



POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL PARA CUNDINAMARCA 2019 – 2029

**SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
DIMENSIÓN DE CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL**

JORGE EMILIO REY ÁNGEL

Gobernador



POLÍTICA PÚBLICA SALUD MENTAL PARA CUNDINAMARCA 2019 – 2029.

JORGE EMILIO REY ÁNGEL
GOBERNADOR DE CUNDINAMARCA 2016 – 2019

ANA LUCÍA RESTREPO ESCOBAR
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

MAURICIO MOLINA ACHURY
DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA

ANA MARLEN POVEDA ZAMBRANO
SUBDIRECTORA DE GESTIÓN Y PROMOCIÓN DE ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

PATRICIA CHAPARRO
COORDINADORA DIMENSIÓN DE CONVIVENCIA Y SALUD MENTAL

JULIETH ESMERALDA MONTOYA REY
MARÍA LORENA ROCHA RAMÍREZ
CARLOS NESTOR TORRES LEGUIZAMO

EQUIPO PROFESIONAL DIMENSIÓN DE CONVIVENCIA Y SALUD MENTAL

NELSON ENRIQUE AREVALO PULIDO
ASISTENCIA TÉCNICA
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS ECONÓMICOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS
SECRETARÍA DE PLANEACIÓN.

FUNDACIÓN NUEVA VIDA PARA UN PAÍS LIBRE “FUNDIPAL
EQUIPO CONSULTOR



CUNDINAMARCA
“EL DORADO”
¡LA LEYENDA VIVE!

Agradecimientos

Agradecemos a los ciudadanos y ciudadanas de las 15 Provincias de Cundinamarca participantes en la construcción de esta política, por permitir la realización de Mesas Provinciales, dando a conocer la realidad y expresando propuestas de solución.

Contenido

PRESENTACIÓN	10
INTRODUCCIÓN.....	12
¿POR QUÉ FORMULAR UNA POLÍTICA PÚBLICA?.....	14
MARCO NORMATIVO.....	28
NORMATIVIDAD INTERNACIONAL	28
NORMATIVIDAD NACIONAL	33
NORMATIVIDAD DEPARTAMENTAL	42
ANTECEDENTES DE LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA Y CUNDINAMARCA... 43	
MARCO CONCEPTUAL	49
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y ENFOQUES.....	50
MARCO INSTITUCIONAL	79
MARCO METODOLÓGICO.....	85
MAPA DE ACTORES	86
ESTRATEGIA DE PARTICIPACIÓN	95
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	99
<i>Fuentes primarias</i>	100
<i>Fuentes secundarias</i>	112
RESULTADOS.....	117
RESULTADOS DE INFORMACIÓN DE FUENTES PRIMARIAS.....	117
RESULTADOS DE INFORMACIÓN DE FUENTES SECUNDARIAS.....	149
ANÁLISIS DE RESULTADOS Y TRIANGULACIÓN	218
PROBLEMA DE LA POLÍTICA PÚBLICA	239
DEFINICIÓN DE EJES.....	240
ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	242
COMPONENTE ESTRATÉGICO DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL DE CUNDINAMARCA	259
OBJETIVOS	259
ALCANCE	260



POBLACIÓN OBJETO	260
ENFOQUES Y PRINCIPIOS	262
ESTRUCTURA ESTRATÉGICA.....	264
PLAN DE IMPLEMENTACIÓN.....	274
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.....	274
SIGLAS	298
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	300

Lista de tablas

Tabla 1. Incidencia de intoxicación por sustancias psicoactivas – adicción, 2015 a 2017 por sexo.....	17
Tabla 2. Incidencia de Intoxicación por Sustancias Psicoactivas – Adicción, años 2015 a 2017 por grupos quinquenales. Cundinamarca.	17
Tabla 3. Prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento por uso de sustancias psicoactivas, Cundinamarca 2016.....	18
Tabla 4. Principales indicadores críticos.....	25
Tabla 5. Mapa de actores institucionales	87
Tabla 6. Mapa de otros actores.....	91
Tabla 7. Preguntas realizadas para el desarrollo del metaplan.....	103
Tabla 8. Batería de preguntas Dimensiones del desarrollo humano PASE.	106
Tabla 9. Mapa temático.....	108
Tabla 10. Percepciones sobre si gozan o no de salud mental.....	119
Tabla 11. Instituciones que intervienen en prevención, promoción y atención.	124
Tabla 12. Percepciones de los problemas y trastornos mentales.....	126
Tabla 13. Representaciones sociales en torno a la salud mental en Cundinamarca.....	129
Tabla 14. Ponderación por dimensiones.	137
Tabla 15. Consolidado de priorización de problemas en las mesas provinciales.....	145
Tabla 16. Causas y consecuencias del Consumo de Sustancias Psicoactivas.....	146
Tabla 17. Causas y consecuencias de la violencia.	147
Tabla 18. Determinantes en salud mental.	149
Tabla 19. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas.	151
Tabla 20. Promedio de edad de inicio de consumo de SPA.....	152
Tabla 21. Estudio de consumo y factores de riesgo en población escolar	159
Tabla 22. Comparativo casos e incidencia de notificación de intoxicación pos consumo de SPA 2015-2016.....	166
Tabla 23. Casos y tasas de suicidio por municipio de Cundinamarca 2016.	169
Tabla 24. Casos y aporte porcentual de intentos de suicidio por municipio de Cundinamarca..	172
Tabla 25. Casos y tasas de violencias interpersonales por municipio de Cundinamarca.....	175
Tabla 26. Casos y tasas de violencias contra niños, niñas y adolescentes por municipio de Cundinamarca.....	179
Tabla 27. Casos y tasas de violencia contra adultos mayores por municipio de Cundinamarca.	181
Tabla 28. Casos y tasas de violencia de pareja por municipio de Cundinamarca.	184
Tabla 29. Eventos reportados de violencia intrafamiliar y aporte porcentual por municipio de Cundinamarca.....	186
Tabla 30. Casos y tasas de violencia sexual por municipio de Cundinamarca.	190
Tabla 31. Porcentaje de hombres y mujeres entre 13 y 49 años de Cundinamarca que reportaron haber sido víctima de algún tipo de violencia.	192

Tabla 32. Porcentaje de hombres y mujeres entre 13 y 49 años de Cundinamarca que se han defendido cuando han sido agredidos por su pareja o expareja.	193
Tabla 33. Porcentaje de hombres y mujeres entre 13 y 49 años de Cundinamarca que han agredido a su pareja.	194
Tabla 34. Porcentaje de mujeres y hombres de 13 a 49 años que están de acuerdo con diferentes ideas que tienen las personas respecto a la violencia contra las mujeres.	196
Tabla 35. Disponibilidad de servicios de salud mental habilitados por municipio.	208
Tabla 36. Modalidades ofertadas por tipo de servicio habilitado.	211
Tabla 37. Causas de los eventos de salud mental por entornos.	230
Tabla 38. Causas de primer y segundo orden de los eventos de salud mental.	235
Tabla 39. Definición de Ejes.	240
Tabla 40. Criterios a evaluar en las alternativas de solución.	242
Tabla 41. Evaluación de alternativas de solución por eje.	243
Tabla 42. Ejes, sub ejes y acciones.	265

Lista de figuras

Figura 1. Porcentaje de personas con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol según dominio departamental.	16
Figura 2. Línea de tiempo de la política pública.	44
Figura 3. Fases de diseño de la política pública.	86
Figura 4. Proceso metodológico.	97
Figura 5. Participación en la construcción de la política pública por provincia.	98
Figura 6. Investigación Cualitativa.	100
Figura 7. Técnicas e instrumentos fuentes primarias.	102
Figura 8. Mapa temático del municipio de Girardot. Insumo mesa provincial de Girardot	106
Figura 9. Ejemplo de árbol de problemas.	110
Figura 10. Árbol de problemas.	111
Figura 11. Ejemplo de espina de pescado.	116
Figura 12. Porcentaje de participación en las mesas provinciales.	118
Figura 13. Pregunta sobre percepciones.	119
Figura 14. Percepciones sobre bienestar y salud mental.	121
Figura 15. Participación de los grupos de edad en los trastornos/ problemas mentales y Violencias.	132
Figura 16. Suicidio durante los últimos 5 años en los municipios.	135
Figura 17. Sustancias Psicoactivas de uso frecuente según los asistentes.	136
Figura 18. Factores que inciden en la salud mental.	139
Figura 19. Principal problema de salud mental que afecta su municipio.	144
Figura 20. Prevalencia último mes de uso de tabaco entre estudiantes secundarios, según dominio departamental.	161
Figura 21. Prevalencia último mes alcohol, según dominio departamental.	162
Figura 22. Prevalencia último mes de uso de marihuana, según dominio departamental.	163
Figura 23. Prevalencia último mes de uso de dick, según dominio departamental.	164
Figura 24. Prevalencia alguna vez en la vida de consumo de bebidas energizantes, según dominio departamental.	165
Figura 25. Casos y tasa de suicidio por 100.0000 habitantes en Cundinamarca 2012-2016.	168
Figura 26. Casos de suicidio por sexo de los auto agresores, Cundinamarca 2012-2016.	169
Figura 27. Relación de casos de suicidio por municipios de Cundinamarca.	171
Figura 28. Casos de violencia interpersonal, Cundinamarca.	175
Figura 29. Distribución geográfica de los casos de violencia interpersonal.	177
Figura 30. Casos de violencia intrafamiliar, Cundinamarca 2012-2016.	185
Figura 31. Distribución geográfica de los casos de violencia intrafamiliar.	188
Figura 32. Casos de Violencia Sexual en Cundinamarca, 2012-2016.	189
Figura 33. Primeras causas de hospitalización y urgencias asociadas a trastorno mental distribuido por sexo.	204

Figura 34. Servicios de salud mental y atención al consumidor de sustancias psicoactivas habilitados en Cundinamarca.	208
Figura 35. Espina de pescado.....	235
Figura 36. Estructura estratégica política pública de salud mental.....	265

Presentación

La configuración actual del sistema de seguridad social en salud, la multiplicidad de factores de riesgo para la salud mental, entre ellos determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios, la crisis económica y la violencia social, la falta de resolutiveidad en el I nivel, el poco desarrollo de los II niveles y la congestión en los III Niveles, han determinado que las funciones de los diferentes actores del sector, se hayan vuelto más complejas y en ocasiones, se presenten vacíos en la atención integral en salud tanto a nivel individual como poblacional.

El sistema de salud colombiano a través del Ministerio de Salud y Protección Social dentro del marco de sus competencias de formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, ha definido responsabilidades de los actores del sector en los diferentes niveles de atención, para lograr una gestión de servicios y programas en concordancia con las políticas, las demandas de los usuarios, y las realidades económicas, territoriales, poblacionales, y epidemiológicas del país.

En este marco se hace necesario valorar la arquitectura de las redes de servicios y repensar modelos de atención integral a través de la articulación sectorial e intersectorial con el fin de fortalecer acciones de gestión del riesgo, promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como redefinir la atención a la enfermedad, rescatando y revalorizando la gestión de los primeros niveles de atención, de los cuales se espera una alta capacidad resolutive, a través del fortalecimiento de la rectoría sanitaria en donde la Dirección Territorial de Salud Departamental, tiene competencia normativa de articular las acciones entre la autoridad nacional y las de los municipios de su área de influencia. Esta responsabilidad implica acoger las disposiciones del



orden nacional, adaptarlos e implementarlos acordes con las prioridades identificadas y recursos del departamento, así como apoyar, acompañar y vigilar las acciones en su territorio.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha definido la salud mental como una prioridad, por lo cual avanza en la formulación de la política de salud mental nacional. Como parte de su plan de trabajo, vienen asistiendo a las autoridades departamentales del sector, en la elaboración de la política de salud mental, como paso inicial para gestionar planes y programas que contribuyan a mejorar los resultados en salud mental.

El presente documento, enmarcado en la normatividad actual, el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud y la Política de Salud Mental vigentes, es el producto liderado por la Dimensión de Convivencia y Salud Mental y se constituye en una invitación a la articulación sectorial e intersectorial para la garantía del derecho a la salud mental.

Mauricio Molina Achury

Director de Salud Pública

Secretaría de Salud Departamental de Cundinamarca

Introducción

La salud mental es *"el goce del grado máximo de salud que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales e inalienables del ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social"*.

Comité de Salud Mental de la OMS

El presente documento comprende una propuesta política y técnica que aterriza en un Plan de Implementación de Salud Mental para el departamento de Cundinamarca 2019-2029. En él se recogen elementos provenientes de las formulaciones políticas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), los lineamientos y normas que el gobierno nacional y departamental han construido en relación a las temáticas. Además, reconoce el componente de política pública como un factor dinamizador que confiere la viabilidad requerida al proceso de gestión de planes públicos de salud mental.

El documento refiere el marco institucional, comprendido como una ventana de oportunidades que moviliza la integración de las políticas públicas en el marco del Plan Departamental de Desarrollo "Unidos podemos más" 2016 – 2020, así como la descripción del proceso de formulación de la política pública, guiados por la Secretaría de Planeación de la Gobernación de Cundinamarca.

La estructura del presente documento inicia con la justificación que describe las razones de su formulación, detalla el marco normativo del que parte la reglamentación relacionada con las intervenciones en salud mental; posteriormente plantea el marco de competencias para la garantía



del derecho, el marco conceptual y metodológico para el análisis de la información recolectada, los cuales dan pie al marco estratégico para la implementación de la política pública.

En la fase de identificación, se describe la metodología utilizada, caracterizada por basarse en una investigación de enfoque cualitativo, para lo cual se determinó la búsqueda de información de fuentes primarias de actores institucionales y comunitarios, con técnicas de recolección mixta, indagándose en las percepciones, imaginarios y representaciones sociales que giran en torno a la salud mental, la convivencia y los problemas y trastornos mentales; así como las implicaciones que éstas tienen en sus vidas y las de sus familias. Simultáneamente se realizó el levantamiento de información con fuentes secundarias en el marco de un diseño descriptivo ecológico, de corte retrospectivo, permitiendo la caracterización y el análisis de las problemáticas asociadas a la Salud Mental.

En la segunda fase, se puntualizan las problemáticas identificadas a través de la triangulación de las fuentes primarias y secundarias, relacionadas con la salud mental y su contexto. Con estos elementos el grupo consultor definió el alcance y finalidad de la política, así como sus principios, objetivos, ejes y líneas estratégicas para la acción, contenido en un plan de implementación, que define metas e indicadores de seguimiento para un periodo de diez años.

La tercera fase incluye la socialización con expertos temáticos y actores participantes en la construcción de la misma, quienes validaron su contenido, resultado de un debate amplio entre profesionales de diversos sectores del departamento, que en alguna medida tienen como parte de su misión laboral y personal los asuntos de la salud mental.

Por último, de acuerdo a las palabras de la Doctora Gro Harlem Bruntland (2001), Ex Directora General de la OMS, "*(...) sólo se trata de un comienzo, porque considero que hablar de la salud*



sin referirse a la salud mental es como afinar un instrumento y dejar alguna nota disonante". El reto es entonces, resaltar la importancia de la salud mental y disminuir el estigma que se encuentra alrededor de ésta.

¿Por qué formular una política pública?

La Secretaría de Salud de Cundinamarca, a través de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, ha identificado en el departamento problemáticas relacionadas con la salud mental como: la conducta suicida, las diferentes tipologías de violencias, los trastornos mentales y el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), correlacionadas éstas con los resultados en salud a nivel nacional. Pese al subregistro de la información, los datos reportados permiten visibilizar el estado de los eventos de salud mental y el porqué de la importancia de intervenir en éstos. A continuación se describe el comportamiento de éstos eventos.

Con relación al suicidio, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2016), para el 2016 el país presentó una tasa de suicidio de 5,20 por 100.000 habitantes (mayores de cinco años), mientras que para Cundinamarca la tasa fue mayor con un 6.34 por 100.000 habitantes; para el año 2017, se reportaron 9.214 intentos de suicidio en el país, es decir 65 casos cada día y dos cada hora, mientras que en Cundinamarca se notificaron un total de 921 casos, ocupando el cuarto lugar a nivel nacional con el 5,2%. Durante éste año, Gutiérrez ocupó el primer lugar, dentro de los 116 municipios del departamento (SIVIGILA, 2016). La mayoría de los casos se presentaron en adolescentes entre los 15 y los 19 años (29,64%), seguido por las edades de 10 a 14 años (15, 96 %) y en tercer lugar los jóvenes de 20 a 24 años (15,85%), siendo las mujeres quienes presentaron mayor afectación (61,02 %). Adicionalmente, en el Análisis Situacional de



Salud Departamental (2017), se reportaron 733 personas con intentos suicidas, relacionados con conductas de extrema autoagresión en la adolescencia y adultez joven.

Por otro lado, según el reporte del sistema de vigilancia en salud pública, la tasa de violencia intrafamiliar en el 2016 para Cundinamarca correspondió a 103,18 por 100.000 habitantes y para el 2017 correspondió a 56,10 por 100.000 habitantes. Durante el 2016 se presentaron 4.798 casos de violencia de género, siendo la violencia física la más frecuente en un 60,7%, luego la violencia psicológica y posteriormente, el abuso sexual. Para el año 2017, a semana epidemiológica 24 se notificaron 2.872 casos de violencia de género, con igual comportamiento que el año anterior, para la semana epidemiológica 24 del año 2017 fue de 47,85.

Lo anterior se reafirma en el Plan de desarrollo «Unidos Podemos Más 2016-2020», describiéndose que la violencia intrafamiliar, como una de las tipologías de violencia con más altos índices en Cundinamarca, en donde es la mujer la persona más afectada. Este evento se presenta en la mayoría de los casos en los sectores urbanos, y de acuerdo al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF (2013) los municipios que más repercusión presentaron fueron Bojacá, Cucunubá, El Rosal, Granada, San Francisco, Tibirita y Ubaque. Además, con relación al maltrato infantil, la violencia hacia niños, niñas y adolescentes alcanzó los 1389 casos en 2013 (INMLCF, 2013).

Con relación al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), se puede evidenciar que para el proceso de notificación el SIVIGILA se remite al SUICAD, sistema basado en centros y servicios a la persona consumidora de sustancias psicoactivas, pero no se cuenta con un sistema de información donde se puedan reportar los consumos que desde otros sectores se presenten (educativo, justicia, protección, entre otros.). Con relación a ésta problemática el Estudio Nacional

de Consumo de Sustancias Psicoactivas del 2013, menciona que en Colombia por lo menos 2.5 millones de personas consumen de manera riesgosa o perjudicial bebidas alcohólicas (1.9 millones son hombres y 0.6 millones son mujeres), es decir el 31% de la población colombiana, de los cuales el 11.1% de la población corresponde a edades comprendidas entre 12 y 65 años. Por su parte, Cundinamarca ocupa el puesto 11 como lo muestra la figura 1, con un reporte de 114.685 personas con uso riesgoso del alcohol, representado en el 11,13% del total de la población.

Es importante anotar que las mayores tasas de alcoholismo se presentan en las cabeceras municipales y los hombres son los consumidores más asiduos (36,78%).

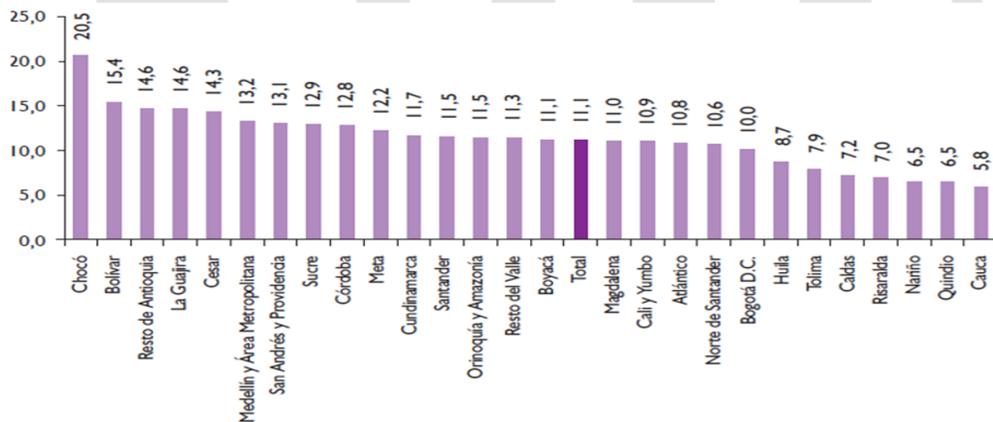


Figura 1. Porcentaje de personas con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol según dominio departamental. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (2013).

Según información estadísticas de alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas del año 2015, 2016 y 2017, presentada por la Secretaría de Salud Departamental, basada en Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA, 2017) y los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS, 2016) se encontró una incidencia mayor de consumo de SPA en el sexo masculino con un 5,99, mientras que para el sexo femenino fue de 3,13 por cada 100 mil habitantes, como lo muestra la tabla 1.

Tabla 1.

Incidencia de intoxicación por sustancias psicoactivas – adicción, 2015 a 2017 por sexo.

2015			2016			2017			
sexo	casos	Incidencia	sexo	casos	Incidencia	Prevalencia	sexo	casos	Incidencia
F	42	3,13	F	59	4,32	0,29	F	0	0
M	80	5,99	M	132	9,73	0,59	M	2	0,14523558
Total general	122	4,55	Total general	191	7,02	0,44	Total general	2	

(SIVIGILA 2015 a 7 de marzo 2017)

El grupo de edad con mayor número de casos está comprendida entre los 15 a 19 años de edad, seguido del grupo de 20 a 24 años como lo muestra la Tabla 2, denotando un mayor riesgo en estos momentos del curso de vida.

Tabla 2.

Incidencia de Intoxicación por Sustancias Psicoactivas – Adicción, años 2015 a 2017 por grupos quinquenales. Cundinamarca.

2015			2016			2017		
grupo de edad	casos	Incidencia	grupo de edad	casos	Incidencia	grupo de edad	casos	Incidencia
10 a 14 años	17	7.06	10 a 14 años	34	14.1	10 a 14 años	2	0.96
15 a 19 años	50	20.8	15 a 19 años	84	34.94	15 a 19 años	12	4.98
20 a 24 años	20	8.24	20 a 24 años	14	5.76	20 a 24 años	2	0.82
25 a 29 años	12	5.15	25 a 29 años	14	5.86	25 a 29 años	4	1.65
30 a 34 años	7	3.71	30 a 34 años	15	7.6	30 a 34 años	2	0.96
35 a 39 años	6	3.57	35 a 39 años	10	5.83	35 a 39 años	1	0.57
40 a 44 años	5	3.18	40 a 44 años	5	3.16	40 a 44 años	1	0.62
45 a 49 años	1	0.62	45 a 49 años	10	6.24	55 a 59 años	1	0.76
50 a 54 años	2	1.35	50 a 54 años	1	0.66			
55 a 59 años	1	0.83	60 a 64 años	4	3.17			
60 a 64 años	1	1.07						

(SIVIGILA, 2015 a 22 abril 2017)

De acuerdo al Estudio Nacional de Consumo de SPA (2013), los trastornos mentales por uso de sustancias psicoactivas en Cundinamarca son más frecuentes en los hombres que en las mujeres, como lo muestra la Tabla 3.

Tabla 3.
Prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento por uso de sustancias psicoactivas, Cundinamarca 2016

TRASTORNO RELACIONADO CON CONSUMO DE SPA	Diagnostico	Femenino		Masculino		Total	
		prevalencia	No	prevalencia	No	prevalencia	No
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: otros trastornos mentales y del comportamiento	0,06	35	0,44	180	0,23	215
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol: intoxicación aguda	0,21	117	0,35	142	0,27	259
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: intoxicación aguda	0,2	110	0,29	116	0,24	226
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína: síndrome de dependencia	0,04	21	0,07	30	0,05	51
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: síndrome de dependencia	0,02	10	0,11	44	0,06	54

(Registro Único de Afiliados-RUAF, 2016)

La tasa de intoxicación por sustancias psicoactivas/adicción en el departamento, para el año 2016 reportó un 7.02 por 100.000 habitantes y para el 2017 reportó 0.54 por 100 mil habitantes, lo que expresa una franca disminución. Todo lo anterior se correlaciona con el diagnóstico de la problemática de salud mental contenida en el Plan de Desarrollo “Unidos Podemos Más 2016-2020”, describiendo que el consumo de sustancias como el alcohol y el cigarrillo, inician en edades tempranas, siendo el grupo etario más afectado el del rango de los 15 a los 19 años de edad con un 44%, seguida por la de 10 a 14 años con 15,4%, lo que eventualmente terminan en el consumo de



otras sustancias adictivas, situación con tendencia al aumento en los últimos 10 años, agravado por el micro tráfico, facilidad de acceso en establecimientos educativos, influencia de pares para el consumo y la falta de información, educación y comunicación sobre el tema. Además de lo anterior describe que *“(...) uno de los fenómenos que se presenta en la población corresponde con el consumo de sustancia psicoactivas como patrones de uso perjudicial, ya sea dependiente o abusador. De igual forma, el alcohol se destacó como de mayor consumo el cual pesa la aceptación por parte de la sociedad, ya que el consumo en el Departamento representa el 11,13%, según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (2013)”*.

En relación a los problemas de salud mental, el Plan de Desarrollo Departamental “Unidos Podemos Más 2016-2020”, en su diagnóstico considera que la población víctima del conflicto armado presentan una *“situación que genera episodios de ansiedad, depresión y otras afecciones en salud, que de no tratarse a tiempo derivan en patologías de demencias que pueden conllevar al suicidio (...), [relacionada con el desplazamiento forzado], en especial de niñas, niños, adolescentes y mujeres, con mayor [asentamiento] en los municipios de Soacha, Fusagasugá, la Palma, Facatativá, Girardot, Funza, Mosquera, Chía, Madrid, Girardot y Zipaquirá, a su vez, se han presentado distintos procesos migratorios o dinámicas de desplazamiento forzado, al interior del departamento desde las zonas rurales hacia las zonas urbanas, como es el caso de los municipios de Viotá y La Palma, debido a la presencia de actores al margen de la ley (...)”*.

Cabe sintetizar, que a partir del análisis de las siguientes fuentes de información: el Plan de desarrollo de Cundinamarca, el análisis de Situación de Salud de la Dimensión Convivencia Social Salud Mental (ASIS) del 2017; la información proporcionada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (años 2014-2015-2016), el Instituto Nacional de Salud, el



Observatorio de Drogas, los indicadores de Salud Mental y los indicadores globales ODS; Cundinamarca se enfrenta a una tendencia al alza de los indicadores de los diferentes eventos en salud mental, con resultados como:

- Aumento de la violencia intrafamiliar por encima de la nacional
- Incremento de la tasa de violencia de género
- Aumento de la conducta suicida por encima de la nacional e incremento de los casos de intento de suicidio principalmente en adolescentes y jóvenes
- Aumento de trastornos mentales
- Incremento del consumo de SPA, principalmente de alcohol en edad escolar, existiendo una alta transición entre el consumo de alcohol y el inicio del consumo de marihuana, toda vez la edad de inicio a nivel nacional está en 12 años
- Considerables barreras de acceso a los servicios de salud mental en el Departamento

La situación descrita, se agrava por la desarticulación de las instituciones estatales a nivel nacional y territorial, en la implementación de programas y proyectos con enfoque diferencial, la insuficiente oferta de servicios de salud y bienestar social para atender las demandas de la población de manera oportuna y con calidad, además del desconocimiento por parte de las víctimas y la población en general, de los mecanismos de participación para la exigibilidad de sus derechos, además de los fenómenos sociales como la disfuncionalidad familiar, las deficientes relaciones interpersonales, redes de apoyo débiles; y aspectos particulares como la baja autoestima, poca tolerancia a la frustración, ausencia de proyecto de vida, dificultad o desinterés en el desarrollo de habilidades, entre otros. Otros factor que tiene un impacto negativo es la falta de registro por parte de los agentes competentes y la respectiva sanción por la entidad rectora, denotando la no

existencia de una línea base integral e integrada como estrategia para una gestión territorial más efectiva, que permita la mejora en las políticas públicas, la planeación intencionada; la implementación de acciones intrasectoriales (protección, salud, judicial, educación, otras) diferenciada; y la definición de líneas claras para el cumplimiento del rol y responsabilidades de los garantes de derechos frente al abordaje de la atención integral de las personas, las familias y la comunidad.

Es entonces cuando la planeación territorial departamental 2016, demuestra el interés de evidenciar la situación de la salud mental, considerando indispensable para el departamento la protección de las familias, siendo que estas son el núcleo fundamental de la sociedad y base de formación de los seres humanos. Por lo cual, considera necesario adelantar acciones de promoción de la salud mental y la convivencia, de prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y diferentes formas de violencia, contempladas en la Dimensión de Convivencia social y Salud Mental del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021), que contribuya a la meta de disminuir para el “2021 la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones auto infligidas a 4.7 por 100.000 habitantes”, así como reducir el consumo de SPA para mitigar el impacto negativo sobre la salud del individuo, la familia y la comunidad.

Además la política pública, pretende abarcar diferentes esferas de acuerdo a las particularidades que la población cundinamarquesa, resaltando la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud y reducir las inequidades que en esta se presentan (Solar et al., 2009). Según lo expresa la OMS, “la salud en todas las políticas es un enfoque para abordar las políticas públicas a través de todos los sectores, que tiene en cuenta, de manera sistemática, las consecuencias de las decisiones sobre la salud, busca sinergias y, al mismo tiempo, evita los

efectos negativos para la salud (...), con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud (OMS, 2013)”, por tanto las particularidades que se tienen en cuenta son:

La población a la cual va dirigida es la población en general y de manera especial los grupos poblacionales determinados por Ley Estatutaria 1751 de 2015, la cual establece los “*Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad*”. Además, se tendrán en cuenta los enfoques complementarios como lo son: el **enfoque de curso de vida**, el **enfoque familiar** y el **enfoque diferencial**.

Dentro del **enfoque de curso de vida**, se mencionan todos los momentos pues cada uno de estos, de acuerdo a la evidencia se permean por los eventos de salud mental, a saber: 1) Primera Infancia e Infancia: ya que en ésta población se puede presentar violencia intrafamiliar en diferentes tipologías como el abuso, la negligencia, la violencia física y psicológica; 2) Adolescencia y Adulto Joven: debido al número de casos de intento de suicidio en ésta rango de edad, relacionados con conductas auto lesivas y el consumo de Sustancias Psicoactivas; 3) Juventud: en donde según los datos se presentan altos consumos de SPA, lo cual podría estar asociarse a la descomposición familiar, falta de claridad en su proyecto de vida, falta de oportunidades y redes de apoyo escasas; 4) Adultos: población en la que se presentan altos niveles de depresión, los cuales podrían estar relacionados al padecimiento de enfermedades crónicas; 5) Adulto mayor: población que de acuerdo a lo reportado por los territorios, sufre de negligencia y abandono, lo que genera problemas de depresión y ansiedad,

Con relación al **enfoque diferencial**, se identifican algunas poblaciones vulnerables que pueden verse más afectas por situaciones asociadas a la salud mental, por ejemplo: 1) Mujer: altas tasas de violencia de género, mayormente en los rangos de edad entre 15 y 29 años; 2) Personas en condición de discapacidad: la mayoría de esta población se encuentra clasificada en estrato 1 y 2 encontrándose en condiciones socioeconómicas bajas, lo cual podría estar afectando su salud mental, además del estigma relacionado con algunas discapacidades; 3) Población Víctima del Conflicto Armado: Cundinamarca es el departamento con mayor recepción de población desplazada a nivel nacional. El desplazamiento puede generar episodios de ansiedad, depresión y otras afecciones en salud; 4) Etnias y Comunidades LGBTI: se encuentra en el territorio comunidades indígenas, afro descendientes, ROM-Gitana, y comunidades LGBTI, entre otras, las cuales pueden verse afectadas por la discriminación; 5) Otras poblaciones como población carcelaria, habitantes de calle, entre otras.

Para todo lo anterior se propone dentro del plan de acción, levantar la línea base que permita monitorear y evaluar la situación, así como el ciclo de política pública a través de los indicadores de referencia para cada instrumento de política que da cuenta de la salud mental, como se señala a continuación:

Indicadores Salud Mental

Indicadores Globales ODS: 3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio

Indicadores de salud Mental Ministerio de Salud y Protección Social

- Tasa de Violencia en el Departamento
- Número de entidades territoriales con la implementación del componente de Salud mental en

APS

- Porcentaje de municipios del departamento con implementación y operación del sistema de vigilancia en salud pública, violencia intrafamiliar, conducta suicida
- Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología
- Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría
- Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría o unidad de salud mental
- Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligida intencionalmente
- Tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento
- Tasa ajustada de mortalidad por epilepsia
- Porcentaje de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento
- Porcentaje de personas atendidas por Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

Indicadores en Salud Mental del Observatorio Nacional de Salud Mental, en cumplimiento de la reglamentación de la Ley 1616 de 2013 (Art. 32), liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social:

- % de personas atendidas por trastorno mental y del comportamiento
- Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente
- Porcentaje de personas atendidas por problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales
- Porcentaje de personas atendidas por epilepsia
- Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría

Indicadores consumo de sustancias psicoactivas

Indicadores de salud mental Ministerio de Salud y Protección Social

- Tasa ajustada de mortalidad por intoxicaciones
- Porcentaje de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas
- Tasa de consumo de sustancias psicoactivas en el Departamento
- Número de programas, estrategias y proyectos de consumo de sustancias psicoactivas en las entidades territoriales del departamento
- Porcentaje de Municipios del Departamento con implementación y operación del sistema de vigilancia en salud pública consumo de SPA
- Porcentaje de municipios del departamento que desarrollan planes de reducción del consumo de sustancias psicoactivas

Además, de acuerdo a la revisión de las fuentes como el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA, 2016-2017), el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) y el FORENSIS (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2016-2017); se identificaron los siguientes indicadores críticos:

Tabla 4.
Principales indicadores críticos.

INDICADOR	2016	2017
Tasa de violencia intrafamiliar	Tasa 106.93 por 100.000 habitantes	Tasa 196,8 por 100.000 habitantes
Tasa de mortalidad de suicidio	Tasa 6,34 x 100.000 habitantes	Tasa 4,1 x 100.000 habitantes
Casos de Intentos de suicidio	Numero de intentos de suicidio: 733	Numero de Intentos de suicidio: 1449

Tasa del consumo de SPA	Tasa de Intoxicaciones por consumo de psicoactivos 7,02 x 100.000 habitantes	Tasa de Intoxicaciones por consumo de psicoactivos 0.54 x 100.000 habitantes
Tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento	Tasa 1,38 X100,000 habitantes	Sin dato

(SIVIGILA, SISPRO, FORENSIS, 2016 -2017)

La Política Pública de Salud, es un proceso que requiere concertación para su desarrollo, en primera instancia, con los actores del Sistema general de Seguridad Social en Salud-SGSSS (aseguradores, prestadores y usuarios) y con los demás Ministerios, los cuales convocan a sus instituciones adscritas y asociadas (tener en cuenta que el Sistema Nacional de Discapacidad, integra estas instancias); desde el comienzo del proceso incluir a las asociaciones de personas con problemas o trastornos mentales y sus familias. En una segunda instancia, vincular a las diferentes asociaciones relacionadas con temas de salud mental (a nivel profesional, científico y académico), posteriormente a la empresa privada y al sector comercial. Por tanto, desde la coordinación intersectorial a nivel nacional deben definirse claramente los ejes articulación (partiendo de los programas y servicios con los que ya cuenta cada Sector) y generar lineamientos claros y herramientas metodológicas que permitan a los territorios integrar las acciones a nivel departamental, distrital, municipal y local.

Por esta razón, la Política Pública de Salud Mental, incluye un proceso de movilización institucional, social y comunitario, en reconocimiento a la diferencia, diversidad, pluralismo y complejidades territoriales, por lo que la participación es el eje transversal del ciclo de la política, buscando generar un espacio de encuentro, negociación, concertación entre actores sociales e institucionales en pro de la calidad de vida de las personas y el desarrollo sostenible del



departamento, contenido en un documento como herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio departamental, que define las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidades, como parte de la garantía del derecho a la salud.

Contar con una política pública en salud mental, permite establecer prioridades, definir metas, fortalecer responsabilidades entre los diversos sectores garantes de derecho, de acuerdo con las competencias señaladas en el marco normativo que le sustenta, para mejorar la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo humano de los cundinamarqueses. También favorece el cumplimiento de la adopción del marco normativo internacional y nacional que promueve y obliga su intervención, como lo señalan: la Convención Internacional de los Derechos Humanos (2014), la cual reafirma “*el respeto de los derechos esenciales del hombre*”; el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 liderado por la Organización Panamericana de la Salud y sus estados miembros; la guía de las intervenciones de salud mental en la Región de las Américas entre 2015 y 2020; y los objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 (Asamblea General de Naciones Unidas, 2015) dentro de los que se destaca por primera vez la “*reducción en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar*” y el “*Fortalecimiento de la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol*”.

La construcción de la Política Pública en Salud Mental en el departamento de Cundinamarca, permitirá a la Secretaría de Salud, brindar una línea técnica más clara sobre el particular, ofrecer los criterios que deben tenerse en cuenta en el diseño e implementación de los planes, programas

y proyectos de Convivencia Social y Salud Mental en sus 116 municipios, de tal forma que se vinculen con principios, propósitos, líneas de acción y estrategias comunes, teniendo en cuenta las particularidades geográficas y socio-culturales de cada población. Además, permitirá fortalecer los procesos de detección temprana, atención oportuna y seguimiento a las problemáticas como: violencias, conducta suicida, trastornos mentales, epilepsia y el consumo de Sustancias Psicoactivas; fortalecerá el desarrollo de acciones de co-responsabilidad de manera integral, para que se trabaje en torno a la transformación de representaciones e imaginarios sociales y culturales, códigos y lógicas de los diferentes grupos que contribuyen a la formación y construcción social de prejuicios y estigmas alrededor de la salud mental.

Marco normativo

A continuación se presenta un recuento del desarrollo normativo en torno a la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas, a través de la revisión de los documentos de nivel internacional, nacional y departamental.

Normatividad internacional

Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Nueva York, 1946. En la cual los Estados partes declaran, principios básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos, dentro de los que se destaca *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* y establecen a *“la Organización Mundial de la Salud como Organismo especializado, de conformidad con los términos del artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas, con la finalidad de alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud (Art.1)”*.



