo a las universidades del área para desarrollar planes coordinados que promuevan la salud mental y emocional de los estudiantes universitarios del área.

3b. Socios en la implementación y el tipo de organización/entorno en que se llevará a cabo el programa y las intervenciones de PEI. Si el lugar son las instalaciones convencionales en donde se ofrecen tratamientos para la salud mental, explique por qué se eligió este lugar.

El Proyecto de Bienestar Familiar y Apoyo de Pares captará a socios en comunidades de las tres ciudades, incluyendo aquellas con etnias desatendidas y marginadas así como otras comunidades para identificar a las personas que podrían beneficiarse de los programas auspiciados por este proyecto. Estas asociaciones incluirán escuelas, universidades, clínicas de salud y otros proveedores de cuidado primario, organizaciones de fe, organizaciones de la comunidad y de colaboración, negocios de la comunidad y otro tipo de asociación no tradicional.

3c. Datos demográficos de la comunidad objetivo, incluyendo una descripción de las áreas geográficas específicas y de las poblaciones raciales, étnicas y/o culturales desatendidas a quienes se atenderá.

El Proyecto de Bienestar Familiar y Apoyo de Pares incluye dos programas: El Proyecto de Bienestar Familiar y Apoyo de Pares.

El Proyecto de Bienestar Familiar y Apoyo de Pares brindará asesoría de pares y grupos de apoyo de pares enfocada a dos grupos de edad: adultos mayores y jóvenes mayores en edad de transición así como adultos jóvenes. Los receptores potenciales de estos apoyos serán seleccionados entre otros, por el siguiente personal:

- Los Encargados de prestar los Primeros Auxilios de Salud Mental que fueron entrenados bajo el Proyecto de Construcción de Capacidad de la Comunidad localizados en entornos de salud mental no tradicional en las tres ciudades;

- Los líderes comunitarios de comunidades desatendidas y marginadas (por ejemplo, las comunidades de indígenas estadounidenses, de vietnamitas y otras comunidades del Pacífico asiático así como comunidades latinas) que participan en el Programa de Bienestar de la Comunidad (y que también operan bajo el Proyecto de Construcción de Capacidad de la Comunidad);
- Orientadores Comunitarios CSS;
- Personal de TCMHC con financiamiento obtenido a través de los Servicios de Campo de CSS para el programa de Adultos Mayores; y
- El personal TCMHC con financiamiento a través del programa del Centro de Bienestar CSS, particularmente los miembros del personal que proporcionan apoyo y elaboran la programación para los jóvenes en edad de transición.

El Programa de Bienestar Familiar se localizará en el Centro de Bienestar con financiamiento de CSS e identificará los recursos existentes de la comunidad; por ejemplo, el programa de Padres y Maestros como Aliados de la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (NAMI), y desarrollará una nueva programación para apoyar a las familias de niños y jóvenes en edad de transición que sufren alteraciones emocionales y mentales. Al igual que con el programa de Apoyo de Pares, los receptores potenciales de estos apoyos serán seleccionados, entre otros por el siguiente personal:

- Los Encargados de prestar los Primeros Auxilios de Salud Mental que fueron entrenados bajo el Proyecto de Construcción de Capacidad de la Comunidad localizados en entornos de salud mental no tradicional en las tres ciudades;
- Líderes comunitarios de comunidades desatendidas y marginadas (por ejemplo, comunidades de indígenas estadounidenses, vietnamitas y otros habitantes de comunidades del Pacífico asiático, así como comunidades latinas) que participan en el Programa de Bienestar de la Comunidad (también bajo los auspicios del Proyecto de Construcción de Capacidad de la Comunidad); y
- Orientadores Comunitarios CSS.

3d. Puntos sobresalientes de programas nuevos o ampliados

3e. Medidas que se realizarán para llevar a cabo el proyecto PEI, incluyendo la frecuencia o duración de las actividades.

3f. Fechas críticas y línea de tiempo esperada para cada una de ellas.

Programa de Bienestar para Estudiantes de Primaria y Secundaria

Puntos destacados: El proyecto Student Wellbeing Project intentará contar con el liderazgo de los tres distritos escolares para desarrollar un plan *integrado* de promoción del bienestar emocional y mental para los estudiantes. Este programa proporcionará un grupo de moderadores profesionales a los distritos escolares para apoyar el proceso de planeación y hasta tres años de fondos no recurrentes para acelerar la puesta en marcha del plan.

El proceso de planeación para los distritos escolares, igual que los esfuerzos de planeación comunitarios auspiciados por el Proyecto de Capacidad de Participación de la Comunidad, tendrá sus bases en las siete cuestiones del marco de *Rendición de cuentas con base en resultados*:

- ¿Qué población nos preocupa? (los estudiantes de primaria y secundaria de las tres ciudades)
- ¿Qué condiciones de bienestar mental y emocional queremos para esta población de nuestra comunidad?
- ¿Cómo sabremos si estamos avanzando hacia estos resultados?
- ¿Cómo vamos en las medidas más importantes y por qué?
- ¿Quiénes son los socios en nuestra comunidad (o en otro lugar) que juegan un papel en la mejora de las condiciones de bienestar mental y emocional de nuestros estudiantes?
- ¿Qué funciona, o puede funcionar, para mejorar estas condiciones de bienestar mental y emocional?
- ¿Qué proponemos hacer? (incluyendo ideas sin costo y de bajo costo)

Una vez que los distritos escolares terminen su plan integrado y se revise y apruebe por un comité mixto de delegados, recibirán mas apoyo. Primero, recibieran hasta \$600,000 en fondos no recurrentes (distribuidos a lo largo de dos o más años fiscales) para acelerar la puesta en marcha de su plan. Segundo, trabajaremos para hacer posible las sociedades entre los distritos escolares y las universidades con objeto de generar recursos adicionales para las escuelas, por ejemplo, pasantes, apoyos para investigación y otros recursos potenciales que se encuentran fácilmente disponibles a través de las universidades. Tercero, trabajaremos para posibilitar asociaciones adecuadas entre las comunidades participantes en el Proyecto de Capacidad de participación de la comunidad y los distritos escolares basados en las convergencias entre sus respectivos planes. Cuarto, invitaremos a los distritos escolares a capacitar a una buena cantidad de sus maestros y personal para convertirse en Encargados de prestar los Primeros Auxilios de Salud Mental. Quinto, en la medida en que los distritos escolares avancen hacia la puesta en marcha de su plan, el personal, estudiantado y otros podrán participar en varios círculos de aprendizaje y otras estructuras que les ayudan a compartir y recibir las experiencias con las universidades y las comunidades que también están implementando planes para la promoción del bienestar mental y emocional de sus miembros.

Acciones y actividades: El personal de TCMHC identificará a los consultores que brindarán apoyo al esfuerzo de planeación del distrito escolar. El personal y los consultores se reunirán con los delegados de los distritos escolares y con otros líderes de alto nivel de los distritos escolares para identificar a los participantes adecuados de cada distrito y para finalizar el diseño y el plazo de tiempo para el proceso de planeación. A través del proceso de planeación, los distritos escolares determinarán las acciones y actividades que se enfocarán al mejoramiento de los resultados del bienestar mental y emocional de sus estudiantes.

Fechas críticas (supone que la puesta en marcha comienza el último trimestre del año fiscal 2009-10)

Abr-jun 2010	Identificar a los consultores que dirigirán el proceso de planeación del distrito escolar.
	Reunirse con los líderes de los distritos escolares para terminar el diseño y los plazos para el proceso de planeación
Julio 2010 – Jun 2011	Los distritos elaboran su borrador del plan
	Se revisa y aprueba el plan por un comité mixto de delegados
	Solicitud de fondos para años fiscales subsecuentes, incluyendo la actualización del plan para el año fiscal 2011-12
	Inicio de la puesta en marcha

Programa de Bienestar para Universitarios

Puntos destacados: El Student Wellbeing Program intentará conseguir el liderazgo de los tres distritos escolares para participar en un proceso de planeación conjunto para desarrollar planes con base en los diferentes campus para la promoción del bienestar emocional y mental de sus estudiantes. Este programa proporcionará un grupo de moderadores profesionales a las universidades del área para apoyar su proceso de planeación y hasta tres años de fondos no recurrentes para acelerar la puesta en marcha de sus planes.

El proceso de planeación para las universidades, igual que el proceso para los distritos escolares auspiciados por el Programa de Bienestar de estudiantes de primaria y secundaria y los esfuerzos de planeación de la comunidad auspiciados por el Proyecto de Capacidad de participación de la comunidad, tendrán su fundamento en las siete cuestiones del marco de *Rendición de cuentas con base en resultados*:

- ¿Qué población nos preocupa? (Estudiantes inscritos en universidades del área)
- ¿Qué condiciones de bienestar mental y emocional queremos para esta población de nuestra comunidad?
- ¿Cómo sabremos si estamos avanzando hacia estos resultados?
- ¿Cómo vamos en las medidas más importantes y por qué?
- ¿Quiénes son los socios en nuestra comunidad (o en otro lugar) que juegan un papel en la mejora de las condiciones de bienestar mental y emocional de nuestros estudiantes?
- ¿Qué funciona, o puede funcionar, para mejorar estas condiciones de bienestar mental y emocional?
- ¿Qué proponemos hacer? (incluyendo ideas sin costo y de bajo costo)

Una vez que las universidades finalicen su proceso de planeación y que sus respectivos planes hayan sido revisados y aprobados por un comité mixto de delegados, recibirán más apoyo. Primero, recibirán hasta \$230,000 en fondos no recurrentes (distribuidos a lo largo de dos o más años fiscales) para acelerar la puesta en marcha de sus planes. Segundo, trabajaremos para posibilitar asociaciones

adecuadas entre las comunidades participantes en el Proyecto de capacidad de participación de la comunidad y las universidades basados en las convergencias entre sus respectivos planes. Tercero, invitaremos a las universidades a capacitar a una buena cantidad de sus profesores académicos y personal para convertirse en Encargados de prestar los Primeros Auxilios de Salud Mental. Cuarto, en la medida en que los distritos escolares avancen hacia la puesta en marcha de sus planes, el personal, estudiantado y otros podrán participar en varios círculos de aprendizaje y en otras estructuras que les ayudan a compartir y recibir las experiencias en los diferentes campus universitarios y de los distritos escolares y las comunidades que también están implementando planes para la promoción del bienestar mental y emocional de sus miembros.

Acciones y actividades: El personal de TCMHC identificará a los consultores que brindarán apoyo al esfuerzo de planeación en las universidades. El personal y los consultores se reunirán con los delegados de las universidades y con otros líderes senior de los diversos campus para identificar a los participantes adecuados de cada universidad y para finalizar el diseño de la línea de tiempo para el proceso de planeación. A través del proceso de planeación, los distritos escolares determinarán las acciones y actividades que se enfocarán al mejoramiento de los resultados del bienestar mental y emocional de sus estudiantes.

Fechas críticas (supone que la puesta en marcha comienza el último trimestre del año fiscal 2009-10)

Abr-jun 2010	Seleccionar a los consultores que dirigirán el proceso de planeación del distrito escolar.
	Reunirse con los líderes de las universidades para terminar el diseño y los plazos para el proceso de planeación
Julio 2010 - Jun 2011	Las universidades elaboran su borrador de los planes
	Se revisa y aprueba el plan por un comité mixto de delegados
	Se solicitan los fondos para los subsecuentes años fiscales, incluyendo la actualización del plan para el año fiscal 2011-12
	Inicio de la puesta en marcha

4. Programas (supone la puesta en marcha de los planes desarrollados por los distritos escolares y las universidades comienza el último trimestre del año fiscal 2010-11. Esperamos que los números se eleven ligeramente en años fiscales subsecuentes)

Título del programa	Número propuesto de personas o familias que serán atendidas hasta e incluyendo el mes de junio 2011 por tipo a través de la ampliación de PEI		# de meses en operación hasta junio 2011
	Prevención	Intervención temprana	
Programa: Bienestar de Estudiantes de primaria y secundaria	Personas: 120 Familias:	Personas: 30 Familias:	# de meses: 15
Programa: Bienestar de estudiantes universitarios	Personas: 120 Familias:	Personas: 30 Familias:	# de meses: 15
Estimado total de proyecto de conteo no duplicado de personas a las que se atenderá	240	60	

5. Enlaces con los Servicios de Salud Mental del condado y con los Proveedores de otros Servicios Necesarios

5a. Describe cómo el proyecto PEI vincula a participantes individuales a quienes se percibe que necesitan evaluación o tratamiento extendido por enfermedad mental o alteración emocional por los proveedores de Salud Mental del condado, por el proveedor de cuidado primario u otros proveedores de servicio de salud mental que correspondan.

A través de los respectivos procesos de planeación, introduciremos a miembros del personal del distrito escolar y de la universidad y a otros participantes como el personal médico de TCMHC y con otros proveedores locales de servicios de salud mental, con los Orientadores Comunitarios y con personal de otras organizaciones y proveedores de servicio comunitarios según sea el caso.

5b. Describe cómo el proyecto PEI enlaza a personas y familiares con otros servicios que se necesitan, incluyendo aquellos proporcionados por organismos de la comunidad que no se definen tradicionalmente como de salud mental y que han establecido o mostrado que cuentan con la capacidad para establecer relaciones con poblaciones en riesgo; particularmente en las áreas de tratamiento de abuso de sustancias; prevención e intervención ante violencia sexual o doméstica en la comunidad; y necesidades básicas.

A través de los respectivos procesos de planeación, introduciremos a miembros del personal del distrito escolar y de la universidad y a otros participantes al personal médico de TCMHC así como con otros proveedores locales de servicios de salud mental, con los Orientadores Comunitarios y con personal de otros organismos de salud mental no tradicionales según sea el caso –por ejemplo, programas de

prevención de violencia doméstica, programas de prevención de abuso de sustancias, y otros.

5c. Demuestra que el proyecto PEI incluye suficientes programas, políticas y actividades (incluyendo recursos por apalancamiento) para lograr los resultados deseados de PEI a niveles de individuo/familia, programa/sistema, o, si procede, de la comunidad.

Los procesos de planeación para los distritos escolares y las universidades facilitará las relaciones entre los líderes escolares y los universitarios así como entre las organizaciones comunitarias y los proveedores de servicios que son apoyos potenciales para los estudiantes de primaria y secundaria y los universitarios del área de tri-city. Por otra parte, el inciso de fondos *no recurrentes* para agilizar la puesta en marcha de los planes resultantes pretende motivar a los distritos escolares y a las universidades a identificar otros recursos que sustenten sus esfuerzos más allá de los fondos de PEI. Los consultores contratados para apoyar estos esfuerzos de planeación enfocarán la atención de los participantes a la necesidad de sostenibilidad de los planes según vayan surgiendo.