Declaración Universal de los Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas, 1947). Describe que *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”*.

Declaración de los derechos de los Niños y Niñas, 1959. Menciona los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de todas las niñas y los niños. Su aplicación es obligación de los gobiernos y define las obligaciones de otros agentes como los padres, profesores, profesionales de la salud, investigadores y los propios niños y niñas.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución el 16 de diciembre de 1966. Establece que *“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*.

Plan Decenal para la Salud de las Américas 1972 – 1982, OPS/OMS, 1972. Determina áreas programáticas y metas para establecer soluciones a problemas prioritarios en salud, dentro de ellos la Salud Mental.

Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978. Declara que la salud, es estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además



del de la salud, en el marco de la Atención Primaria en Salud, para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilización de recursos.

Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979. En la cual se estableció el Protocolo Facultativo para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Insta al Estado parte a que establezca programas que incluyan medidas para concienciar a las víctimas acerca de denunciar el incidente y la importancia de recibir tratamiento médico cuando ha sido objeto de una agresión sexual.

Convención de los Derechos de las personas con discapacidad, 2006. Protección contra la explotación, la violencia y el abuso. Establece que *“Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso.* Establece que *“Los Estados partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad”* y tomarán las medidas pertinentes para permitir el acceso a los servicios de salud.

El Consenso de Panamá, OPS/OMS, 2010. *“La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020”.* En el cual se reconoció los grandes esfuerzos para priorizar la salud mental en las agendas públicas de los países y advertir sobre los nuevos desafíos técnicos y culturales que se enfrentan para reformar los servicios de salud mental (Principios de Brasilia 2005). También se destaca la importancia del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (Mental Health Global Action Plan -MhGAP).



En materia de sustancias psicoactivas, se mencionarán las siguientes normativas internacionales relacionadas:

Convención Única de 1961 de Naciones Unidas. Sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.

Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 de Naciones Unidas. Convenio de Viena sobre sustancias psicotrópicas. Las convenciones de 1961 y 1971 clasifican las sustancias controladas en cuatro listas, de acuerdo a su valor terapéutico percibido y riesgo potencial de abuso.

Convención de 1988 de las Naciones Unidas. Esta medida implica que el manejo del consumo deje de ser considerado como un asunto de política solamente nacional. Anexó dos tablas en las que se listan precursores, reactivos y disolventes que se utilizan con frecuencia en la fabricación ilícita de estupefacientes o sustancias psicotrópicas. Además, reforzó la obligación de los países de imponer sanciones penales para combatir todos los aspectos de la producción ilícita, posesión y tráfico de sustancias psicoactivas. (Martin Jelsma, 2015. Guía de Convenciones de drogas de la ONU)

Estrategia Antidroga CICAD 1996. Estrategias Antidrogas en el Hemisferio. Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas (CICAD).

Declaración Política UNGASS) 1998. Se mencionan los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas y las medidas de fomento de la Cooperación Internacional en la lucha contra el problema mundial de las drogas.

Asamblea Mundial de la Salud 56ª de 2003. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.



Declaración Política y Plan de acción 2009 de Naciones Unidas. Declaración y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas de Naciones Unidas.

Objetivos de Desarrollo Sostenible. Se tuvieron en cuenta los siguientes objetivos con sus respectivas metas e indicadores:

Objetivo 3 Salud y bienestar.

- 3.4 De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.
 - 3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio
- 3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol
 - 3.5.1 Cobertura de las intervenciones de tratamiento (farmacológico, psicosocial y servicios de rehabilitación y postratamiento) por trastornos de uso indebido de drogas
 - 3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo per cápita de alcohol (15 años y mayores) en un año civil en litros de alcohol puro
- 3.a. Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda
 - 3.a.1 Prevalencia normalizada para la edad del consumo actual de tabaco entre las personas de 15 o más años de edad

Objetivo 5 Igualdad de género.

- 5.1. Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo
 - 5.1.1 Determinar si existen o no marcos jurídicos para promover, hacer cumplir y supervisar la igualdad y la no discriminación por motivos de sexo
- 5.2. Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación
 - 5.2.1 Proporción de mujeres y niñas de 15 años de edad o más que han sufrido en los 12 últimos meses violencia física, sexual o psicológica infligida por un compañero íntimo actual o anterior, por la forma de violencia y por grupo de edad

Objetivo 16 Paz, justicia e instituciones sólidas.

- 16.1. Reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo
 - 16.1.3 Porcentaje de la población sometida a violencia física, psicológica o sexual en los últimos 12 meses
- 16.2. Poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños
 - 16.2.1 Porcentaje de niños de 1 a 17 años que sufrieron algún castigo físico o agresión psicológica por los cuidadores en el mes anterior

Normatividad Nacional

Constitución Política de Colombia, 1991. Promulga el Estado Social de Derecho para Colombia, a partir del cual se busca que las entidades territoriales tengan mucha más autonomía desde la organización de un Estado descentralizado, orientado a la participación ciudadana,



reconociendo la diversidad poblacional y fundamentado en el respeto de la dignidad humana y solidario con las personas. Define la atención en salud como un servicio público a cargo del Estado y garantiza el acceso a todas las personas a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Ley 100 de 1993. A través de la cual se crea el sistema de seguridad social integral, descrita como “un conjunto de instituciones, normas y procedimientos de los que disponen las personas y las comunidades para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollan para proporcionar cobertura integral de las contingencias, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración a la comunidad”.

Ley 1098 de 2006. A través de la cual se define el código de infancia y adolescencia.

Ley 1122 de 2007. Tiene como objeto “*realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud*”. Concibe la salud pública como el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas de manera individual y colectiva. Señala que cada cuatro años deberá contenerse dentro del Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Nacional de Salud Pública, el cual deberá dar cuenta de acciones de promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio.

Ley 1257 de 2008. Busca adoptar normas que permitan a las mujeres tener una vida libre de violencia.

Ley 1276 de 2009. A través de la cual se busca la protección a las personas de la tercera edad.

Ley 1414 de 2010. Establece medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, dicta lineamientos para su atención integral. Para el cumplimiento de lo dispuesto en



esta ley, el Ministerio de la Protección Social, la Comisión de regulación en Salud-CRES y la Superintendencia Nacional de Salud, deberán establecer los recursos técnicos, científicos y humanos necesarios para brindar un manejo multidisciplinario, continuo y permanente a las personas que sufren epilepsia. Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, las entidades territoriales responsables en la atención a la población pobre no asegurada, los regímenes de excepción, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas; deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención integral a la población que padece de epilepsia en los términos que se define en el Plan Obligatorio de Salud-POS.

Ley 1438 de 2011. Busca fomentar el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la creación del modelo de prestación de servicio público en salud enmarcado en la Atención Primaria en Salud (APS).

Ley 1453 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal, el Código de Infancia y Adolescencia, las reglas sobre extinción de dominio y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad. Señala que se debe implementar una política de salud mental en establecimientos carcelarios y de resocialización de jóvenes, para lo cual autoriza la implementación de atención psicológica y psiquiátrica penitenciaria, en pro del mejoramiento de las condiciones de vida de las personas con trastornos mentales recluidas en las cárceles colombianas, que incluya un programa articulado para la detección temprana de trastornos mentales en esta población.

Ley 1448 de 2011. Establece “*medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno*”, incluyendo el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas.



Ley estatutaria 1618 de 2013. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Establece que todas las personas con discapacidad tienen derecho a la salud.

Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental, busca garantizar “*el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental de todos los colombianos priorizando a los niños, las niñas y adolescentes*”, a través de la promoción integral de la salud y la prevención del trastorno mental. De igual manera busca la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, haciendo hincapié en la atención primaria en Salud. Para el cumplimiento de los anteriores fines, establece los criterios de política para la implementación, reformulación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental. Prioriza el fortalecimiento de la salud mental comunitaria, seguido de la adecuación de los servicios en el marco del Plan Obligatorio de Salud (POS), la implementación de acciones integrales para prevenir conductas como el acoso escolar, el estigma y la discriminación, la violencia, y la conducta suicida y la creación de una instancia especializada a nivel nacional denominada Consejo Nacional de Salud Mental.

Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud. Establece la salud como un derecho fundamental por tanto autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, incluye el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, asistiéndole al Estado la responsabilidad de adoptar las políticas para asegurar la igualdad de trato, de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento,



rehabilitación y paliación para todos y cada uno de los habitantes del territorio y que la prestación como es un servicio público esencial obligatorio.

Decreto Reglamentario 1398 de 1990. Por el cual se desarrolla la Ley 51 de 1981, que aprueba la Convención sobre Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptada por las Naciones Unidas.

Resolución 2417 de 1992. Por medio de la cual se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental.

Resolución 2358 de 1998. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Cuyos objetivos son “*Promover la Salud Mental en el país y prevenir la aparición de la enfermedad mental*”, así como “*Mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases*”. En ella se establece las áreas de acción de Promoción de la salud mental y prevención primaria de los trastornos psiquiátricos; Control de los trastornos psiquiátricos; Aspectos psicosociales de salud y desarrollo humano; y Vigilancia epidemiológica.

Resolución 412 de 2000. Define actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y se adoptan normas técnicas y guías de atención.

Resolución 425 de 2008. La cual define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.

Resolución 1841 de 2013. Por medio de la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública, el cual contiene la Dimensión 3: salud mental y convivencia social. Promueve su abordaje desde la creación de espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante estrategias enmarcadas en los componentes de promoción de la salud mental y la



convivencia y prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia, que contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todos los momentos del curso de vida, con equidad y enfoque diferencial.

Resolución 518 de 2015. Por medio del cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública.

Resolución 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, con el objetivo de la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

Resolución 3202 de 2016. Por medio de la cual se adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las rutas integrales de atención en salud.

Resolución 3280 de 2018. Brinda los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención, para la promoción y el mantenimiento en salud.

Sentencia T-185/2014. Que menciona el derecho a la salud de personas que sufren trastornos mentales.

Sentencia T-153 de 2014. Concediendo el derecho fundamental a la salud de personas que sufren trastornos mentales derivados del consumo adictivo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas.

Sentencia T-045/2015. Reiterar que la salud es un derecho fundamental en el ordenamiento jurídico colombiano, destaca que éste se incrementa, cuando quien requiere la prestación es un



sujeto de especial protección en razón a su condición de discapacidad, la cual puede ser física o mental.

Sentencia T-010 de 2016. Concediendo el Derecho a la Salud Mental y *“crear condiciones propicias para la vinculación de las personas en situación de discapacidad en la sociedad”*.

En materia de sustancias psicoactivas se encuentran las siguientes normativas relacionadas:

Constitución Política de Colombia de 1991. El Acto Legislativo establece la obligación constitucional del Estado en la provisión de programas de reducción del daño *“Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos”*.

Ley 30 de 1986. Estatuto Nacional de Estupefacientes. Determina las competencias del Consejo Nacional de Estupefacientes (CNE) como responsable de la Política Nacional de Drogas, la conformación de un “Comité Técnico Asesor de Prevención Nacional de la Farmacodependencia” y de los Consejos Seccionales de Estupefacientes; establece las campañas de prevención y programas educativos así como campañas de prevención contra el consumo del alcohol y del tabaco; determina el control de la importación, fabricación y distribución de sustancias que producen dependencia.

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Establece la necesidad de definir el plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud, constituido entre otros, por aquellas

intervenciones que se dirigen a la colectividad o a las personas individualmente consideradas y relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas entre otras.

Ley 124 de 1994. Por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones.

Ley 599 de 2000. Puntualiza que el que suministre, administre o facilite a un menor droga que produzca dependencia o lo induzca a usarla, incurrirá en prisión de noventa y seis (96) a doscientos dieciséis (216) meses.

Ley 745 de 2002. Por la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad y la familia.

Ley 797 de 2003. Señala las condiciones para pensiones para madres y/o padres con hijos en condición de discapacidad, y que podría extenderse a padres con hijos consumidores que presenten problemas psiquiátricos.

Ley 1335 de 2009. Con el objeto de *“contribuir a garantizar los derechos a la salud de los habitantes del territorio nacional, especialmente la de los menores de 18 años de edad y la población no fumadora, regulando el consumo, venta, publicidad y promoción de los cigarrillos, tabaco y sus derivados, así como la creación de programas de salud y educación tendientes a contribuir a la disminución de su consumo, abandono de la dependencia del tabaco del fumador y se establecen las sanciones correspondientes a quienes contravengan las disposiciones de esta ley”*.

Ley 1566 de 2012. Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la

prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas”. Reconoce que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos que requiere atención integral, acompañado de acciones de prevención del consumo *y promoción de la salud*.

Ley Estatutaria 1622 de 2013. *“Por medio de la cual se expide el estatuto de ciudadanía juvenil y se dictan otras disposiciones”.*

Decreto 1206 de 1973. Por medio de la cual se crea el Consejo Nacional de Estupefacientes.

Decreto 3788 de 1986. Reglamenta la Ley 30 de 1986, regula las funciones del Consejo Nacional de Estupefacientes y los Consejos Seccionales.

Decreto 494 de 1990. Por el cual se expiden normas sobre el Consejo Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones conducentes al restablecimiento del orden público.

Decreto 1108 de 1994. Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones con relación al porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Decreto 120 de 2010. Por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol, con el objeto proteger al menor de edad y a la comunidad en general de los efectos nocivos del consumo de bebidas alcohólicas y establecer medidas tendientes a la reducción del daño y la minimización del riesgo de accidentalidad, violencia cotidiana y criminalidad asociada al consumo inmoderado de alcohol.

Resolución 003 de 1996. Por medio de la cual se crea el Sistema Nacional de Prevención del Consumo de Estupefacientes, con el fin de establecer una instancia encargada de coordinar la formulación de programas y proyectos que permitan ejecutar acciones de prevención del consumo de sustancias que produzcan dependencia, en todos los órdenes territoriales.



Resolución 002 de 2012. Por medio de la cual se establece la periodicidad de la realización de los estudios de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia.

Resolución 010 de 2015. Establece la integración de los Consejos Seccionales de Estupefacientes, incorporando nuevos miembros a estos cuerpos colegiados.

Sentencia No. C-221 de 1994. Habla sobre la despenalización del Consumo de la Dosis Personal.

Sentencia T-153/2014. Reitera la jurisprudencia que establece que la adicción a sustancias psicoactivas (legales o ilegales) es una enfermedad que afecta la salud mental de las personas, razón por la cual el Estado debe garantizar el derecho a la salud a partir de tratamientos integrales al ser un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos.

Sentencia T-010/2016. Derecho a la Salud Mental-Garantía Constitucional especial a personas que padecen problemas de farmacodependencia y/o drogadicción. Ordena la internación para manejo de enfermedad en salud mental está incluido dentro del POS, según Acuerdo 029/11 y ordena a la EPS-S autorizar internación en una unidad de salud mental.

Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021, Ministerio de Salud y Protección Social 2017. Contempla cinco componentes de abordaje: 1) Fortalecimiento institucional, 2) Promoción de la convivencia social y la salud mental, 3) Prevención del consumo de sustancias psicoactivas, 4) Tratamiento y 5) Reducción de daños.

Normatividad departamental

Ordenanza 099 de 2011. *“Por la cual se adopta la política pública de –mujer, equidad de género e igualdad de oportunidades- en el departamento de Cundinamarca y se dictan otras disposiciones”.*



Ordenanza 280 de 2015. *“Por medio de la cual se adopta en el departamento de Cundinamarca, la política pública para la primera infancia, infancia y adolescencia - Cundinamarca al tamaño de los niños, niñas y adolescentes- y se dictan otras disposiciones”.*

Ordenanza 267 de 2015. *“Por medio de la cual se adopta la política pública de juventud en el departamento de Cundinamarca y se dictan otras disposiciones”.*

Ordenanza 266 de 2015. *“Por medio de la cual se adopta la política pública para la inclusión social de las personas con discapacidad en el departamento de Cundinamarca y se dictan otras disposiciones”.*

Ordenanza 006 de 2016. Por la cual se adopta el Plan de Desarrollo Departamental 2016 – 2020 “Unidos Podemos Más”.

Plan Territorial de Salud Departamental y Municipal 2016-2019. Plantea como objetivos estratégicos el *“Fortalecimiento a la población en el ejercicio de sus deberes y derechos individuales, familiares, laborales y comunitarios mediante la ejecución exitosa de las políticas públicas, con especial énfasis en el aumento de la oferta y calidad de los servicios bienestar social, la seguridad alimentaria y nutricional, la salud mental y la convivencia social”.*

Antecedentes de la salud mental en Colombia y Cundinamarca

Con el fin de visibilizar cómo han sido los avances en materia de salud mental, tanto a nivel nacional como departamental, a continuación se presenta una línea del tiempo con los avances más significativos. Los cuáles serán descritos con más detalle, posterior a la figura presentada a continuación.

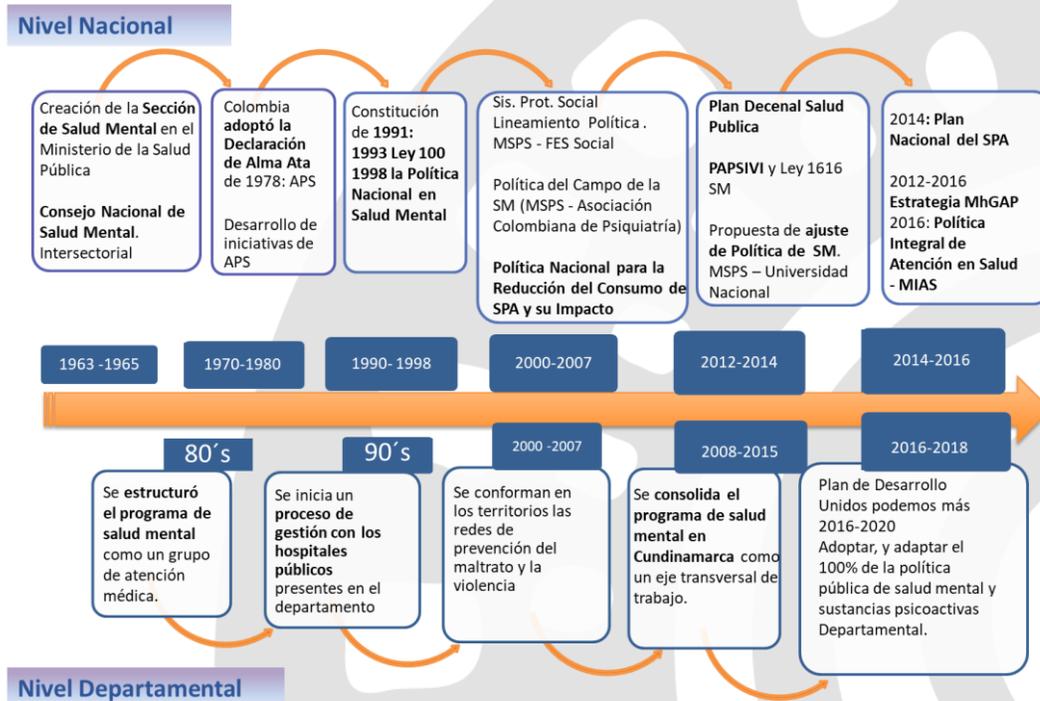


Figura 2. Línea de tiempo de la política pública. Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental (2018).

A nivel nacional

La salud mental no ha sido ajena a la evolución que ha tenido el sector salud en el mundo y en Colombia, sus desarrollos se han dado paralelamente a la normatividad que rige los sistemas de salud y su aplicación en los diferentes entornos. Es así como los primeros desarrollos específicos sobre el tema de la salud mental parten de la normatividad creada al respecto de la relación entre salud y derechos, que incluía lo relativo a las personas que requieren protección especial, como es el caso de las personas con trastorno mental y su derecho a recibir un trato digno y respetuoso de sus libertades.

Específicamente, respecto a la historia reciente de las políticas de salud mental en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social menciona que en los últimos 50 años se ha tenido un

desarrollo permanente sobre el tema, a partir de lo que denominan “algunos hitos importantes”.

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Estos son:

Relacionamiento entre enfermedad, trastornos mentales y abordajes de atención y tratamiento. En la década de los sesenta la salud mental en Colombia avanzó sustancialmente al empezar a entender a las personas que padecían algún tipo de trastorno mental como sujetos de derechos, lo que permitió superar el discurso sanitario orientado al enclaustramiento del paciente hacia la diversificación de otros servicios de salud. Es así como las familias y los grupos sociales de apoyo tuvieron cabida dentro de estas nuevas alternativas, permitiendo que las personas tuvieran mayores posibilidades de inclusión tanto en las fases de tratamiento como de rehabilitación.

Posicionamiento de la salud mental a través de la incidencia política en el ámbito internacional y nacional. En la década de los setenta comenzó a hablarse con más claridad sobre la igualdad de derechos y de las libertades de las que también deberían gozar las personas con algún tipo de problema mental. En Colombia durante 1970, como consecuencia de eventos como la intoxicación por alcohol, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas se implementó el Decreto 1136 con el fin de adoptar medidas de protección social para evitar la perturbación pública. En 1974 se creó la División de Salud Mental con dos secciones; una orientada a la prevención y promoción y la segunda para brindar atención a través de los programas asistenciales. Se realizó el primer macrodiagnóstico de salud mental, junto con el primer programa y el primer Plan nacional de salud mental. Como parte de este ejercicio de diversificación de la oferta de servicios en salud mental Colombia adoptó el enfoque propuesto en la Declaración de Alma Ata de 1976: “Salud para todos”, a través de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.



Dinámicas del contexto regional y nacional: gestión y articulación de la salud mental dentro de la salud pública. En los años ochenta algunas organizaciones internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, abogaron por la reducción del gasto público y el fortalecimiento del libre mercado, lo que para el sector salud se tradujo en un debilitamiento de enfoques como la Atención Primaria en Salud. Paralelamente en el país se vivió una de las décadas más violentas propiciadas por el narcotráfico y las políticas de estado que intentaron contrarrestarlo. Sin embargo se generan algunos procesos que al interior del país proponen estrategias para abordar las nuevas problemáticas en salud mental. En 1986, con base en la Ley 30 de Estupefacientes, se conforma el denominado Comité Nacional para la Prevención de la Drogadicción, en cabeza del Ministerio de Salud y con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para el Control del Abuso de Drogas, quienes ya venían trabajando sobre este tema. (Ardón Centeno & Cubillos Novella, 2012, pág. 16). En el país, el Sistema de Salud se reorganiza a través de la Ley 10 de 1990, que permite un avance en el área de salud mental en el fortalecimiento de los derechos de las personas con algún problema mental en relación al libre desarrollo de la personalidad, la protección de sus familias, la protección a las personas con discapacidades, mujeres, niños y niñas contra algunas formas de violencia y discriminación.

Relaciones entre la salud mental, conflicto armado interno, desplazamiento forzado y enfoque psicosocial. Como consecuencia de los procesos de violencia interna, el país para la década de los noventa sintió con fuerza los fenómenos de desplazamiento forzado y todas las formas de violencias asociadas a este. La salud mental adquiere una dimensión específica para el país al tener que dar respuesta a este fenómeno que de una u otra forma afectaba a toda la población, por lo que en la academia y la institucionalidad se debate al respecto, siendo el concepto



de lo Psicosocial uno de los que adquiere mayor relevancia aunque desde diferentes enfoques (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Para 1998 se expide la Política Nacional en Salud Mental, a través de la Resolución 02358, actualmente vigente para el país hasta la socialización de la Política Nacional. Algunos de los objetivos que se plantearon desde 1998 para esta Política fueron: Promover la salud mental y prevenir la aparición de enfermedad mental; Controlar las enfermedades mentales; Fomentar la cultura de la salud mental; Mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases.

Durante el 2000, se promueve por parte de la OPS/OMS, entender la salud mental más allá de la enfermedad, y se proponen políticas a nivel mundial que la asuman de esta forma.

A nivel departamental

Como un referente histórico del proceso de abordaje de la salud mental, (Moreno, 2017) se estructuró el programa de salud mental como un grupo de atención médica en los años ochenta, el cual concibe la salud mental como un factor crucial en la consecución de niveles significativos de bienestar en la comunidad cundinamarquesa. El programa nace en este sentido, dirigido a atender a poblaciones en situaciones de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, suicidio y trastornos mentales y entre finales de los años ochenta y principios de la década de los noventa inicia un proceso de gestión con los hospitales públicos presentes en el departamento, para garantizar así la prestación del servicio de psicología desde cada uno de los territorios donde hacen presencia. Este proceso se fortalece en la década de los noventa con la consolidación de equipos interdisciplinarios compuestos por médicos psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos, quienes, a través del acompañamiento en campo, brindan asistencia técnica, orientan y forman a los equipos municipales, inician un proceso de humanización del servicio encaminado



a brindar una mejor atención a la comunidad en torno a la salud mental. Este proceso se fortalece con la gestión realizada desde la Secretaría de Salud de Cundinamarca para que estudiantes de último año de psicología realicen su práctica en los municipios, proceso que se adelantó a principios de la década de los noventa.

En 2008 se transforma el Plan de Atención Básica en Plan de Intervenciones Colectivas con la expedición de la Resolución 425 y se consolida el programa de salud mental en Cundinamarca como un eje transversal de trabajo, desde problemáticas como el consumo de sustancias psicoactivas, que logran consolidar comités a nivel municipal y que articulan a diferentes actores intersectoriales. En prevención de las violencias se avanza en la formalización de redes municipales de apoyo en salud mental cuyo fin es realizar el seguimiento efectivo a las víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso sexual, violencia contra la mujer, conducta suicida y violencia de género desde el mismo marco interinstitucional. Finalmente, entre 2008 y 2011 se constituyen las patrullas de intervención y fortalecimiento de la capacidad institucional, conformadas en el programa prioritario de salud mental por psicólogos, trabajadores sociales y un psiquiatra.

Con la expedición del Plan Decenal de Salud Pública, en la Dirección de Salud pública, se enmarcan las acciones como Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, a partir de sus dos componentes: Promoción de la salud mental y la convivencia y Prevención y Atención Integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia. Durante el actual periodo de Gobierno 2016 -2020, se han reforzado las acciones en materia de salud mental integrando a los equipos de Atención Primaria en salud, profesionales en el área de psicología, encargados de hacer identificación de temprana de factores de riesgo de los diferentes problemas



y trastornos mentales, tamizajes y canalizaciones a los sectores salud, protección y justicia, así como fortalecimiento de factores protectores a nivel individual, familiar y comunitario. Adicionalmente ante la creciente problemática del consumo de Sustancias psicoactivas (SPA) en el departamento, tres de los profesionales de la Dimensión se han dedicado al abordaje de dicho evento, al tiempo que se está concluyendo el proceso de caracterización de consumo en población escolar, el cual permitirá la definición de programas basados en la evidencia.

Marco conceptual

El desarrollo de la ciencia, extiende cada día las fronteras de la comprensión de fenómenos o situaciones, al permitir diversas explicaciones y/o interpretaciones, de acuerdo al contexto y al ámbito de actuación. Esa es la razón por la que se incorpora el siguiente apartado, el cual da cuenta de los conceptos sobre los cuales se fundamenta la presente política, así como los principios, enfoques y determinantes.

Se ha considerado dentro del marco conceptual, un acercamiento general, que servirá como parámetro para entender la salud desde una perspectiva social enmarcada en las particularidades del Estado Colombiano; y un acercamiento específico a la salud mental, con sus particularidades.

Salud Pública

La salud pública se encuentra conformada por un conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad (Ley 1122 de 2007).



La presente política, buscando garantizar que las acciones sean articuladas, integrales y coherentes con la población y sus particularidades, se fundamenta en los enfoques que se mencionan a continuación:

Determinantes sociales de la salud y enfoques

Para efectos de esta política de salud mental para Cundinamarca, nos remitimos al enfoque de determinantes sociales propuesto y desarrollado por la OMS/OPS y adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El enfoque de determinantes sociales de la salud se constituye en una aproximación explicativa de porque los sujetos o los colectivos se enferman y mueren, teniendo como punto de partida, la premisa de que la salud no es una condición exclusivamente biológica, sino ante todo, una construcción social derivada de las condiciones de vida. En ese sentido, asumir un enfoque de determinantes sociales es considerar las condiciones (sociales, políticas, económicas, culturales en que nacen y viven las personas y los colectivos), las cuales no son todas de la misma naturaleza, sino que pueden organizarse de acuerdo al nivel de influencia que tienen en la vida y por tanto en la salud de las personas y comunidades.

Estos determinantes se encuentran categorizados de acuerdo a su naturaleza y al impacto que generan, por lo que se pueden comprender en estructurales, intermedios y proximales.

Determinantes estructurales. De acuerdo a la OPS (2017) son *“aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo "estructural"*

recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud”.

Para esta corriente existen dos tipos de condicionantes estructurales: los relacionados con el contexto socio económico y político y los que constituyen “la posición social”, ambos afectan a la población en su conjunto.

- a) El contexto socio económico y político incluye el modelo de desarrollo, el modelo económico, el modelo de salud y todas las políticas públicas y sociales que de estos modelos se desprenden, así como los valores culturales y sociales que predominan en la sociedad en un momento determinado. Este contexto es definitorio del ingreso individual o colectivo, el cual tiene un gran peso en la selección de mecanismos que favorecen o deprimen la condición de salud.
- b) La posición social (lugar jerárquico que se ocupa en la sociedad) resultado de la imbricación entre clase social (propiedad y control sobre medios de producción), nivel educativo, ocupación, nivel de ingresos, género y pertenencia étnica. Por ejemplo, el sistema de salud y el modelo de aseguramiento que conlleva, es universal, de manera que todo colombiano está cobijado por alguno de los regímenes definidos, pero dependiendo de la “posición social” un individuo o una familia tienen la opción de elegir “otros servicios privados” (con pago adicional) que eviten o minimicen el efecto de las fallas propias del sistema; sin embargo, esta opción ya no es universal, pues implica un gasto adicional que dejaría por fuera a los de una posición social menos ventajosa, desde el punto de vista económico. La oportunidad de un servicio, que en muchos casos define la vida o la muerte,

se favorece cuando alguien tiene un plan de salud privado, además del que le corresponde por estar vinculado al sistema de aseguramiento.

Las limitaciones que existen para que los sujetos o colectivos opten, por tener un plan de salud privado, además del que le corresponde por estar vinculado al sistema de aseguramiento, determinan inequidades sociales que se convierten en determinantes estructurales, toda vez que pueden traducirse en problemas de accesibilidad, de calidad o de oportunidad en los servicios y por tanto en afectaciones a la condición de salud.

“Se ha demostrado que las mejoras en los ingresos y la educación guardan una relación cada vez más favorable con la salud. La ocupación también es pertinente para la salud, no solo por la exposición a riesgos específicos en el lugar de trabajo, sino también porque sitúa a las personas en la jerarquía social. Los datos estadísticos de salud revelan la influencia de este tipo de variable en las desigualdades de salud en los distintos niveles de agrupación”(OMS-OPS. Salud en las Américas 2012, 2017).

Determinantes intermedios. Son las que afectan de manera diferenciada a la población, dependiendo de las características particulares del contexto inmediato, las cuales se encuentran asociadas a la relación de la población con su territorio y a las posibilidades que de ello se derivan. Según la OMS/OPS éste grupo incorpora condiciones de vida y de trabajo, la cohesión social y el capital social, el sistema mismo de salud y la forma como se organizan los servicios, los estilos de vida y los factores psicosociales.

Las diferenciaciones en las condiciones de vida están asociadas a las necesidades básicas y su nivel de satisfacción (acceso y calidad de servicios públicos, vivienda, tierra; tipo de ocupación, de vinculación al sistema productivo; participación en las decisiones fundamentales de la sociedad;

entre otros). Por ejemplo, existen territorios con alto grado de protección de sus recursos naturales y otros con mucho deterioro producto de la explotación minera (de carbón, de oro, de petróleo etc.) o la agricultura indiscriminada; también se pueden encontrar territorios con mayor o menor infraestructura (carreteras, puestos de salud, acueducto, hospitales, colegios etc.). Estas condiciones en términos de salud y bienestar se consideran factores protectores o factores deteriorantes, ya que influyen en el acceso a consumos básicos como la educación, la alimentación, la salud y la vivienda. Es decir, la forma particular en que se apropia el territorio por parte de los individuos y colectivos, para el uso o provecho productivo y simbólico, define las condiciones de vida y de trabajo de la población en esos contextos particulares.

Determinantes Proximales. Se encuentran relacionados con las acciones de los individuos, con sus comportamientos (actitudes frente al riesgo, comunicación, manejo del estrés, adaptación, etc.) y estilos de vida; además se ven permeados por los valores, creencias y percepciones.

Se presenta cada nivel de determinación por separado para facilitar su comprensión, pero estos determinantes sociales de la salud, no funcionan de manera aislada sino en una permanente interacción, afectándose mutuamente. Ello es posible porque los determinantes están inmersos en las “relaciones sociales”, por tanto son dinámicos, manifestándose de múltiples maneras. A manera de ejemplo, un individuo tiene un margen de decisión sobre el consumo de alcohol cada viernes, existe una fuerte presión social para que consuma (determinante intermedio); primero porque el alcohol es una de las pocas ofertas a las que tiene acceso la gente para el uso del tiempo libre, y segundo porque existe una industria que estimula permanentemente la cultura del consumo de alcohol (determinante estructural). Ello sumado a que en nuestro país, paradójicamente el alcohol es una de las fuentes de financiación para diferentes sectores (determinante estructural).

Enfoque promoción de la salud. Esta perspectiva es la más utilizada, pues se ocupa de la transformación de comportamientos de individuos, familias y comunidades con relación a sus estilos de vida y a las medidas preventivas que se desarrollan, por otro lado, confluyen allí tanto las acciones de información, educación y comunicación en salud, como las acciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) con el objetivo de reducir o controlar los factores de riesgo.

Sin embargo existe otra forma de entender la promoción, que se corresponde con una visión más amplia de la salud, donde se reconoce una gama de dinámicas que intervienen en la producción de las condiciones de salud o enfermedad. Su eje de acción, más que los factores de riesgo y el estilo de vida, es el conjunto de procesos colectivos, históricos, políticos, económicos, culturales y sociales, que explican las condiciones y situaciones sociales estructurantes que favorecen o limitan la salud y los estilos de vida de las poblaciones.

Corrientemente se equiparan promoción y prevención, sin embargo es importante distinguirlas así como entender la relación entre ellas; a pesar de que la frontera entre estos conceptos es difícil de determinar en la práctica diaria, cuando se realizan acciones para evitar que se produzca determinada enfermedad, se está haciendo prevención. El desarrollo de acciones orientadas a causar impacto en las condiciones sociales de la población o en su bienestar general, sin actuar en función de enfermedades concretas sino más bien por la salud positiva, es en esencia la promoción de la salud, teniendo claro que también, de ésta manera, se previene la enfermedad.

La Carta de Ottawa (1986) donde nace la Promoción de la salud, dice que la promoción se refiere a *“los procesos que favorecen el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su propia salud (...) consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado*



adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”.

Es muy importante resaltar dos elementos esenciales dentro del enfoque de promoción de la salud: el primero hace referencia a que la *promoción está definida en sentido positivo*, basada en los desarrollos individuales y colectivos posibles, desarrollos que permitan la realización de los derechos. Por ello la promoción implica ante todo un trabajo alrededor de generar condiciones de vida adecuadas para el desarrollo de esas capacidades. Este aspecto es a veces problemático, por cuanto poner el tema promocional en manos de la sociedad o de la institucionalidad y no sobre un sector en particular deja sin quehacer aparente a la institucionalidad de salud. Habría que recordar aquí que precisamente la premisa de la salud como construcción social, es la que logra complejizar el entendimiento de la salud como algo más allá de la ausencia de enfermedad y por tanto pone de manifiesto que la promoción de la salud, no es responsabilidad de un sector en particular. Lo anterior constituye el segundo elemento esencial de la promoción de la salud, y es que no es una tarea propia ni exclusiva del sector salud y por tanto *conlleva y exige la acción intersectorial*.

A manera de ejemplo, dentro de los problemas de salud mental significativos en el país, se encuentra el consumo de sustancias psicoactivas; desde las percepciones, imaginarios y representaciones sociales, el problema se explica mayoritariamente por situaciones al interior de la familia. En ese sentido se piensa que las soluciones deben centrarse en el fortalecimiento del diálogo o de las relaciones familiares, lo cual sería suficiente para que el problema desaparezca. Desde un enfoque promocional, lo importante es garantizar que las familias y los individuos tengan garantizadas sus necesidades básicas: vivienda, trabajo, alimentación, educación todas bajo el

parámetro de dignidad que obliga el enfoque de derechos. Es decir, no se trata de cualquier vivienda, cualquier trabajo, cualquier alimentación, sino todas las anteriores, con calidad y dignidad. Teniendo esto en primer plano y trabajando junto con otros sectores para que se garanticen estos derechos de satisfacción de las necesidades básicas con dignidad, el sector debe hacer un ejercicio de fortalecimiento y/o desarrollo de las capacidades individuales y colectivas como el desarrollo de la autonomía, de las habilidades para resolución de conflictos, del fortalecimiento del valor de la familia, del fortalecimiento de redes sociales, entre otras. Finalmente, la disposición de los servicios de salud de manera que se pueda hacer una atención preventiva, disposición de servicios amigables para jóvenes en situación de riesgo frente al consumo, horarios adaptados, personal con sensibilidad frente a las problemáticas juveniles etc.

Los avances sectoriales respecto a la promoción de la salud, han logrado visibilizar la necesidad de combinar las acciones de abogacía con acciones de gestión intersectorial que obliguen la articulación de esfuerzos y recursos. Aquí estaría la esencia de la promoción y el papel fundamental del sector salud.

Por otro lado, la promoción de la salud también implica requisitos para el desarrollo de capacidades. El objetivo de la promoción según Ottawa (1986), es el logro de la equidad sanitaria, reduciendo las diferencias en el estado actual de la salud, asegurando igualdad de oportunidades así como los medios que permitan a la población desarrollar al máximo su salud potencial. Se visualiza además, que la salud pública ejerciendo sus acciones de promoción, crea condiciones propicias para la salud, teniendo en cuenta el bienestar y desarrollo humanos.

La carta de Ottawa es de una riqueza inmensa, pues además de ofrecer una visión amplia de la salud que va más allá de la prestación de servicios y de la prevención de la enfermedad, que



llega hasta la “producción de la salud” como objetivo sectorial e intersectorial, ofrece también pistas sobre cómo se puede transitar ese camino. Pensar y actuar en la producción de la salud, es una inversión hacia lo saludable, que disminuye o al menos retrasa la posibilidad de la llegada de la enfermedad.

Enfoque población- territorio. Estos dos elementos no se pueden explicar separados, en tanto se asume el territorio como una construcción social que emana de la historia de poblamiento y de la apropiación y uso que hace la población de sus escenarios de vida cotidiana, donde se configura también la riqueza étnica y cultural. De la intensidad de esa relación depende también la protección o el deterioro del mismo.

Tanto la producción como el consumo asumen manifestaciones distintas: la producción se refiere a los bienes materiales derivados de las riquezas del suelo, así como a las riquezas culturales (costumbres). A su vez los consumos no son solo materiales (alimento, vestido o vivienda), sino también inmateriales como la educación y la cultura, por ejemplo. Sin embargo, en la medida que las sociedades crecen estas relaciones inmediatas de la población con su territorio alrededor de la producción y el consumo, se entrelazan con otras relaciones derivadas del modelo económico general y se replican a escalas mucho mayores, complejizándose cada vez más en razón al modelo económico de cada país. En nuestro caso la economía colombiana, está determinada por la corriente globalizadora imperante en casi todo el mundo, la cual va marcando cambios en los usos del suelo, tensiones por efecto del control y acceso a las tierras (compra-venta) y a las riquezas del suelo, riquezas que pueden verse comprometidas por fenómenos de colonización y/o de migración, imprimiendo cambios a la dinámica poblacional, que influyen en la vida, las condiciones de la producción y los consumos de la población en su territorio.



Por eso, el enfoque poblacional considera a los sujetos el centro y la puerta de entrada para la definición de las políticas, destaca las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de cada territorio, para responder adecuadamente a los problemas que de allí se derivan, a partir del aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de los desequilibrios entre este y la población.

Una propuesta de política con enfoque territorial-poblacional, pasa por reconocer las condiciones particulares de la dinámica social de una región o municipio ¿cómo afecta el turismo la dinámica de una región? ¿La falta de carreteras determina el acceso a consumos básicos como salud, educación?, La ampliación de la frontera agrícola y afectación del uso del suelo ¿Cómo cambia las formas de producción para la subsistencia? ¿De qué manera se garantiza la atención en salud mental, en regiones apartadas sin infraestructuras, bienes o servicios?. Preguntas todas pertinentes a la hora de mirar la relación población y territorio, puesto que la respuesta a estas preguntas está en el centro de los causales de problemáticas de salud en general y de salud mental en particular. Por lo anterior, el enfoque territorial tendría que apostarle al mejoramiento de las condiciones que puedan afectar la calidad de vida de la población y reorganizar los servicios para garantizar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud de acuerdo a las necesidades de los habitantes.

En Colombia, las grandes diferencias sociales entre zonas urbanas y rurales, se constituyen como brechas entre el campo y la ciudad, marcadas por la pobreza, desde el punto de vista multidimensional, cuyo índice para la población urbana corresponde al 26.9%, mientras que para población rural asciende al 42.8% (PND 2014 – 2018). Por otro lado, según el Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021), *“las condiciones en que habitan las poblaciones en zonas rurales*



en Colombia, se han convertido en determinantes sociales de salud: condiciones de habitabilidad, hacinamiento, acceso a agua potable y saneamiento básico, distribución de los ingresos, barreras de acceso y baja calidad en los servicios de salud y educación, barreras de movilidad, ausencia de programación de brigadas de atención, usos del suelo, entre otros, ubican a la población rural en una posición de inequidad frente a las posibilidades en zonas urbanas del país”.

Para el Ministerio de Salud y Protección Social y su Política de Atención Integral en Salud-PAIS, el enfoque territorial reconoce tres tipos de ámbitos territoriales: los urbanos, los de alta ruralidad y los rurales dispersos. Este reconocimiento implica un esfuerzo del Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS, por adaptar la prestación de los servicios a estas particularidades que afectan la accesibilidad, la oportunidad y la calidad del servicio.

“La operación del MIAS debe adaptarse a las diferentes condiciones de los territorios, entendidos estos como la unidad básica en la cual se integran el Sistema de Salud y los agentes del SGSSS e implica una asignación poblacional del aseguramiento y la prestación de los servicios de salud, las cuales incluyen las características diferenciales de la demanda (sociales, geográficas, étnicas, de género) y de la oferta en cuanto a la disponibilidad efectiva de servicios.”(Ministerio de salud y Protección Social, 2016).

Para las provincias y municipios del departamento de Cundinamarca y su institucionalidad, queda el reto de adaptar y adoptar la política pública de salud mental del departamento, y lograr que en los diversos ámbitos territoriales se cumpla la premisa de integración del sistema de salud y de los respectivos agentes, para garantizar la atención integral en salud mental, en beneficio de la población afectada por esta problemática, y de sus familias.



Enfoque de derechos. En un Estado social de derecho como Colombia, se establecen los derechos en su versión más integral bajo las características de inalienables, indivisibles, interdependientes y complementarios, con una clara definición de un “sujeto de derechos” individual y colectivo (persona y ciudadanía), con un “garante de los derechos” que es el Estado y las instituciones que lo representan, y con un medio para la realización de los derechos fundamentales que son las “políticas públicas”, construidas con alta participación de la sociedad civil para que reflejen realmente las necesidades sociales.

Estas decisiones o mandatos constitucionales son centrales en una política pública, toda vez que como sector público, es imperativo entender el papel de “garantes” y que desde las entidades territoriales y los servicios de salud se trabaje para que las barreras de accesibilidad, calidad y oportunidad se ajusten a este precepto.

Ahora bien, la manera como se materializa la garantía de los derechos está definida por el nivel de desarrollo humano sostenible alcanzado por una sociedad, donde el desarrollo económico, político y cultural está en función del ser humano y no de los bienes físicos y materiales. Cuando el centro de los procesos de desarrollo es la sociedad y cada uno de los sujetos que la componen, las prioridades se orientan al desarrollo de todas las capacidades humanas y a la creación, fortalecimiento y/o ampliación de las oportunidades para vivir de manera digna.

En ese sentido, Amartya Sen premio nobel de Economía (1998), considera que el desarrollo humano se mide según el grado de disfrute de las libertades fundamentales de los miembros de una sociedad, por tanto, los aumentos o restricciones a las libertades redundan en la capacidad de los individuos para actuar sobre sí mismos y sobre el mundo. Esto lo llama Sen capacidad de



agencia, o capacidad de una persona para actuar transformando y cuyos logros se valoran no sólo a partir de criterios externos, sino de los valores y los objetivos propios de la misma persona.

La calidad de vida en una sociedad es entonces el reflejo del desarrollo de las libertades para garantizar la dignidad humana y los derechos humanos, para lo cual las políticas públicas formuladas, ejecutadas y evaluadas participativamente, cumplen un papel fundamental en un estado social de derecho. Tales políticas deben estar dirigidas a contrarrestar la pobreza y el desempleo, a elevar la esperanza y la calidad de vida, a disminuir las desigualdades sociales y económicas, pero sobre todo a ampliar las dimensiones de la libertad real de las personas en la sociedad.

Para el caso de la Política Pública de Salud Mental para Cundinamarca, es muy importante subrayar que la inclusión del enfoque de derechos busca entre otras cosas, proteger a los sujetos, familias y colectivos de los municipios, de cualquier vulneración de su integridad y dignidad humana, en razón a una condición transitoria o permanente relacionada con su salud mental.

Enfoque atención primaria en salud (APS). De acuerdo a la Ley 1438 de 2011, APS *“es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud”*.

A nivel mundial, esta estrategia surge por la década del 70 como respuesta a la necesidad de reducir las brechas en salud existentes entre los países desarrollados y los llamados países en desarrollo; para el cumplimiento de su objetivo, planteó como elementos fundamentales, la acción



intersectorial, la acción interdisciplinaria y la acción sectorial integral, desde el enfoque promocional.

Es claro que la APS es una estrategia de intervención, que se propone como alternativa para abordar los problemas identificados en un territorio particular, específicamente en lo relacionado al acceso a los servicios de salud, pero también a otros consumos básicos requeridos para garantizar el bienestar y el mejoramiento en el estado de salud. De allí que la APS nace promoviendo el suministro de alimentos y nutrientes, el suministro de agua, el acceso a medicamentos, así como el acceso a vivienda, educación y trabajo.

A casi 50 años de surgimiento de la APS, sería necesario preguntarse si las brechas identificadas realmente han disminuido, y si la APS del presente deba ocuparse de otras cosas. Proponer la APS como estrategia permite indagar sobre qué aspectos de lo sanitario se requieren hoy en el territorio para que los consumos básicos que aportan al bienestar y mejoran la condición de salud, ya hayan sido superados.

En Colombia, la inclusión de la estrategia de APS dentro de la Política de Atención Integral en salud (PAIS) efectivamente busca garantizar el trabajo intersectorial e interdisciplinario alrededor de los satisfactores relacionados con la promoción de la salud, que no son sólo de acceso a servicios de salud, si bien hay un desarrollo específico de los compromisos con la prevención, la atención y la rehabilitación.

La política PAIS, recoge a la APS como una de las estrategias centrales contenidas en su marco estratégico, incorporándola con énfasis en la salud familiar y comunitaria. De esta manera el eje central de las acciones desplegadas por el sector, serán las familias y comunidades. Este aspecto es de gran importancia para la política de salud mental en el departamento, ya que muchas de las

problemáticas asociadas a la salud mental también tienen a la familia como eje: bien en la causalidad de las problemáticas, bien en la responsabilidad del cuidado, bien por ser el entorno de mayor afectación.

Enfoque de curso de vida. Este enfoque según el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP, 2012-2021), *“reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en períodos vitales anteriores”*. El ciclo de vida, se puede categorizar en diferentes etapas del desarrollo (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez), aunque no deben tomarse en forma absoluta y se debe recordar que existe diversidad individual y cultural.

Enfoque de género. Se reconoce la necesidad de que existan las capacidades, oportunidades y condiciones para que tanto hombres como mujeres disfruten y tengan acceso por igual a los bienes valorados socialmente, las oportunidades, recursos, servicios y demás componentes que se realicen de manera individual o colectiva, en el marco del ejercicio del desarrollo humano. Además la necesidad de intervenir cuando se presenten inequidades en éste sentido.

Enfoques en lo diferencial. Se refiere a la importancia de reconocer la diversidad y la situación de vulnerabilidad, identificando las estrategias señaladas en la presente política para garantizar la igualdad, equidad, no discriminación y real accesibilidad de las diferentes poblaciones (población en situación de discapacidad, víctimas, población desplazada, población LGBTI, población en condición de pobreza, poblaciones institucionalizadas, entre otras).

Ahora bien, la *salud* descrita por la OMS, es un estado dinámico y completo de bienestar (físico y social), el cual está compuesto por factores como la adaptación al medio (biológico o



sociocultural) y el estado fisiológico de equilibrio; y es la relación entre estos factores la que determina el estado de salud, su carencia podría significar la enfermedad.

Hablando específicamente de la *Salud Mental*, la OMS (2013) se refiere a ésta como un estado de bienestar, en el que el individuo puede desarrollar sus capacidades, hacerle frente a la vida y trabajar de manera productiva, siendo de esta manera útil para la comunidad, concepto retomado en Colombia a través de la expedición de la Ley 1616 de 2013, Ley de Salud Mental.

La responsabilidad de promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales, es corresponsabilidad de todos, extendiéndose a todos los sectores y todas las administraciones gubernamentales, puesto que los problemas de salud mental vienen muy influidos por toda una panoplia de determinantes sociales y económicos, por ejemplo el nivel de ingresos, la situación laboral, el nivel educativo, las condiciones materiales de vida, el estado de salud física, la cohesión familiar, la discriminación, las violaciones de derechos humanos o la exposición a episodios vitales difíciles como la violencia sexual o el maltrato y abandono infantiles. Es por esto que la Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM, 2015) cuando una persona, una familia o una comunidad gozan de buena salud mental, presentan características que hacen que se sientan satisfechas consigo mismas; son tolerantes, no se subestiman ni se sobrevaloran, se respetan, son capaces de afrontar las situaciones difíciles que se les presentan con sus propios recursos emocionales o buscando apoyo en diferentes redes; pueden realizar sus actividades cotidianas y



las disfrutan. También se sienten bien con los demás, son más empáticas, además de sus propias necesidades e intereses, se preocupan por los otros. Se pueden vincular interpersonalmente de manera sana, y respetuosa. De igual manera, desarrollan habilidades para solucionar problemas, con estrategias de afrontamiento adecuadas.

Ahora bien, la ENSM, también menciona las percepciones que tiene la población colombiana con relación a la salud mental, en donde se identifica que en general las personas la vinculan con la satisfacción de necesidades individuales, particularmente de tipo corporal y con una dimensión temporal en la inmediatez. Se presenta un elevado porcentaje de respuestas positivas, con una autovaloración muy favorable de la salud mental de todos los grupos etarios, un sentimiento global común de felicidad, armonía con los niños descrita por los cuidadores y satisfacción generalizada en las relaciones con los demás, particularmente con la familia, la pareja, amigos y compañeros. Estas respuestas parecen variar de acuerdo a la edad, el género y la situación económica, dando cuenta del efecto del transcurrir vital y de la inequidad, en la reducción de las apreciaciones anotadas. Se aprecian, así mismo, autopercepciones vinculadas con conductas deseables de solidaridad, empeño y disfrute vital, pero también se encuentra el contrastante de obtener lo que se desea a cualquier precio, o de indiferencia y desinterés por los demás.

Hablando de los determinantes sociales, se puede decir que la salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo. La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de

género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos. También existen factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales. Por último, los trastornos mentales también tienen causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales (Salud Mental OMS, 2016).

El Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la elaboración del ABC de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, plantea que se debe tener en cuenta la forma en que el individuo se relaciona con los demás y con el entorno en el que transcurre su vida cotidiana, ya que estas interrelaciones son el resultado de la manera en que se forman las percepciones, los pensamientos, las emociones, las creencias y demás contenidos mentales; los cuales a su vez, se ven influidos por factores genéticos, congénitos, biológicos y de la historia particular de cada persona y su familia, así como por aspectos culturales y sociales. Es entonces la salud mental, una construcción social que puede variar de un contexto a otro dependiendo de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad establecidos en cada grupo social, lo cual impacta directamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a un determinado grupo.

En el ejercicio de fortalecer la salud mental de la población, se hace necesario desarrollar algunas estrategias, que lleguen a los diferentes momentos del curso de vida y a los entornos, partiendo de la realidad y las necesidades de la comunidad. Dentro de estas estrategias se encuentra la **Promoción de la salud mental y la convivencia**, la cual a través de políticas públicas, y acciones intersectoriales y comunitarias buscan brindar a la población oportunidades que permitan el despliegue óptimo de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana,



estableciendo relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común y el desarrollo humano y social. La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.

Otra estrategia es la **prevención primaria de los problemas y los trastornos mentales**, la cual está dirigida a los individuos, familias y colectivos. Esta busca a través de diferentes intervenciones, impactar los factores de riesgo, relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, así como su automanejo.

Las acciones concretas dirigidas al fortalecimiento de la salud mental o la intervención en problemas y trastornos se denomina **atención integral e integrada en salud mental**. Esta, según la Ley 1616 de 2013, busca garantizar y fortalecer el talento humano y los recursos pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población,

Por otro lado, se encuentra la **rehabilitación psicosocial** la cual facilita la oportunidad a individuos que están discapacitados o afectados por la desventaja de un trastorno mental, para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica el fortalecimiento de las competencias y la autonomía individual, así como el fortalecimiento del entorno y cambios en éste para mejorar la calidad de vida.

Desde las estrategias departamentales se busca trabajar en la salud mental positiva, en donde la relación entre salud mental, medio ambiente, actividad física, seguridad alimentaria, y nutricional como elementos determinantes en el desarrollo de la autonomía de las personas.

Ahora bien, si la salud mental se refiere al estado de bienestar en donde el individuo despliega sus capacidades para enfrentar su cotidianidad; los problemas y trastornos mentales se relacionan con una gran discapacidad y mala calidad de vida. Por lo tanto, la ENSM se orienta a la identificación de los problemas y trastornos, así como a los factores que predisponen su desarrollo. De otra parte, investiga los que favorecen la salud en general, en particular la salud mental, desde la óptica de los determinantes sociales, para apoyar el desarrollo de políticas públicas e intervenciones en salud pública que permitan la promoción de la salud, la prevención de los problemas y trastornos mentales, el tratamiento de estas condiciones y la inclusión social.

Vale la pena profundizar en algunos conceptos que abarca la política de salud mental, pues es a partir de éstos que se identificarán las problemáticas más recurrentes en el territorio, así como sus respectivas alternativas de solución.

Trastorno mental. Definido por la Ley 1616 de 2013, como *“una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida”*. Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que hay diferentes trastornos mentales y aunque se manifiestan de diversas formas, se caracterizan generalmente por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales, explican que la exposición a las adversidades a edades tempranas, puede ser un factor de riesgo prevenible. También sustentan, que dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran (aunque no siempre) miembros de las familias que viven en la pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los niños expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de edad, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, la población carcelaria o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias.

En el plan de acción de la OMS (2013), se incluyen trastornos mentales para referirse a una serie de trastornos mentales y conductuales que figuran en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexas, décima revisión (CIE-10). Entre ellos se incluyen trastornos con una alta carga de morbilidad, como la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, la demencia, los trastornos por abuso de sustancias, las discapacidades intelectuales y los trastornos conductuales y del desarrollo que suelen iniciarse en la infancia y la adolescencia. Con respecto a la demencia y a los trastornos por abuso de sustancias también pueden ser necesarias otras estrategias preventivas. Además, el plan abarca la prevención del suicidio y muchas de las acciones también son pertinentes para afecciones como la epilepsia.

Según este mismo documento, para los trastornos mentales en la actualidad no existe un indicador biológico para hacer la distinción entre normalidad y anormalidad mental, tampoco se conocen claramente todas las causas de las alteraciones en este campo y se acepta que los trastornos mentales son causados por una mezcla de múltiples factores (biológicos, experienciales, sociales, entre otros). Sin embargo, existen dos manuales de clasificación que son usados a nivel mundial, con el fin de guiar a los especialistas de la salud mental, en la identificación y definición de diagnósticos, éstos son el CIE-10 y el DSM-V (el CIE-10 se actualizó a su versión 11, sin embargo a la fecha, no se ha traducido para Colombia). Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2014), la definición del diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de un trastorno, depende de la duración, coexistencia, intensidad y afectación de la funcionalidad, de la agrupación de pensamientos, percepciones, sentimientos, comportamientos y relaciones.

Con base en lo reportado por la OMS (2001) los trastornos mentales más significativos a nivel mundial son la depresión unipolar, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, la epilepsia, el consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el Alzheimer y otras demencias, los trastornos por estrés postraumático, los trastornos obsesivos compulsivos y los trastorno de pánico. Por su parte en Cundinamarca para el 2017, de acuerdo al Análisis de Situación en Salud de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, los trastornos mentales y del comportamiento que más se presentaron fueron ansiedad, depresión e intoxicación aguda por consumo de alcohol.

Depresión. Según la Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias, *“la depresión es un trastorno mental con tendencia episódica y recurrente que se caracteriza por la presencia de síntomas afectivos (tristeza patológica, disminución del interés en actividades usualmente placenteras) acompañados, en mayor o menor medida, por síntomas cognoscitivos, somáticos y*

psicomotores. Estos síntomas difieren de la variación normal de ánimo por su intensidad y su duración, por la incapacidad que generan y porque afectan todas las esferas del funcionamiento del individuo, la forma como se relaciona con otros y su percepción del medio ambiente” (2013, p.42). Dentro de los síntomas identificados están la tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes.

Este trastorno, según reporta la OMS, es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo afectando a más de 300 millones de personas, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres.

Trastorno Bipolar. Este trastorno se caracteriza por la presencia de episodios en los que se altera el estado emocional, cognoscitivo y comportamental del sujeto, presentándose cambios, desde episodios maníacos (exaltación del ánimo o agresividad con aumento de la producción de ideas, lenguaje y comportamiento); hasta episodios depresivos (tristeza, disminución de las funciones mentales y del comportamiento, cambios significativos de hábitos alimenticios y del sueño); los cambios se puede dar en un mismo periodo de tiempo y en algunas ocasiones el sujeto regresa al estado de ánimo inicial.

Ansiedad. Según Kaplan y Sadock (2015), los trastornos de ansiedad son las alteraciones psiquiátricas que los individuos padecen con más frecuencia. Estos se caracterizan principalmente por el miedo excesivo a situaciones que no representan ningún peligro real, además producen afectación en las respuestas fisiológicas, emocionales y comportamentales, alterando el funcionamiento cotidiano del individuo. Dentro de ésta categoría se identifican: Trastornos de

Angustia o de Pánico con o sin Agorafobia; Trastorno de ansiedad generalizada; Trastorno por estrés agudo y Trastorno de estrés postraumático; Trastorno obsesivo compulsivo; Fobia social; Fobia específica y Otros Trastornos de Ansiedad.

Psicosis o esquizofrenia. De acuerdo con la OMS la esquizofrenia es un grave trastorno mental del neurodesarrollo que afecta alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo. Las psicosis, entre ellas la esquizofrenia, se caracterizan por anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta. Estos trastornos se caracterizan por presentar síntomas como alucinaciones (oír, ver o percibir algo que no existe) y delirios (ideas persistentes que no se ajustan a la realidad de las que el paciente está firmemente convencido, incluso cuando hay pruebas de lo contrario) y alteraciones marcadas del comportamiento y el lenguaje. Estos síntomas afectan el funcionamiento cotidiano (escolar, laboral, familiar y social) de las personas que lo padecen (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Conducta Suicida. La conducta suicida, descrita por el Ministerio de Salud y Protección Social (2017), es una secuencia de eventos a la cual se le llama “proceso suicida”, éste se presenta de manera progresiva y en muchos casos tiene sus inicios con ideas de muerte, seguidas de planes y termina en un intento o intentos reincidentes, con la posibilidad de que aumente la letalidad hasta llegar a la muerte (suicidio consumado).

Discapacidad mental. *La Ley 1616 de 2013 menciona que “se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de*

manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante”.

Problemas Mentales. El documento ABC de la Encuesta de Salud Mental elaborado por el MSPS, define que los problemas mentales, afectan la manera en la que el individuo piensa, siente, actúa e interactúa con los demás. Pero, debido a sus manifestaciones (ya sea por la duración, intensidad, o porque no afectan significativamente la funcionalidad) no son suficientes para incluirlos dentro de un trastorno específico de acuerdo a los criterios de los manuales antes mencionados (CIE 10, DSM –V).

Pueden ser síntomas como ansiedad, tristeza, insomnio, cambios en el apetito u otros sentimientos y conductas que pueden generar malestar y algunos inconvenientes, pero que no generan un deterioro significativo en la cotidianidad del individuo. Sin embargo, con frecuencia son objeto de atención clínica ya que pueden derivar en trastornos mentales (MSPS, 2014).

Problema psicosocial. Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

Epilepsia. Con base en la Guía de Práctica Clínica del MSPS, la epilepsia es un trastorno neurológico crónico con causas diversas, que se caracteriza por crisis e interrupciones recurrentes de la actividad cerebral normal (crisis epilépticas). De los trastornos neurológicos crónicos, la epilepsia es el más común.

Violencias. Con base en la Organización de las Naciones Unidas (2014), la violencia *“es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno*

mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Aunque existen variadas tipificaciones de la violencia, ésta se puede categorizar en tres grandes grupos: **física** (cualquier agresión, mediante el uso de la fuerza que ocasione daños físicos internos o externos a las personas como golpes, quemaduras, etc.); **psicológica** (acción u omisión que busca degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otra persona, puede provocar afectaciones en la salud psicológica, mental, autoestima, etc.); y la **negligencia** (acciones u omisiones con intención, realizadas por los responsables del cuidado de niños, niñas, adolescentes, personas mayores o personas con discapacidad, cuando no atienden las necesidades básicas).

Existen otro tipo de clasificaciones, basadas en la población hacia la que va dirigida, por ejemplo, el maltrato infantil (hacia niños, niñas y adolescentes), violencia hacia la mujer, violencia hacia víctimas del conflicto armado, violencia hacia poblaciones diferenciales (discapacidad, LGBT, indígenas, etc.), por su condición de vulnerabilidad.

Consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Con la implementación del Plan Nacional de Promoción de la Salud, Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021, el cual fue aprobado en el marco de la Comisión Nacional de Estupefacientes, se busca reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas, mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido, dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública. En este marco se plantean las siguientes definiciones elaboradas por

la Dirección de Promoción y Prevención 2016, proporcionadas por el Ministerio de Salud y Protección Social:

Sustancias Psicoactivas (SPA). Hace referencia a toda sustancia que al ser introducida en el organismo a través de cualquier vía (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras) genera una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento.

Aunque existen varias tipificaciones de las sustancias, se mencionará acá las siguientes clasificaciones:

- Según sus efectos en el cerebro (depresoras, estimulantes del sistema nervioso, alucinógenas)
- Según su origen (naturales, sintéticas o semisintéticas)
- Según la normatividad (ilegales o legales)

El consumo de estas sustancias puede generar dependencia y de acuerdo a su frecuencia y los efectos que crea puede llevar a un uso problemático. Un consumo es problemático cuando afecta la salud, las relaciones con la familia y amigos, también cuando altera las actividades diarias como el trabajo o el estudio, o cuando implica problemas económicos o con la ley. Se considera que todo consumo de sustancias lícitas o ilícitas en mujeres embarazadas o en periodo de lactancia así como en niñas, niños y adolescentes, son problemáticos.

Para determinar el nivel de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas se dispone de herramientas de tamizaje que pueden ser auto-aplicadas, o aplicadas por personal capacitado en el entorno escolar, comunitario e institucional, las cuales dan cuenta de la valoración de riesgo en salud; pero también existen valoraciones integrales en salud realizadas por profesionales, las

cuales ayudan a definir el tipo de tratamiento y servicios requeridos de acuerdo al tipo de consumo y sus efectos (físicos, psicosociales, etc.).

Lo anterior se encuentra dispuesto en la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones diseñada en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud, adoptada mediante la Resolución 3202 de 2016, la cual se implementa en los territorios a través de los prestadores de salud y sus redes de instituciones.

Para comprender el consumo de SPA se hace necesario entender los factores asociados a la conducta, tanto los de riesgo como los de protección. Los factores protectores son características o atributos individuales, familiares o sociales, que reducen la posibilidad de uso, abuso o dependencia de las SPA, algunos factores protectores pueden ser: 1) individuales (empatía, habilidades sociales, capacidad para afrontar problemas, resolución de conflicto, estrategias de afrontamiento adecuadas, entre otros); 2) familiares (el respeto, la confianza, las normas y reglas del hogar, la comunicación asertiva, roles establecidos, entre otros); 3) sociales (participación en actividades comunitarias, la normatividad respecto a las SPA, el acceso a servicios de salud y educación, entre otros).

Los factores de riesgo también son características o atributos individuales, familiares o sociales, pero estos posibilitan o aumentan el consumo de SPA. Los factores pueden ser: 1) individuales (baja tolerancia a la frustración, conductas agresivas, baja autoestima, poca percepción de riesgo, entre otros); 2) familiares (consumo de sustancias psicoactivas por parte de padres de familia o cuidadores, disciplina autoritaria, sobreprotección, falta de supervisión de los padres o cuidadores en las actividades de los hijos, violencia intrafamiliar, entre otros); 3) sociales (bajo apoyo de redes

sociales, disponibilidad de las sustancias psicoactivas, uso de sustancias psicoactivas por parte de pares, violencias en el entorno escolar y social, entre otros).

La asociación específica entre influencia parental, uso de alcohol y drogas ilícitas entre adolescentes, ha sido bien documentada para variables como la calidad de la relación padres-hijos (parental attachment), la naturaleza de la supervisión parental (parental monitoring) y las actitudes y hábitos de consumo de alcohol y drogas que tengan o hayan tenido los padres (Eitle, 2004). El alcoholismo parental o uso de sustancias ilícitas en los padres incrementa sustancialmente la probabilidad de uso y, sobre todo, de iniciación temprana (Dishion; Kaplow).

También se ha identificado que la influencia del grupo de pares depende de variables asociadas al proceso familiar, como el nivel de compromiso y supervisión parental. Allí, se considera la “Autonomía prematura”, es decir, cuando los padres se desentienden tempranamente o cuando los adolescentes se involucran con pares desviados (Dishion & Lee, Dishion, Nelson & Bullock).

A través del Plan Nacional de promoción de la salud, prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas, el cual contempla cinco componentes articulados al Plan Decenal de Salud Pública: 1) Fortalecimiento Institucional, 2) promoción de la salud, 3) prevención, 4) tratamiento 5) reducción de riesgos y daños. Este Plan fue aprobado en la Comisión Nacional de Estupefacientes en el año 2014 y expone la situación de Colombia reconocida internacionalmente por la producción y tráfico de drogas, como un país que requiere fortalecer sus acciones para reducir el consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, a partir del cumplimiento de sus responsabilidades en el campo de la salud pública, así como del reconocimiento de lo que se ha logrado y de lo que hace falta, con base en una visión estratégica fundamentada en los datos con los que hoy se cuenta. Este plan aborda de manera integral la reducción del uso, de las



consecuencias y la afectación en la salud por el consumo de sustancias psicoactivas; reconoce el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas como un asunto de salud pública, y el abuso y adicción como una enfermedad que requiere atención integral desde una perspectiva basada en la evidencia y en los derechos humanos.

De acuerdo a la evidencia, son las estrategias de prevención las más costo-efectivas y las que deberían fortalecerse más. Estas estrategias buscan identificar, evitar, reducir, o regular el consumo de sustancias psicoactivas que generan riesgo para la salud o alteraciones en el funcionamiento familiar y social. El departamento en concordancia con los lineamientos nacionales, establece que la prevención se puede realizar de tres maneras, dependiendo el nivel de riesgo de los individuos:

- Universal: Dirigida a todas las poblaciones para el fortalecimiento de los factores protectores y así evitar el consumo de sustancias psicoactivas (se utilizan estrategias como desarrollo de capacidades, fortalecimiento de valores, entre otras)
- Selectiva: Dirigida a poblaciones con factores de riesgo específicos o con mayor probabilidad de riesgo de iniciar consumos de tipo problemáticos
- Indicada: Dirigida a población con consumo de SPA cuyos factores de riesgo aumentan las probabilidades de tener un consumo de dependencia

Las intervenciones en prevención son lideradas por las entidades territoriales de salud en cada departamento y municipio e implementadas por las Entidades Promotoras de Salud a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, estas intervenciones se encuentran incluidas en los Planes de Beneficios (Resolución 5592 de 2015) y el Plan de Intervenciones Colectivas. También son lideradas por organizaciones de la sociedad civil.

Marco institucional

Tomando como marco de abordaje la salud mental positiva de acuerdo a lo establecido en la Ley 1616 de 2013 y los determinantes del desarrollo a nivel poblacional, ambiental, social y económico, a continuación se presenta el marco institucional con el cual cuenta el departamento de Cundinamarca para atender a las necesidades actuales que en salud mental requiere la población, presentando de forma general la estructura institucional, los programas que desarrollan, así como los antecedentes departamentales en la intervención sobre el tema.

A nivel departamental, se cuenta con el Plan de desarrollo “Unidos Podemos Más 2016-2020”, el cual define en la meta 530, la adopción y adaptación del 100% de la Política de Salud Mental Departamental, así como en la meta 300, la implementación de programas de Promoción Prevención y Mitigación del Consumo de Sustancias Psicoactivas en 20 municipios del departamento dirigido a adolescentes y vincular a 600.000 jóvenes en programas deportivos, recreativos y de actividad física que le brinden un entorno de vida y uso saludable del tiempo libre contribuyendo a la reducción de la drogadicción, embarazos no deseados y alcoholismo, en respuesta al Análisis de Situación de Salud-ASIS 2016 y descrito en el Plan Territorial de Salud 2016-2019.

Como parte de los entornos, elementos y mecanismos protectores de la salud mental, la Gobernación de Cundinamarca cuenta con diferentes programas definidos desde el Plan de Desarrollo “Unidos Podemos Más 2016 – 2020”, principalmente en el sector educativo, productivo, de atención y prevención en salud y atención social. Dichos programas son; juntos por la primera infancia; familias unidas y felices; mujeres cundinamarquesas con igualdad de oportunidades; lucha contra la violencia hacia las mujeres en Cundinamarca; infancia con salud y



nutrición; infancia con desarrollo cultural, deportivo, recreativo y participativo; infancia en ambientes protectores; adolescentes cambios con seguridad; jóvenes productivos y emprendedores; adultez con salud, deporte y recreación; envejecimiento y vejez con salud, recreación, deporte y nutrición; envejecimiento y vejez con atención y protección; prevención de consumo de sustancias psicoactivas; víctimas del conflicto armado: oportunidades para la paz; Cundinamarca diversa, cultura para el nuevo liderazgo; aumentando capacidades competitivas; ruralidad con enfoque territorial; desarrollo agropecuario con transformación; redes de la participación ciudadana para la gestión local; con toda seguridad; garantía de derechos humanos y convivencia y cultura ciudadana por la vida y la paz: unidos podemos más.

En el mismo marco, la Beneficencia de Cundinamarca ofrece un programa de protección Social Integral dirigido a niños, niñas y adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad mental, residentes en los 116 Municipios de Cundinamarca en el Nivel Socioeconómico del Sisbén 1 y 2, en condición de extrema vulnerabilidad. Cuenta con Centros de Protección en los municipios de Sibaté y Chipaque para Discapacidad Mental y psiquiátrica; Fusagasugá, Bogotá, Villeta, Facatativá y Arbeláez para adulto mayor y en Fusagasugá y Pacho para Niños, Niñas y Adolescentes. (Cundinamarca, 2017).

Ahora bien, específicamente la Gobernación de Cundinamarca a través de la Secretaría Departamental de Salud desarrolla acciones encaminadas a fortalecer las capacidades institucionales de los municipios por medio de la Dirección de Salud Pública, específicamente desde la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, con el propósito promover la protección, promoción y mejoramiento de la salud mental y la convivencia de la población Cundinamarquesa, así como, la prevención de trastornos mentales y epilepsia, consumo de

sustancias psicoactivas y la conducta Suicida. La Dimensión busca alcanzar dichos objetivos a través de diversas acciones como; el análisis de la situación en salud del departamento con la formulación del plan de intervenciones colectivas, el monitoreo y evaluación de la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios, asistencia técnica y seguimiento a los planes de prevención de oferta y demanda de SPA y de la conducta suicida, la vigilancia en salud pública, la asistencia técnica y supervisión a los municipios en la prestación del plan de intervenciones colectivas, el desarrollo de capacidades en los profesionales y comunidad para la promoción de la salud mental y prevención de factores de riesgo, desarrollo de capacidades de los profesionales de la salud en valoración y atención a los eventos de salud mental, la coordinación en la implementación de la estrategia atención primaria en salud, la dirección en la ejecución de las acciones en salud pública para la promoción y prevención con la población, la concurrencia en municipios de categoría 4, 5 y 6 en temas de interés en salud pública, la generación de conocimiento para la construcción y análisis de la situación de salud y calidad de vida de la población, su monitoreo y evaluación de forma participativa, y la orientación e implementación de las intervenciones de promoción de la salud, calidad de vida, prevención y superación del daño, que incentiven entornos saludables y el desarrollo de competencias ciudadanas y comunitarias en pro de la salud pública.

Con relación a la temática del consumo de sustancias psicoactivas, se brinda línea técnica para la prevención del consumo de Sustancias Psicoactivas, en donde se enfatiza en la importancia de realizar prevención basada en la evidencia a través del nuevo modelo de prevención (universal, selectiva e indicada); que la prevención esté centrada en la centrada en la persona, no sólo en el enfoque informativo; tener en cuenta en la intervención el momento de curso de vida; brindar un

abordaje integral y articulado. El Departamento además, viene implementando una ficha para notificar los casos de consumo problemáticos a través de la Oficina de Vigilancia Epidemiológica, la cual está en proceso de reformulación para que le apunte a tres indicadores: edad de inicio, droga de inicio y patrón de consumo (Sustancias y frecuencia), lo cual permitirá conseguir información actualizada de la situación de consumo de los diferentes municipios.

Los principales estudios y programas adelantados por la Secretaría de Salud han brindado elementos para conocer y profundizar sobre las problemáticas en salud mental que se presentan en los municipios del departamento como:

- El estudio de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar adelantado por la Universidad Nacional de Colombia en 2011
- El proyecto Pactos por la Vida: Saber vivir/Saber Beber adelantado en 2014 por el Centro de Pensamiento Corporación Sociedad y Conflicto el cual tuvo como propósito, dar alcance a las metas de política pública que buscan la reducción del daño y la minimización del riesgo asociado al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Este convenio contempló la creación de planes de acción municipales *“con el fin de construir nuevos acuerdos por la vida entre los cundinamarqueses, para reducir los daños y minimizar los riesgos de accidentalidad, violencia y criminalidad que se viven en nuestra sociedad por efecto de los consumidores abusivos de alcohol y otras sustancias psicoactivas”* (Corporación Sociedad y Conflicto, 2015, p.7) en los municipios de Madrid, Facatativá, Girardot, Villeta, Chía, Ubaté y Pacho.
- El reporte de prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas y factores protectores y de riesgo adelantado por la Corporación Nuevos Rumbos “Comunidades que se cuidan” y la



Fundación Cedavida, realizado en municipios como Villeta, El Rosal, Chocontá, Pacho, Zipaquirá, Gacheta, La Vega, Silvania, Puerto Salgar, Fusagasugá, Subachoque y La Mesa; y con recursos propios los municipios de Sopó, Guasca y Bojacá. El cual tuvo como objetivo, el fortalecer competencias en los actores de la comunidad educativa para prevenir, acoger, escuchar, mediar, organizar, canalizar, acompañar, construir seguridad y formar a las personas, los grupos, las familias y la comunidad

- El proyecto de Zonas de Orientación Escolar ZOEC redes que sostienen, adelantado por la Fundación PREVER IPS en el 2016 en los municipios de Sibaté, Ubaté y Choachí, con el objetivo de fomentar la calidad de vida a través de la incidencia en el cambio de Comportamientos, Actitudes y Percepciones, frente al consumo de SPA , además pretendió fortalecer procesos de inclusión y disminución del estigma social, prevenir vulnerabilidades y reducir factores de riesgo como la desescolarización, la deserción escolar. Estas ZOEC, se definieron como espacios relacionales y físicos en los que se brindan servicios de acogida, escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación y empoderamiento de las comunidades
- De otra parte, de acuerdo con el aumento inusitado que se registró en los últimos tres años en la Provincia Oriente, la ESE San Vicente de Paul de Fómeque suscribió un contrato en el año 2017 con REMY IPS para prevenir la conducta suicida en la población de los municipios de Cáqueza, Chipaque, Choachí, Fómeque, Quetame y Ubaque; para intervenir de forma eficaz y efectiva esta conducta desde los diferentes ámbitos y agentes; para establecer el seguimiento de los casos y para coordinar los recursos institucionales y comunitarios para la prevención, intervención y seguimiento.