6. Colaboración y mejoras en el sistema

6a. Describe las relaciones, colaboraciones o acuerdos con las organizaciones basadas en la comunidad tales como escuelas, cuidados primarios, etc., las asociaciones que se establecerán en este proyecto PEI y los papeles y actividades de otras organizaciones que estarán colaborando en este proyecto.

Primero, los procesos de planeación facilitarán la colaboración de los distritos escolares y las universidades y entre los distritos escolares y universidades, un esfuerzo extraordinario y optimista de por sí. Y de nuevo, a través de los respectivos procesos de planeación, introduciremos al personal del distrito escolar y de la universidad y a otros participantes con el personal médico de TCMHC y con otros proveedores locales de servicios de salud mental, con los Orientadores Comunitarios y con personal de otras organizaciones y proveedores de servicio comunitarios según sea el caso, y con los líderes de las diversas comunidades que participan en el Programa de Bienestar de la Comunidad según convenga.

6b. Describe cómo se fortalecerá el componente PEI y aprovechará los recursos de salud mental de la comunidad local y del sistema de cuidado primario incluyendo las clínicas de la comunidad y los centros de salud.

La respuesta final a esta cuestión surgirá a través del respectivo proceso de planeación para los distritos escolares y las universidades. Y de nuevo, a través de los respectivos procesos de planeación, introduciremos a miembros del personal del distrito escolar y de la universidad y a otros participantes al personal médico de TCMHC y a otros

proveedores locales de servicios de salud mental así como a los proveedores de servicios de salud primaria, según corresponda.

6c. Describe cómo se apalancarán y sustentarán los recursos.

La respuesta final a esta cuestión surgirá a través del respectivo proceso de planeación para los distritos escolares y las universidades. Los consultores contratados para apoyar estos esfuerzos de planeación enfocarán la atención de los participantes a la necesidad de sostenibilidad de los planes según vayan surgiendo.

7. Resultados deseados

7a. Describe los resultados que se esperan del sistema y del programa

Programa de Bienestar para Estudiantes de Primaria y Secundaria

- Los tres distritos escolares participarán en un proceso de planeación asistido para desarrollar un plan integrado centrado en la creación de un acuerdo sobre:
 - Las condiciones de bienestar mental y emocional que los distritos desean mejorar entre sus estudiantes;
 - Medidas para evaluar el avance hacia estas condiciones de bienestar, y un plan para compartir datos entre los tres distritos para evaluar el avance con el transcurrir del tiempo;
 - Estrategias para promover el bienestar mental y emocional de los estudiantes de los tres distritos, incluyendo estrategias que apalancan recursos existentes y disponibles de la comunidad para apoyar a los estudiantes y a sus familias; y
 - Las estructuras necesarias para apoyar el aprendizaje continuo en los tres distritos escolares.

Programa de Bienestar para Universitarios

- Las universidades del área participarán en un proceso de planeación asistido para desarrollar planes basados en el campus que integren:
 - Las condiciones de bienestar mental y emocional que las universidades desean mejorar entre sus estudiantes;
 - Las medidas para evaluar el avance hacia estas condiciones de bienestar, y un plan para evaluar el avance de estas medidas dentro de cada uno de los campus y entre todos los campus conjuntamente;
 - Estrategias para promover el bienestar mental y emocional de los estudiantes de las universidades del área, incluyendo estrategias que apalancan recursos existentes y disponibles de la comunidad para apoyar a los estudiantes; y
 - Las estructuras necesarias para apoyar el aprendizaje continuo en los campus mientras inicia el proceso de implementación.

7b. Describe otros métodos propuestos para medir el éxito.

Utilizaremos sencillos formularios de retroalimentación para evaluar la satisfacción de los participantes respecto a los procesos de planeación así como su dominio de un contenido en particular. Los planes que surjan de este proceso darán estructura a procesos específicos para evaluar el avance hacia resultados positivos relacionados a los estudiantes de primaria y secundaria y a los universitarios con el paso del tiempo.

7c. ¿Qué será diferente como resultado del proyecto PEI y cómo lo sabremos?

En el corto plazo, crearemos experiencias concretas de colaboración y de aprendizaje compartido en los distritos escolares, las universidades del área y entre los distritos escolares y las universidades. Con el paso del tiempo, esperamos que los planes que surjan de estos procesos sean capaces de causar un impacto y de documentar las condiciones mejoradas de bienestar mental y emocional entre los estudiantes de primaria y secundaria y entre los universitarios del área de tri-city.

8. Coordinación con otros componentes de MHSA

8a. Describir la coordinación con CSS, si es necesario.

Los participantes de tanto los programas para niveles de primaria y secundaria como para del programa de bienestar de universitarios se reunirán con los Orientadores Comunitarios de CSS y otro personal de TCMHC para conocer mejor el emergente sistema de salud mental del área de tri-city, incluyendo los programas CSS y los recursos de los que podrían disponer para apoyar a los estudiantes de primaria y secundaria y a los estudiantes universitarios.

8b. Describe el uso previsto de los fondos de Educación y Entrenamiento de la Fuerza Laboral para proyectos PEI, si es necesario.

TCMHC ha planeado usos para los *fondos de ayuda técnica y entrenamiento de PEI*, pero todavía no ha evaluado cómo utilizará los fondos para Educación y Entrenamiento de la Fuerza Laboral para apoyar el plan PEI.

8c. Describe el uso planeado de los fondos de recursos de capital y tecnología para proyectos PEI, si procede.

TCMHC todavía no evalúa cómo utilizará sus fondos de Recursos de Capital y Tecnología para apoyar el plan PEI.

RESUMEN DEL PRESUPUESTO
Formulario 6

Resumen del Presupuesto de Prevención e Intervención Temprana

Instrucciones: Favor de proporcionar una lista de todos los proyectos PEI que se han presentado para solicitar financiamiento de PEI. Este formulario proporciona un número de proyecto PEI y el nombre que se utilizará de manera consistente en todos los documentos del proyecto relacionados. Identifica los fondos solicitados para cada proyecto PEI del formulario No. 4 por grupo de edad para ser atendido y el total fondos PEI solicitados. También inserte el fondo de la administración que se solicita del formulario No. 5 (línea C).

Condado:	Tri-City
Fecha:	Diciembre de 2009

#	Enumere cada proyecto PEI	Año Fiscal			Fondos Solicitados Por Grupo de edad			
		FY 09-10	FY 10-11	Total	Niños, Jóvenes y Familias*	TAY * (jóvenes en edad de transición)	Adultos	Adultos mayores
PEI 01	Proyecto de Capacidad de Construcción	79,871	929,862	1,009,733	151,460	353,407	302,920	201,947
PEI 02	Bienestar Familiar y Apoyo de Pares	14,960	194,766	209,726	41,945	83,890	0	83,890
PEI 03	Proyecto de bienestar de estudiantes	5,000	165,000	170,000	110,500	59,500	0	0
PEI 04	Administración	14,104	151,555	165,659	36,234	59,231	36,116	34,079
PEI 05	Reserva Prudente	410,500	0	410,500	89,785	146,773	89,494	84,447
Total de Fondos Solicitados		\$524,435	\$1,441,183	\$1,965,618	\$429,924	\$702,801	\$428,530	\$404,363
Porcentaje de fondos solicitados por grupo de edad					21.88%	35.75%	21.80%	20.57%

* Un mínimo de 51% del compuesto total del presupuesto PEI debe dedicarse a individuos en edades de entre 0 y 25 años (los "pequeños condados quedan excluidos de este requerimiento). Bajo nuestro presupuesto propuesto de 15 meses, estimamos que más de 57% del presupuesto beneficiará a individuos de entre 0 y 25 años.