- Realización del Comité Institucional y Cívico de prevención del consumo y control de oferta de sustancias psicoactivas
- Realización del Consejo Seccional de Estupefacientes

De otra parte, las acciones de gestión y articulación de la Secretaría de Salud, han permitido el abordaje de la salud mental desde otros programas y Dimensiones de la Dirección de Salud Pública como: el proceso de sensibilización a trabajadores informales para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el entorno laboral y la promoción de la salud mental en el marco de la estrategia de entornos laborales saludables como un elemento fundamental en el sector empresarial formal del departamento; las acciones de identificación y sensibilización para el desestímulo del trabajo infantil, reconocido como una forma de violencia hacia los niños y niñas del departamento; el abordaje y atención de las personas con discapacidad, que contempla los casos originados por trastornos mentales; el seguimiento y acompañamiento para la consolidación de estrategias que contribuyan a la garantía de la seguridad alimentaria y nutricional como un elemento protector en salud mental; el programa de atención y seguimiento perinatal encaminado a fortalecer el vínculo madre/hijo y la prevención y/o atención de la depresión pos-parto; las acciones de vigilancia epidemiológica que contribuyen al conocimiento para la gestión de los diferentes eventos que se presentan en el departamento. Por su parte, la Dirección de Desarrollo de servicios está a cargo de las acciones de vigilancia a la prestación de los servicios de salud mental habilitados en los municipios del departamento y por medio de la Dirección de Aseguramiento se contribuye al acceso de los cundinamarqueses a los servicios en salud. (Cundinamarca, s.f.).



Cabe anotar, que gracias a la articulación con el Ministerio de salud y Protección Social se desarrollan capacidades en salud mental a profesionales de la Secretaria de Salud Departamental, a través de:

- Taller de Entrenamiento Nacional en Tratamiento del Consumo de Drogas-TREANET.
- Desarrollo de Capacidades Comunitarias CRIC
- Formación “ser, saber y hacer” en prevención de consumo de sustancias psicoactivas
- Estrategia 4x4
- Desarrollo de capacidades en la Estrategia de atención del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental MHGAP (Profesionales de todo el departamento)
- El Departamento de Cundinamarca ha estado vinculado a campañas de prevención de consumo de drogas como “Las drogas pueden cambiar tus planes ¡Métele mente y decide!”
- Modelo de atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas MAYTUS

Marco Metodológico

La política pública se construyó a partir de la experiencia, intereses y compromiso institucional y comunitario por mejorar la calidad de vida de las personas, a través de la participación intencionada como un componente estructural de la formulación, implementación y evaluación de ésta.

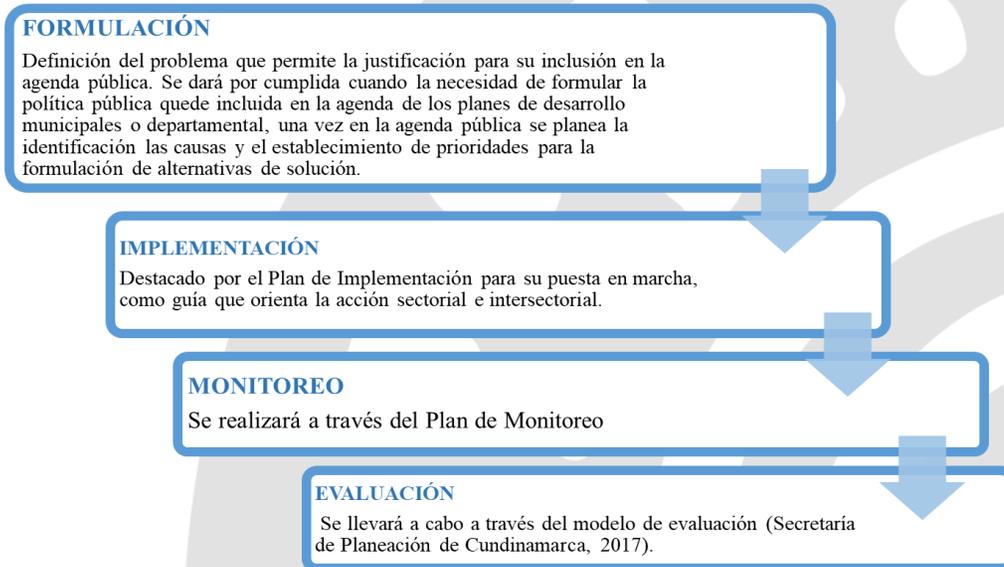


Figura 3. Fases de diseño de la política pública. Secretaría de Planeación (2017).

Para ello la Secretaría de Planeación, la Dirección de Estudios Económicos y Políticas Públicas y la Secretaría de Salud acordaron la ruta a seguir, a través de guía y procedimiento de políticas públicas, la cual comprende las diferentes fases mencionadas previamente (formulación, implementación, monitoreo, evaluación).

Mapa de actores

El mapeo de actores es una técnica que permite identificar en las organizaciones públicas y privadas, las personas que pueden ser importantes en la planeación, diseño, implementación o la elaboración de una evaluación, para este caso la elaboración del diagnóstico, líneas de acción para la implementación de la política pública de Salud Mental del Departamento.

Esta técnica permite asegurar que se tenga claro de antemano, con quienes se cuenta en los diferentes ámbitos y quienes podrían apoyar la implementación de las estrategias de cambio, para la toma de acciones transformadoras, que permitan alcanzar la finalidad de una estrategia o un proyecto.

Por medio de la metodología y los resultados obtenidos del proceso de investigación cualitativa (recolección de información primaria y secundaria), se lograron identificar los diferentes actores sociales e institucionales que intervienen en la política pública, así como aspectos importantes de acuerdo a competencias, roles y criterios de género, edad, discapacidad, enfermedad, origen étnico, víctimas de conflicto interno, diferentes secretarías de la Gobernación de Cundinamarca y entes externos que identificadas las problemáticas, generaron soluciones frente a la construcción de la Política Pública de Salud mental.

Para efectos de la siguiente clasificación se consideró como ámbito local a los niveles descritos en la Ley 1454 de 2011: los municipios, los distritos y los departamentos.

Tabla 5.
 Mapa de actores institucionales

SECTOR		
NOMBRE DE LA ENTIDAD	NIVEL DE INCIDENCIA	ROL - INTERÉS
Secretaría de Salud de Cundinamarca	ALTO	Optimiza las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, de tal manera que se contribuya a la garantía del derecho a una vida digna, larga y saludable.
Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social	ALTO	Líder en la formulación, articulación, coordinación e implementación de las políticas sociales tendientes a la promoción, protección, restitución y garantía de los derechos de todas las personas y grupos poblacionales, con enfoque diferencial, fortaleciendo capacidades humanas e institucionales con estrategias, planes, programas y proyectos, los cuales contribuirán a hacer efectivo el principio de igualdad de los habitantes del Departamento, en especial de las poblaciones más necesitadas y vulneradas..

Beneficencia de Cundinamarca	ALTO	Sus servicios sociales se orientan a la población infantil, juvenil, adultos, adultos mayores y discapacitada más pobre y vulnerable del Departamento de Cundinamarca y de los territorios en los que se convenga, mediante programas orientados a la atención de la población de todo tipo de violencia, a la protección, prevención, restitución de derechos, reincorporación y reintegración a la vida social, formación integral, asistencia social, prestación de servicios, tratamiento y rehabilitación, de conformidad con las normas constitucionales, garantizando el principio de responsabilidad social mediante una eficiente y eficaz.
Instituto Departamental para la Recreación y el Deporte e Cundinamarca	ALTO	Genera acciones interinstitucionales que permitan garantizar el derecho al deporte, la recreación física y la ocupación del tiempo libre, siendo generador de una cultura deportiva, propiciando la interacción integral y la convivencia pacífica de la población cundinamarquesa.
Secretaría de Agricultura	MEDIO	Contribuye al desarrollo sostenible, competitivo y equitativo del sector agropecuario y al mejoramiento de la calidad de vida de la población rural.
Secretaría de Educación	ALTO	Busca lograr el acceso y la permanencia de los niños, niñas y jóvenes de Cundinamarca a un sistema educativo, caracterizado por la calidad, la equidad, la eficiencia y la pertinencia, en el que se forma a ciudadanos comprometidos consigo mismos, sus comunidades, la región, el departamento y el país, para contribuir en la construcción de una sociedad justa, democrática, incluyente y productiva.
Secretaría de Gobierno	ALTO	Consolida la convivencia pacífica de los ciudadanos, mediante el respeto y la protección de sus derechos y atención de las víctimas del conflicto interno. Dirige y supervisa el diseño y desarrollo de políticas que permitan afianzar y profundizar los principios del Estado social de derecho, la convivencia y participación ciudadana, la

		tolerancia, el respeto de los derechos humanos, la paz y la descentralización administrativa en el Departamento.
Secretaría de Transporte y Movilidad	MEDIO	<p>Desarrolla infraestructura vial y de transporte, en procura del mejoramiento de la movilidad y la disminución de la accidentalidad vial.</p> <p>Diseña, formula, establece y ejecuta los planes, programas y campañas en materia de prevención de la accidentalidad y en educación vial</p>
Secretaría de Competitividad y Desarrollo Económico	BAJO	Promueve el crecimiento económico sostenible, a través del fortalecimiento y consolidación del desarrollo económico sustentable y equitativo.
Secretaría de las Tic	MEDIO	Gestiona la prestación de servicios, mediante la promoción de la convivencia digital, la implementación de tecnología y la información y comunicación eficiente.
Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación	BAJO	Orienta y guía sobre planes y programas en materia de desarrollo tecnológico, científico y gestión de la innovación.
Unidad Administrativa Especial para la Gestión del Riesgo de Desastres	ALTO	Orienta la gestión y coordina las entidades del Sistema Departamental para la Gestión del Riesgo de Desastres, con el fin de prevenir y mitigar los riesgos, articular las acciones de intervención, organizar la atención de emergencias, la rehabilitación y reconstrucción en caso de desastre; incorpora el conocimiento, reduce y maneja el riesgo con el concepto de prevención en la planificación, educación y cultura del departamento de Cundinamarca para el tema, a fin de disminuir la vulnerabilidad y los efectos catastróficos de los desastres naturales y antrópicos, dentro de las competencias establecidas en la Ley 1523 de 2012.

Secretaría de la Mujer	ALTO	Implementa, monitorea y evalúa la política pública de mujer, equidad de género e igualdad de oportunidades, realizar actividades que brinden condiciones de equidad e igualdad de oportunidades para las mujeres de Cundinamarca, propiciando la adecuación de las instituciones y la transformación de las prácticas culturales que menoscaban sus derechos, con el propósito de lograr el mejoramiento integral y el pleno ejercicio de los derechos humanos de las mujeres.
Empresas públicas de Cundinamarca	BAJO	Gestiona integralmente proyectos y presta efectivamente los servicios públicos.
Instituto Departamental de Cultura y Turismo	ALTO	Genera proyectos que contribuyen al desarrollo cultural y turístico, promueve el arte, y fomenta valores que propicien la paz y la convivencia.
Instituto Departamental de Acción Comunal	MEDIO	Gestiona proyectos de fomento a la participación comunitaria.
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF	ALTO	Trabaja con calidad y transparencia por el desarrollo y la protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias colombianas.
Policía departamental	ALTO	
SENA	MEDIO	Encargado de cumplir la función que le corresponde al Estado de invertir en el desarrollo social y técnico de los trabajadores colombianos, ofreciendo y ejecutando la formación profesional integral, para la incorporación y el desarrollo de las personas en actividades productivas que contribuyan al desarrollo social, económico y tecnológico del país.
Empresa de licores de Cundinamarca		Destinación de recursos de utilidad anual a la mejora de la salud y el desarrollo del deporte en el departamento a las diferentes obras que mejoran la calidad de vida de los cundinamarqueses.

		<p>Partiendo de la inversión y el desarrollo se han impulsado importantes proyectos que mejoran el bienestar de los cundinamarqueses, escuelas y hospitales se han visto beneficiados con aportes realizados por la ELC.</p>
--	--	--

(Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, 2018)

En la siguiente tabla, se incluirán otros actores que se tuvieron en cuenta.

Tabla 6.

Mapa de otros actores.

ÁMBITO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	SECTOR			ROL INTERÉS	
		PÚBLI CO- ESTA TAL	COMPO SICIÓN MIXTA	PRIVA DO	NIVEL DE INCIDE NCIA	FUNCIÓN MISIONAL PRINCIPAL EN SALUD MENTAL
ACTORES MUNICIPAL ES	Alcaldías municipales	X			Alto	Adoptar y adaptar política publica de salud mental e implementar programas de prevención y promoción de la salud mental Fortalecer la red del buen trato
	ESE hospitales municipales	X			Alto	Programas de Promoción y Prevención Brindar atención oportuna y con calidad
	Secretarías de Salud	X			Alto	Inspección, vigilancia y control de la atención en salud mental



						<p>implementar Programas de Promoción y Prevención</p> <p>Dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en salud en el ámbito de su jurisdicción</p>
					Alto	Fortalecimiento redes del buen trato
	Secretarías de Desarrollo Social y Educación	X			Alto	Articulación en acciones de prevención y promoción de la salud mental
	Secretarías de Gobierno	X			Alto	Velar por los derechos y deberes de la población en Cundinamarca y Articulación en acciones de prevención y promoción de la salud mental.
SECTOR PRIVADO	Agremiaciones, asociaciones, empresas, etc.			x	Alto	Centro de atención y rehabilitación en salud mental

ACTORES NACIONALES	Ministerio de salud y protección social	x			Alto	Política Pública de Salud Mental - Consejo de salud mental
	Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	x			Alto	Medidas de atención, asistencia y reparación integral para la comunidad
	Defensoría del pueblo	x			Alto	Velar por la promoción, el ejercicio y la divulgación de los derechos humanos.
	Departamento para la prosperidad social	x			Alto	Inclusión social e implementación de acciones para la estabilización socioeconómica.
SECTOR SALUD	EAPB subsidiadas y contributivas ARL	X			Alto	Afiliación al sistema del régimen contributivo o subsidiado, implementar programas de prevención promoción y atención en salud mental

<p>CONSEJOS DEPARTAMENTALES, DE SALUD MENTAL, CONSEJO SECCIONAL DE ESTUPEFACIENTES Y EL PLAN DEPARTAMENTAL DE DROGAS COMITÉ DTAL DE REDUCCIÓN N DEL CONSUMO Y CONTROL DE LA OFERTA ILÍCITA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</p>	<p>Gobernación de Cundinamarca Secretaría de Salud</p>	<p>x</p>		<p>Alto</p>	<p>Decreto 221 del 18 de octubre de 2018 por el cual se dictan disposiciones relativas al consejo DPTAL de Política Social de Cundinamarca CODEPS El artículo 98 de la Ley 30 de 1986, Establece en todos los Departamentos y en el Distrito Capital de Bogotá, funcionará un Consejo Seccional de Estupefacientes. Adicionalmente en éste artículo se establece la composición de los Consejos Seccionales, así como la posibilidad de integrar a estos, los demás miembros que el Consejo Nacional de Estupefacientes considere pertinentes, de acuerdo con las características de cada región.</p>
---	---	----------	--	-------------	---

(Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, 2018)



El grupo poblacional con el cual se trabajó para el levantamiento de la información primaria, estuvo conformado por Funcionarios públicos de sectores de gobierno, salud, educación, protección, asociaciones de usuarios EPS Convida, líderes comunitarios (ediles, presidentes JAC), representantes de colectivos (LGBTI, víctimas, jóvenes y comunidad en general). Otros grupos poblacionales fueron los Indígenas Sesquilé Quechwas y Je.ëruriwa residentes en zona rural del municipio de Medina. Con el fin de obtener el máximo potencial posible en las mesas provinciales, sensibilizar y recoger información primaria de la situación en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas del departamento, se estableció un número de participantes por municipio entre 5 y 10 personas, para un total provincial entre 10 y 70 personas.

Entendiendo que la salud es un aspecto de interés multisectorial, ya que impacta y se ve impactado por diferentes aspectos de la vida social, se realizó una convocatoria amplia, no obstante, la mayor participación estuvo centrada en el sector salud. Los participantes fueron en su mayoría funcionarios de alcaldías municipales, comisarías de familia, hospitales, ICBF, PIC y representantes de la comunidad (usuarios, adultos mayores, representantes de JAC).

Estrategia de Participación

Partiendo del precepto que el ejercicio de políticas públicas debe favorecer la participación de los ciudadanos como una de las maneras de fomentar y ejercer la gobernabilidad y teniendo en cuenta uno de los procedimientos definidos por la Dirección de Políticas Públicas de la Secretaría de Planeación, incluye lo correspondiente a las memorias de participación, como estrategia para consultar información de fuentes primarias, respecto a las problemáticas, sus causas y posibles alternativas de solución, para la construcción de la política de salud mental, se definió como



estrategia adelantar mesas de trabajo a través de jornadas provinciales utilizando diferentes metodologías participativas que se describen más adelante.

Lo anterior, considerando la extensión geográfica del departamento y la dificultad para hacer reuniones en cada uno de los 116 municipios, para tal fin, se expidió la circular 137 de 18 de octubre de 2017, por medio de la cual la Secretaría de Salud invitó a participar a los diferentes actores institucionales y comunitarios de las provincias. Para cada jornada se elaboró una agenda en la cual además de detallar horario y lugar del encuentro, contenía un cuadro con el perfil de los actores a ser convocados según sector, entidad, área o dependencia.

Además de las jornadas por provincia, se citó a una sesión denominada “sesión complementaria” a la cual se invitaron los municipios que no participaron de las jornadas en sus respectivas provincias. Se adelantó una mesa con jóvenes, otra con EPS, una con población víctima en el municipio de Sibaté y una última con población indígena en el municipio de Sesquilé.

Para este proceso la Gobernación de Cundinamarca, a través del proceso de selección de concurso de méritos No. ss-cm-002 de agosto de 2017, con el objeto de “Formular la Política Pública de Salud Mental con la participación activa de los diferentes actores sectoriales e intersectoriales, definiendo las líneas estratégicas, que permitan la adopción, implementación, seguimiento y evaluación para abordar la problemática en Cundinamarca”, celebró el contrato de consultoría-No. 799 de 2017, entre el Departamento de Cundinamarca-Secretaría de Salud y la Fundación Nueva Vida para un País Libre -FUNDIPAL-. La cual, con el equipo de consultores definido en los estudios previos, desarrolló las siguientes fases del proceso:



Figura 4. Proceso metodológico. Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental (2018).

Previo a la etapa de alistamiento la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, realizó un ejercicio de pilotaje en los municipios de Soacha y Funza. Este ejercicio se realizó a través de unos grupos focales dirigidos a segmentos institucionales y comunitarios de diferentes grupos etarios, tuvo como fin validar las preguntas y metodología para recopilar información sobre imaginarios y percepciones relacionados con la salud mental y sus eventos (consumo de sustancias SPA, violencias, conducta suicida y trastornos mentales); además de dar cuenta de qué tan involucradas se pueden encontrar las instituciones con el tema de la salud mental. Con este ejercicio se logró identificar el tipo de preguntas y temáticas a ser abordadas en los ejercicios posteriores, la disposición de tiempos y espacios requeridos para los mismos, así como la inclusión de otras poblaciones como víctimas del conflicto armado y población representativa de zonas rurales y urbanas.

Para el levantamiento de la información primaria, se realizaron mesas provinciales en donde se abarcaron 15 provincias, con la participación de 98 municipios a través de 426 asistentes, así:

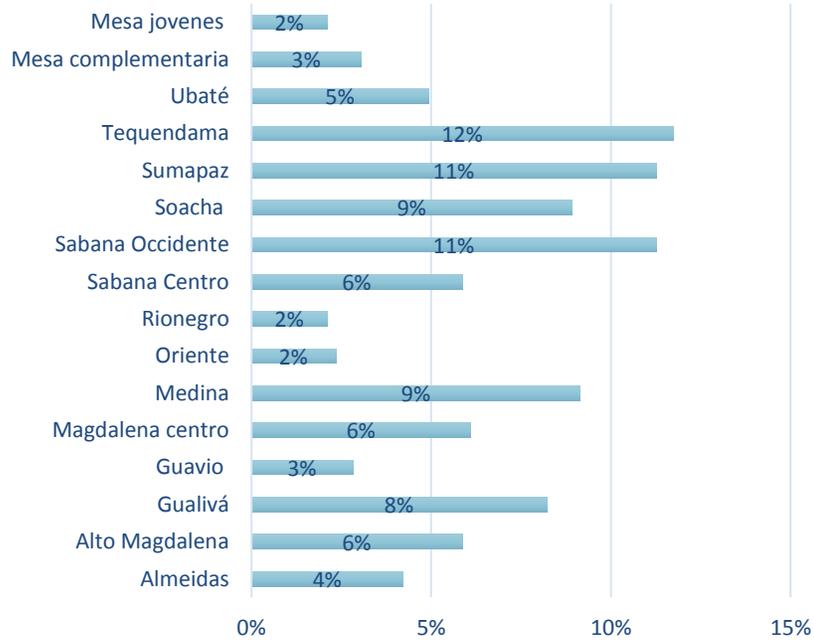


Figura 5. Participación en la construcción de la política pública por provincia. FUNDIPAL (2017).

Adicionalmente, se llevó a cabo una mesa de expertos para la validación del documento, la selección del grupo de expertos se realizó de manera concertada entre el grupo consultor y la secretaría de Salud Departamental de Salud de Cundinamarca, priorizando expertos a nivel departamental y nacional en diseño de políticas públicas y expertos en cada una de las temáticas priorizadas por el grupo: Convivencia, consumo de Sustancias Psicoactivas y Problemas y Trastornos de Salud Mental. También se realizó, una mesa final con EAPB y una con el equipo de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, a fin de comprender las problemáticas detectadas en el proceso de la formulación, a la luz de su experiencia.



Metodología de la Investigación

La metodología escogida para el proceso de investigación en el territorio de Cundinamarca es de carácter cualitativo, ya que es un método flexible y abierto al abordaje para poder conocer las dinámicas territoriales, orientado a profundizar en los eventos de interés en salud pública, describiendo, analizando y comprendiendo de manera inductiva la situación a partir de sus rasgos determinantes. Este método permite la implementación de herramientas ágiles y de fácil manejo en la recolección de información y que además permite sistematizar, analizar e interpretar todo el proceso de investigación, de manera cualitativa (Bonilla, 2006).

De acuerdo al objetivo planteado, la investigación se caracterizó por recopilar y analizar información de dos fuentes: **fuentes primarias** y **fuentes secundarias** para luego realizar una triangulación de dicha información y obtener así un análisis más completo. Finalmente se realizó la validación de la información a través de la mesa de expertos.

El proceso se realizó de la siguiente manera:

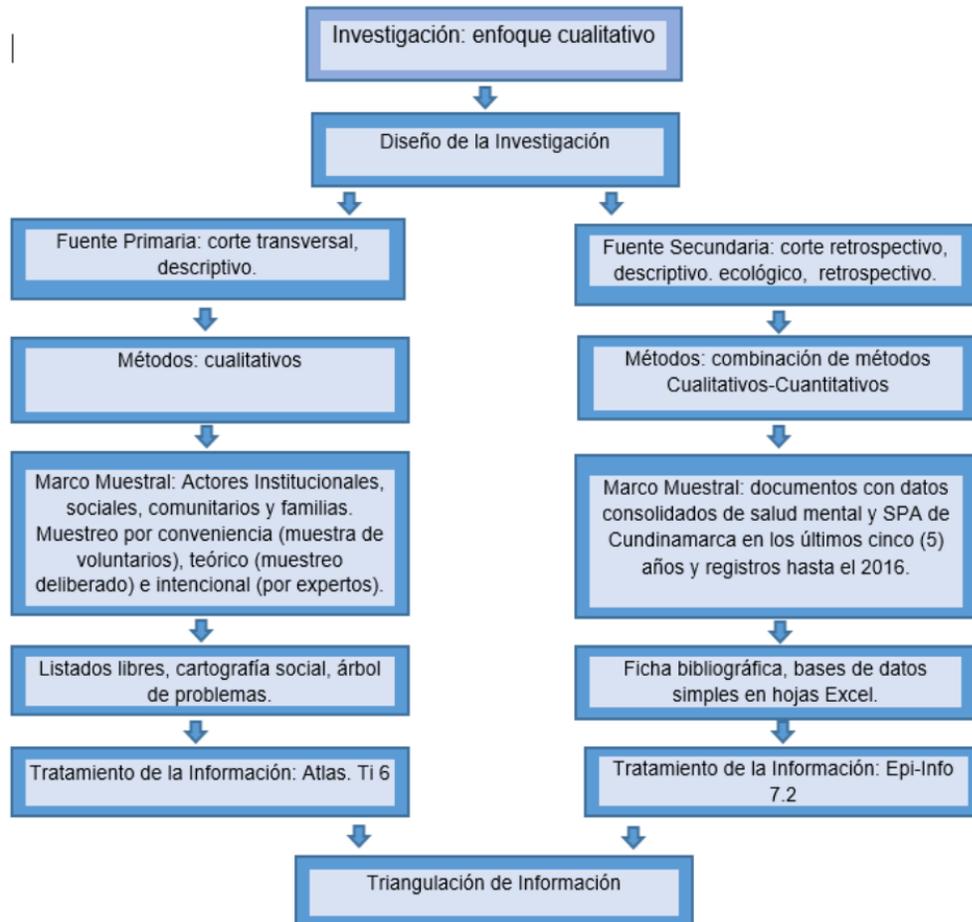


Figura 6. Investigación Cualitativa. Equipo FUNDIPAL (2017).

A continuación se describirá en detalle el proceso metodológico de cada una de las fuentes.

Fuentes primarias

Para el levantamiento de información a través de las fuentes primarias se sugirió el modo de aplicación, en el marco de un taller participativo, liderado por una persona por cada diez participantes, guiado por una figura de facilitador, con una duración de 5 horas, por las características de la información a recolectar y los actores sujetos de estudio.



Método. Se utilizó el método cualitativo. Este enfoque busco entender la situación de la salud mental en el marco de los determinantes sociales de la salud como un todo, teniendo en cuenta las dinámicas territoriales, orientado a profundizar en los eventos de interés en salud pública, describiendo, analizando y comprendiendo de manera inductiva la situación a partir de sus rasgos determinantes, según fueron percibidos por los actores institucionales, sociales, comunitarios y familias participantes.

Marco muestral. Se caracterizó por conveniencia e intencionalidad, como un muestreo no probabilístico donde los sujetos fueron seleccionados dada la conveniencia de voluntariedad, accesibilidad, experticia y proximidad al equipo consultor, las Secretarías de Salud departamental y municipales. Para construirlo se recurrió primero al equipo de trabajo de la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental, segundo, la Oficina de la Gerencia de Asuntos Étnicos Departamental y Gobernadores indígenas, con quienes se obtuvieron los listados de la población a participar del ejercicio de recolección de información primaria para la formulación de la política pública de salud mental. El marco muestral es el dispositivo que permitió identificar a cada uno de las personas de la población objetivo, en este caso los Actores institucionales, sociales, comunitarios y familias, residente en el departamento de Cundinamarca.

Técnicas e instrumentos. Dentro de las técnicas que se utilizaron se encuentran: los *listados libres (metaplan)*, la *cartografía social* y el *árbol de problemas*, con el fin de identificar las percepciones, imaginarios y representaciones sociales que giran en torno a problemas asociados al consumo de SPA, situaciones de violencia, suicidio, trastornos mentales y las implicaciones que estas tienen en sus vidas y las de sus familias. Adicionalmente, en una mesa de

trabajo con el equipo de la dimensión de convivencia social y salud mental, se realizó el ejercicio de *espina de pescado*.

A continuación se relacionan las técnicas utilizadas con los respectivos instrumentos que se utilizaron para su ejecución:

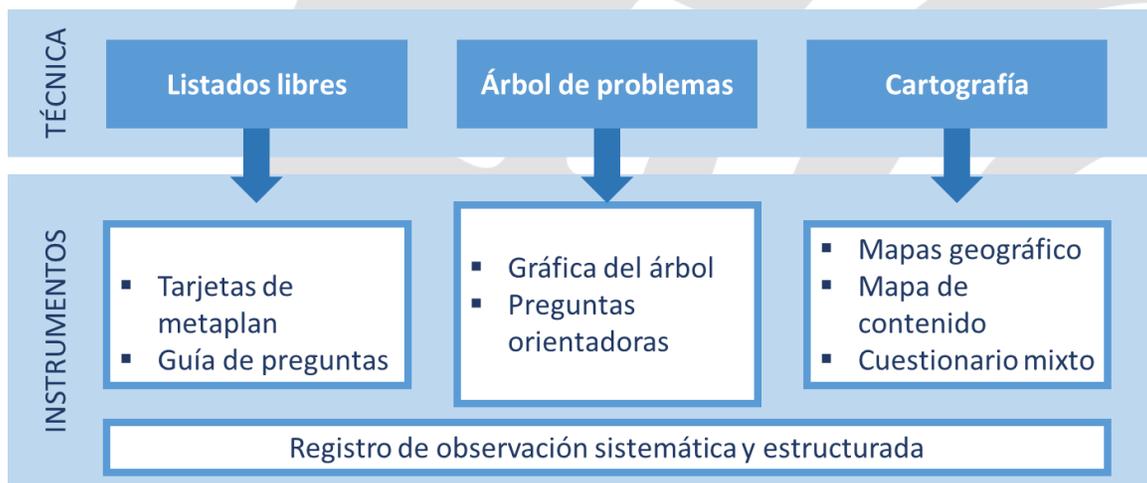


Figura 7. Técnicas e instrumentos fuentes primarias. Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental (2018).

- Listados libres.** Esta técnica se ha definido como un método de moderación grupal para compartir información que involucra a todos los participantes. Se caracteriza como un conjunto de "herramientas de comunicación" para utilizar en grupos que buscan opiniones, conocimientos, percepciones, imaginarios y representaciones sociales (Schelle, 2009). Los instrumentos que se utilizaron, tal como se vio en la figura anterior, fueron la guía de preguntas orientadoras y las tarjetas de metaplan.

Para la elaboración de la guía de preguntas se tomó en cuenta el texto “Más allá del dilema de los métodos” de Elsy Bonilla. Inicialmente se creó una matriz de análisis que ayudó a delimitar los aspectos a evaluar (variables) para dar respuesta al interrogante planteado “situación de

la salud mental y sustancia psicoactivas desde las percepciones, imaginarios y representaciones de los cundinamarqueses”.

La construcción de las preguntas, inicia con la definición de las variables, en el cual se establecieron los aspectos preliminares del diseño, modo de aplicación, duración, estructuración de las preguntas, las opciones de respuesta, la elaboración de instrucciones y formato de respuesta. Para la revisión de las preguntas se con el apoyo de la del equipo de salud mental de la Dirección de Salud Pública.

La guía de preguntas se consideró un instrumento flexible y de naturaleza cualitativa, compuesta por preguntas **singulares abiertas** (descriptivas sobre conocimiento, experiencias, formación, pensamientos, entre otros) que permitieron a los participantes responder en sus propios términos y **cerradas** con opciones de respuestas dicotómicas (si - no), teniendo en cuenta las categorías definidas conceptualmente.

Tabla 7.
 Preguntas realizadas para el desarrollo del metaplan.

Categoría Analítica	Preguntas Realizadas
Percepción	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es para usted el bienestar mental? • Cuándo le dicen salud mental ¿usted en qué piensa? • ¿Qué no es salud mental? • ¿Qué es un trastorno mental? • ¿Qué le viene a la mente cuando escuchan la palabra depresión? • ¿Qué le viene a la mente cuando escuchan la palabra bipolaridad o trastorno bipolar? • ¿Qué le viene a la mente cuando escucha problemas o trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes? • ¿Qué le viene a la mente cuando escuchan la palabra sicosis/esquizofrenia?

	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué le viene a la mente cuando escuchan la palabra ansiedad? • ¿Qué le viene a la mente cuando escuchan la palabra suicidio? • ¿Qué le viene a la mente cuando escuchan violencia o maltrato hacia niños, niñas adolescentes? • ¿Qué le viene a la mente cuando escuchan violencia hacia las mujeres? • ¿Qué le viene a la mente cuando escuchan violencia por el conflicto armado? • ¿Qué le viene a la mente cuando escuchan consumo de sustancias psicoactivas? • ¿Cuándo escuchan sustancias psicoactivas, cuáles se le vienen a la mente?
Imaginario social	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué cree que, a las personas, las familias o los colectivos de su municipio no tienen problemas o trastornos mentales? • ¿Por qué cree que se presentan los problemas o trastornos mentales en las personas, familias o colectivos en el municipio? • ¿Por qué cree que los individuos, familias o colectivos de su municipio o provincia pueden cumplir los proyectos y metas?
Representación social	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo una persona, familia o colectivo de su municipio tiene problemas o trastornos mentales, ¿quién y cómo lo apoya? • ¿Qué favorece el bienestar y la salud mental en su municipio? • ¿Qué está ocasionando los problemas, enfermedades o trastornos en las personas de su municipio? • ¿Qué hacen las personas, familias o colectivos para conservar el bienestar, manejar o curarlos problemas o trastornos mentales?

(FUNDIPAL, 2017)

Una vez definido el instrumento, fue valorado por un grupo de once profesionales de diversas disciplinas, mayoritariamente sociales, salud y psicología, los cuales dieron sugerencias para reestructurar las preguntas y acondicionar el lenguaje de acuerdo a la población a intervenir, en especial la población indígena. Durante el ejercicio se les proporcionó a los participantes un término inductor (mediante una pregunta) y se solicitó que escribieran las primeras tres palabras que les vinieran a la mente con relación a la pregunta.

- **Cartografía Social.** Es una herramienta de planificación y transformación social, fundamentada en los principios metodológicos de la investigación-acción-participativa, que involucra la participación activa de los miembros de la comunidad, por lo que implica la elaboración colectiva del conocimiento para dar cuenta y razón de la subjetividad del espacio vital, así como favorecer la construcción de un conocimiento integral del territorio, utilizando instrumentos técnicos como el uso de mapas y elementos gráficos. Se toma pues, esta técnica para la identificación de las problemáticas en salud mental en Cundinamarca, mediante la elaboración colectiva de mapas que representen significativamente cada provincia según la organización territorial de Cundinamarca, posibilitando el conocimiento del mismo, para la construcción de propuestas intersectoriales, sectoriales, sociales y comunitarias que contribuyan a transformar la problemática en relación a salud mental de las poblaciones que habitan en él. Este ejercicio propone visibilizar el papel que juega cada uno de los participantes en la construcción social del territorio, permite dar claridades entorno a la corresponsabilidad de individuos y organizaciones y construir consensos frente a una realidad vivida (presente) y una realidad deseada (futuro); además permite abordar los imaginarios sobre la institucionalidad, los actores comunitarios, las organizaciones y los individuos.

Dentro de los instrumentos utilizados, se encontraron un mapa geográfico y uno de contenido en el cual se buscó que se tuvieran en cuenta dos componentes: un mapa con las dimensiones del desarrollo PASE (poblacional, ambiental, social/institucional y económico) y otro con el contenido específico o temático, en este caso, la información relacionada con la salud mental y el consumo de SPA. Finalizado el mapeo de las dimensiones del desarrollo, se graficaron las situaciones y factores de riesgo y protección asociados a la salud mental y al consumo

sustancias psicoactivas; que según la guía para elaboración de mapa temático (Anexo 4.1) estuvo enfocado en bienestar mental, salud mental, trastornos mentales y sustancias psicoactivas. A continuación, se presenta uno de los mapas construidos en los talleres.

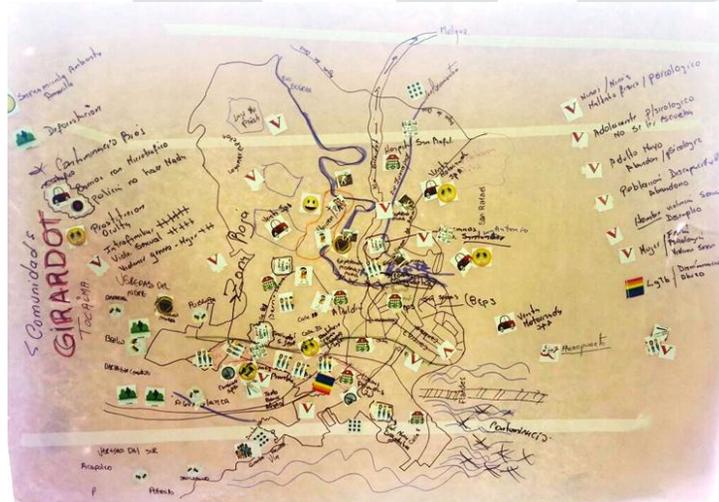


Figura 8. Mapa temático del municipio de Girardot. Insumo mesa provincial de Girardot (2017).

Además de los mapas de desarrollo y de contenido temático, se presenta el esquema y las preguntas usadas para obtener información primaria (cuestionario mixto) de cada una de las dimensiones del desarrollo humano.

Para cada una de las dimensiones se definió una batería de preguntas que permitieron dinamizar la discusión y el consenso para realizar el primer mapa con relación a las 4 dimensiones del desarrollo humano. A continuación, se describen las dimensiones con sus enfoques y preguntas.

Tabla 8.

Batería de preguntas Dimensiones del desarrollo humano PASE.

DIMENSIONES DEL DESARROLLO HUMANO	
Dimensión Poblacional- Curso De Vida	
ENFOQUES: Derechos- Diferencial- Género	
PREGUNTAS	

Ubique ¿dónde viven cada uno de Uds.? (pegar un sticker con figura de casa)

Ubique donde se concentra más la población de su municipio: Primera Infancia, infancia y adolescencia, juventud, adultos, adultos mayores, personas en condición de discapacidad, víctimas del conflicto armado.

¿Dónde viven los pueblos indígenas, afros ROM? ¿Viven propiedad colectiva.

¿En qué sitio se desarrollan en su vida cotidiana las mujeres, hombres, LGTBI?

Dimensión Ambiental

ENFOQUES: Determinantes sociales

PREGUNTAS

5. Identifique las principales fuentes de agua: ríos, quebradas, lagunas, (¿ya sea que sirvan a la propia comunidad o pueblo indígena o que surtan al acueducto local?
6. Identifique la presencia de riesgos naturales (volcanes, zonas de deslizamientos, zonas inundables, zona sísmica, etc.). ¿Conocen si tiene planes de riesgo?
7. Identifique si en su provincia existen zonas de explotación: mineras, madera, petróleo, ¿hidroeléctrica?
8. Identifique si en su provincia o municipio existen zonas de conflicto armado, disputa de tierras u otros eventos producidos por la violencia (pegar sticker con la sigla).

Dimensión Económica

ENFOQUES: Determinantes sociales

PREGUNTAS

9. Identifique las actividades comerciales o económicas más relevantes que se desarrollan en su provincia: áreas de producción agrícola, pecuaria, minera, petrolera, industrial, comercial y turística.
10. Señale las vías de acceso existentes (terrestre, fluvial, aérea, otras)- (pegar un sticker con la figura correspondiente)
11. ¿Cómo perciben económicamente a su municipio o provincia? (pegar un sticker con la figura y el signo correspondiente)
12. Identifique las actividades comerciales o económicas más relevantes que se

desarrollan en su provincia: áreas de producción agrícola, pecuaria, minera, petrolera, industrial, comercial y turística.

Dimensión Social-institucional

ENFOQUES: Promoción de calidad de vida

Desarrollo humano y construcción de paz

PREGUNTAS

13. ¿Dónde se ubica la institución/organización o comunidad que usted representa?
14. ¿Ubiquen todas las instituciones existentes en el municipio o en la provincia (según los sectores: salud, recreación, deporte cultura, educación, protección, justicia, gobierno, ONG's, etc.)?
15. ¿Qué organizaciones sociales existen en el municipio o la provincia? (pegar un sticker configura de institución con un espacio en blanco para anotar el nombre correspondiente).
16. ¿El municipio cuenta con una red de Salud Mental? (pegue un sticker verde si existe y está funcionando, uno amarillo si existe, pero no funciona, y uno sticker rojo si no existe).

(FUNDIPAL, 2017)

Para la elaboración del segundo mapa de contenido específico denominado mapa temático, el cual buscó obtener información relacionada con la salud mental y el consumo de SPA a nivel municipal, se diseñó una guía temática que permitió realizar primero un ejercicio individual y luego colectivo, las preguntas se describen a continuación:

Tabla 9.
Mapa temático.

MAPA TEMÁTICO

VARIABLES

1. Identificación de problemas o trastornos mentales
2. Reconocimiento de las violencias
3. Identificación de consumo de sustancias Psicoactivas
4. Identificación de puntos de expendio o micro tráfico

5. Identificación de casos de suicidio

6. Identificación de las sustancias psicoactivas más usadas en el territorio

PREGUNTAS

1. ¿Conoce problemas o trastornos de salud mental en su municipio? En el mapa temático pegar un sticker de los trastornos identificados y el tipo de población a quien afecta con mayor frecuencia. Una vez establecido el problema y trastorno en el mapa temático sanforizar la situación: Punto de color rojo: si es una situación crítica que debe ser priorizada, amarillo si es una situación de alarma y verde si es una situación a la cual hay que realizarle solo un seguimiento.
2. Identifique en el mapa los lugares donde se presenta violencia
3. Ubique en el mapa los lugares en donde se expenden y consumen sustancias psicoactivas en su municipio. Pegue el sticker específico según la sustancia que se expende y/o consume sobre la
4. institución ya identificada en el mapa socio/institucional.
5. Señale a qué tipo de población afecta con mayor frecuencia el consumo de sustancias psicoactivas, según la sustancia. Sobre el sticker específico de la sustancia pegada en el mapa se anota la sigla del grupo poblacional que se ve afectada en mayor.
6. ¿Qué tipo de sustancias psicoactivas son usadas más frecuentemente en su municipio? Pegue en el mapa el sticker correspondiente, según la sustancia.
7. En el mapa temático ubique un sticker en forma de estrella sobre las instituciones que realizan promoción, prevención y atención en salud mental. En el sticker coloque un signo (+) si la intervención es aceptada o un signo (-) si la intervención es rechazada por la comunidad.
8. ¿En su municipio se han presentado suicidios en los últimos 5 años?

(FUNDINPAL, 2017)

A partir del trabajo de cartografía social, el equipo de relatores realizó un análisis de la frecuencia en la que aparecían en cada mesa de trabajo las problemáticas. Posteriormente, en una matriz se establecieron las puntuaciones con relación al grado de gravedad, frecuencia, la tendencia, la valoración social que tiene el problema y la vulnerabilidad. Con base en la frecuencia se seleccionaron aquellas de mayor relevancia para la provincia, teniendo en cuenta que las problemáticas identificadas se encontraran en todos o la mayoría de municipios

presentes en la jornada. Durante los acuerdos el facilitador aclaró los criterios para jerarquizar la problemática e identificaba los puntos comunes y divergentes que se encontraban entre los municipios.

- **Árbol de problemas.** La técnica “árbol de problemas” llamado también análisis situacional o análisis de problemas, tuvo como propósito determinar con claridad el problema a tratar en la Política Pública de Salud Mental y plantear los elementos fundamentales para su abordaje e intervención. Como instrumentos se utilizaron la gráfica de un árbol para ubicar el problema central con sus respectivas causas y consecuencias, para la discusión por mesas y acuerdos en plenaria; y el cuestionario mixto de naturaleza cualitativa, compuesto por preguntas abiertas y cerradas, con el fin de guiar el ejercicio.

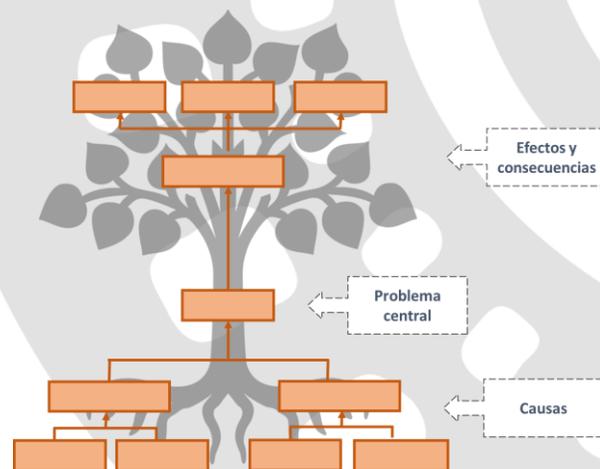


Figura 9. Ejemplo de árbol de problemas. Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental (2018).

Para la elaboración del árbol se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

1. Tronco del árbol: Se simbolizó como el problema central, con éste se buscó conocer su importancia. Este ejercicio sistemático buscó demostrar que el problema merece ser resuelto, así como identificar la razón de éste

2. Rama del árbol: Para simbolizar los efectos más importantes del problema en cuestión. Luego de tener un orden de importancia de todos los efectos, se identificaron las repercusiones encadenadas del problema
3. Raíces del árbol: Para identificar las causas del problema central definido. Las cuales se obtuvieron a partir de una lluvia de ideas por mesa, acerca de los posibles efectos que se pueden generar para el problema determinado. Los efectos pueden ser de dos tipos: los *que ya se vienen percibiendo efectivamente* y los que constituyen una *amenaza o peligro*, ambos se identificaron para priorizar su importancia

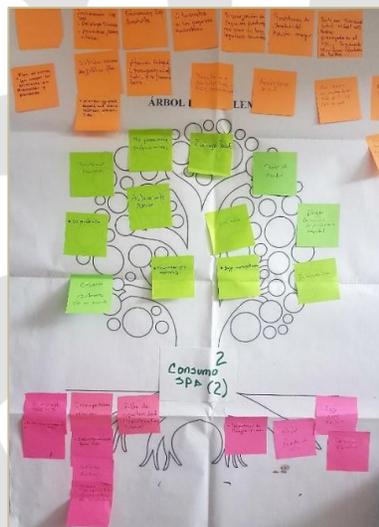


Figura 10. *Árbol de problemas*. Insumo mesas provinciales (2017).

Técnicas de Tratamiento e Interpretación de Datos. Las Mesas Provinciales fueron registradas a través de medios visuales. En cada taller se diligenciaron y/o construyeron los siguientes documentos: listado de asistencia, fichas de colores utilizadas en el metaplan, mapas de cartografía social, cartelera de árbol de problemas y alternativas de solución, relatoría por mesa. Además de la información antes mencionada, la persona encargada de sistematizar cada Mesa Provincial,

consolidó un documento que contenía la información general del taller, los resultados obtenidos, la identificación de problemáticas en salud mental, inquietudes y comentarios de los participantes y notas de campo. Con base en estos documentos individuales se consolidaron dos documentos: 1) Sistematización de información Primaria obtenida en las Mesas provinciales y 2) Resultados encontrados (respuestas cualitativas de encuesta realizada y listados libres de percepciones, imaginarios y representaciones sociales sobre salud mental).

Toda la información cualitativa se procesó y sistematizó a través del software de análisis cualitativo Atlas Ti. Posteriormente se realizó un análisis de concurrencia que permitirá identificar aquellos aspectos señalados con mayor frecuencia por los participantes. La información correspondiente al mapa temático se transcribirá y digitara en un formulario de google y se procesara y analizará en Excel.

Fuentes secundarias

El levantamiento de información Secundaria consistió en la búsqueda, revisión y análisis de documentos originales; investigaciones; estudios sobre los antecedentes; información sobre el estado actual de la salud mental del Departamento y como se proyecta; el sustento político normativo (mundial, nacional, departamental, municipal), en salud mental; el perfil epidemiológico en Cundinamarca; entre otros.

Método. El análisis epidemiológico de la situación de salud mental de encuentra enmarcado en el estudio de tipo descriptivo ecológico de corte retrospectivo. El modelo ecológico de Bronfenbrenner, está caracterizado por la categorización de diferentes sistemas de los que hace parte el individuo: microsistema (comportamientos, roles y las relaciones de los contextos cotidianos del individuo), mesosistema (relaciones de dos o más entornos como la interacción entre

la familia y el trabajo), exosistema (entornos en los que la persona no participa de manera directa, pero en los que se producen hechos que afectan el funcionamiento del ambiente del individuo) y macrosistema (cultura y momento histórico-cultural en el que se desarrolla la persona).

Además, se tendrán en cuenta los criterio de temporalidad, documentos que contuvieran datos consolidados en los últimos cinco (5) años y registros hasta el 2016. Las principales fuentes de información son las encuestas poblacionales y estudios nacionales adelantados por entes rectores nacionales; los epidemiológicos, registros en salud, análisis, planes e informes territoriales.

Marco muestral. Para el análisis de información secundaria se definió como marco muestral, los documentos que contuvieran datos consolidados de salud mental de Cundinamarca en los últimos cinco (5) años y registros hasta el 2016.

Instrumentos y técnicas. Se adoptó y adaptó como instrumento de recolección de información la denominada matriz mixta documental, con el objetivo de documentar la revisión de fuentes secundarias para que dé cuenta de la frecuencia y las características más importantes de los problemas y trastornos mentales en el departamento de Cundinamarca, los cuales serán analizados desde el enfoque de derechos y de determinantes sociales. Dado que en este tipo de estudios (retrospectivos), según Kleinbaum DG, (citado por Hernández-Ávila, Mauricio et Cols., 2000) “la calidad de medición y registro del evento dependen con frecuencia de instrumentos que no fueron diseñados de manera expresa para observar el evento en cuestión ni para responder a los objetivos de la investigación. Los estudios que incluyen eventos que ocurrieron antes de iniciar la investigación”, los datos que constituyen el cuerpo del análisis a ser extraídos de reportes oficiales a los que tuvo acceso el equipo consultor.

En esta investigación se decidió diseñar instrumentos con técnicas cualitativas, e instrumentos con técnicas mixtas para la recolección de información de fuentes secundarias como ficha bibliográfica mixtas y bases de datos simples en hojas Excel

Técnicas de Tratamiento e Interpretación de datos. Para la consolidación se crearon bases de datos simples en hojas de cálculo para hacer los comparativos de frecuencia y/o prevalencias con el nivel nacional. Adicionalmente, se usó el Epi-Info 7.2 para georreferenciar la situación por municipios.

Validación de la información y análisis

La validación del documento de formulación de la Política Pública de Salud mental de Cundinamarca ,se realizó utilizando el método Delphi modificado en tiempo real, con el propósito de buscar un grado de consenso o acuerdo de los especialistas sobre el problema planteado, buscando que el juicio subjetivo grupal, fuera superior al de un individuo o grupos de individuos.

Para ello se desarrollaron los siguientes pasos:

1. Definición del problema
1. Definición del grupo coordinador
2. Definición del grupo de expertos
3. Definición de preguntas y envío a expertos
4. Recepción y valoración cuantitativa de las respuestas
5. Integración y análisis de respuestas por parte del grupo coordinador.
6. Generación del cuestionario dos y envío a los expertos
7. Recepción de respuestas y valoración cuantitativa
8. Integración y análisis de las respuestas del cuestionario dos.

9. Generación del informe final.

Finalmente, con apoyo del equipo de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental del Departamento, se realizó una mesa de trabajo analizando las problemáticas detectadas para ejecutar los ajustes pertinentes de acuerdo a su nivel de experiencia en campo y de su participación en las mesas comunitarias.

Definición del problema de política pública. Para enriquecer el análisis y lograr la triangulación de la información recolectada a través de las mesas provinciales con la comunidad y diferentes actores, así como la recopilada a través de las fuentes secundarias, se utiliza el diagrama de *espina de pescado* el cual es utilizado para identificar las causas y efectos potenciales (o reales) del problema de salud mental en Cundinamarca. Esta técnica tiene la ventaja que permite visualizar de una manera muy rápida y clara, la relación que tiene cada una de las causas con las demás razones que inciden en el origen del problema. Se utilizó como instrumento una gráfica constituida por un eje central horizontal (espina central), flechas inclinadas que simulan las demás espinas para graficar las demás causas del problema y la cabeza para graficar el problema central.

Este instrumentó se utilizó de la siguiente manera

1. Se definió el problema desde el ejercicio de los resultados de fuente primaria y fuente secundaria los cuales fueron analizados.
2. Luego en grupos, se identificaron las causas que están contribuyendo a generar el problema.
3. Luego se agruparon las causas en categorías
4. Para comprender mejor el problema, se identificaron las sub causas o razones de esas causas principales.

5. Finalmente se define el problema de política pública y se escribe en la cabeza.

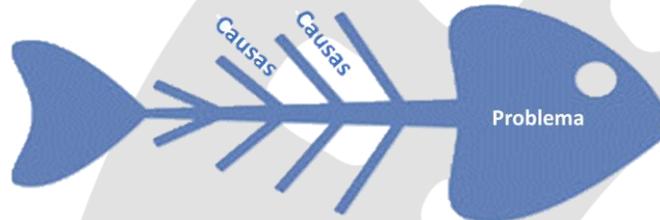


Figura 11. Ejemplo de espina de pescado. Dimensión de convivencia social y salud mental (2018).

Aspectos Éticos

La presente investigación es clasificada como riesgo mínimo y se acoge a la normatividad establecida en la Resolución N°008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de salud de Colombia, por la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se respetó la normatividad sobre los criterios para realizar investigaciones con seres humanos de respeto, dignidad, protección de los derechos, bienestar y privacidad, descritos en el capítulo I de esta resolución, contenidos en los Artículos:5,6,8,11,14,15,16.

Principio de Beneficencia

Esta investigación se clasifica en riesgo mínimo, sin perjuicios directos a los actores sectoriales, transectoriales, sociales, comunitarios o familias. Su finalidad se enmarca en representar un compromiso social y ciudadano al servicio de seres humanos y usuario sujetos de derechos.

Finalmente toda la información procesada será el insumo principal para el análisis, definición de líneas estratégicas para la acción, construcción de la Política Pública en Salud Mental y su plan de implementación con enfoque territorial.

Resultados

Resultados de información de fuentes primarias

Alcance Territorial

Cundinamarca está compuesto por 116 municipios, es por ello que la estrategia que se utilizó para recopilar información de fuentes primarias fue la generación de espacios participativos a través de mesas provinciales, en donde se lograra contar y recoger las voces de todos los municipios y obtener así, información particular de cada uno de ellos.

Para ello, la Secretaría de Salud de Cundinamarca realizó un proceso de gestión y movilización a través de las administraciones locales (Alcaldías), las cuales asumieron la convocatoria y participación de los actores sectoriales, intersectoriales en salud mental, sociedad civil y comunidad, lo que nutrió de manera importante la participación y los resultados obtenidos, en cada una de las mesas provinciales realizadas.

Con relación a la participación por provincia se logró el 100% es decir la totalidad de las provincias (15) asistieron, a través de sus delegados y en relación a la participación por municipios se logró que el 78% (90) del total de los municipios que conforman a Cundinamarca.

Como se puede observar, el número de participantes varió significativamente entre provincias, sin embargo, es importante señalar que el promedio de participación en las Mesas Provinciales fue de 27 personas, siendo en su mayoría mujeres.

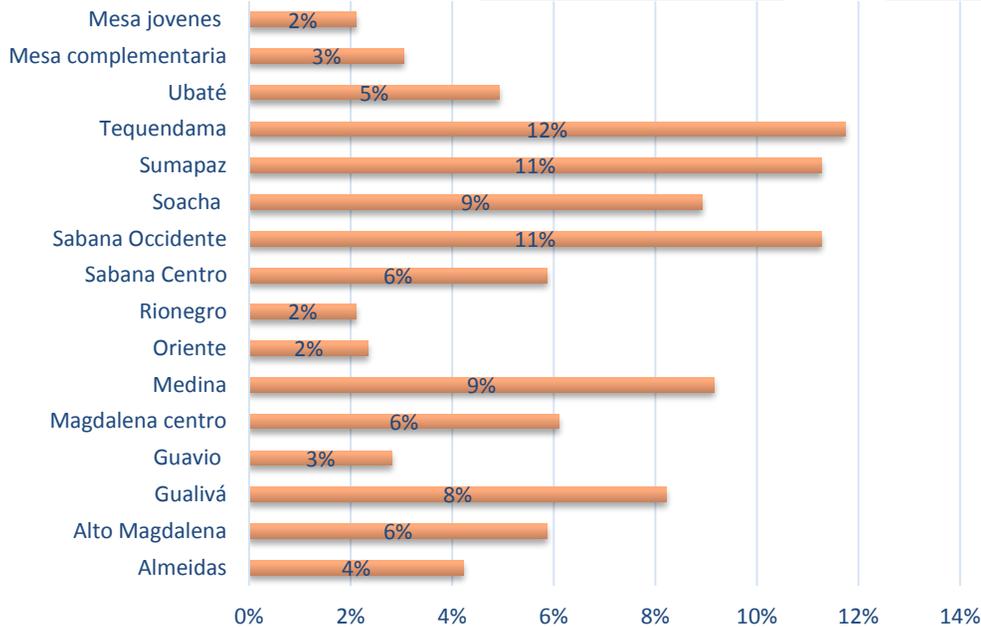


Figura 12. Porcentaje de participación en las mesas provinciales. FUNDIPAL (2017).

Listados libres

A partir de los objetivos propuestos en la recolección de información de fuentes primarias, a continuación se presenta el análisis de los resultados de las percepciones, imaginarios y representaciones sociales en torno a la salud mental del Departamento de Cundinamarca y las problemáticas identificadas desde este contexto.

Percepciones sobre la salud mental en Cundinamarca. La percepción en el marco de esta investigación se entendió como el proceso mediante el cual las personas interpretan la realidad social de manera individual. En este apartado se describirán y analizarán los resultados obtenidos sobre las percepciones alrededor de los siguientes ejes temáticos: *conocimiento sobre la salud mental, trastornos y problemas mentales, violencias y sustancias psicoactivas.*

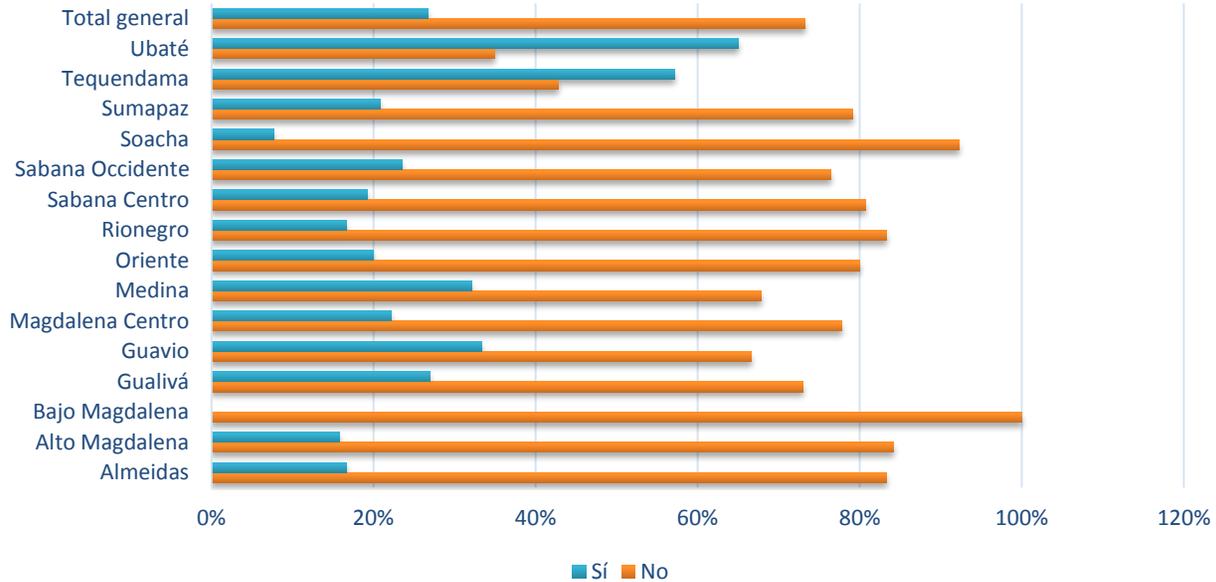


Figura 13. Pregunta ¿Usted percibe u observa que su comunidad goza de buena salud mental? FUNDIPAL (2017).

La mayoría de las personas con las que se indagó en las diferentes mesas provinciales, consideran que la comunidad no goza de buena salud mental (73%), de ellos, las provincias de Bajo Magdalena (100%) y Soacha (92%) son quienes consideran en mayor medida que *no gozan* de buena salud mental, por su parte los porcentajes más altos de buena salud mental se presentan en las provincias de Ubaté (65%) y Tequendama (57%).

Con relación a las respuestas brindadas sobre si gozan o no de una buena salud mental, se muestra a continuación los aspectos estructurales, culturales y personales mencionados:

Tabla 10.

Percepciones sobre si gozan o no de salud mental.

No goza de buena salud	Sí goza de buena salud
Aspectos estructurales	
Relacionados con la insatisfacción de las necesidades básicas y secundarias de la población, resaltando la vivienda inadecuada,	Relacionados con las altas condiciones de vida, la satisfacción de las necesidades, la oferta laboral existente, el reducido tamaño de

las altas tasas de desempleo y la falta de oportunidades como detonantes de los problemas de salud mental. Además, mencionan que no existen, o no son suficientes los espacios y programas para garantizar la ocupación adecuada del tiempo libre

municipio y el índice bajo de población. Estos elementos generan ambientes tranquilos, en donde se conserva y fortalece la cultura. Construcción e implementación de políticas públicas adecuadas, en donde se impulsa el deporte, la recreación y la ocupación adecuada del tiempo libre

Habilidades personales

Señalan la poca capacidad de las personas para afrontar las crisis, la falta de herramientas para la resolución de conflictos, además de las pocas o nulas capacidades para reconocer los problemas o trastornos mentales. Relacionan la ausencia de salud mental con dos problemáticas identificadas frecuentemente: suicidio (intento y consumado) y consumo de SPA,

La relacionan al compromiso que tienen los individuos con su salud de forma integral

Cultura y valores sociales

Dentro de los procesos de promoción y prevención, la salud mental se percibe como un aspecto tabú, debido al alto nivel de estigmatización. Por ello el tema genera en la persona afectada vergüenza y negación a la búsqueda de apoyo. Resaltan la naturalización del consumo de cerveza y licores artesanales (chicha, chirinche); además de la violencia como una forma culturalmente aceptada para afrontar las dificultades, sobre todo en el ámbito familiar.

El papel de la familia es al que los participantes brindan mayor importancia, resaltando la violencia intrafamiliar, la falta de apoyo, problemas de comunicación y respeto. Otro aspecto interesante, es la asociación que realizan algunas personas entre familia disfuncional (es entendida por algunos de los participantes indagados como las familias no

nucleares) e incremento del fenómeno estudiado, debido a la ausencia de valores.

El sistema de salud

Mencionan la falta de inversión en profesionales y programas de salud mental, lo cual tiene como consecuencia actual la atención insuficiente y ausencia de seguimiento de pacientes que son diagnosticados. Igualmente señalan la importancia de formar en salud mental a los profesionales encargados de realizar las atenciones.

Lo relacionan con que cuentan con profesionales suficientes, quienes le dan continuidad a la atención de los pacientes

(Dimensión de Salud Mental y Convivencia Social, 2018)

Tal como se observó, las principales respuestas con relación al *bienestar mental* se encuentran asociadas a la tranquilidad, la salud y el equilibrio. De igual manera, las respuestas sobre *salud mental* se encuentran relacionadas con estos tres conceptos (bienestar, equilibrio y tranquilidad).

En la siguiente figura, se muestran los conceptos asociados al bienestar y la salud mental.

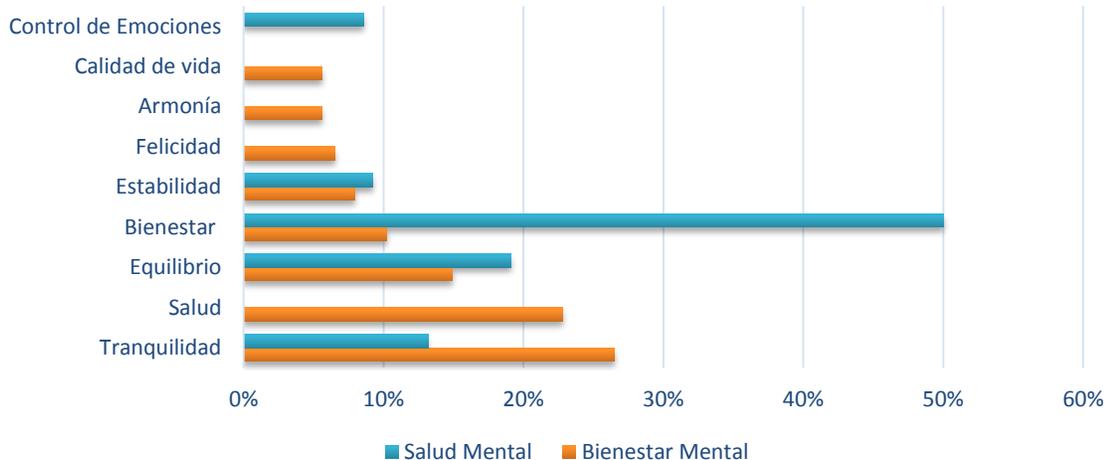


Figura 14. Percepciones sobre bienestar y salud mental. FUNDIPAL (2017).

Frente al conocimiento de lo que *no* es salud mental, se observa que con mayor frecuencia lo relacionan con el desequilibrio, seguido de estrés, enfermedad e intranquilidad emocional, además, otras concurrencias frente a ésta percepción son las siguientes:

- Señalan algunos trastornos tales como ansiedad y depresión
- Relacionan el concepto con sentimientos tales como rabia, ira, infelicidad, sufrimiento, miedos e intranquilidad
- Mencionan características como pensamientos inadecuados, no tener manejo de las emociones, no tener voluntad, no actuar positivamente, actuar sin pensar, no medir acciones ni palabras
- Manifiestan que la alteración o el desajuste en una de las áreas del ser humano impide tener adecuada ejecución y uso de sus facultades intelectuales o cognitivas

Aunque la mayoría de los participantes manifiestan que sus comunidades no gozan de buena salud mental, el 65% considera que realizan acciones para conservarla. La provincia de Oriente (90%), Guavio (83%) y Almeidas (83%), reconocen que existen programas y proyectos por parte de la administración municipal para abordar la problemática existente. Dichos programas se plantean desde la prevención, promoción, atención y abordaje intersectorial de la salud mental. Manifiestan que se incorpora la temática en los proyectos transversales establecidos en el proyecto educativo institucional (PEI) y comités de convivencia escolar, también manifiestan que existe oferta suficiente de atención psicológica (direccionamiento, atención y seguimiento a los casos). Dentro de las estrategias municipales resaltan: programa salud a tu casa; capacitaciones; charlas; talleres en temas de resiliencia, comunicación y proyecto de vida, por parte de las diferentes instituciones municipales (Comisaria de familia, EPS –IPS, ICBF); Campañas de prevención;

procesos de formación para acceso a la ruta de salud mental; acciones diferenciales para cada grupo de edad; y oferta de actividades recreativas, deportivas y culturales.

A nivel individual se resalta la asistencia de las personas a los centros de salud y búsqueda de acompañamiento en las entidades competentes, hábitos adecuados (cuidado de la salud, alimentación y practicar deportes), controles rutinarios y mantenerse vinculados a prácticas espirituales.

Por otra parte, de las 105 personas que mencionaron que la comunidad no realiza acciones para conservar su salud mental, 90 respondieron a la pregunta de por qué no lo hacen, expresando:

- Suelen subvalorar la importancia de la salud mental debido a la priorización de otros aspectos (principalmente aquellos asociados a la satisfacción de las necesidades básicas).
- Normalizan los conflictos, la violencia y los detonantes de los trastornos o problemas mentales
- Falta de aceptación de la problemática y el temor de ser juzgados por los otros, impide la búsqueda de ayuda y/o denuncia en las entidades pertinentes
- Algunas personas reconocen la fragilidad de su salud mental, sin embargo, lo perciben como un “tema pasajero”
- Falta de conocimiento sobre qué es la salud mental y como conservarla
- En las áreas rurales, especialmente las veredas alejadas de los cascos urbanos, asocian las enfermedades o trastorno mentales con brujería
- El imaginario de que asistir al psicólogo es sinónimo de locura, reforzado por frases como “el psicólogo es para los locos”, directamente asociada con el hecho de considerar que “los problemas de casa se manejan en casa”, demuestran la resistencia a involucrar personas externas en la gestión de las dificultades personales.

Todos los aspectos antes señalados repercuten en la falta de compromiso de las personas frente al cuidado de su propia salud mental, la de los demás y la interrelación con las entidades encargadas del tema.

Adicionalmente, los habitantes consideran que existen pocos lugares de esparcimiento en los cuales no se incluyan las sustancias psicoactivas (especialmente el alcohol); la oferta institucional de programas que cuenten con alternativas recreativas y ocupacionales para el uso del tiempo libre, es insuficiente; existe poco apoyo institucional y recursos asignados para la promoción y prevención de la salud mental, por lo que son pocas o nulas las campañas que sensibilicen y promuevan la salud mental.

Teniendo en cuenta la percepción que tienen los habitantes frente a la insuficiencia de programas de investigación para la identificación de acciones municipales en promoción de la salud mental, prevención, atención y rehabilitación; se observó que el 84% de las personas encuestadas manifestaron identificar las acciones que realiza el municipio. El 100% de los participantes de las Mesas en las Provincias de Alto Magdalena, Bajo Magdalena, Gualivá, Sabana Occidente y Ubaté contestan positivamente, mientras que los participantes de la provincia de Medina fueron quienes menos identifican dichas acciones (75%). No obstante, es relevante mencionar el alto conocimiento que dicen tener los participantes al respecto.

Las principales instituciones que intervienen el tema, en orden de importancia, según los participantes son:

Tabla 11.
Instituciones que intervienen en prevención, promoción y atención.

Institución	Acciones que realiza según los participantes
	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones periódicas comités de red y SPA



Alcaldía

- Charlas, talleres de sensibilización a la población en manejo y reducción de conflicto, prevención de consumo de SPA, proyecto de vida, etc.
- Vinculación de toda la población actividades deportivas y lúdicas
- Apoyo desde comité red del buen trato , apoyo psicosocial PIC
- Centro rehabilitación
- Escuelas de formación deportivas, en teatro, danzas y acompañamiento psicosocial a las familias.
- Participación en política pública de salud mental, apoyo de referentes de salud mental.
- Brigadas de salud.

Comisaría de Familia

- Orientación y asesoría
- Visitas familiares para atención psicosocial
- Talleres en las instituciones educativas
- Talleres y jornadas de sensibilización con padres y madres de familia y comunidad en general.
- Socialización de rutas
- Programas de juventud, prevención a través de escuelas de prevención
- Apertura de procesos de remisión a instituciones especializadas, seguimientos, orientación familiar, restablecimiento de derechos.
- Intervención en crisis, apoyo interinstitucional
- Campañas públicas y educativas.

Hospital

- Atención y remisión psiquiátrica
- Brigadas, charlas, talleres, visitas psicosociales y seguimiento
- Implementación red buen trato
- Campañas de promoción de consumo de SPA
- Acompañamiento desde APS en intervenciones breves
- Capacitación en colegios sobre prevención al consumo de SPA.

Secretaría de salud

- Convenios con instituciones de rehabilitación de consumo SPA.
- Talleres de prevención, promoción y atención de SPA
- Canalización a instituciones para tratamiento, talleres de construcción ciudadana, talleres en proyecto y sentido de vida
- Investiga a las personas afectadas por el consumo de SPA
- Plan de intervención colectiva psicológica
- Programas preventivos
- Hábitos saludables, política pública salud mental
- Implementación del centro de escucha
- Compañías de prevención y promoción de hábitos saludables.

(FUNDIPAL, 2018)

Además de la alcaldía, el hospital, la comisaría de familia y la secretaría de salud, otras entidades identificadas por los encuestados como aquellas que realiza acciones de promoción, prevención atención y rehabilitación de las personas con problemas o trastornos mentales son: Instituciones educativas, Casa del discapacitado, Centro Cultural, Centro Sensorial, Convida, Unidad Amigable, Secretaría de Integración Social, instituciones deportivas, Terciarios Capuchinos, Batallón, Red del Buen Trato, ICBF, personería, entre otras.

Frente a la percepción de *trastorno mental*, éste es definido por los participantes como una alteración, enfermedad o desorden, las principales relaciones que construyen las hacen alrededor del desequilibrio emocional y la enfermedad. Aunque la mayoría de personas no profundizan en el concepto, algunas aclaran que este tipo de enfermedad se encuentra relacionada con el sistema nervioso y debe ser tratada por un especialista, o que altera los procesos cognitivos del ser humano.

Entre los principales trastornos mentales se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo. En la siguiente tabla se profundizará en algunos de ellos.

Tabla 12.
Percepciones de los problemas y trastornos mentales.

Problemas / Trastornos mentales	Percepción
Depresión	En línea con la definición de la OMS, la asociación más recurrente de los participantes sobre la depresión es con la tristeza, la cual es sólo uno de los principales síntomas del trastorno, también mencionan la angustia, inestabilidad y la soledad. Otros participantes mencionan que es un desorden emocional o del estado de ánimo
Trastorno Bipolar	La mayor frecuencia en las respuestas se asocia al cambio del estado de ánimo, el cual es el síntoma observable; seguido de su categorización

	<p>como trastorno, el cual coincide con su definición. La asociación que realizan los participantes con la depresión, es interesante.</p>
<p>Problemas o trastornos de Niños, Niñas y Adolescentes.</p>	<p>Los aspectos señalados con mayor frecuencia por los encuestados frente a la pregunta: Cuando escucha que los niños, niñas y adolescentes tienen problemas o trastornos mentales, ¿qué es lo primero que le viene a la cabeza? se encuentran asociados a las causas de los problemas familiares (asociados al maltrato físico y psicológico, la falta de atención y el descuido), más no a los problemas o trastornos mentales. En pocos casos hicieron referencia a déficit de atención, depresión y dificultades de comunicación; mientras que en ningún caso se hizo referencia a los trastornos alimenticios.</p>
<p>Psicosis o esquizofrenia.</p>	<p>Las repuestas con mayor frecuencia se encuentran asociadas a la definición de la psicosis y la esquizofrenia como una enfermedad o trastorno mental, seguido se encuentran las respuestas asociadas a algunos síntomas tales como distorsión de la realidad, alteración, alucinaciones, delirios, lo que denota cierto grado de reconocimiento de este trastorno.</p>
<p>Ansiedad.</p>	<p>Las respuestas de los participantes estuvieron asociadas mayoritariamente a síntomas como la preocupación, angustia, desespero, miedo, intranquilidad. Existen otras asociaciones que hacen referencia a la falta de control y auto control – regulación de emociones, acciones y situaciones.</p>
<p>Conducta Suicida.</p>	<p>Con relación a esta temática se preguntó: Si escucha la palabra suicidio, ¿cuál es el primer pensamiento que les viene a la mente? Las principales asociaciones de la palabra suicidio se realizan con problemas personales, familiares, escolares, laborales; falta de apoyo, de motivación y de valor a la vida; soledad. Esto quiere decir que la palabra suicidio la relacionan a los factores asociados de las conductas auto lesivas.</p>
<p>Violencias.</p>	<p>Con relación al <i>maltrato infantil o violencia contra niños, niñas y adolescentes</i>, la mayoría de los participantes reconocen que es una vulneración de derechos, asociado al abuso y la violencia. Resaltan que este tipo de violencia se encuentra sustentado en las pautas de crianza, las relaciones de poder y desigualdad al interior de la familia. Además del poco o nulo reconocimiento de los NNA como sujetos de derechos. Por otro lado, con relación a la <i>violencia contra la mujer</i>, las respuestas se encuentran asociadas a causas estructurales que hacen referencia a desigualdad de género y machismo; culturales, creencias y prácticas; a las consecuencias físicas, emocionales y sociales, y a la debilidad del</p>

sistema para responder rápida y adecuadamente a las mujeres víctimas de violencia.