EVALUACIÓN LOCAL DE UN PROYECTO PEI
Formulario 7

EVALUACIÓN LOCAL DE UN PROYECTO PEI

Condado: **Tri-City**
Fecha: **Diciembre de 2009**
Nombre del proyecto PEI: **Capacidad de participación de la comunidad**

1a. Identificar los programas (del formulario No. 3 del Resumen del Proyecto PEI) el condado evaluara y reportará al estado.

- Programa de Bienestar de la Comunidad
- Programa de Primeros Auxilios de Salud Mental

1b. Explique cómo este proyecto PEI y sus programas fueron seleccionados para su evaluación local.

Mientras los delegados reflexionaban sobre los objetivos del plan PEI y los datos que surgieron de las encuestas, los grupos de enfoque y sus propias deliberaciones, comenzaron a surgir varios modelos a seguir:

- Un enfoque en las *comunidades*, definidas como grupos de personas que tienen relaciones suficientemente fuertes como para proporcionarse apoyo mutuo palpable y que pueden actuar juntos. Las comunidades tienen fortalezas y valores que ya apoyan la salud y el bienestar de sus miembros. Con el apoyo y estímulo culturalmente adecuados, las comunidades pueden apalancar y extender sus fortalezas y sus valores para mejorar y preservar el bienestar de sus miembros con el transcurso del tiempo.
- Un compromiso para *fortalecer las capacidades de las comunidades* para promover el bienestar mental y emocional de sus miembros. Este compromiso refleja la noción de que las comunidades tienen la responsabilidad primaria de promover y preservar el bienestar mental y emocional de sus miembros. Ningún sistema de servicio, sin importar que tan eficiente y eficaz es, puede sustituir completa y permanentemente la atención y el cuidado de la que disfrutaban las personas a través de sus comunidades naturales de apoyo.
- Un compromiso con la *sostenibilidad*. Dado el volátil y altamente inestable ambiente económico y la resultante incertidumbre en torno al financiamiento de MHSA, los delegados se comprometieron a invertir en estrategias que fortalecerían la capacidad de la comunidad para cuidados y acciones que podrían continuar sin tener en cuenta la posibilidad de financiamientos futuros.
- Un compromiso con los *resultados* definidos por la comunidad. Con demasiada frecuencia los datos sobre la eficacia no están disponibles, un hecho incompresible para todos menos para los expertos en programas, o irrelevante para las comunidades y las familias que se esfuerzan por tomar decisiones sobre cursos de acción culturalmente adecuados a sus contextos. La acción

transformadora en las comunidades probablemente surgirá cuando los líderes de las comunidades puedan planear un riguroso plan propio de evaluación y puedan acceder a los datos que les interesan de manera oportuna para ayudarlos a evaluar si las acciones que están tomando están teniendo un efecto positivo.

- Un compromiso con el *aprendizaje*. Con demasiada frecuencia en los sistemas complejos, los datos se utilizan para reforzar el cumplimiento con lineamientos estáticos y predeterminados de los programas, y/o para librarse de culpa en caso de que algo no salga bien. Estos dos valores –cumplimiento y culpa– reducen profundamente la capacidad de las comunidades para adaptarse a realidades complejas y cambiantes. Muchos de los desafíos que enfrentan las comunidades locales, incluyendo los que menoscaban su salud y su bienestar, presentan un reto a los análisis y respuestas simples. Lo que se necesita son estructuras de apoyo y aprendizaje que ayuden a las comunidades a aprender unas de las otras, inclusive interculturalmente, para ampliar sus respectivos repertorios de acciones eficaces.

El diseño de todo el plan PEI de Tri-City y del proyecto de capacidad de participación de la comunidad en particular, reflejan el compromiso de los delegados y del personal de TCMHC para incorporar estos valores. La elección del proyecto de capacidad de participación de la comunidad para nuestra evaluación local fue muy fácil. Nos vemos obligados a querer saber: ¿funcionará?

2. ¿Cuáles son los resultados esperados a nivel personas/familias y programas/sistemas para cada uno de los programas?

Programa de Bienestar de la Comunidad

En la primera fase del Programa de Bienestar de la Comunidad, el personal de TCMHC y los consultores entablarán pláticas con los líderes de la comunidad de las tres ciudades, concentrándose particularmente en aquellas desatendidas y marginadas, para evaluar su disposición y capacidad para comprometerse con el Programa de Bienestar de la Comunidad. Por último, se elegirá un primer grupo de comunidades, que actualmente se estima en cuatro, para que participen en el primer año. (Continuaremos añadiendo comunidades en años subsecuentes del proyecto).

Los líderes de estas comunidades recibirán entonces apoyo para la facilitación y desarrollo de liderazgo para que participe en los esfuerzos de planeación impulsados por la comunidad y sustentados que integren el Desarrollo de la Comunidad de acuerdo con la rendición de cuentas basada en resultados. A través de este proceso, cada comunidad:

- Desarrollará un amplio acuerdo sobre las condiciones de bienestar mental y emocional que cada comunidad desea lograr para sus miembros (resultados);

- Desarrollará un amplio contrato sobre las medidas que la comunidad rastreará para evaluar el avance hacia estos resultados (indicadores de la comunidad);
- Desarrollará un plan mediante el cual los miembros de la comunidad promoverán estas condiciones de bienestar, incluyendo el apalancamiento de los recursos existentes y siguiendo las nuevas estrategias con base en la comunidad, y otros esfuerzos;
- Reportará el avance sobre los resultados del bienestar mental y emocional definidos por la comunidad con el transcurso del tiempo; y
- Participará en las estructuras de aprendizaje para compartir y recibir lecciones aprendidas y apoyo con otras comunidades participantes.

Dada la estructura del programa, hay múltiples categorías para los niveles de los niveles de resultados de persona/familia. La primera categoría de niveles de resultados persona/familia involucra a los líderes y a otros que participan en el proceso de planeación. Algunos de los resultados que esperamos de esta fase del trabajo incluyen:

- Mayor conciencia sobre los aspectos de salud mental particulares a su comunidad entre los participantes;
- Un mayor compromiso para llevar a cabo las condiciones de bienestar mental y emocional de los miembros de sus comunidades; y
- Un conjunto mejorado de habilidades para llevar a cabo el cambio y promover el bienestar mental y emocional en sus comunidades.

Una vez que las comunidades comiencen a implementar sus planes, continuarán con una segunda categoría de niveles de resultados de persona/familia, particularmente, los indicadores de bienestar mental y emocional de la comunidad que desarrollaron a través del proceso de planeación, así como los efectos particulares que sus estrategias y sus programas tienen sobre la gente de la comunidad que participa directamente en estos esfuerzos. Qué indicadores de los niveles de la comunidad escoja cada una de las comunidades y cómo se evaluarán los efectos de sus programas y de sus estrategias sobre la gente que participa directamente en estos esfuerzos, será decidido durante el proceso de planeación de cada comunidad. No podemos anticipar cuáles son las medidas que elegirán las comunidades.

A nivel de programa/sistema, esperamos que múltiples comunidades desarrollarán e implementarán planes para mejorar las condiciones de bienestar mental y emocional de sus miembros, y participará en estructuras de aprendizaje cruzadas de la comunidad. Nos mantendremos al tanto del avance de estas medidas a lo largo del proyecto. También esperamos poder documentar una reducción del estigma y del miedo entre los miembros de las comunidades participantes hacia las personas de su comunidad que enfrentan problemas de bienestar mental y emocional.

Programa de Primeros Auxilios de Salud Mental

Los elementos de este programa son claros. Un grupo inicial de personas finaliza cabalmente un curso de cinco días para convertirse en instructor MHFA certificado.

Estimamos que 25 personas del área de tri-city terminarán este curso para instructores durante el primer año. dos de ellos serán miembros nuevos del personal de TCMHC; los demás provendrán de una variedad de socios comunitarios incluyendo escuelas, universidades, clínicas de salud y otros proveedores de cuidado primario, organizaciones de fe, organizaciones de la comunidad y cooperativas, negocios de la comunidad y otro tipo de asociaciones no tradicionales.

Cada una de estas 25 personas estará autorizada a ofrecer el curso MHFA de 12 horas a los miembros de su comunidad. El curso proporciona conocimientos y habilidades a la gente para que les ayuden a saber cómo ayudar a personas con problemas mentales o emocionales o que estén experimentando los primeros síntomas de una enfermedad mental o bien, se encuentre en crisis. El presupuesto incluye fondos no recurrentes para apoyar el suministro de una amplia gama de programas de 12 horas, incluyendo fondos para “comprar” el tiempo de la gente –por ejemplo, fondos para maestros sustitutos para que los maestros puedan tomar el entrenamiento de primeros auxilios de 12 horas- y estipendios para alimentos, espacio, guardería para los menores y otro tipo de apoyos.

Nuestro objetivo es capacitar a más de 1,000 Encargados para prestar los Primeros Auxilios de Salud Mental en los primeros años del programa. Estos Encargados de prestar los primeros auxilios sabrán cómo responder adecuadamente ante una persona que encuentren con un problema de salud mental, y cómo ayudarla a conectarse con sus comunidades naturales de apoyo y con otras estructuras y recursos de apoyo como asesoramiento de pares, actividades de bienestar, programas de autoayuda y otros.

Igual que el programa de Bienestar Comunitario, el programa de Primeros Auxilios de Salud Mental también tiene dos niveles de resultados de persona/familia. El primer nivel se enfoca en las habilidades y el conocimiento que surge de los 25 instructores y de los más de 1,000 encargados de prestar los primeros auxilios que fueron capacitados a través del programa. Con el tiempo, esperamos que estos instructores y encargados de los primeros auxilios reporten y demuestren:

- Un mayor nivel de conciencia sobre los aspectos de salud mental particulares de su comunidad;
- Mayor confianza con respecto a la respuesta adecuada a las personas que están experimentando problemas de salud mental;
- Mayor conciencia y capacidad para conectar a las personas con alteraciones mentales con sus comunidades naturales de apoyo y con otros recursos adecuados de la comunidad; y
- Menor estigma y miedo de las personas que enfrentan problemas de salud mental y emocional en sus comunidades.

El segundo nivel de resultados de persona/familia involucra a la gente que reciben primeros auxilios de salud mental de los encargados de prestar los primeros auxilios. Con el tiempo, esperamos que cientos de personal reciban ayuda para salud mental anualmente. Pronosticamos que estos individuos y familias reportarán:

- Experiencias positivas con los Encargados de prestar los Primeros Auxilios;
- Avance en la respuesta a y solución de la experiencia inmediata de la alteración mental y emocional; y
- Mayor acceso a apoyos que pueden ayudarles a mantener y llevar adelante su bienestar mental y emocional;
- Mayor confianza de que podrán mantener y llevar adelante su bienestar mental y emocional;

En el nivel de programa/sistema, esperamos que la presencia de más de 1,000 Encargados de prestar los primeros auxilios tenga un impacto positivo en el estigma y discriminación que experimentan las personas con problemas mentales y emocionales, incluyendo personas con enfermedades mentales. Todavía no sabemos cómo evaluaremos el efecto esperado a largo plazo del Programa de Primeros Auxilios de Salud Mental.

- 3. Describe los números y la estructura demográfica de las personas que participan en esta intervención. Indique el número propuesto de personas de cada población de prioridad a ser atendidas, según la raza, etnia y grupo de edad. Ya que algunas personas pueden pertenecer a varias categorías, los números de las personas en la gráfica pueden estar duplicados. Para "otros", proporcione el número de personas que son atendidas y que no se pueden incorporar a ninguna categoría (por ejemplo; poblaciones culturales marginadas: como las poblaciones de lesbianas, gas bisexuales, trans y de cuestionamiento e indagación; sordos; etc.). Favor de indicar al final del formulario un estimado del total de número *no duplicados* de personas a ser atendidas. Si el foco de la intervención son las familias, cuente a cada miembro de la familia.**

Programa de Bienestar de la Comunidad

Tomando en cuenta el diseño de este programa, no tenemos bases para evaluar por anticipado el número de personas bajo cada una de las poblaciones de prioridad que se captará y a la que atenderá a través del Programa de Bienestar de la Comunidad. Las poblaciones de prioridad captadas variarán según la comunidad, al igual que las estrategias desarrolladas para promover el bienestar mental y emocional entre los miembros de una comunidad. Teniendo en cuenta nuestro enfoque hacia las comunidades desatendidas y marginadas, esperamos que la gente de entre la gama de poblaciones de prioridad se involucrará en cada una de las comunidades. ¿Pero números precisos? No hay manera de predecirlos. He aquí lo que proyectamos:

- Involucraremos a una variedad de comunidades étnicas y otras comunidades desatendidas o marginadas, incluyendo afroamericanos, API (especialmente vietnamitas y taiwaneses), latinos, indígenas estadounidenses, adultos mayores, LGBTQ, personas mayores (incluyendo a personas mayores discapacitados), organizaciones de fe, familiares de personas con problemas mental (con un enfoque en el bienestar de los *familiares*), y otros.

- Cada comunidad que participa en el programa seguramente logrará la participación de varias docenas o más de personas en el proceso de planeación a través de una variedad de procesos, incluyendo reuniones en casa, entrevistas uno a uno, sesiones de grupo para planeación, y otros. Con base en nuestras experiencias con los grupos de enfoque y en las presentaciones de la comunidad, podemos fácilmente anticipar que muchos de estos participantes se ubicarán en una o más categorías de poblaciones de prioridad. Pero de nuevo, ¿los números exactos? No hay manera de hacer una proyección. Una vez que las comunidades han desarrollado sus planes, podremos elaborar proyecciones verosímiles, pero no en este momento.
- Cada una de las comunidades desarrollará e implementará los planes que se han diseñado para promover el bienestar mental y emocional de sus miembros. Nos aseguraremos de que las comunidades aborden, como mínimo, las necesidades de los niños, jóvenes y adultos jóvenes de 0 a 25 años en sus comunidades. Dado el orden de importancia de las comunidades desatendidas y marginadas, sabemos que muchos de los miembros de la comunidad que participan directamente en los programas y esfuerzos de iniciativa comunitaria se ubicarán en un o más categorías de poblaciones de prioridad.

Una vez que se seleccionen las comunidades y comiencen sus esfuerzos de planeación, y en especial cuando inicien la puesta en marcha de sus planes, podremos estimar más fácilmente por grupo étnico cuáles serán las poblaciones que se involucrarán.

Programa de Primeros Auxilios de Salud Mental

Enfrentamos un reto similar con el Programa de Primeros Auxilios de Salud Mental. Planeamos reclutar al primer grupo de 25 instructores de una variedad de socios comunitarios que logran la participación de gente provenientes de comunidades desatendidas y marginadas, incluyendo escuelas, universidades, clínicas de salud y otros proveedores de servicios de salud primaria, organizaciones de fe, organizaciones comunitarias y cooperativas, negocios de la comunidad y otros socios no tradicionales.