En cuanto al *Conflicto armado*, aspectos como vulneración de derechos, desplazamiento, poder, desigualdad, corrupción y guerra son los aspectos más sobresalientes en la percepción de los habitantes. Como se puede observar, no sobresale un elemento diferenciador en la descripción del conflicto armado. Mencionan los factores desencadenantes como la desigualdad, haciendo referencia principalmente a los aspectos económicos y sociales. Además, expresan, las consecuencias ocasionadas por el conflicto armado: represión, humillación, muerte, tristeza, desapego, falta de oportunidades integrales de los colombianos. En muy pocas ocasiones, se hizo referencia a la manera de mitigar y subsanar las consecuencias del conflicto armado (reparación de víctimas, lucha por el perdón y la reconciliación). En una mínima cantidad, se hizo referencia a la población afectada (parte rural de la población colombiana). Señalan la inadecuada administración del poder y los vicios desprendidos de esto como lo es la corrupción.

Sustancias psicoactivas

Como resultado se observa, que existen varios tipos de asociaciones en la población: el primero, hace referencia a situaciones que pueden desencadenar el inicio del consumo, como lo son los conflictos o problemas personales, familiares o sociales, enmarcado en entornos poco saludables o protectores. Segundo, la definición del consumo de sustancias psicoactivas como una enfermedad. Tercero, desencadenantes como la adicción y cuarto, señalan a los jóvenes como el grupo que se encuentra en mayor riesgo. Además, se les preguntó: ¿Cuándo escuchan sustancias psicoactivas cuales se les vienen a la mente? a lo que respondieron: marihuana, alcohol, cocaína, bazuco, cigarrillo, entre otras.

(Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, 2018)

Imaginarios sobre la salud mental en Cundinamarca. Se pregunta a los participantes ¿Por qué cree que hay personas, familias o colectivos en el municipio que no tienen problemas o trastornos mentales? observando en sus respuestas la importancia que le dan los participantes a la unión y el apoyo familiar como elemento protector, seguido de la salud, la estabilidad emocional, la educación y la comunicación asertiva. Además de estos elementos se menciona el

fortalecimiento de valores, las creencias adecuadas, la autoestima, la presencia de redes de apoyo y la formación en el manejo adecuado de las emociones.

Los participantes manifiestan que las principales causas de la generación de problemas o trastornos mentales son las dinámicas familiares inadecuadas, seguido de la no resolución de los problemas familiares y económicos principalmente. Vale la pena resaltar las respuestas que asocian los problemas o trastornos mentales a causas genéticas y hereditarias. Finalmente, se indagó sobre ¿por qué cree que las personas, familias o colectivos en el municipio pueden cumplir los proyectos y metas que se proponen? ante lo cual respondieron: la importancia de contar con un proyecto de vida claro, actitudes personales (compromiso, perseverancia, planeación, eficiencia y el empoderamiento). Como factores externos al individuo mencionan el apoyo institucional y financiero.

Representaciones sociales en torno a la salud mental en Cundinamarca. En el presente estudio se indagaron las representaciones sociales en torno a factores protectores, redes de apoyo y factores de riesgo.

Tabla 13.

Representaciones sociales en torno a la salud mental en Cundinamarca

Factores	El elemento más relevante se encuentra asociado a las características de sana convivencia al interior de la familia, la cual debe estar caracterizada por la unión, la estabilidad y el apoyo. Además, se resalta la importancia del establecimiento de redes sociales de apoyo y el apoyo institucional.
Protectores	Se encuentra referencia a aspectos estructurales, tales como el mejoramiento de la calidad de vida, oportunidades de empleo y educación. La implementación de políticas, programas de promoción y prevención y alternativas para la ocupación adecuada del tiempo libre. Por último, señalan la importancia de contar con una suficiente y adecuada oferta de atención para quienes lo

requieran. Indican que las personas, familias y colectivos para conservar el bienestar mental, para manejar o curar los problemas o trastornos mentales en su municipio buscan apoyo familiar y social, es decir, esta red de apoyo es vital para el mantenimiento de la salud mental.

Las otras respuestas se encuentran enmarcadas en la búsqueda de apoyo en brujos, curanderos, médicos, sacerdote, profesional de la salud. Mencionan entre las actividades para conservar el bienestar mental: el deporte, la danza y caminar en familia. Señalan que algunas personas no hacen nada por pena (estereotipos y estigmatización), desconocimiento o temor.

Redes de Apoyo Mencionan como principal red de apoyo al entorno cercano a la persona (familia, amigos), seguido de las entidades y programas de salud, la comisaria de familia, PIC y las instituciones religiosas. Al respecto, señalan como aspecto fundamental del apoyo el ser escuchado con respeto.

Factores de Riesgo Identifican la falta de oportunidades, de valores y control social, además de la violencia al interior de la familia, la desintegración e inestabilidad y la falta de apoyo, señalan el consumo de SPA y las violencias como causantes de otras enfermedades o trastornos mentales. Los medios de comunicación y en especial los canales nacionales (Canal Caracol y Canal RCN) se identifican como uno de los medios actualmente más eficientes para influir a los adolescentes y jóvenes en el consumo de sus sustancias psicoactivas y la violencia, como un medio, incluso para obtener prestigio social. En especial se realiza un cuestionamiento a las novelas que tienen como objetivo retratar la guerra o las historias de vida narcotraficantes colombianos.

(Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, 2018)

Problemas o trastornos mentales identificados. Los participantes manifestaron conocer los problemas o trastornos de salud mental en su municipio, Medina (25%) y Magdalena Centro (22%) fueron quienes presentaron mayores porcentajes de desconocimiento. A quienes contestaron

afirmativamente al interrogante antes mencionado, se les preguntó ¿qué problemas o trastornos conoce y a que rango de edad afecta con mayor frecuencia?

En la siguiente gráfica se condensa el peso que tienen las diferentes problemáticas y el comportamiento de problemas o trastornos de salud mental en cada uno de los grupos de edad (según género) y grupos poblacionales. Al respecto es importante aclarar que la información que se presenta es producto de la experiencia y la información de los participantes, más no de estudios epidemiológicos a los que tuvieron acceso al momento de realizar la mesa provincial.

Como se puede observar, dentro de los que son catalogados como trastornos o enfermedades mentales, los participantes consideraron que los que tienen mayor proporción en los municipios son el abuso o dependencia a múltiples sustancias psicoactivas, los trastornos depresivos y las conductas suicidas. Además, las violencias aparecen como una problemática frecuente y significativa para las comunidades, tanto como problema o como causa o impacto asociado a otros problemas y trastornos mentales.

En el abuso o dependencia de múltiples SPA los adolescentes y jóvenes (hombres y mujeres) son quienes se reportan como mayores consumidores, teniendo en ambos casos los hombres mayor participación; los trastornos depresivos se reportan en mayor medida en los adolescentes, jóvenes y adultos, con mayor participación de las mujeres; el suicidio (ideación, intento y realización) según los participantes, tiene mayor frecuencia entre los adolescentes y jóvenes.

Otras respuestas de algunas personas frente a lo que consideran problemas o trastornos mentales: machismo, abuso sexual, estrés, problemas paterno-filiales, trastornos emocionales, soledad y escasez, discapacidad, bullying, problemas de sueño, inseguridad y discriminación.

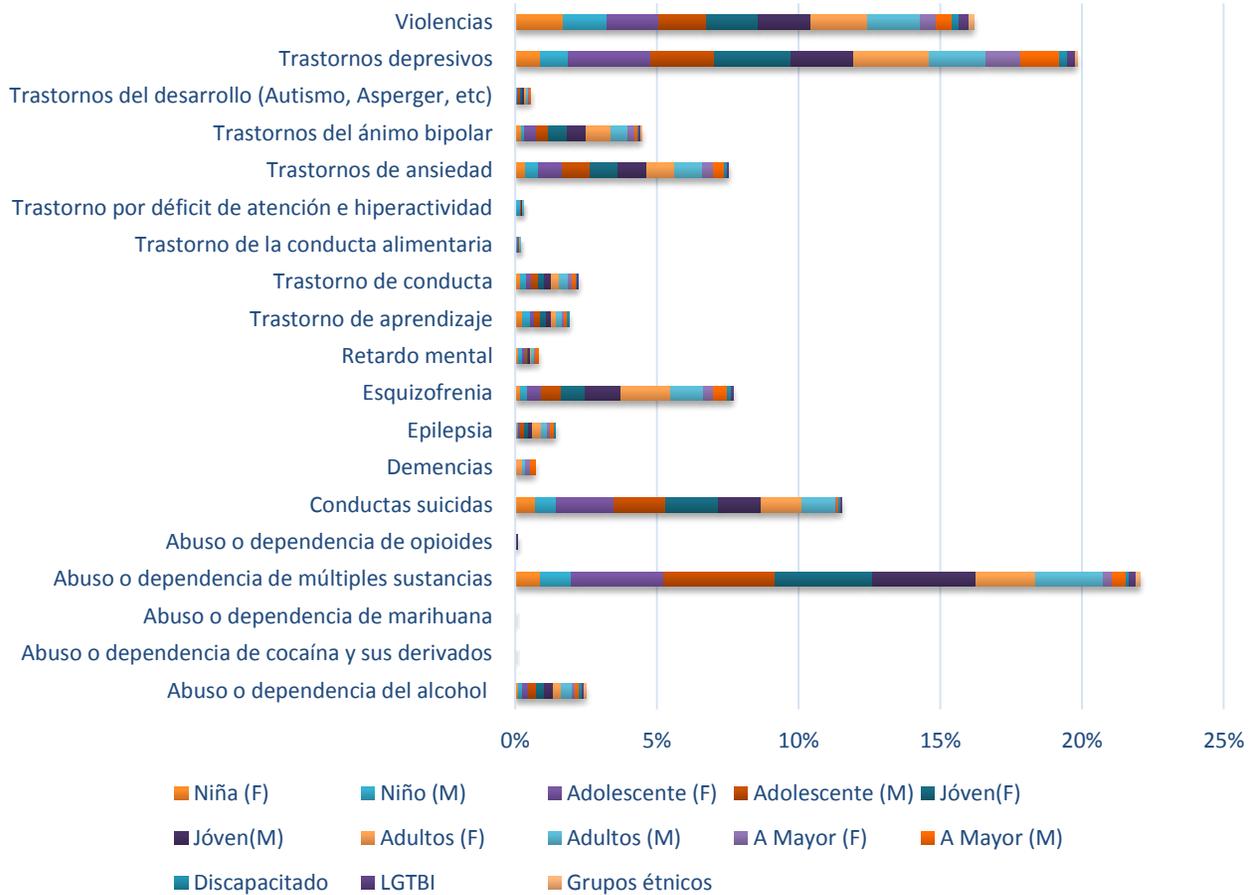


Figura 15. Participación de los grupos de edad en los trastornos/ problemas mentales y Violencias.

FUNDIPAL (2017).

Afectación por Problemas/Trastornos mentales o Consumo de sustancias psicoactivas. Según los encuestados, las familias y comunidades suelen verse afectadas cuando una persona presenta problemas/trastornos mentales o consumo de sustancias psicoactivas, principalmente en términos emocionales, económicos, de distribución de roles en el hogar, violencia e inseguridad en los espacios públicos. Algunas representaciones con relación a estas problemáticas fueron:

- “La familia tolera muchas cosas, oculta otras, esconde otras, al final explota y rechaza al miembro afectado”

- “En la familia se genera indiferencia, discriminación y decepción, mientras que en la comunidad rechazo e indiferencia”
- “Hay varios casos donde hay un paciente con trastorno o diagnóstico mental y sus cuidadores, pareja sentimental, padres o hijos no saben cómo asumir el cuidado de una persona con estos diagnósticos y se empieza a formar una sobrecarga de tareas y seguido a ello discusiones y violencia intrafamiliar”
- “Estrés por sortear adversidades para llegar al tratamiento, por la estigmatización que genera, por la dificultad económica para llevarlo a especialistas. Carga para madres, uso de menores para el cuidado del familiar con trastorno. La comunidad se afecta por las acciones derivadas de las personas con consumo de SPA”
- “Modifica las actividades y prioridades de los demás miembros, ya que todo empieza a circular alrededor de estas personas”
- “La familia no sabe cómo manejar estos casos en la mayoría de los casos, es por eso que a estos individuos los aíslan y también no se reportan los casos sino es porque otra persona externa a la familia lo hace. Mientras que la comunidad en general ya unida como tal en especial las que hacen parte de las juntas son más persuasivas”
- “Algunas familias no aceptan el consumo y/o mitigan lo que se está presentando y ante la dificultad (económica, tiempo y distancia) de poder acceder a un profesional, no siguen el tratamiento correspondiente”
- “La familia se afecta porque no sabe qué hacer y solo piden cupos para no tener el problema en la casa”

- “Al no contar con instituciones, la persona se convierte en una carga para la familia, la armonía familiar se acaba y se genera un conflicto. Afectando la vida en todos los escenarios”
- “Reaccionan de manera no adecuada por desconocimiento de rutas de atención”
- “Riesgo de violencia, problemas de seguridad y estas problemáticas inciden también en deserción escolar, permanencia en la calle, que a su vez afecta la seguridad de la comunidad”
- “Se convierte en un problema de salud pública, ya que puede influenciar a personas de su comunidad y familiares, trayendo consigo más problemas como agresividad, intolerancia, robo, violencia”
- “El problema de salud mental y consumo de SPA afecta a todas las áreas de ajuste del individuo no solo a nivel individual, familiar, colectivo, delincuencia, violencia, tráfico, negocios ilícitos”
- “Cuando hay un consumidor o miembro de LGBTI, este es amenazado por los grupos paramilitares”

Según lo descrito, los impactos que las problemáticas de salud mental tienen en la familia, suelen repercutir en el nivel comunitario, en especial cuando se trata del consumo de SPA debido al aumento de la percepción de inseguridad y la violencia.

Es necesario resaltar las dificultades que se presentan debido a los imaginarios de las comunidades frente a la salud mental (que tiene como consecuencia la estigmatización y discriminación), la falta de información frente a las problemáticas, la forma de afrontarlas y las rutas de atención.

Suicidio. En la encuesta realizada se preguntó si en sus municipios se han presentado suicidios en los últimos 5 años. Los porcentajes de las respuestas obtenidas por provincias se observan a continuación.

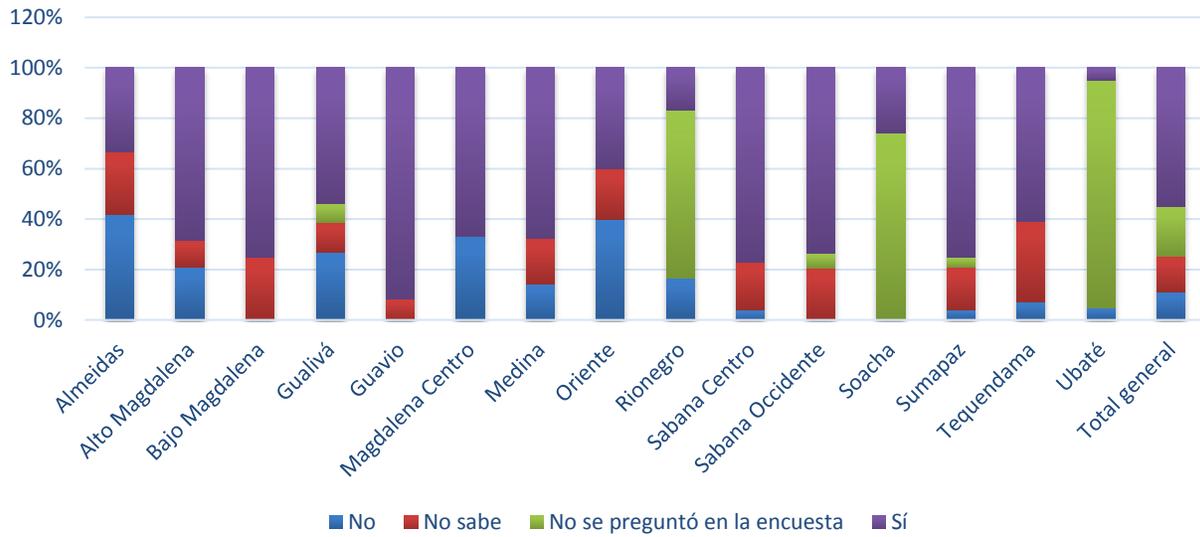
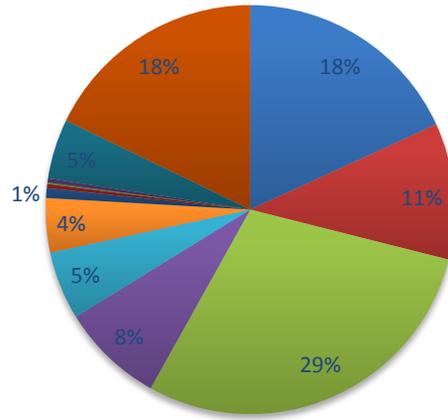


Figura 16. Suicidio durante los últimos 5 años en los municipios. FUNDIPAL (2017).

Tal como se observa en el gráfico, en todas las provincias manifiestan haberse presentado suicidios en los últimos 5 años. En la provincia del Guavio (92%), Sabana Centro (77%) y Sumapaz (75%) se encuentran los mayores porcentajes con relación a la pregunta, mientras que en las provincias de Almeidas (42%) y Oriente (40%) se encuentran los mayores porcentajes con relación al conocimiento sobre la presentación de casos en el periodo indagado.

Consumo de sustancias psicoactivas. Las sustancias psicoactivas más usadas en los municipios, según los encuestados, son la marihuana, el alcohol y bazuco, al igual que en la pregunta de percepción, la marihuana y el alcohol siguen apareciendo como las sustancias de mayor consumo. No obstante, existe una subestimación del consumo de las sustancias lícitas, debido a la aceptación social e incluso el incentivo de las mismas en las actividades de encuentro social que se realizan en los municipios.



- | | | | |
|-----------|-----------------------|-------------|--------------------------|
| ■ Alcohol | ■ Bazuco | ■ Marihuana | ■ Cigarrillo/ Tabaco |
| ■ Cocaína | ■ Pegante e inhalante | ■ Popper | ■ ácidos |
| ■ Cafeína | ■ Anfetaminas | ■ Otros | ■ No aplica/ No responde |

Figura 17. Sustancias Psicoactivas de uso frecuente según los asistentes. FUNDIPAL (2017).

Según los encuestados, todas las sustancias psicoactivas identificadas previamente por ellos, son consumidas en mayor medida por los adolescentes y jóvenes de género masculino.

Con relación a los principales factores que influyen en el inicio y mantenimiento del consumo, la mayoría de los encuestados señalan la situación de calle, entendida por los participantes no sólo como habitabilidad, si no permanencia en ella sin control. Y la familia, asociada a dificultades de la comunicación, falta de apoyo y acompañamiento, violencia intrafamiliar, entre otras.

Con relación a la institución u organización dentro o fuera del municipio a la que acuden cuándo se presenta el consumo de SPA en algún familiar, vecino o miembro de la comunidad es importante señalar que existen casi tantas respuestas como personas contestan, indican que se dirigen a la Comisaria de Familia y a otras entidades como la Policía, el Hospital y el ICBF. Las comunidades

indígenas en estos casos dan a conocer la situación al cabildo. Otras personas hacen referencia a Fundaciones, entidades locales como ONG Villavicencio y Fundación la Luz.

Con lo antes mencionado, se evidencia que no se encuentra establecida con claridad la ruta de atención para las problemáticas de salud mental asociadas al consumo de SPA o no es conocida ampliamente por la comunidad.

Cartografía social

De acuerdo al proceso de ponderación por dimensión se encontró lo siguiente:

Tabla 14.
 Ponderación por dimensiones.

Dimensiones		Reconocimiento
P	Dimensión poblacional Enfoques de derechos, diferencial y género	De acuerdo al proceso de ponderación se puede concluir que el 33% de las provincias que conforman el departamento de Cundinamarca, reconoce y visibiliza de manera adecuada esta dimensión; el 60% posee un reconocimiento y visibilización parcial y el 6.7% no cumplen con el criterio, lo que sugiere que es necesario implementar acciones tendientes al fortalecimiento de la mirada poblacional por curso de vida en las diferentes provincias.
A	Dimensión ambiental Enfoque determinantes sociales	Tan solo el 20% tiene un reconocimiento adecuado del territorio en relación a la dimensión ambiental, seguido de un 73% que tiene un conocimiento parcial de su territorio y un 7% que no grafica por no tener claro estas dimensiones.
S	Dimensión social- institucional Enfoque promocional de calidad de vida	El 20% de las provincias que conforman el departamento de Cundinamarca reconoce esta dimensión y visibiliza de manera adecuada y el 80% lo hace de manera parcial, limitando su mirada en dos sectores específicos como son salud y educación. Bajo este concepto se evidencia que se tiene un reconocimiento de los actores que se encuentran en el territorio, pero no se reconocen desde el marco de sus competencias y responsabilidades frente al cuidado de la salud mental y la prevención de consumo de sustancias psicoactivas. Esto demuestra que se hace necesario realizar acciones tendientes a

	fortalecer el reconocimiento de la intersectorialidad/transectorialidad, y la articulación de los diferentes actores en pro de la salud mental.
E Dimensión económica Enfoque determinantes sociales	No tienen un alto reconocimiento de esta dimensión, o no lo georeferencian o no lo tipifican

(Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, 2018)

Con relación a la identificación de la problemática en salud mental según el mapa temático, se identifica que el 53% de las provincias reconocen esta problemáticas en su territorio, las georeferencian y avanzan en un reconocimiento por curso de vida. El 47% de las provincias reconocen de manera parcial dichas problemáticas, centrándose más en el consumo. La violencia y la conducta suicida son las problemáticas menos visibles en su territorio, lo cual llama la atención ya que la mayoría de las cartografías fueron elaboradas por actores del sector salud y especialmente coordinadores del plan de intervenciones colectivas. Esto hace necesario que se generen mecanismos de comunicación, ejemplo boletines epidemiológicos comunitarios a fin de difundir y posicionar la situación de salud mental del municipio, a fin de que se constituya parte de la agenda pública del territorio.

Además del ejercicio de cartografía provincial, se realizaron dos ejercicios adicionales con representantes de entidades administradores de planes de beneficios – EAPB (Compensar, Convida, Ecoopsos), los cuales se concentraron más en identificar la oferta institucional por provincia y municipio, encontrando que la mayor oferta de servicios de Compensar y Ecoopsos se concentran en Soacha, mientras que Convida cuenta con red institucional en los 116 municipios.

Con relación a las provincias donde consideran que desde la EAPB se debería hacer mayor presencia están las provincias de Medina, Bajo Magdalena, Alto Magdalena y Oriente. Por otro

lado, en cuanto a los entornos donde ofrecen sus atenciones está concentrado en el entorno institucional (IPS), no ofrecen servicios extramurales ni en articulación con otros sectores, no ofrecen servicios diferenciales, no disponen de servicio de ambulancia para las atenciones de urgencia de salud mental ni para la atención de víctimas de abuso sexual a nivel municipal ni provincial, se encuentra centralizadas en Bogotá y se desplazan según necesidad.

Con relación al conocimiento de la red de salud mental municipal, se evidencia que la reconocen y en su concepto tiene un regular desempeño a nivel municipal.

Dentro de la oferta institucional la ofrecen a través de la Clínica La Paz en Bogotá, Fundación La Luz, Clínica de Cuidado Emocional.

Árbol de problemas

Teniendo en cuenta el consolidado de los ejercicios participativos en las diferentes provincias del Departamento se identificaron los factores que conllevan a la problemática de salud mental, donde se establecieron cuatro factores:

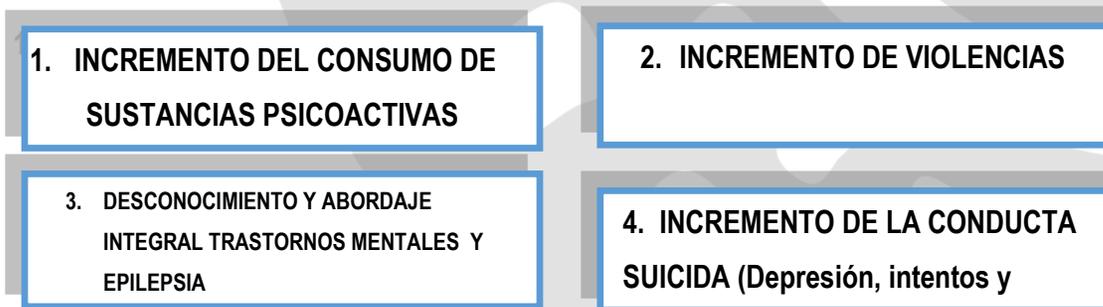


Figura 18. Factores que inciden en la salud mental. Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental

(2018).

Trastornos mentales y epilepsia. En el Departamento de Cundinamarca se identifican consecuencias que conllevan a un abandono e inadecuado abordaje de los trastornos mentales y epilepsia, aspecto de alto interés no a nivel departamental, que requiere ser abordado ya que representa un reto tanto en términos de políticas de salud, como en la planificación de servicios.

Los participantes mencionaron en la generalidad los siguientes aspectos:

- Identificación tardía de trastornos mentales y epilepsia
- Desconocimiento de la población en el abordaje de los diferentes trastornos mentales y epilepsia
- No existe capacidad de respuesta institucional oportuna en procesos de tratamiento especializado (farmacológico y psicoterapéutico) lo que genera que se agudicen los trastornos y las crisis y por ende disminuya la credibilidad en los servicios.
- Trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas
- No existen programas dirigidos a la prevención de los trastornos mentales
- Rechazo y estigma hacia quien padece los trastornos, lo que agudiza los síntomas
- Desesperanza y sentimiento de desprotección por parte de la comunidad
- Temor, prejuicios y estigma ante las crisis epilépticas (convulsivas)
- "Bajo reconocimiento de la salud mental como derecho fundamental y como problemática de salud pública.
- Deterioro de la salud física, exclusión social, una baja autoestima

Consumo De Sustancias Psicoactivas. Existe una gran preocupación entre los profesionales de la salud, padres de familia y líderes que evidencian que en Cundinamarca se ha incrementado el consumo de sustancias psicoactivas y que el inicio del mismo por parte de los jóvenes se da a más temprana edad, iniciando con el consumo de alcohol y cigarrillo. Adicionalmente mencionan que las familias no identifican este aspecto como un factor de riesgo, para el consumo en sus hijos. Dentro de los aspectos que se mencionan con relación a esta problemática, se encuentran los siguientes:

- Incremento del consumo especialmente en adolescentes y jóvenes
- El consumo de alcohol no es considerado como sustancia psicoactiva, por lo que su consumo es normalizado por la comunidad
- No existen políticas para combatir el micro tráfico en las IED
- No existe capacidad de respuesta institucional en procesos de rehabilitación
- Cundinamarca es receptor de habitantes de calle por consumo de sustancias psicoactivas por su cercanía a la capital
- Programas débiles en temas de prevención del consumo desde el hogar
- Desarticulación institucional en el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas
- No existen programas de prevención acordes con las necesidades del territorio, ni a la población
- No existen ofertas institucionales llamativas que contrarresten las ofertas hacia conductas de riesgo
- Estigma hacia quienes consumen sustancias psicoactivas
- Desconocimiento de los servicios (ambulatorios) y demás tratamientos, lo que genera que no se utilicen
- Deterioro de la salud física, exclusión social, una baja autoestima en el consumidor y pérdida del cuidado mental y físico que puede generar el suicidio

Conducta Suicida. La conducta suicida es una situación que se reflejó en las mesas provinciales, la cual afecta tanto a niños como adultos en el departamento de acuerdo a lo manifestado por los asistentes. Se evidenció la desesperanza en temas de prevención y abordaje de esta problemática, por ejemplo en casos de suicidio consumado, éste tiene consecuencias

devastadoras para la familia y las redes de las cuales hacía parte, así como para la comunidad en general.

Dentro de los aspectos relacionados, manifestaron la identificación de riesgo tardía, aspecto que puede ser intervenido con acciones específicas que abarcan el espectro de la promoción de la salud mental, la prevención y atención a los problemas y trastornos mentales, involucrando a diferentes sectores e instituciones y a la sociedad civil, que permita evitar así los desenlaces fatales.

Otros aspectos generales identificados fueron:

- Estigma de la población en temas de depresión y conductas suicidas, lo que puede llevar a aislamiento, depresión y reincidencia en las conductas
- Profesionales poco humanizados en la prestación del servicio
- Ausencia de rutas de atención
- Identificación tardía en eventos depresivos e intentos de suicidio
- No existe capacidad de respuesta institucional oportuna, en procesos de identificación y tratamiento especializado
- Programas débiles en temas de prevención
- Desconocimiento por parte de los profesionales en la valoración del riesgo y el tratamiento, desconocimiento de protocolos y guías, por lo que se brindan tratamientos inadecuados, o no se brindan
- Temor de los profesionales de la salud ante los eventos de salud mental, lo que genera un tratamiento inoportuno
- No existe tratamiento adecuado para los casos de intento
- Posibilidad de efectos contagio por el mal manejo de la información

- En los adolescentes es un factor que puede incidir en un embarazo, deserción escolar y bajo rendimiento académico. Mayor riesgo del suicidio o reincidir en la conducta suicida
- Desconocimiento de los servicios (ambulatorios) y demás tratamientos, lo que genera que no se utilicen
- Deterioro de la salud física, exclusión social, baja autoestima y pérdida del cuidado mental y físico que puede generar el Suicidio

Violencias. La violencia en Cundinamarca fue identificada como un factor que requiere acciones inmediatas a todo nivel, ya que las víctimas más sobresalientes en este flagelo son las mujeres, los niños y niñas y los adultos. Además, se evidencian diferentes tipos de violencia a nivel intrafamiliar, de género, sexual, laboral, física y psicológica.

- Conductas inadecuadas aprendidas desde el hogar y la comunidad
- Pérdida de valores en la formación familiar
- Inadecuadas pautas de crianza
- Intolerancia en las personas
- Ausencia de normas de convivencia
- Profesionales poco humanizados en la prestación del servicio
- Desconocimiento de las rutas de atención
- Cundinamarca receptor de población desplazada por la violencia y migrantes de Venezuela
- Familias Disfuncionales (recompuestas, pluricompuestas, poca comunicación, poca confianza, conflicto familiar), patrones que se repiten y se heredan
- Falta de políticas y programas dirigidos al entorno
- Consumo de sustancias psicoactivas (más específicamente alcohol)

- Normalización de las conductas violentas
- Genera en la víctima baja autoestima, en los adolescentes es un factor que puede incidir en un embarazo, deserción escolar y bajo rendimiento académico, inestabilidad emocional, patrones que conllevan a la reproducción del ciclo de violencia entre generaciones.

Con el objetivo de reconocer los problemas prioritarios en salud mental en Cundinamarca, según los participantes de las mesas provinciales, se realizó el siguiente ejercicio: se preguntó a través de la encuesta ¿Cuál cree que es el mayor problema con respecto a la salud mental en su municipio? Posteriormente se preseleccionaron y agruparon los problemas y se jerarquizaron usando el método simplex. Después de jerarquizar los problemas se profundizaba en aquel que había sido priorizado y así, mediante la técnica de lluvia de ideas se identificaban causas, consecuencias y alternativas de solución. El resultado obtenido en la priorización en la encuesta aplicada se observa a continuación:

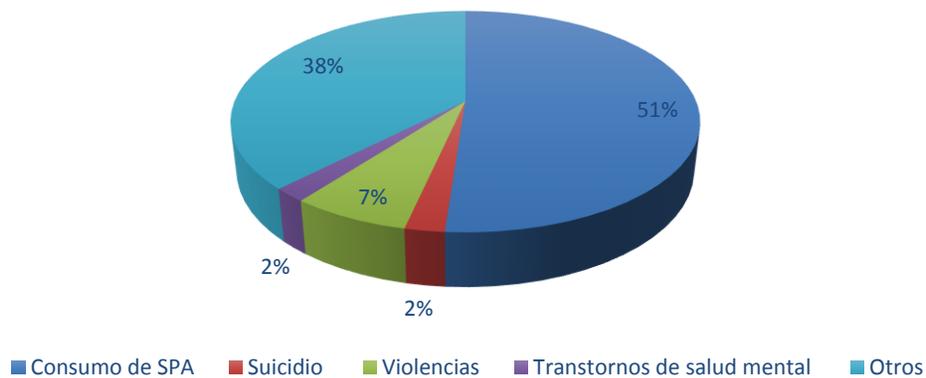


Figura 19. Principal problema de salud mental que afecta su municipio. FUNDIPAL (2017).

El consumo de SPA fue la problemática más relevante, identificada por la mayoría de los encuestados, seguido de violencias (la cual hace referencia en su mayoría a violencia intrafamiliar).

Dentro de la categoría denominada otros se incluyeron respuestas como:

- Carencias psico- afectivas familiares
- Carecer de centros de rehabilitación para consumo de SPA
- Disfunción familiar
- Las personas que tiene algún problema de trastorno de salud mental tienen baja o nula red de apoyo primario
- No hay aceptación de los problemas mentales por parte de la comunidad por ende no se accede a los servicios que tiene el municipio.
- Falta de información a la comunidad
- La indiferencia y negligencia de las autoridades y comunidad en general
- No hay infraestructura adecuada para prestar un buen servicio
- Falta de políticas que sean óptimas y ejecutadas en las comunidades.

En la siguiente tabla se presentan las problemáticas priorizadas en las provincias a través del método señalado.

Tal como se observó, el principal problema identificado por los participantes es el consumo de sustancias psicoactivas, seguido de las violencias. El problema señalado en tercer lugar en la mayoría de las provincias fue el suicidio (ideación, intento y suicidio consumado), sin embargo, ninguna provincia considero que fuera el principal problema.

Tabla 15.

Consolidado de priorización de problemas en las mesas provinciales

Provincias	Consumo de spa	Suicidios (ideación, intento y consumado)	Violencias	Problemas y Trastornos Mentales	Depresión	Estrés	Familias disfuncionales	Carencias Afectivas	Pocos recursos económicos para la salud mental	Falta de interés comunitario e institucional
Almeidas	2	4	1	3						
Alto Magdalena	1	4	2		3	5				
Gualivá	2	3	1	6	5		4			
Guavio	1	3		2						
Magdalena centro	2	5	1						4	3
Medina										
Oriente	3	4		2			1			
Rionegro	2	3	1		4					
Sabana Centro	1			3	4		2			
Sabana Occidente	1	4	2					3		
Soacha	2	3	1	4						
Sumapaz	1	2			3					
Tequendama	1	3	2							
Ubaté	1	3	4	2						
Mesa complementaria	2	4	1						3	
Mesa jóvenes	1						2			

Compilado Árbol de Problemas (FUNDIPAL, 2017)

A continuación, se presentan las causas y consecuencias, identificadas por los participantes para los dos problemas priorizados con mayor frecuencia en las provincias de Cundinamarca.

Consumo de Sustancias Psicoactivas. Con base en las respuestas otorgadas por los participantes a través de la técnica de lluvia de ideas se seleccionaron aquellos elementos identificados con mayor frecuencia, en aquellas provincias que identificaron el consumo de SPA como su principal problemática en salud mental.

Tabla 16.

Causas y consecuencias del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

CAUSAS	CONSECUENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de padres • Disfunción familiar/descomposición • Carencias afectivas • Violencia intrafamiliar • Curiosidad • Presión social • Uso inadecuado del tiempo libre 	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la salud física • Exclusión social • Baja autoestima • Pérdida del cuidado mental y físico • Suicidio • Condición de calle • Normalización del consumo

-
- Falta de espacios físicos y proyectos para el uso del tiempo libre
 - Ausencia de proyecto de vida
 - Débil legislación
 - Micro tráfico
 - Oferta de las sustancias
 - Alteración de principios y valores
 - Embarazo adolescente
 - Ingreso a pandillas
 - Violencia
 - Delincuencia
-

Compilado Árbol de Problemas (FUNDIPAL, 2017)

Violencia Intrafamiliar. Las causas y consecuencias de la violencia intrafamiliar identificados por las provincias que seleccionaron esta problemática son:

Tabla 17.

Causas y consecuencias de la violencia.

CAUSAS	CONSECUENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Creencias culturales. • Cultura machista. • Familias disfuncionales • Consumo de sustancias Psicoactivas • Problemas económicos. • Manejo no adecuado de resolución de conflictos. • Dificultad en la comunicación interpersonal. • No existen pautas de crianza • Baja estima • Infidelidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima • Embarazo en adolescentes. • Deserción escolar y bajo rendimiento académico. • Inestabilidad emocional. • Reproducción del ciclo de violencia entre generaciones. • Depresión. • Tendencia suicida

Compilado Árbol de Problemas (FUNDIPAL, 2017)

Principales hallazgos en las mesas diferenciales

Además de las mesas provinciales se realizó una mesa de jóvenes y una con comunidad indígena y una con víctimas del conflicto armado, a continuación, se presentan los principales hallazgos.