Estos 25 instructores capacitarán con el paso del tiempo, a más de 1,000 encargados de primeros auxilios de comunidades y organizaciones del área de tri-city. Con base en nuestra experiencia con los grupos de enfoque y en las presentaciones y encuestas de la comunidad, esperamos que muchos de estos encargados de primeros auxilios serán personas que se ubiquen en una o más categorías de poblaciones de prioridad, aunque de nuevo, no hay forma de predecir estos números.

Una vez capacitados, los encargados de primeros auxilios serán parte del sistema informal de “pronta respuesta” de una comunidad. Estarán presentes en entornos distribuidos por toda el área de tri-city, listos para responder de forma inmediata en caso de que alguien se encuentre bajo sufrimiento mental o emocional. ¿A quién

ayudarán? A cualquier persona que muestre síntomas de sufrimiento mental o emocional y que parezca necesitar los primeros auxilios de salud mental. ¿A cuántas personas creemos que pueden ayudar los encargados de los primeros auxilios en un año? Tal vez a miles: con más de 1,000 encargados de los primeros auxilios capacitados, aun si cada uno de ellos se relaciona con dos personas en el transcurso de un año, eso nos da un total de 2,000 personas.

¿Cuál será la estructura demográfica de las personas a quienes atienden los encargados de primeros auxilios? Provenirán de todos los niveles de la comunidad y seguramente reflejarán la estructura demográfica del área:

Población Étnica	Número Total Área de Tri-City	% Área de Tri-City
Afroamericanos	14,664	6%
Isleños del Pacífico Asiático	17,587	8%
Latinos	125,458	55%
Indígenas estadounidenses	884	0.003%
Caucásicos	66,951	29%
Otro	3,929	2%
Totales	229,473	100%
Fuente para el área de Tri-City: Alianza United Way 2007 del libro de datos de códigos postales de San Gabriel Valley		

Ya que nos enfocaremos a gente que trabaja en comunidades tradicionalmente desatendidas y marginadas, o que está involucrada con estas comunidades para reclutar a los encargados de primeros auxilios, esperamos que una relativamente mayor concentración de encargados de los primeros auxilios será capacitada en estas comunidades y por ende, esperamos que los encargados de los primeros auxilios podrán atender a un número relativamente mayor de personas de estas comunidades. Una vez más, ¿los números exactos? ¿Y el número exacto de personas por etnia que se ubicará en una o más categorías de población de prioridad PEI? No contamos con los elementos para obtener estas cifras en este momento.

4. ¿Cómo se medirá el éxito de los resultados y los objetivos? ¿Cuáles cuantificaciones se utilizarán y cuándo se medirán?

Programa de Bienestar de la Comunidad

Utilizaremos encuestas y otros mecanismos de auto reporte para evaluar la eficacia y el efecto del desarrollo de liderazgo y de los procesos de apoyo de planeación en las comunidades locales. Utilizaremos el marco de rendición de cuentas en base a resultados para orientar a las comunidades a través del proceso de identificación de resultados comunitarios de bienestar mental y emocional, y los indicadores a los que deben dar seguimiento para evaluar el avance hacia la mejora de estos resultados. El Especialista de Datos Comunitario será contratado y entrenado específicamente para

ayudar a facultar a las comunidades a diseñar e implementar un rígido protocolo impulsado por la comunidad para evaluar su progreso.

Programa de Primeros Auxilios de Salud Mental

Utilizaremos las encuestas y otros mecanismos de auto reporte para evaluar la eficacia y el efecto del entrenamiento de cinco días para instructores, así como elementos similares para evaluar la eficacia de los entrenamientos de dos días que los instructores proporcionan a los encargados de primeros auxilios. También esperamos que el Consejo Nacional para la Salud Conductual de la Comunidad (National Council for Community Behavioral Health Care), organización que patrocina la difusión del modelo MHFA en Estados Unidos, tendrá sus propios mecanismos para evaluar la eficacia de la capacitación de su instructor, así como la eficacia de la capacitación que éstos imparten a los encargados de primeros auxilios. Colaboraremos con el Consejo para integrar sus herramientas de evaluación en nuestros esfuerzos de evaluación continuos.

En la medida en que los encargados de primeros auxilios comiencen a brindar apoyo a la gente de sus comunidades experimentando sufrimiento mental y emocional, desarrollaremos las herramientas para evaluar la eficacia de sus intervenciones sin violar la privacidad de las personas y evitando prolongar el trauma que la persona o personas que recibieron la atención experimentó. Trabajaremos con el Consejo Nacional el primer año de este programa para conocer lo que otras comunidades han hecho para evaluar la eficacia de las intervenciones de primeros auxilios, y desarrollaremos mecanismos y procesos adecuados a las comunidades del área de tri-city que son atendidas por los encargados de primeros auxilios.

5. ¿Cómo se recolectarán y analizarán los datos?

Programa de Bienestar de la Comunidad

El personal y los consultores de TCMHC ofrecerán y tabularán con regularidad las encuestas y otros mecanismos de auto reporte que utilizamos para evaluar la efectividad e impacto del desarrollo del liderazgo y los procesos de apoyo de planeación en las comunidades locales. El Especialista de Datos de la Comunidad trabajará con las comunidades para ayudarles a desarrollar los métodos de recolección de datos correspondientes para los indicadores que rastrearán las comunidades con el fin de evaluar su avance hacia la mejora de sus resultados prioritarios.

Programa de Primeros Auxilios de Salud Mental

El personal de TCMHC trabajará con el Consejo Nacional para ofrecer y tabular las encuestas que evalúan la efectividad del entrenamiento de 5 días para ser instructor. Los instructores entregarán las encuestas para evaluar la efectividad de los entrenamientos de 2 días que impartan a los Encargados de prestar los primeros auxilios. El personal o consultores de TCMHC tabularán los resultados de estas

encuestas y los utilizarán para identificar las áreas de excelencia y de mejora. Una vez más, el foco de estos esfuerzos será el apoyo al proceso de aprendizaje y mejora continuos, especialmente entre las culturas y las comunidades.

Aunque sabemos cómo evaluaremos la efectividad del entrenamiento de los instructores y de los Encargados de prestar los primeros auxilios, aun no sabemos cómo reuniremos y analizaremos los datos relacionados con la efectividad de las *intervenciones* de los Encargados de prestar los primeros auxilios. Este será uno de los puntos centrales de nuestro trabajo en el primer año del programa.

6. ¿Cómo se incorporará la competencia cultural en los programas y la evaluación?

Justo como hemos hecho con la contratación de los Orientadores Comunitarios de CSS, nos aseguraremos de que los Especialistas en Bienestar para la Comunidad, el Especialista de Datos de la Comunidad, el Entrenador/Moderadores de MHFA, los instructores de MHFA y los Encargados de prestar los primeros auxilios reflejen la diversidad del área tri-city y tengan las habilidades relacionales para comprometerse y trabajar en conjunto con los líderes y personas de diferentes comunidades.

De acuerdo con el Programa de Bienestar para la Comunidad, los mismos líderes de las comunidades estarán diseñando y poniendo en marcha las intervenciones para sus comunidades, con apoyo de los Especialistas en Bienestar para la Comunidad, el Especialista de Datos de la Comunidad y otros socios de la misma. Esto no será un plan o programa *hecho para* las comunidades; los planes y programas serán desarrollados *por y para* las mismas comunidades.

De acuerdo con el Programa de Primeros Auxilios de Salud Mental, cada Encargado de prestar primeros auxilios será responsable de ofrecer primeros auxilios en las maneras que corresponda para la persona alterada. Con regularidad estaremos convocando círculos de aprendizaje y otros procesos para evaluar lo que están aprendiendo los Encargados de prestar primeros auxilios de diferentes comunidades sobre lo que funciona y no para las personas en su comunidad.

7. ¿Qué procedimientos se utilizarán para asegurar la fidelidad en la puesta en servicio del modelo y cualquier (cualquiera) adaptación (es)?

De acuerdo con el Programa de Bienestar de la Comunidad, estaremos en una conversación regular con Mark Friedman sobre nuestra adaptación del modelo de Rendición de Cuentas basada en resultados (RBA). John Ott, uno de nuestros consultores líderes, también es un entrenador experimentado en este modelo. También estaremos en contacto con las personas del Instituto de Desarrollo de la Comunidad basado en Activos (ABCD) según se necesite para comentar nuestra adaptación del modelo ABCD. El Instituto ha apoyado el entrenamiento de varios organizadores ABCD a través del Consejo de Niños del Condado de Los Ángeles y otras organizaciones.

De manera similar, esperamos estar en conversaciones regulares con representantes del Consejo Nacional para el Cuidado de la Salud Conductual de la Comunidad para hablar sobre nuestra adaptación del modelo de Primeros Auxilios de Salud Mental para el área tri-city.¹

8. ¿Cómo se diseminará el reporte sobre la evaluación a las circunscripciones locales interesadas?

Compartiremos de manera regular los datos de las múltiples corrientes de evaluación con líderes de la comunidad, delegados, accionistas y otras partes interesadas. Los datos se compartirán mediante correo electrónico, reportes regulares y presentaciones en persona. También utilizaremos los datos para guiar la creación de círculos de aprendizaje y otras estructuras de apoyo concentradas en áreas de mejora necesaria. Finalmente, nuestra Cumbre PEI anual proporcionará un foro dinámico para los líderes de la comunidad y otros que participen en este proyecto para compartir sus datos y el significado que estén tomando, y celebrar sus éxitos y avance.

¹ Un ejemplo de una posible modificación: en las deliberaciones de los delegados sobre el plan PEI, un delegado expresó su preocupación de que el término “primeros auxilios de salud mental” pudiera sugerir la necesidad de la experiencia de un *médico* entre los encargados de primeros auxilios, desanimando de esta manera a personas que podrían recibir la capacitación. Entraremos más a fondo a este tema con los líderes comunitarios y con el personal del Consejo Nacional cuando comencemos con el proceso de implementación.

ANEXOS

ANEXO A: LISTA DE LOS GRUPOS DE ENFOQUE

Nombre del grupo de enfoque		Núm. en grupo	Etnicidad						Idioma		Grupo por edades		
			L	AA	W	API	NA	O	Ing.	Esp.	TAY	Adultos	OA
1	Grupo de la Comunidad API	13	0	0	0	13	0	0	•	•	13	0	0
2	Club de Consumidores BIACO	25	6	15	2	2	0	0	•		0	25	0
3	Grupo de Adultos Mayores, Bliasdell	26	2	2	15	2	3	2	•		0	2	24
4	Iglesia de Brethren, La Verne	12	1	0	11	0	0	0	•	•	0	9	3
5	Centro de Actividades Juveniles Claremont	13	1	7	5	0	0	0	•		13	0	0
6	Tribu Costano Rumsen	32	0	0	0	0	32	0	•		8	18	6
7	Tribu II Costano Rumsen	28	0	0	0	0	28	0	•		7	17	4
8	Círculo de Pláticas Costano	28	0	0	0	0	28	0	•		8	13	7
9	Círculo II de Pláticas Costano	22	0	0	0	0	22	0	•		8	10	4
10	Tribus Costano, Olohoni, Tongva	16	0	0	0	0	16	0	•		1	15	0
11	Casa Havenly, Abuso de sustancias	18	5	1	11	1	0	0	•	•	2	13	3
12	Refugio para personas sin hogar Inland Valley Family	7	1	5	0	0	0	1	•		4	3	0
13	Grupo de la Comunidad Islámica	5	0	0	0	5	0	0	•		0	5	0
14	Centro Senior Joslyn	29	22	4	3	0	0	0	•	•	0	4	25
15	Centro Senior Joslyn II	31	18	4	7	1	1	0	•	•	0	4	27
16	Centro Senior Joslyn III	22	20	2	0	0	0	0	•	•	0	1	21
17	Grupo de la Comunidad LGBTQ I	10	10	0	0	0	0	0	•	•	10	0	0
18	Grupo de la Comunidad LGBTQ II	8	6	2	0	0	0	0	•	•	8	0	0
19	NAMI	24	3	1	17	3	0	0	•		1	15	8
20	NAMI II	20	0	2	13	0	0	5	•		0	13	7
21	Grupo de padres – Buena Vista Elem.	10	6	0	2	2	0	0	•	•	0	10	0
22	Grupo de padres Pomona	11	11	0	0	0	0	0	•	•	4	6	1
23	Renacimientos, Mujeres en pobreza	20	20	0	0	0	0	0	•	•	2	18	0
24	Grupo de la Comunidad Taiwanesa	10	0	0	0	10	0	0	•		0	10	0
25	TCMHC – Grupo de Apoyo Bridges	13	8	0	4	0	1	0	•	•	2	11	0
26	TCMHC – Grupo de terapia para depresión	11	6	2	3	0	0	0	•	•	1	9	1
27	TCMHC – Grupo de terapia en español	2	2	0	0	0	0	0	•	•	0	2	0
28	TCMHC – Grupo de control de síntomas	6	3	0	2	1	0	0	•	•	0	5	1
29	TCMHC – Grupo de recuperación de traumas	3	3	0	0	0	0	0	•	•	0	2	1
30	Universidad de Fútbol La Verne	12	10	1	1	0	0	0	•	•	12	0	0
31	Universidad de Hermandad Femenina La Verne	12	12	0	0	0	0	0	•		12	0	0
32	Universidad de Estudiantes La Verne	12	4	4	4	0	0	0	•		12	0	0
33	Universidad de Estudiantes La Verne II	16	6	2	8	0	0	0	•		16	0	0
34	Grupo de Veteranos	23	4	15	4	0	0	0	•	•	0	22	1
35	Grupo de Veteranos II	17	3	14	0	0	0	0	•	•	8	3	6
36	Grupo de la Comunidad Vietnamita II	7	0	0	0	7	0	0	•		4	0	3
37	Grupo Vietnamita	7	0	0	0	7	0	0	•		0	0	7
38	Adultos mayores, Washington Park II	26	26	0	0	0	0	0	•	•	0	0	26
39	Adultos mayores, Washington Park	27	27	0	0	0	0	0	•	•	0	3	24
40	Centro White Cane	21	3	3	15	0	0	0	•		4	1	16
TOTALES		655	249	86	127	54	131	8			160	269	226
		100%	38%	13%	19%	8%	20%	1%			24%	41%	35%

Leyenda	L: Latino	AA: Afroamericano	W: Blanco	API: Habitante de islas del pacífico asiático	NA: Indígena estadounidense	O: Otro	Eng: Inglés	Span: Español	TAY: Jóvenes en edad de transición	OA: Adultos de tercera edad
---------	-----------	-------------------	-----------	-----------------------------------------------	-----------------------------	---------	-------------	---------------	------------------------------------	-----------------------------