Mesa de Jóvenes. Dentro de las principales respuestas con relación a las percepciones, representaciones e imaginarios de los jóvenes sobre la salud mental se encuentran los siguientes:

- La familia debe participar en los diferentes espacios, donde el joven realiza sus actividades, para conocer y promover comunicación asertiva
- Debe haber mayor participación del sector educativo en la formación de los jóvenes, en la prevención, ya que no sólo es una responsabilidad del sector salud
- Poner mayor énfasis en trabajar desde los diferentes entornos el proyecto de vida en los jóvenes y desarrollar su potencial
- Que los documentos no se queden en los escritorios, sino que sean aplicables en la realidad
- Que haya voluntad política para poder mejorar los aspectos de la salud mental y la prevención del consumo de SPA

Mesa con comunidad indígena. Con la intención de obtener la percepción de las comunidades indígenas se realizaron acercamientos con cinco cabildos, finalmente se realizó el taller con una comunidad. La actividad se realizó con una comunidad quechua proveniente del Ecuador y asentada en el municipio de Sesquilé, quienes a través de un conversatorio manifestaron aspectos de alta relevancia para el análisis. Sin embargo, se debe tener presente que esta comunidad se encuentra altamente influenciada desde hace décadas por una iglesia cristiana (el gobernador indica que aproximadamente el 90% de la población pertenece a ella), por lo que es necesario entender esta información en función del contexto. Mencionan que después de ingresar a la iglesia cristiana los indígenas dejaron de tomar chicha, ingerir bebidas alcohólicas y toda clase de bebidas negras, además de trabajar y participar en festividades los sábados. Según ellos la religión ha permitido inculcar principios asociados a no robar, no mentir, no ser perezosos, les ha permitido

fortalecerse como comunidad, aunque posteriormente mencionan que debido a las prohibiciones de la religión no usan la medicina tradicional.

Para ellos la enfermedad mental es inestabilidad, se manifiesta en que la persona no es normal, que se está volviendo loca. Uno de ellos menciona: *“a mí me ha tocado varias veces, por preocupaciones mentales se taladra el cerebro, pero yo trato de concentrarme para que los dolores se disipen lentamente”*.

Algunos de los elementos que mencionan es el temor que les genera el personal de salud y sus prácticas (mencionan que hay unos que son muy bruscos), la pérdida del conocimiento tradicional, la falta de articulación entre la medicina tradicional y la medicina occidental y la falta de una atención diferencial en el sistema de salud, por ello consideran importante que en el hospital se encuentre vinculada una partera que acompañe el proceso de nacimiento de los niños indígenas.

La violencia intrafamiliar y hacia las mujeres se presentaba frecuentemente cuando los hombres ingerían alcohol, sin embargo, debido al cambio de hábitos ha disminuido notablemente el fenómeno, manifiestan. Actualmente este es un delito grave en la ley de origen, por ello debe ser sancionado por el cabildo cuando se presenta.

Mencionan que existe poco conocimiento frente a los roles de la Comisaria de Familia y el ICBF. Además, mencionan no tener relación con las diferentes secretarías de la alcaldía.

Resultados de información de fuentes secundarias

En cuanto a los determinantes sociales se realizaron los siguientes hallazgos:

Tabla 18.

Determinantes en salud mental.

Determinantes	Hallazgos en Cundinamarca
----------------------	----------------------------------

Determinantes Estructurales	Del Plan de desarrollo departamental se tienen en cuenta los cuatro ejes: Tejido Social, Competitividad Sostenible, Integración y
------------------------------------	---

Gobernanza; en donde se describen apuestas de desarrollo humano y de calidad de vida a través de programas y planes de educación, equidad, gestión del riesgo, planeación ambiental, infraestructura, emprendimiento y desarrollo empresarial, hábitat, servicios públicos, protección, nutrición, desarrollo cultural, deportivo, recreativo y participativo, prevención y mitigación de consumo de sustancias psicoactivas (SPA), atención integral, reparación, verdad, justicia, diversidad e inclusión entre otros.

Determinantes Intermedios Desde el Plan Territorial de Salud 2016-2020 del departamento, una de las preocupaciones para la Secretaría de Salud es *“que la población no cuenta con una preparación adecuada en caso de emergencia y en algunos casos existe un total desconocimiento de la amenaza a la cual están expuestos. No se cuenta con planes de emergencia diseñados e implementados para afrontar eventualmente la ocurrencia de un sismo de gran magnitud”*. Otro gran aspecto a destacar dentro de estos determinantes que inciden en el bienestar y la convivencia y que se convierte en un recurso importante para el cuidado de la salud es que *“todos los municipios cuentan con espacios públicos como parques y escenarios deportivos, pero estos son insuficientes para la población”* (Secretaría de Salud de Cundinamarca). Adicionalmente, muchos municipios cercanos a Bogotá D.C, particularmente, son receptores de población desplazada y algunos otros por su ubicación geográfica más cercana a regiones con áreas de influencia de grupos al margen de la ley, han sido blanco del conflicto lo que ha ocasionado la expulsión de la población con las consabidas consecuencias que esto trae.

De acuerdo con el análisis de priorización realizado (matriz de Hallon, el Índice de Necesidades en Salud y con las Aseguradoras de Planes de Beneficios en Salud), la salud mental no fue uno de los problemas priorizados; sin embargo, el índice permitió identificar los municipios con mayores necesidades insatisfechas de salud: Tibacuy, Quipile, La Peña, Anolaima, Villagómez, El Peñón, Topaipí, Yacopí, Jerusalén, San Cayetano, Quebradanegra, Bituima, Chaguaní, Gutiérrez, Paime, Caparrapí, Agua de Dios, Tibirita, Manta, San Juan de Rio seco, Supatá, Ubalá, Guataquí, Pulí, Anapoima, Vergara, Bojacá y Lenguazaque.

Determinantes Proximales De acuerdo al Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (2013) se mencionó la percepción del riesgo del uso de drogas (evaluación de la población con relación al daño físico,

psíquico, vincular, mengua de capacidades) en el cual se encontró que la percepción de riesgo del consumo en Cundinamarca con relación al tabaco y marihuana, es mayor que para el consumo de alcohol, indicando que este tipo de consumo se percibe como menos riesgoso.

(FUNDIPAL, 2017)

Epidemiología de problemas y trastornos mentales

Consumo de Sustancias Psicoactivas. El diagnóstico sobre el consumo de sustancias psicoactivas tiene como principales fuentes de información el Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Cundinamarca (2011), el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (2013), la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), el Reporte de Drogas de Colombia (2016) y el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar Colombia (2016).

La Secretaría de Salud de Cundinamarca con la Universidad Nacional de Colombia, adelantaron en el 2011 una investigación de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar con estudiantes de educación básica secundaria (grados sexto a once, hombres y mujeres). De los principales resultados se destacan: la prevalencia más alta de consumo en el último año es de alcohol con 59,2% y la más baja es la cocaína con 2,4% y los hombres mantienen prevalencias más altas de consumo en la vida. En la tabla se puede observar la desagregación de la prevalencia de consumo en la vida de las diferentes sustancias indagadas, en el último año y en el último mes por sexo.

Tabla 19.
 Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas.

SUSTANCIA	PREVALENCIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
	%			

ALCOHOL	VIDA	68,4	65,7	67
	AÑO	61,1	57,4	59,2
	MES	37,7	35,4	36,5
CIGARRILLO	VIDA	45,6	36,1	40,8
	AÑO	33,4	24,6	29
	MES	22	16,7	19,3
MARIHUANA	VIDA	9,4	5,4	1,4
	AÑO	7,4	4,2	5,8
	MES	3,3,	2,3	2,8
DIC	VIDA	5,1	3,6	4,4
	AÑO	3,9	2,8	3,3
	MES	1,4	1,3	1,3
PEGANTES	VIDA	5	3,2	4,1
	AÑO	3,1	2	2,5
	MES	1,3	0,9	1,1
COCAINA	VIDA	3,8	2,2	3
	AÑO	3,2	1,7	2,4
	MES	1,5	6	1,1

Elaboración a partir de los resultados del estudio de la Universidad Nacional, 2011. (FUNDIPAL, 2017)

Este estudio mostró también que el promedio de edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas está entre los 12 y los 14 años, siendo el alcohol y el cigarrillo las primeras sustancias con las que inician el consumo los estudiantes. En la tabla, se presenta el promedio de inicio de consumo para cada sustancia.

Tabla 20.

Promedio de edad de inicio de consumo de SPA.

TIPO DE SUSTANCIAS	ALCOHOL	CIGARRILLO	MARIHUANA	DICK
--------------------	---------	------------	-----------	------

AÑOS	EDAD DE INICIO DEL CONSUMO (PROMEDIO)			
HOMBRES	12,5	12,6	14	14,3
MUJERES	12,9	12,8	13,9	14,2
TOTAL	12,7	12,7	14	14,2

Elaboración a partir de los resultados del estudio de la Universidad Nacional 2011. (FUNDIPAL, 2017)

De este estudio vale la pena destacar las siguientes conclusiones:

- En términos generales y considerando todos los indicadores, podría decirse que el consumo de sustancias psicoactivas es elevado aunque con diferencias notorias en cuanto a la magnitud y la variedad de sustancias involucradas, en los siguientes municipios: Chía, Chocontá, Facatativá, Fusagasugá, Madrid, Mosquera, Sibaté, Soacha. Las prevalencias indican que el número de sustancias psicoactivas consumidas y la magnitud del consumo son menores en: Cajicá, Funza, Ubaté
- Apenas un poco más de la mitad de los estudiantes encuestados cree que el hábito de fumar representa un gran riesgo y sólo la tercera parte de los encuestados percibe un alto riesgo en la conducta de tomar alcohol tres o más veces a la semana.
- La mitad de los estudiantes encuestados cree que hay drogas dentro de su colegio, mientras que una cuarta parte tiene constancia de ello, porque ha visto a otros estudiantes vendiendo, pasando o consumiendo drogas en el colegio o muy cerca.
- Dentro de los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas se encuentran: la importancia del afecto y la comunicación en la familia, el papel formativo o deformador de los modelos adultos; la interdependencia del consumo con los tropiezos académicos o de adaptación a la disciplina escolar; el costo en desmotivación y ausentismo de una oferta educativa insatisfactoria; los problemas anímicos o emocionales como trasfondo del consumo,



y la precariedad de alternativas para el esparcimiento nocturno y de fines de semana. (Universidad Nacional de Colombia. Secretaria de Salud Cundinamarca, 2011)

De otro lado, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (2013), que buscaba actualizar datos para el país sobre el conocimiento del consumo y abuso de sustancias psicoactivas, su patrón de uso y la percepción social de riesgo asociado a las diferentes sustancias de abuso, así como la exposición a la oferta de drogas que ha tenido la población; se realizó con 32.605 personas de 12 a 65 años, en la misma cantidad de hogares, en las capitales departamentales y en las cabeceras de municipios no capitales con 30.000 o más habitantes y en municipios que hacen parte de las grandes áreas metropolitanas. La muestra del Departamento de Cundinamarca estuvo constituida por 1.211 personas.

El consumo promedio de cigarrillo (tabaco) en el país osciló entre el 11% y el 14%, sin embargo en el departamento la prevalencia estuvo cerca del 16%, ubicándose al igual que Bogotá en el nivel siguiente a Medellín quien presentó la prevalencia más alta. La prevalencia de uso de alcohol en el departamento durante los últimos 30 días (37.45%) estuvo por encima de la media nacional que fue del 35.77%; el estudio indica que para Cundinamarca, 114.685 personas muestran consumo riesgoso o perjudicial de esta sustancia. Frente al abuso o dependencia de cualquier sustancia ilícita, se encontró que en el departamento hay 10.982 personas con esta problemática. Respecto al consumo de marihuana que en el país tuvo una prevalencia media de 3.27%, en el departamento estuvo por debajo, con el 1.77%. Cundinamarca no registró porcentaje alto de personas con abuso o dependencia de marihuana en relación a la población general como sí lo registraron en porcentajes altos Medellín y Risaralda, principalmente; no obstante, se encontraron 9.354 personas con abuso o dependencia a esta sustancia que corresponde al 0.96%.



Respecto a la prevalencia de uso de cocaína, durante el último año en el departamento de Cundinamarca fue baja en comparación con la prevalencia nacional (0.96%). El porcentaje de personas con abuso o dependencia de cocaína en Cundinamarca es apenas de 518 lo que equivale al 0.05%. Los datos de consumo de bazuco, éxtasis, heroína e inhalables en este estudio no están discriminados por departamentos de tal suerte que no es posible tener un patrón de referencia para Cundinamarca.

Frente a la percepción del riesgo del uso de drogas, que hace referencia a cómo la población evalúa el daño (físico, psíquico, vincular, mengua de capacidades) que produce el consumo de sustancias psicoactivas y que tiene que ver con los determinantes proximales, en este estudio nacional se encontró que la percepción de gran riesgo del consumo frecuente de cigarrillos es alta en todo el país y en Cundinamarca fue del 88.7%; igual sucede con el riesgo del consumo de alcohol. Para el departamento esta percepción fue del 85.1%. Con relación a la percepción de gran riesgo de consumo de marihuana, Cundinamarca, registró un 94.20% si el consumo es frecuente, pero si se consume ocasionalmente, este porcentaje disminuye al 89.22%. En todos los departamentos la percepción de gran riesgo frente al uso frecuente de cocaína es muy alta, en Cundinamarca fue de 94.20%.

Con relación a la disponibilidad y oferta de sustancias, se halló que en Cundinamarca el porcentaje de personas que perciben que es fácil conseguir marihuana es de 46,92%; cocaína 22.81%; bazuco 31.91%; éxtasis 18.83%; heroína 9.39%. De este estudio se resaltan conclusiones como:

- El alcohol y el tabaco son las sustancias lícitas de mayor consumo y la marihuana continúa siendo la droga ilícita de mayor consumo en el país.

- Llama la atención el reporte de consumo de bebidas alcohólicas en el 20% de la población con edades entre 12 y 17 años, siendo que está prohibida la venta de alcohol a menores de edad y que el consumo de alcohol en esta población es particularmente riesgoso. Los resultados sugieren la necesidad de reforzar la conciencia social en torno al acceso al alcohol de los menores de edad, no sólo en el comercio, sino en los mismos hogares.
- Hay un aumento del consumo global de drogas ilícitas en comparación con el estudio realizado en el 2008.
- Arroja datos importantes sobre el abuso y la dependencia de drogas, que son indicativos de la demanda potencial de servicios de atención: aproximadamente 484.000 personas estarían en condición de requerir algún tipo de asistencia.
- Se confirma que hay una relación clara entre la facilidad percibida para la obtención de las sustancias y las prevalencias de consumo de las mismas (Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Ahora, el Observatorio de Drogas de Colombia presenta un reporte en el 2016 en el que dando cumplimiento a su misión de *“generar conocimiento sobre el problema de las drogas como insumo para construir la política, la centralización de la información sobre las acciones que realizan las entidades, así como el monitoreo y la evaluación”* (Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, 2016), señala *“las tendencias y dinámicas de la problemática de la droga en sus diferentes frentes, así como el balance anual de acciones y resultados en materia de drogas, el cual se elabora a partir de la información reportada por las entidades vinculadas en el tema”* (Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, 2016).



Como resultado de este proceso se enfatizan dos puntos claves: 1) Se generaron 5 alianzas estratégicas, una con la Industria de Licores de Cundinamarca, que ofreció apoyo a las acciones de masificación de la iniciativa y cuatro con administraciones municipales que adoptaron el programa Pactos por la Vida, Saber Vivir/Saber Beber, llevándolo a proyectos de acuerdo municipal a sus oficinas jurídicas. 2) El programa hace una apuesta a que sólo el conocimiento informado sobre alcohol impartido en la escuela desde la primera infancia, puede generar cambios en los patrones culturales de consumo en la sociedad así como se ha evidenciado con el consumo de tabaco o con la consciencia del cuidado del medio ambiente.

Durante los años 2016, 2017 y 2018 la Gobernación de Cundinamarca contrató a la Corporación Nuevos Rumbos y a la Fundación Cedavida, quienes aplicaron la Encuesta para Jóvenes de Comunidades que se Cuidan en colegios de los municipios de Pacho, Chocontá, El Rosal, Villeta, Zipaquirá, Gachetá, La Vega, Silvania, Puerto Salgar, Fusagasugá, Subachoque y La Mesa; y con recursos propios la realizaron los municipios de Sopó, Guasca y Bojacá. Esta encuesta se realizó con líderes de la comunidad de estos territorios. La encuesta corresponde a una adaptación para Colombia de la CQC (Communities that care youth Survey) con la que se evaluaron factores protectores y de riesgo para consumo de sustancias psicoactivas, delincuencia y otros comportamientos problemáticos en la adolescencia en los diferentes entornos (individual, familiar, escolar, comunitario y de pares) además de recolectar información demográfica, de prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas y de comportamientos delincuenciales y violentos. La encuesta se aplicó a niños, niñas y adolescentes entre los 11 y los 18 años de edad, de los grados 6° a 11° de colegios públicos y privados de estos municipios. A la fecha se aplicaron 27861 encuestas. De acuerdo con los resultados presentados, los principales factores de riesgo

identificados están relacionados con: la desorganización comunitaria; las leyes y normas favorables hacia el consumo de alcohol y otras sustancias; el conflicto familiar que perciben los niños, niñas y adolescentes; el bajo nivel de percepción del riesgo hacia el consumo; las actitudes favorables de los padres hacia el comportamiento antisocial que en la escala hace referencia a si los padres aprueban, incentivan o participan en los problemas del comportamiento antisocial de sus hijos y hacia el uso de drogas y el bajo compromiso del colegio.

En lo que tiene que ver con los factores protectores, la encuesta permitió identificar los principales: las oportunidades familiares para que niños, niñas y adolescentes se involucren prosocialmente, es decir, que desarrollen comportamientos que benefician a otros como la cooperación y la solidaridad; las oportunidades en el colegio, relacionadas con la participación significativa en actividades y responsabilidades de la escuela; el reconocimiento que brinda la escuela por participación prosocial; el reconocimiento por la participación en la comunidad y por la participación en grupos de pares e individuos.

De acuerdo a este proceso se identificó que los mayores consumos de población escolar está en las sustancias legales: alcohol y cigarrillo. En el caso del alcohol Cundinamarca está por encima de la media nacional, de las sustancias ilegales y los mayores consumos son la marihuana, los inhalantes y los ácidos.

Por otra parte a la fecha se llevan realizadas 2240 tamizajes e intervenciones breves, las cuales han permitido profundizar más a fondo sobre las dinámicas familiares pudiendo identificar el alcohol como una de las sustancias psicoactivas de inicio, su consumo arranca en el seno familiar en el marco de espacios sociales, muy arraigado a la cultura, otro escenario de inicio son las ferias y fiesta de los municipios, donde existe una “legitimización” de los consumos. También es

importante resaltar como la curiosidad, el deseo de experimentar, la agresividad y la falta de supervisión son factores de riesgo en el inicio de consumo de sustancias psicoactivas. Se identifican los espacios aledaños a los colegios como de riesgo, así como los escenarios recreativos como parques, alrededores de los polideportivos.

De los hallazgos sobre la prevalencia de vida y de los últimos 30 días del consumo de sustancias psicoactivas, vale la pena mencionar, como se ve en la siguiente tabla, que la sustancia con mayores prevalencias en todos los municipios evaluados, es el alcohol seguido por el cigarrillo. El Rosal, fue el municipio con prevalencias más altas para todas las sustancias. Si se compara con los datos ya descritos del Estudio Nacional de Consumo, se puede ver que prevalencias del consumo de alcohol en el último mes superan las departamentales y nacionales que están en 37.45 y 35.77 respectivamente, salvo en el municipio de Villeta. En las de cigarrillo están más bajas pero el municipio de El Rosal tiene prevalencia más alta en consumo de marihuana.

Tabla 21.
Estudio de consumo y factores de riesgo en población escolar

Muestra total (10 Mpios) 19968 estudiantes						
Sustancia	Vida		Año		Mes	
	C/marca	Nacional	C/marca	Nacional	C/marca	Nacional
Alcohol	68,4%	63,4%	65,4%	57,7%	43,1%	39,8%
Cigarrillo	17,8%	24,3%	14,4%	16,1%	8,5%	9,80%
Marihuana	8,1%	7,0%	6,5%	5,2%	3,4%	2,80%
Cocaína	1,4%	2,4%	1,0%	1,9%	0,1%	1,00%
Basuco	0,4%	0,7%	0,3%	0,5%	0,0%	0,20%
Inhalantes	3,1%	3,1%	2,1%	1,8%	0,9%	0,90%
Éxtasis	0,7%	1,2%	0,5%	0,8%	0,1%	0,40%
Hongos	0,8%		0,6%		0,2%	
Ácidos	1,8%	1,5%	1,3%	1,0%	40,0%	0,40%
Tranquilizantes	0,7%	1,1%	0,5%	0,8%	0,2%	0,40%
Popper	2,1%	2,5%	1,7%	1,4%	0,7%	0,60%
Anfetaminas	0,3%		0,1%		0,0%	
Heroína	0,30%	0,5%	0,1%	0,4%	0,0%	0,20%
Dick	0,2%	4,1%	0,1%	2,7%	0,0%	1,30%

Villeta
El Rosal
Chocontá
Pacho
Sopó
Zipaquirá
Silvania
Gachetá
La Vega
Guasca



Elaboración a partir de los informes individuales del estudio realizado por la Corporación Nuevos Rumbos (FUNDIPAL, 2017)

Con lo anterior, de las conclusiones que se presentan en los informes individuales de este estudio, se pueden mencionar algunas que son comunes para los municipios intervenidos:

- La edad media de inicio de consumo es de 12 años, coincidente con los hallazgos del estudio nacional y de la encuesta nacional de salud mental
- La prevalencia de consumo de alcohol es superior a la media nacional salvo en Villeta.
- La percepción de niños, niñas y adolescentes es que los padres incentivan, aprueban o participan en el consumo de sustancias, razón por la cual encuentran en su entorno familiar el primer espacio para iniciar o aumentar su consumo
- La percepción de los estudiantes es que la experimentación o el uso regular no generan daños significativos al consumir determinadas sustancias
- La Junta Comunitaria reconoce la existencia de diversos recursos a favor del desarrollo integral y saludable de sus jóvenes pero debido a su desorganización comunitaria, no hay aprovechamiento óptimo de los programas y acciones existentes
- Las prevalencias de consumo muestran que éste podría obedecer a un fenómeno cultural y de ausencia de controles legales frente a la distribución
- Los jóvenes perciben que la comunidad es laxa respecto a la problemática y por tanto su percepción del riesgo es baja (Corporación Nuevos Rumbos, 2016)

De acuerdo con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar Colombia (2016), tuvo una muestra de 80.018, estudiantes de los grados séptimo a undécimo (52,5% mujeres y 47,5% hombres) con edades entre los 12 y 18 años. El 81,9%

proveniente de establecimientos públicos y 18,1% de colegios privados. Se realiza discriminación de las sustancias encontrando que en cuanto al tabaco el 24% de los escolares declaró haber usado alguna vez en la vida, el 8,1% declaró el uso en los últimos 30 días, 10% entre los hombres y 6,4% de las escolares mujeres. El uso del tabaco aumenta con la edad. No se observa diferencia según el tipo de colegio, ya que el mismo porcentaje de uso se presentó tanto en colegios públicos como privados.

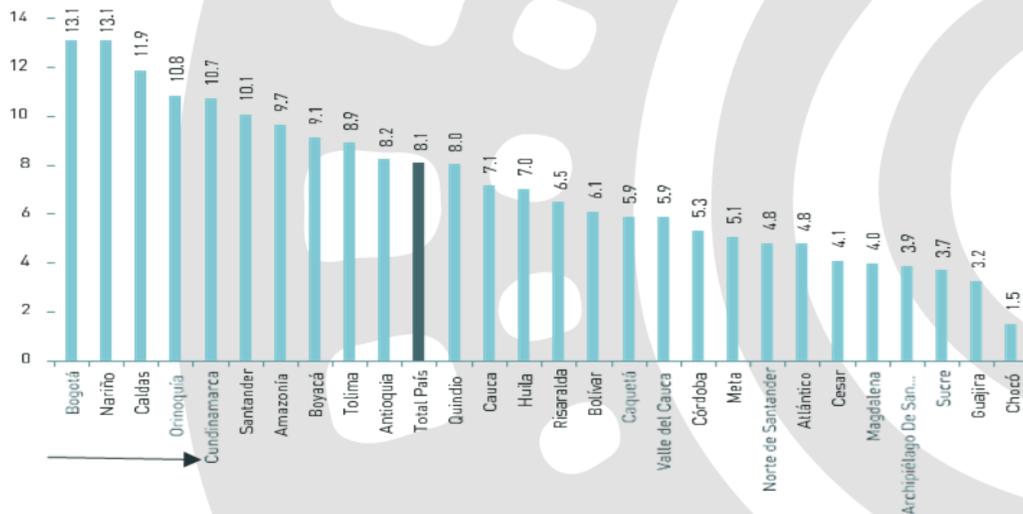


Figura 20. Prevalencia último mes de uso de tabaco entre estudiantes secundarios, según dominio departamental. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar Colombia (2016).

Con relación al alcohol, el 69,2% de los escolares de Colombia declararon haber usado alcohol alguna vez en la vida, el 37% en el último mes, con un uso mayor de las mujeres respecto de los hombres 37,9% y 36,1%. Los escolares de 12 a 14 años, un 26,6% declaró uso de alcohol en los últimos 30 días, indicador que sube a 50,5% en los estudiantes de 17 a 18 años. El 15,9% de los escolares que declararon haber usado alcohol en el último mes, lo hicieron al menos 3 veces por semana: 4,1% declaró que consumió todos los días de la semana, y 11,8% lo hizo entre 3 a 6 veces

en la semana. El consumo de bebidas alcohólicas es significativamente mayor en la zona urbana (37,8%) que en la rural (32,5%). Los estudiantes que asisten a escuela privada la tasa de consumo es del 39,4%, superior a los estudiantes de la pública que alcanza al 36,5%. El consumo de bebidas alcohólicas es significativamente mayor en la zona urbana (37,8%) respecto de la zona rural (32,5%), esto teniendo en cuenta la prevalencia mes.



Figura 21. Prevalencia último mes alcohol, según dominio departamental. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar Colombia (2016).

Cundinamarca aparece por debajo de la media nacional. La prevalencia en la zona urbana es más alta, que en zona rural, y se establece en el estudio, que a mayor grado de escolaridad, el aumento en el consumo es correlacional. El estudio reveló que la edad de inicio del consumo en mujeres fue de 13.20 mientras que el de hombres fue de 12.98.

Con relación al uso de la marihuana el 11,7% de los escolares de Colombia declararon haber usado marihuana alguna vez en la vida, 13,1% entre los hombres y 10,5% entre las estudiantes mujeres. Por otra parte, un 8% declaró un uso en el último año. El 8,4% de los estudiantes de zona

urbana manifestaron haber usado marihuana dentro del último año, frente al 5,2% en la zona rural. En el estudio se indaga sobre la marihuana cripi, donde se encuentra que la prevalencia está en hombres, en edades entre los 17 – 18 años de edad, en colegios públicos y zona rural.



Figura 22. Prevalencia último mes de uso de marihuana, según dominio departamental. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar Colombia (2016).

En cuanto a tranquilizantes, Cundinamarca se encuentra por debajo de la media nacional, el consumo aumenta en población urbana y las edades entre 17 – 18 son las que más tienen prevalencia de consumo. Con relación al consumo de cocaína, el 3,9% de los escolares del país declararon haber consumido cocaína alguna vez en la vida, con cifras significativamente superiores entre los hombres respecto de las mujeres, 4,8% y 3,1%. En cuanto a otras sustancias se puede observar que hay aumento en el consumo de Dick, Cundinamarca es el tercer departamento, por encima de la media nacional, con un mayor consumo en colegios públicos y

una edad de inicio de 14 años, siendo el grado el de mayor prevalencia 10° a diferencia de las demás sustancias.



Figura 23. Prevalencia último mes de uso de dick, según dominio departamental. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar Colombia (2016).

En el estudio se incluyó en el cuestionario una pregunta sobre el uso alguna vez en la vida de bebidas energizantes, en donde un 58,7% de los escolares declararon haberlas consumido alguna vez en la vida. Estas cifras se observan elevadas, con relación al uso entre los estudiantes de colegios privados a los públicos y siendo mayor el consumo en la zona urbana (61,3%) que en la zona rural (42,1%).

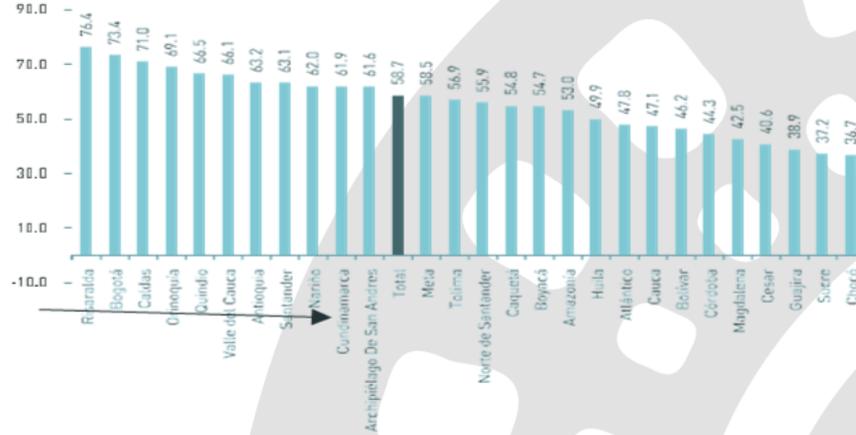


Figura 24. Prevalencia alguna vez en la vida de consumo de bebidas energizantes, según dominio departamental. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar Colombia (2016).

El estudio concluye que:

- El 70,7% de los estudiantes de Colombia declararon haber usado alguna sustancia alguna vez en la vida (61,3% en el último año y el 39,1% en el último mes)
- El alcohol es la sustancia de mayor consumo seguido del tabaco, la marihuana, los inhalables, la cocaína y los tranquilizantes sin prescripción médica
- La prevalencia de consumo de cualquier sustancia, en las mujeres (62,8%) es superior a la de los hombres (59,8%)
- Con relación a la percepción del riesgo, los estudiantes consideran que fumar y tomar licor de vez en cuando representa un riesgo leve para la salud. Los escolares de zona rural tienen menor percepción de riesgo que los de zona urbana
- El promedio de la edad de inicio de consumo de tabaco y alcohol se ha pospuesto tanto en hombres como en mujeres, al igual que el consumo de sustancias ilícitas (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, inhalables y dick)

- Un 70,2% de los estudiantes consideran que es fácil comprar alcohol a pesar de la prohibición de la venta a menores de edad
- La marihuana es la sustancia ilícita que el mayor porcentaje de los estudiantes declara conseguir con facilidad, seguida del basuco, la cocaína, los inhalables y el éxtasis
- 1 de cada 5 escolares ha recibido oferta para probar alguna sustancia psicoactiva alguna vez

Este estudio demuestra que los niños y adolescente que cuentan con padres o adultos cuidadores involucrados en sus vidas, presentan la mitad de los niveles de prevalencias mes de consumo de alcohol, frente a aquellos cuyos padres o adultos cuidadores están poco involucrados.

Por su parte la Subdirección de Vigilancia de Salud Pública, a través de la vigilancia epidemiológica en salud mental, realizó en el año 2017 el “Análisis de Situación de Salud (ASIS) en la Dimensión Salud Mental y Convivencia Social” en el que señala que las incidencias de consumo de sustancias psicoactivas notificadas al sistema SIVIGILA por los hospitales e IPS (Gobernación de Cundinamarca. Subdirección de Vigilancia de Salud Pública, 2017) para el año 2016 fue de 7,02, en donde fue más alta en hombres (9.73) que en mujeres (4.32). Para ese año se notificaron 191 casos, 69 más que el año anterior. En la siguiente tabla se puede observar la distribución de casos e incidencia de intoxicación por consumo de sustancias psicoactivas por sexo, en el periodo comparado 2015-2016.

Tabla 22.

Comparativo casos e incidencia de notificación de intoxicación pos consumo de SPA 2015-2016.

Año	Casos		Total	Incidencia		Total
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	
2.015	80	42	122	5.99	3.13	4.55
2.016	132	59	191	9.73	4.32	7.02

Adaptación del ASIS Dimensión Salud Mental y Convivencia Social 2017. (FUNDIPAL, 2017)

Señala este mismo análisis que el grupo de edad con mayor número de casos notificados es el comprendido entre los 15 a 19 años de edad, seguido por el de 20 a 24 años y, que de acuerdo con la base del Registro Individual de Procedimientos en Salud (RIPS), los municipios de Agua de Dios y Soacha son los de mayor número de casos de trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol e intoxicación aguda (Gobernación de Cundinamarca. Subdirección de Vigilancia de Salud Pública, 2017).

En cuanto a establecimientos de atención, tratamiento y rehabilitación a personas que consumen sustancias psicoactivas, en Cundinamarca aparecen once instituciones que brindan servicios de internación y atención, registradas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de Salud y Protección Social.

Conducta suicida. La información oficial y actualizada sobre el suicidio es tomada del Informe Forensis 2016 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) y de registros del Sistema Integral de Información de Protección Social (SISPRO). Según Medicina Legal, los suicidios aumentaron en Colombia significativamente durante el año 2016 en un 10.4% respecto del 2015, registrándose 2.310 casos lo que representa una tasa de 5.20 x 100 mil habitantes. Los grupos etarios más afectados en los hombres son los comprendidos entre los 20 y 24 años y entre los 25 y 29 años y en las mujeres los comprendidos entre los 15 y 17 y los 20 y 24 años. Los hombres presentan mayor número de suicidios que las mujeres; de los casos registrados un 81.7% (1.888) eran hombres y un 18.2% (422) mujeres.

Dentro de los principales mecanismos adoptados por los autoagresores se encuentra la asfixia en un 61.52%, el uso de tóxicos en un 19.35% y el arma de fuego en un 11.52%. De acuerdo con este informe dentro de los factores asociados a la conducta suicida se encuentran las enfermedades

físicas y mentales (29,09%) y el conflicto de pareja (25.91%). El análisis del grado de escolaridad mostró que los mayores porcentajes de suicidios se presentan en personas con básica secundaria o educación baja, 628 casos que corresponde al 37,18%, seguidos de educación primaria 603 casos (35,70%). En cuanto al factor de vulnerabilidad que tenían los autoagresores, se encontró un mayor registro en los campesinos o trabajadores del campo, 102 casos (5,04 %), seguido de consumidores de sustancias psicoactivas 68 casos (3,36 %) y con relación a la zona de ocurrencia de los hechos, el 75.17% se presentó en la cabecera municipal, mientras que el 24,83 % en el área rural. (INMLCF, 2016, p.403-423).

Específicamente en el Departamento de Cundinamarca se reportaron 157 casos con una tasa de 6.34 x 100 mil habitantes, es decir, más alta que la tasa nacional; no obstante no se encuentra dentro de los primeros cinco departamentos más afectados pero sí tiene un municipio clasificado dentro de los que tienen mayores tasas: Gutiérrez, que registró una tasa de 53,13 por 100 mil habitantes. En la gráfica se puede observar que en los últimos años en el departamento hay una tendencia al aumento progresivo de los casos y de las tasas de suicidio.

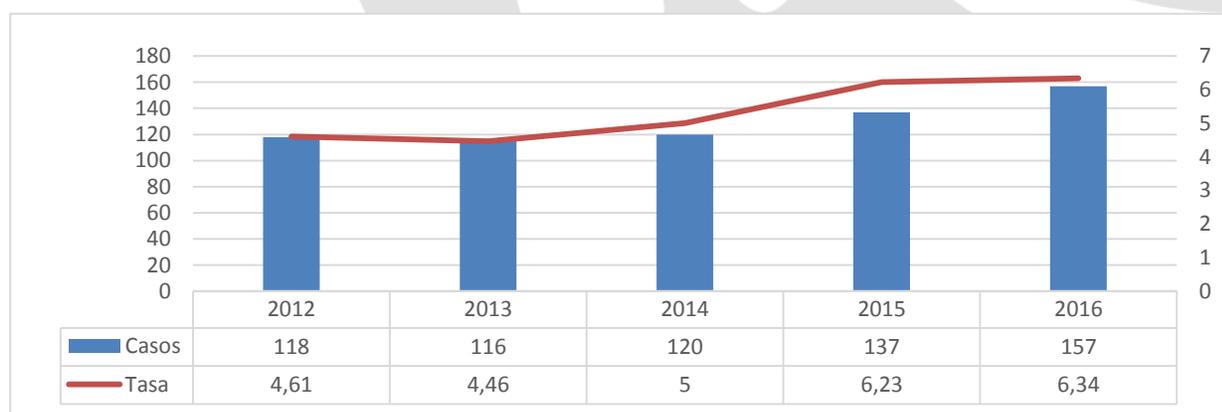


Figura 25. Casos y tasa de suicidio por 100.000 habitantes en Cundinamarca 2012-2016. Elaboración a partir de datos del INMLCF FUNDIPAL (2017).

En el 2016, en el departamento se mantuvo el mismo comportamiento nacional en cuanto al sexo de los autoagresores: fueron más los hombres (125 casos, tasa 10.15 x 100 mil habitantes) que las mujeres (32 casos, tasa 2.57x100mil habitantes). A continuación se presenta el comparativo de casos de suicidio en hombres y mujeres, observando una tendencia creciente en el número de hombres cundinamarqueses que en los últimos cinco años se han quitado la vida.

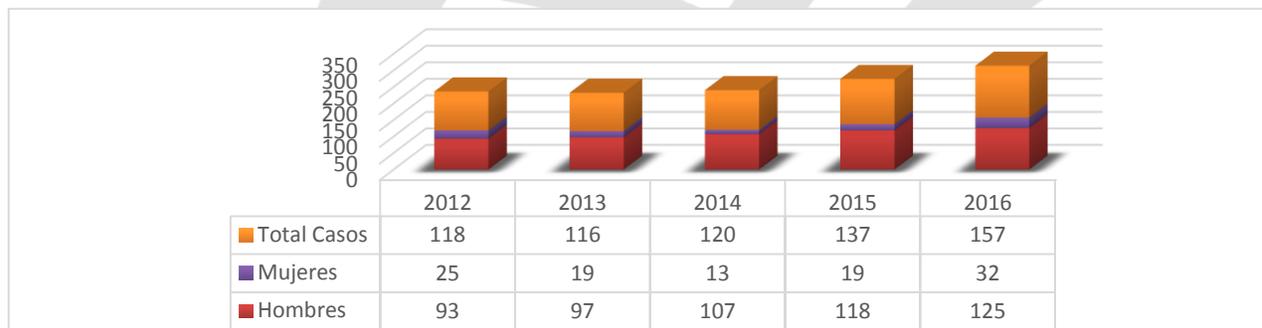


Figura 26. Casos de suicidio por sexo de los auto agresores, Cundinamarca 2012-2016. Elaboración a partir de datos del INMLCF (FUNDIPAL (2017)).