ANEXO B: LISTA PARCIAL DE LAS PRESENTACIONES DEL PERSONAL TCMHC

Circunscripciones de las Comunidades	# comprometido	Notas
Consejo de Cuidados de la Comunidad Claremont	60	
Grupo de padres Claremont	15	
Reunión de psicólogos Claremont	20	
Centro de Actividades Juveniles Claremont	13	
Departamento de reunión de Servicios Sociales	9	
Consortio East San Gabriel	40	
Iglesia Coreana Hyoun Moon	1	
Reuniones con respecto al Alcohol y Drogas del condado de LA	15	
Encuentro Juvenil y Familiar La Verne	20	
Orientador de Sistemas SPA 3, Condado LA	1	
Depto. de Servicios de Apoyo a Menores, Condado LA	2	
Colaboradores de Salud Mental	10	
Programa de Vinculación de la Corte de Salud Mental	1	
Mercy House	1	
NAMI Pomona Valley	60	
Feria de la Salud de Adultos Mayores	25	
Servicios de cuidado continuo Pomona	40	
Centro del Vecindario Pomona	2	
Departamento de Policía Pomona	1	
Centro de Compras del Pueblo de Pomona	20	
Encuentro Juvenil y Familiar de Pomona	50	
Proyecto de conexión de personas sin hogar	534	Evento de un día que fue parte de una campaña nacional para ofrecer servicios integrados; por ejemplo, servicios de salud física, servicios dentales, servicios de salud mental, etc. Evento realizado con 500 personas, 30 agencias, 40 voluntarios
Proyecto de agencias de conexión de personas sin hogar	20	
Prototipos	1	
Coalición para personas sin hogar San Gabriel	1	
Servicios sociales comunitarios de 7 a 11, La Verne	25	
Servicios sociales comunitarios en Pomona	7	
Fundación Budista Taiwanesa Tzu Chi	1	
Miembros del personal TCMHC	63	
Orientadores Comunitarios CSS TCMHC	524	Servicios sociales a personas con SMI/SED y familias; ciudad y departamentos del condado; proveedores de servicios sociales, de salud mental y físicos, escuelas y organizaciones de fe.
Administradores de la ciudad Tri-City	3	
Total	1585	

GRADIENTES DE ACUERDO

Pregunta: ¿Cuál es su grado de apoyo a esta recomendación?

Refrenda	Refrenda con un punto menor de opinión	De acuerdo con reservas	Se abstiene	Se abstiene	En desacuerdo Pero apoyará a la mayoría	En desacuerdo Y desea salirse de la implementación	No puede continuar
<i>Me gusta</i>	<i>Básicamente, me gusta</i>	<i>Puedo vivir con ello</i>	<i>No tengo opinión</i>	<i>No me gusta, pero no quiero retrasar al grupo</i>	<i>Deseo que quede por escrito mi desacuerdo, pero apoyaré la decisión.</i>	<i>No quiero detener a nadie, pero no quiero participar en la implementación</i>	<i>Tenemos que continuar la conversación.</i>

Esta escala (no el esquema de colores) fue desarrollada por Community at Work, www.communityatwork.com.

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE FONDOS PARA DESARROLLAR
CAPACIDADES, AYUDA TÉCNICA Y ENTRENAMIENTO LOCAL**

**Formulario de solicitud de fondos para desarrollar capacidades, ayuda técnica y entrenamiento local
 (Proyecto Estatal de Intervención Temprana y Prevención)**

Fecha: Diciembre de 2009	Nombre del condado: Tri-City
Cantidad solicitada para el año fiscal 2008/09: \$30,800 dólares	Cantidad solicitada para el año fiscal 2009/10: \$30,800 dólares
<p>Describa brevemente su plan para usar los fondos de Desarrollo de Capacidades, Ayuda Técnica y Entrenamiento e indique (si conoce) el (los) socio (s) o contratista (s) potencial (es).</p> <p>Estamos solicitando \$61,600 dólares para impartir tres clases de entrenamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$40,000 para entrenar a 25 instructores de Primeros Auxilios de Salud Mental (MHFA). Las personas entrenadas incluirán miembros del personal de tres distritos escolares, universidades locales, varias organizaciones de la comunidad y de fe, así como personal de Tri-City. Una vez entrenados, estas personas se certificarán para realizar entrenamientos de dos días de primeros auxilios de salud mental con personas y grupos interesados en las tres ciudades. El Consejo Nacional para Cuidados de la Salud Conductual proporcionará el entrenamiento. Actualmente se encuentran impartiendo en varios condados de California, incluyendo los condados de Madera y Yolo. • \$9,600 para entrenar hasta 25 asesores pares. Los asesores serán voluntarios del área de tri-city. Muchos probablemente estarán conectados con las organizaciones comunitarias. El entrenamiento será proporcionado por el Centro para el Envejecimiento Saludable en Santa Mónica, CA. El Centro ha proporcionado este entrenamiento a varios condados en California, incluyendo los condados de Contra Costa y Marin. • \$12,000 para entrenar hasta 25 personas para que se conviertan en entrenadores de Rendición de Cuentas basada en Resultados (RBA). La Rendición de Cuentas basada en Resultados es un marco que utilizaremos para ayudar a las comunidades locales a desarrollar y rastrear el avance hacia los resultados definidos por la comunidad para el bienestar mental y emocional. Los participantes incluirán a líderes comunitarios, así como los miembros del personal de las tres ciudades, distritos de la escuela, personal TCMHC y otros. Mark Friedman del Instituto de Estudios de Políticas Fiscales, el creador del marco RBA, dirigirá el entrenamiento. Mark ha trabajado de manera exhaustiva en California, incluyendo trabajo con el gobierno estatal, gobiernos de condados, Comisiones de First 5, United Ways y otros. Esta programado como el presentador tónico en la Cumbre PEI en el Condado Stanislaus en mayo de 2010. 	
<p>El Condado \$40,00 y su (s) contratista (s) para estos servicios acuerdan cumplir con los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Estos fondos establecidos con respecto a la Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA) se utilizarán para actividades consistentes con la intención de la Ley y lineamientos propuestos para el componente de Intervención Temprana y Prevención del Programa tri-anual y plan de gastos del Condado. 2) Los fondos no se utilizarán para suplantar los fondos existentes del estado o del condado que se utilizan para proporcionar servicios de salud mental. 3) Estos fondos sólo se utilizarán para pagar los programas autorizados en la Sección 5892 WIC. 4) Estos fondos no se pueden usar para pagar ningún otro programa. 5) Estos fondos no pueden prestarse al Fondo General estatal o a ningún otro fondo del estado, o a fondos generales del condado o cualquier otro fondo del condado para cualquier propósito diferente al autorizado por la Sección 5892 WIC. 6) Estos fondos deberán utilizarse para apoyar un proyecto (s) que demuestre la capacidad de desarrollar y proporcionar entrenamiento estatal, ayuda técnica y servicios de desarrollo de capacidades y programas en asociación con socios locales y comunitarios mediante subcontratos u otros arreglos para asegurar el suministro adecuado de las actividades de prevención e intervención temprana. 7) Estos fondos se utilizarán para apoyar un proyecto (s) que utilice métodos de entrenamiento que hayan demostrado la capacidad para aumentar las habilidades y promover los resultados positivos consistentes en los lineamientos MHSA y PEI propuestos. <p>Certificación POR ESTE MEDIO CERTIFICO que hasta mi leal saber y entender esta solicitud es verdadera, correcta y cumple con la ley en todos los aspectos.</p>	
<p>_____ Director, Programa de Salud Mental del Condado (firma original)</p>	