Los municipios con mayor número de casos fueron Soacha (41), Zipaquirá (9) y Chía (8); sin embargo, las tasas más altas la reportaron Gutiérrez con 53.13, Fómeque 44,67; Guayabetal 43,99 y Cachipay 34,20 x 100 mil habitantes, respectivamente. En la siguiente tabla se desagregan los casos y tasas por municipio.

Tabla 23.

Casos y tasas de suicidio por municipio de Cundinamarca 2016.

Municipio	Casos	Tasa X100 mil	Municipio	Casos	Tasa X100 mil	Municipio	Casos	Tasa X100 mil
Agua de Dios	-	-	Guaduas	4	11,33	San Bernardo	-	-
Albán	-	-	Guasca	-	-	San Cayetano	1	20,78
Anapoima	-	-	Guataquí			San Francisco	-	-

Anolaima	-	-	Guatavita	2	31,84	San Juan de Rioseco	1	11,41
Apulo	1	14,06	Guayabal de Siquima	-	-	Sasaima	-	-
Arbeláez	-	-	Guayabetal	2	43,99	Sesquilé	-	-
Beltrán	-	-	Gutiérrez	2	53,13	Sibaté	1	2,80
Bituima	-	-	Jerusalén	-	-	Silvania	1	4,96
Bojacá	1	9,50	Junín	-	-	Simijaca	2	16,76
Cabrera	-	-	La Calera	3	11,71	Soacha	41	8,65
Cachipay	3	34,20	La Mesa	3	10,22	Sopo	2	8,02
Cajicá	4	7,52	La Palma	2	20,19	Subachoque	1	6,64
Caparrapí	-	-	La Peña	-	-	Suesca	-	-
Cáqueza	1	6,39	La Vega	1	7,63	Supatá	-	-
Carmen de Carupa	-	-	Lenguazaque	-	-	Susa	-	-
Chaguaní	-	-	Machetá	-	-	Sutatausa	1	19,59
Chía	8	6,70	Madrid	4	5,55	Tabio	2	7,89
Chipaque	1	13,19	Manta	-	-	Tausa	-	-
Choachí	-	-	Medina	-	-	Tena	-	-
Chocontá	-	-	Mosquera	5	6,48	Tenjo	1	5,52
Cogua	2	9,64	Nariño	-	-	Tibacuy	1	22,84
Cota	-	-	Nemocón	1	8,12	Tibirita	-	-
Cucunubá	-	-	Nilo	-	-	Tocaima	-	-
El Colegio	-	-	Nimaima	-	-	Tocancipá	3	10,20
El Peñón	-	-	Nocaima	1	13,29	Topaipí	-	-
El Rosal	1	6,30	Venecia	-	-	Ubalá	2	21,23
Facatativá	4	3,26	Pacho	1	4,01	Ubaque	-	-
Fómeque	5	44,67	Paima	1	25,11	Ubaté	1	2,84
Fosca	-	-	Pandi	-	-	Une	-	-
Funza	3	4,28	Paratebuena	2	28,91	Utica	-	-
Fúquene	-	-	Pasca	-	-	Vergara	1	14,41
Fusagasugá	4	3,16	Puerto Salgar	2	11,65	Viani	-	-
Gachalá	-	-	Pulí	-	-	Villagómez	-	-
Gachancipá	-	-	Quebradanegra	-	-	Villapinzón	1	5,61
Gacheta	-	-	Quetame	1	15,14	Villeta	2	8,66
Gama	-	-	Quipile	-	-	Viotá	-	-
Girardot	6	6,13	Ricaurte	-	-	Yacopí	-	-

Granada	1	12,52	San Antonio del Tequendama	-	-	Zipacón	1	19,82
Guachetá	-	-				Zipaquirá	9	7,91

Elaboración a partir de datos del INMLCF (FUNDIPAL, 2017)

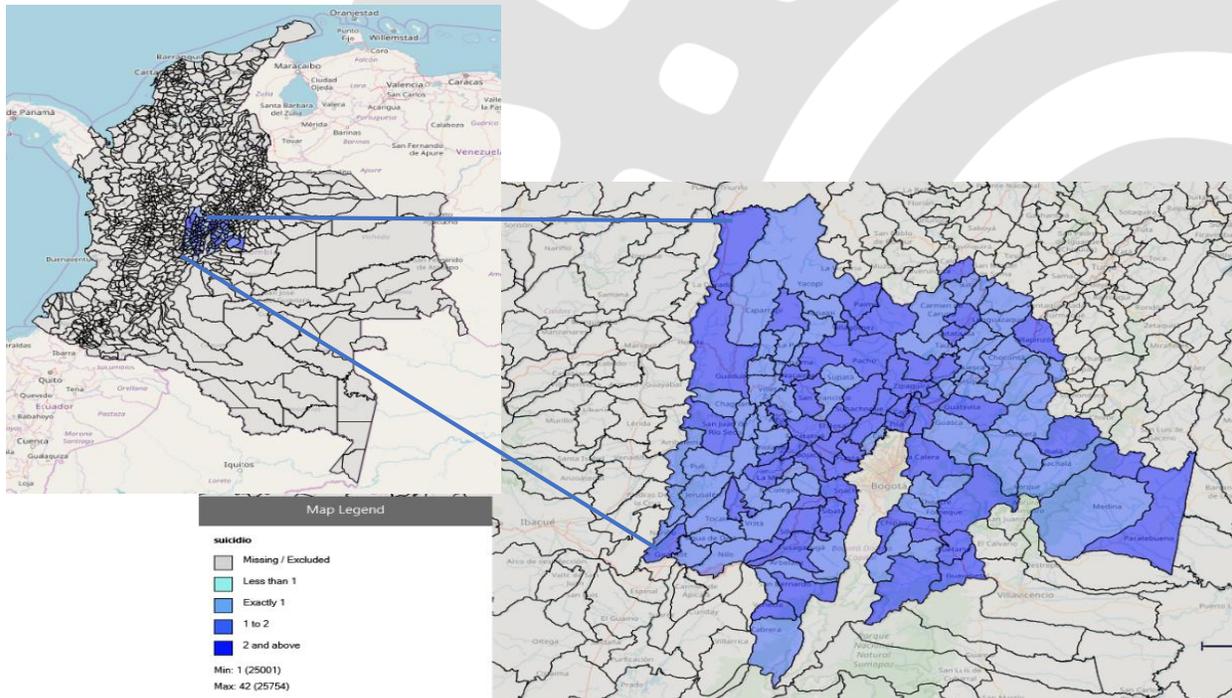


Figura 27. Relación de casos de suicidio por municipios de Cundinamarca. Elaboración a partir de SISPRO e INMLCF (FUNDIPAL (2017)).

El mapa permite observar en tono más oscuro, los municipios en los cuales se reportaron dos o más suicidios y en tono claro, los que tuvieron al menos un caso. Con relación a los intentos de suicidio, en el 2016 se notificaron a través del sistema de vigilancia epidemiológica, SIVIGILA, 733 casos de intentos, en donde el comportamiento por grupo etario mantiene correspondencia con los suicidios consumados en tanto se registran principalmente en adultos jóvenes; sin embargo, se aprecia que en el Departamento los intentos también se presentan en la población adolescente. La distribución de esta conducta en los municipios muestra que Soacha, Facatativá, Fusagasugá y

Funza son los que mayor número de casos notificaron. En la siguiente tabla puede observarse la distribución de casos de intentos de suicidio y su aporte porcentual.

Tabla 24.
 Casos y aporte porcentual de intentos de suicidio por municipio de Cundinamarca.

Municipio de residencia	Total casos	%	Municipio de residencia	Total casos	%
Soacha	109	14,90%	Gachancipá	5	0,70%
Facatativá	62	8,50%	Guachetá	5	0,70%
Fusagasugá	42	5,70%	Paime	5	0,70%
Funza	41	5,60%	Pasca	5	0,70%
Girardot	34	4,60%	Tocancipá	5	0,70%
Mosquera	25	3,40%	Anolaima	4	0,50%
Madrid	24	3,30%	Quipile	4	0,50%
Zipaquirá	20	2,70%	Tausa	4	0,50%
El Rosal	19	2,60%	Guayabetal	3	0,40%
Guaduas	15	2,00%	Gutiérrez	3	0,40%
Caparrapí	12	1,60%	Venecia	3	0,40%
Suesca	12	1,60%	Quetame	3	0,40%
Cajicá	11	1,50%	Sibaté	3	0,40%
Cáqueza	11	1,50%	Subachoque	3	0,40%
Pacho	11	1,50%	Tena	3	0,40%
Anapoima	10	1,40%	Viotá	3	0,40%
Simijaca	10	1,40%	Zipacón	3	0,40%
Ubaté	9	1,20%	Fosca	2	0,30%
Villapinzón	9	1,20%	Guayabal De Siquima	2	0,30%
El Colegio	8	1,10%	Lenguazaque	2	0,30%
La Calera	8	1,10%	Medina	2	0,30%
La Mesa	8	1,10%	Nilo	2	0,30%
Agua De Dios	7	1,00%	Sopo	2	0,30%
Chipaque	7	1,00%	Sutatausa	2	0,30%

Paratebueno	7	1,00%	Tibacuy	2	0,30%
Sasaima	7	1,00%	Tibirita	2	0,30%
Tenjo	7	1,00%	Vianí	2	0,30%
Villeta	7	1,00%	Arbeláez	1	0,10%
Carmen De Carupa	6	0,80%	Cabrera	1	0,10%
Puerto Salgar	6	0,80%	Guasca	1	0,10%
Cachipay	5	0,70%	Pandi	1	0,10%
Chía	5	0,70%	Tabio	1	0,10%
Chocontá	5	0,70%	Ubalá	1	0,10%
Fómeque	5	0,70%	(En Blanco)	59	8,04%

Reporte SIVIGILA 2016 Cundinamarca corte a semana epidemiológica 52, 2016

Dentro de los factores de riesgo más frecuentes reportados, se encuentran los trastornos mentales, principalmente los trastornos del estado del ánimo y dentro de ellos, la depresión. De acuerdo con este mismo registro, un 30.2% de los casos notificados de intento de suicidio, están relacionados con síntomas depresivos y 15,82% con conflictos recientes con la pareja y “el mecanismo más usado para el intento de suicidio en ambos sexos fue la intoxicación con el 51%, seguido de las lesiones con elementos corto punzantes con el 31.7%”,(Gobernación de Cundinamarca. Subdirección de Vigilancia de Salud Pública, 2017)

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud Mental, encontró que la proporción de ideación suicida en adolescentes es del 6,6%, distribuida en 7,4% en adolescentes mujeres y 5,7% en hombres; el plan suicida está presente en el 1,8% de los adolescentes, siendo 2,5% en mujeres y 1,0% en hombres; el intento de suicidio se da en 2,5% de los adolescentes (2,9 % en mujeres y 2,1 % en hombres) y la proporción de adolescentes que han intentado suicidarse con respecto a quienes han pensado en hacerlo es del 37,6%. En cuanto a la ideación suicida de la población adulta, se evidenció que 7,4% de los adultos lo han pensado (5,5% hombres y 7,6% mujeres). El plan suicida

se presenta en el 2,7% de las mujeres y 2,0% para hombres; el intento de suicidio se observó en el 1,9 % de los hombres y en el 3,3 % de las mujeres y la proporción de adultos que han intentado suicidarse con respecto a quienes han pensado en hacerlo es del 39,2%. (Minsalud-Colciencias-UP Javeriana, 2015).

Los resultados del estudio adelantado por REMY IPS (2017) en la provincia de Oriente, en dónde se realizó la caracterización de este fenómeno, muestran entre otras cosas, que “El 7.32% de la población tamizada arrojó pruebas positivas en PSC en la encuesta de factores de riesgo y en la escala de desesperanza de BECK, lo que indica, alta probabilidad de presentar conductas suicidas. El 44.4% de la población positiva para PSC y factores de riesgo a quienes se les aplicó la escala de APGAR familiar, percibieron algún grado de disfunción en su grupo familiar. *“se observó un desconocimiento de los temas relacionados con la salud mental, razón por la que no buscan atención profesional de manera oportuna lo que conlleva a [SIC] un sub diagnóstico de la patología mental. [...] se observa una proporción alta en los niveles de desesperanza entre los jóvenes según los resultados de la escala de Beck lo que puede estar relacionado con las bajas expectativas frente al futuro y la percepción que los jóvenes tienen frente a falta de oportunidades de desarrollo una vez culminados los estudios secundarios. [...] se identifican barreras de acceso de la población infanto juvenil residente en zona rural, a los programas tiempo libre, extracurriculares y de formación desarrolladas en el casco urbano”*, (Remy IPS, 2017).

Violencias. El Plan Decenal de Salud Pública dentro de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, incorporó en las metas y estrategias de prevención y atención integral, la prevención de la violencia en entornos familiares, escolares, comunitarios y laborales, al igual que la atención del impacto de las diferentes formas de violencia sobre la salud mental. Para este análisis, las

fuentes consultadas que dan cuenta de la situación de violencias en el departamento fueron el Forensis 2016 del INMLCF, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 y registros del SISPRO.

Violencia interpersonal. De acuerdo con Medicina Legal en el año 2016 se registraron 123.298 casos de lesiones causadas por violencia interpersonal, lo que corresponde a una tasa de 252,93 casos por cada 100.000 habitantes, notándose una reducción del 2,76% respecto al año anterior. Los hombres representan el 65,81% (81.144) de los casos reportados y las mujeres el 34,19% equivalente a 42.154 casos. Los jóvenes y adultos jóvenes son las poblaciones más afectadas y el grupo de edad comprendido entre los 20 a 24 años presenta la mayor tasa. Cundinamarca se encuentra dentro de los cinco departamentos con mayor número de casos (10.293) con una tasa de 378,23 por 100 mil habitantes, en donde Soacha es el municipio con más casos registrados (2.898) (INMLCF, 2016); sin embargo, como se aprecia en la gráfica la violencia interpersonal tiende a disminuir en los últimos cinco años en el departamento.



Figura 28. Casos de violencia interpersonal, Cundinamarca. Elaboración a partir de datos del INMLCF (FUNDIPAL, 2017).

En la tabla que se presenta a continuación se desagrega por municipios el número de casos y la tasa por 100 mil habitantes.

Tabla 25.
Casos y tasas de violencias interpersonales por municipio de Cundinamarca.

Municipio	Casos	Tasa X100 mil	Municipio	Casos	Tasa X100 mil	Municipio	Casos	Tasa X100 mil
Agua de Dios	51	467,46	Guaduas	122	312,32	San Cayetano	7	130,89
Albán	27	453,32	Guasca	37	246,62	San Francisco	36	369,91
Anapoima	38	281,19	Guataquí	6	226,50	San Juan de Rioseco	22	227,55
Anolaima	100	819	Guatavita	1	14,44	Sasaima	50	465,46
Apulo	14	179,21	Guayabal de Siquima	18	493,96	Sesquilé	42	291,46
Arbeláez	17	137,88	Guayabetal	31	625,13	Sibaté	180	460,16
Beltrán	1	44,88	Gutiérrez	25	598,95	Silvania	38	172,57
Bituima	1	39,87	Jerusalén	2	74,54	Simijaca	11	82,74
Bojacá	12	101,31	Junín	-	-	Soacha	2.898	554,70
Cabrera	7	156,32	La Calera	43	154,24	Sopó	18	65,84
Cachipay	24	244,62	La Mesa	94	295,38	Subachoque	15	91,27
Cajicá	286	492,80	La Palma	2	18,48	Suesca	19	107,59
Caparrapí	5	29,92	La Peña	9	127,93	Supatá	11	218,56
Cáqueza	151	881,55	La Vega	88	614,27	Susa	27	214,42
Carmen de Carupa	23	250,24	Lenguazaque	33	320,23	Sutatausa	9	159,49
Caguaní	7	175,92	Machetá	12	191,33	Tabio	6	21,66
Chía	17	13,11	Madrid	324	409,50	Tausa	27	303,20
Chipaque	46	547,62	Manta	5	105,66	Tena	29	319,28
Choachí	55	514,98	Medina	60	592,07	Tenjo	26	130,24
Chocontá	135	521,34	Mosquera	131	154,41	Tibacuy	9	305,50
Cogua	55	241,38	Nariño	15	676,28	Tibirita	2	138,03
Cota	19	74,71	Nemocón	61	445,03	Tocaíma	77	416,19
Cucunubá	24	319,11	Nilo	38	201,53	Tocancipá	52	158,44
El Colegio	114	519,39	Nimaima	-	-	Topaipí	4	88,63
El Peñón	5	104,01	Nocaima	6	74,49	Ubalá	4	37,77
El Rosal	25	141,66	Pacho	124	452,75	Ubaque	46	753,36
Facatativá	697	518,13	Paima	9	204,22	Ubaté	239	612,54
Fómeque	31	253,39	Pandi	12	211,42	Une	40	429,37
Fosca	37	484,93	Paratebuena	36	464,28	Utica	11	219,30
Funza	86	112,06	Pasca	40	325,97	Venecia	10	245,70
Fúquene	16	282,24	Puerto Salgar	20	105,21	Vergara	15	195,21
Fusagasugá	642	468,05	Pulí	3	99,77	Viani	11	261,78
Gachalá	-	-	Quebradanegra	20	421,50	Villagómez	8	367,65

Gachancipá	50	337,13	Quetame	47	653,41	Villapinzón	52	259,27
Gacheta	1	8,96	Quipile	29	355,04	Villeta	203	803,32
Gama	-	-				Viotá	26	194,87
Girardot	777	735,09	Ricaurte	51	532,41	Yacopí	25	146,97
Granada	13	146,45	San Antonio del Tequendama	45	342,26	Zipacón	28	497,25
Guachetá	40	351,74	San Bernardo	30	280,24	Zipaquirá	674	541,91

(Forensis INMLCF, 2016)

Las cifras de violencia interpersonal en el departamento muestran que los municipios de Soacha, Girardot, Fusagasugá, Zipaquirá, Facatativá y Madrid, concentran el mayor números de casos en tanto que Sibaté, Pacho y Mosquera los más bajos. En la tabla anterior se observa, según datos extraídos del Forensis, que tres municipios de la provincia del Guavio (Gachalá, Gama y Junín) no tienen registros de casos, desconociéndose si efectivamente no tienen esa problemática en sus territorios o si hay ausencia de reportes. En la figura se aprecia el mapa de distribución

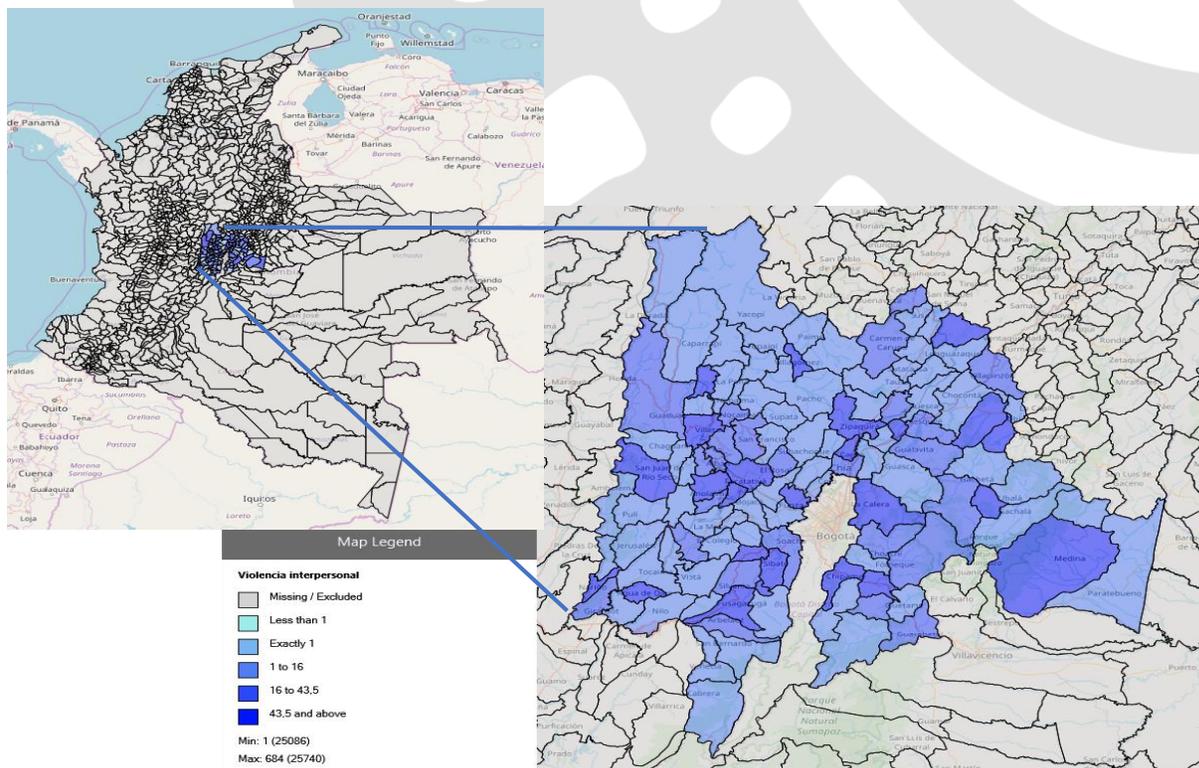


Figura 29. Distribución geográfica de los casos de violencia interpersonal. Elaboración a partir de SISPRO e INMLCF (FUNDIPAL (2017).



geográfica de los casos de violencia interpersonal, en donde el tono oscuro refleja los municipios con más de 43 casos registrados.

Violencia intrafamiliar. Respecto a la violencia intrafamiliar en el 2016, Medicina Legal conoció 26.473 eventos de violencia ocurridos en el contexto familiar, sin incluir la violencia de pareja. De esta cifra, el 38.08% correspondió a niños, niñas y adolescentes (NNA), el 55.67% a otros familiares y un 6.24% a adultos mayores. Si se incluye la violencia de pareja, el número de casos aumenta a 77.182. El género más afectado es el femenino, convirtiéndose las mujeres en las principales víctimas de esta problemática, ya que un 52,33% eran mujeres y un 47,67% hombres. La distribución por grupo etario muestra que en los menores de 10 años, es mayor el número de víctimas hombres (54,48 %) y a partir de los 10 años aumenta la afectación a las mujeres. En el grupo de 10 a 14 años, la participación de las mujeres es de 54,73% y la de los hombres de 45,27%; en el grupo de 15 a 17 años las mujeres aportan 60,39% de los casos y los hombres el 39,61%.

Dentro del análisis de este tipo de violencia, que es la que se presenta en el ámbito de la convivencia familiar, en el 2016 se registraron 10.082 casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes, lo que corresponde a una tasa de 65.25 por 100 mil habitantes y la tendencia en los últimos años es decreciente, en el 2016 se presentaron 353 casos menos que en el año 2015. El 90,20% de los responsables de la violencia contra niños, niñas y adolescentes, fueron sus parientes, en donde la violencia parentofilial ejercida por padres y madres es semejante proporcionalmente (29,92% y 28,19%). El hogar es el principal lugar donde ocurren los hechos, sin embargo, se registraron 165 casos acaecidos en centros educativos.

El departamento de Cundinamarca figura dentro los primeros diez con tasas más elevadas en violencia contra niños, niñas y adolescentes, especialmente en los municipios de Sasaima y Pasca. En total, para el 2016 en Cundinamarca se reportaron 930 casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes lo que significa una tasa de 106,93 por 100 mil habitantes, de los cuales 426 fueron hombres y 504 mujeres para una tasa por 100 mil habitantes de 95,96 y 118,36 respectivamente (INMLCF, 2016).

En la siguiente tabla se puede observar la distribución de casos y tasas de violencia contra niños, niñas y adolescentes en cada uno de los municipios del departamento. Si bien Sasaima y Pasca registran las más altas tasas (544,70 y 306,03 x 100 mil habitantes respectivamente), Soacha, Facatativá, Fusagasugá y Zipaquirá presentan el mayor número de casos. Varios municipios de la provincia del Guavio, no registran casos.

Tabla 26.

Casos y tasas de violencias contra niños, niñas y adolescentes por municipio de Cundinamarca.

Municipio	Casos	Tasa X100 mil	Municipio	Casos	Tasa X100 mil	Municipio	Casos	Tasa X100 mil
Agua de Dios	1	31,67	Guaduas	4	30,53	San Cayetano	-	-
Albán	1	53,02	Guasca	7	135,53	San Francisco	7	211,29
Anapoima	4	104,66	Guataquí	1	110,25	San Juan de Rioseco	3	96,62
Anolaima	6	170,12	Guatavita	1	45,02	Sasaima	17	544,70
Apulo	2	85,40	Guayabal de Siquima	-	-	Sesquilé	14	283,98
Arbeláez	2	44,95	Guayabetal	1	70,22	Sibaté	29	233,42
Beltrán	1	135,69	Gutiérrez	2	147,93	Silvania	3	44,70
Bituima	1	116,69	Jerusalén	1	98,91	Simijaca	13	276,13
Bojacá	-	-	Junín	-	-	Soacha	262	152,30
Cabrera	-	-	La Calera	11	132,71	Sopó	1	11,46
Cachipay	5	133,90	La Mesa	18	195,52	Subachoque	-	-
Cajicá	22	119,96	La Palma	2	96,29	Suesca	2	27,95

Caparrapí	-	-	La Peña	2	96,29	Supatá	-	-
Cáqueza	10	189,61	La Vega	6	141,61	Susa	7	146,63
Carmen de Carupa	3	109,29	Lenguazaque	3	86,13	Sutatausa	1	54,91
Chaguaní	1	75,7	Machetá	3	153,53	Tabio	1	11,41
Chía	3	7,86	Madrid	16	61,47	Tausa	-	-
Chipaque	8	280,01	Manta	1	63,86	Tena	1	27,75
Choachí	8	226,31	Medina	4	105,82	Tenjo	11	165,19
Chocontá	25	301,39	Mosquera	10	35,78	Tibacuy	-	-
Cogua	3	40,59	Nariño	-	-	Tibirita	2	189,39
Cota	-	-	Nemocón	11	220,31	Tocaima	3	56,03
Cucunubá	5	169,89	Nilo	1	17,58	Tocancipá	4	32,97
El Colegio	4	62,98	Nimaima	-	-	Topaipí	-	-
El Peñón	-	-	Nocaima	-	-	Ubalá	-	-
El Rosal	-	-	Pacho	6	67,54	Ubaque	1	55,93
Facatativá	88	201,10	Paima	-	-	Ubaté	18	136,24
Fómeque	1	27,96	Pandi	-	-	Une	2	68,99
Fosca	1	38,08	Paratebuena	3	109,29	Utica	1	64,35
Funza	11	45,65	Pasca	13	306,03	Venecia	1	104,38
Fúquene	3	161,46	Puerto Salgar	-	-	Vergara	1	40,82
Fusagasugá	36	95,08	Pulí	1	107,41	Viani	2	151,86
Gachalá	-	-	Quebradanegra	1	64,18	Villagómez	2	274,35
Gachancipá	5	86,01	Quetame	2	98,09	Villapinzón	10	131,51
Gachetá	-	-	Quipile	4	130,68	Villeta	19	244,31
Gama	-	-				Viotá	2	50,63
Girardot	36	126,78	Ricaurte	-	-	Yacopí	12	212,62
Granada	1	32,55	San Antonio del Tequendama	5	131,44	Zipacón	1	50,13
Guachetá	5	139,86	San Bernardo	1	29,28	Zipaquirá	36	92,20

(Forensis, 2016)

En cuanto a la violencia contra el adulto mayor, en el año 2016 en Colombia se registraron 1.653 casos que corresponden a una tasa de 29.82 por 100 mil habitantes, aunque se estima que la cifra puede ser mayor ya que en muchas ocasiones esta población no tiene la facilidad para denunciar o redes de apoyo que la proteja. El porcentaje de agresiones contra mujeres y hombres es similar, encontrándose que el 50.70% de las víctimas fueron mujeres y el 49.30% hombres,

cuyo rango de edad estaba entre los 60 y 64 años, principalmente. El 67.92% de los adultos mayores maltratados solo contaban con educación básica primaria o educación inicial. El principal factor de vulnerabilidad de los adultos mayores maltratados, tiene que ver con que sean consumidores de sustancias psicoactivas (más los hombres que las mujeres); seguido por mujeres cabeza de hogar y la condición de campesinos. Los principales agresores son los hijos (669 casos) y los hermanos (211 casos). Dentro de los detonadores de la violencia contra esta población, se encuentran las conductas machistas o intolerancia respecto a su situación de deterioro físico y mental, propio del ciclo evolutivo y el alcoholismo y drogadicción. Al igual que en la violencia contra niños, niñas y adolescentes, en los adultos mayores el principal lugar donde sucede la violencia es al interior de su hogar.

Frente a este tipo de violencia, el departamento de Cundinamarca se ubica también dentro de los primeros cinco departamentos con tasas elevadas, ya que en el 2016 registró 132 casos y una tasa de 42.84 por 100 mil habitantes, muy superior a la tasa nacional; de estos casos la proporción de hombres y mujeres fue similar (65 y 67 casos respectivamente). Los municipios con mayor número de casos fueron Soacha (31), Fusagasugá (16) y Facatativá (12) y los que tuvieron tasas que superan en más de siete veces la tasa nacional fueron Tausa (266.31), Supatá (255.75), Tibirita (236.41) y Cáqueza (217.30). (INMLCF, 2016). En la siguiente tabla se puede apreciar la distribución geográfica por número de casos y tasa por 100 mil habitantes por municipio.

Tabla 27.

Casos y tasas de violencia contra adultos mayores por municipio de Cundinamarca.

Municipio	Casos	Tasa X100 mil	Municipio	Casos	Tasa X100 mil	Municipio	Casos	Tasa X100 mil
Agua de Dios	-	-	Guaduas	-	-	San Cayetano	1	155,04

Albán	-	-	Guasca	-	-	San Francisco	2	156,99
Anapoima	2	94,38	Guataquí	-	-	San Juan de Rioseco	1	75,82
Anolaima	1	43,14	Guatavita	-	-	Sasaima	1	43,57
Apulo	1	68,07	Guayabal de Siquima	-	-	Sesquilé	-	-
Arbeláez	-	-	Guayabetal	-	-	Sibaté	5	124,41
Beltrán	-	-	Gutiérrez	-	-	Silvania	-	-
Bituima	-	-	Jerusalén	-	-	Simijaca	-	-
Bojacá	-	-	Junín	-	-	Soacha	31	61,89
Cabrera	-	-	La Calera	1	34,09	Sopó	-	-
Cachipay	-	-	La Mesa	5	150,02	Subachoque	-	-
Cajicá	2	36,67	La Palma	-	-	Suesca	-	-
Caparrapí	-	-	La Peña	1	84,18	Supatá	1	255,75
Cáqueza	5	217,30	La Vega	1	41,39	Susa	1	62,81
Carmen de Carupa	1	80,39	Lenguazaque	1	104,71	Sutatausa	-	-
Chaguaní	-	-	Machetá	-	-	Tabio	-	-
Chía	-	-	Madrid	-	-	Tausa	2	266,31
Chipaque	-	-	Manta	-	-	Tena	1	141,64
Choachí	3	185,76	Medina	2	185,53	Tenjo	-	-
Chocontá	-	-	Mosquera	-	-	Tibacuy	-	-
Cogua	1	43,27	Nariño	-	-	Tibirita	1	236,41
Cota	-	-	Nemocón	1	99,11	Tocaima	1	30,51
Cucunubá	-	-	Nilo	-	-	Tocancipá	2	100,81
El Colegio	3	130,49	Nimaima	-	-	Topaipí	-	-
El Peñón	-	-	Nocaima	-	-	Ubalá	-	-
El Rosal	-	-	Pacho	-	-	Ubaque	2	178,41
Facatativá	12	96,02	Paime	-	-	Ubaté	3	93,05
Fómeque	-	-	Pandi	-	-	Une	-	-
Fosca	-	-	Paratebueno	-	-	Utica	-	-
Funza	2	30,30	Pasca	-	-	Venecia	-	-
Fúquene	-	-	Puerto Salgar	-	-	Vergara	-	-
Fusagasugá	16	67,47	Pulí	-	-	Viani	-	-
Gachalá	-	-	Quebradanegra	-	-	Villagómez	-	-
Gachancipá	-	-	Quetame	-	-	Villapinzón	-	-
Gachetá	-	-	Quipile	-	-	Villeta	1	26,98
Gama	-	-				Viotá	-	-
Girardot	8	51,01	Ricaurte	-	-	Yacopí	-	-

Granada	-	-	San Antonio del Tequendama	1	72,57	Zipacón	-	-
Guachetá	1	81,43	San Bernardo	-	-	Zipaquirá	5	37,54

Forensis (INMLCF, 2016)

Con relación a la violencia de pareja, según Medicina Legal en el 2016 se presentó un aumento de 7 puntos porcentuales respecto al 2015. Se registraron 50.707 casos lo que significó una tasa de 126,30 por cada 100 mil habitantes. El 86% de los casos tuvo como víctima principal a la mujer, lo que representa una tasa de 213,48 por 100.000 habitantes. El grupo de edad más afectado fue el comprendido entre los 25 y los 29 años (22,18%). En cuanto al nivel de escolaridad de las víctimas, se halló que el 46,45% de los casos contaban con educación básica secundaria o secundaria baja. El estado civil mostró que el 46,74% de hombres y el 47,85% de mujeres víctimas, convivían en unión libre con su pareja; en ese sentido, el 45,99% de las mujeres y el 42,62% de los hombres, manifestaron que la agresión fue por parte de su compañero (a) permanente y en un 33.54 % de los hombres y 30.86 % de las mujeres, que el presunto agresor era su excompañero (a) permanente.

El 72.29% de las mujeres fueron agredidas por su pareja en la vivienda, mientras que el 16.32% de los hombres señalaron haber sido agredidos en la calle y un 6.79% en la vía pública. El 92.30% de los casos se presentaron en la cabecera municipal, mientras que el 7.70% en la zona rural. Un 90.25% de las víctimas no registraba factor de vulnerabilidad particularmente. El 57.80% de los hombres y el 47.29% de las mujeres manifestaron como factor desencadenante de este tipo de violencia, la intolerancia y el machismo.

Cundinamarca se ubicó dentro de los tres primeros departamentos con mayor número de casos de violencia de pareja, registrando en el 2016, 4.235 casos, con una tasa de 189.33 por 100 mil habitantes, más alta que la tasa nacional. De estos casos, 539 (tasa 48.60) fueron hombres y 3.696

mujeres (INMLCF, 2016). Los municipios con mayor proporción de casos fueron Soacha (1.542), Facatativá (346), Zipaquirá (264), Fusagasugá (263) y los que registran tasas más altas por 100 mil habitantes fueron Villagómez (398.63), Vianí (380.70) y Soacha (361.56). A diferencia de los otros tipos de violencia, se observa que hay mayor reporte de la violencia de pareja. En la siguiente tabla se encuentran desagregados los casos y tasas por municipio.

Tabla 28.

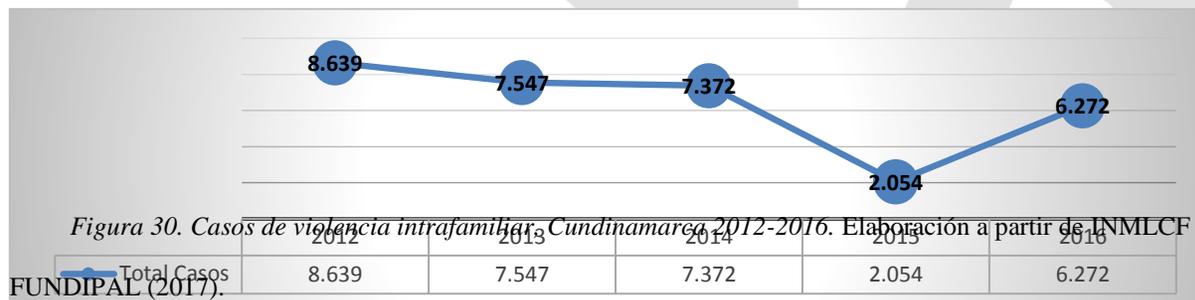
Casos y tasas de violencia de pareja por municipio de Cundinamarca.

Municipio	Casos	Tasa X100 mil	Municipio	Casos	Tasa X100 mil	Municipio	Casos	Tasa X100 mil
Agua de Dios	12	131,31	Guaduas	33	104,35	San Cayetano	5	115,85
Albán	4	81,78	Guasca	13	107,07	San Francisco	20	254,84
Anapoima	12	105,46	Guataquí	-	-	San Juan de Rioseco	15	189,56
Anolaima	34	333,63	Guatavita	2	35,22	Sasaima	19	211,28
Apulo	8	123,93	Guayabal de Siquima	6	200,47	Sesquilé	24	205,90
Arbeláez	13	132,67	Guayabetal	5	120,37	Sibaté	65	200,85
Beltrán	-	-	Gutiérrez	4	117,82	Silvania	13	71,01
Bituima	5	246,79	Jerusalén	4	190,29	Simijaca	4	37,67
Bojacá	1	10,79	Junín	-	-	Soacha	1.542	361,56
Cabrera	-	-	La Calera	20	85,65	Sopó	8	35,48
Cachipay	23	298,04	La Mesa	51	190,33	Subachoque	-	-
Cajicá	119	247,34	La Palma	-	-	Suesca	13	95,54
Caparrapí	4	29,04	La Peña	5	85,14	Supatá	4	102,07
Cáqueza	37	261,24	La Vega	41	342,98	Susa	8	81,17
Carmen de Carupa	9	117,65	Lenguazaque	9	108,6	Sutatausa	1	21,75
Chaguaní	1	31,05	Machetá	13	253,16	Tabio	-	-
Chía	5	4,6	Madrid	122	188,38	Tausa	5	70,52
Chipaque	9	132,82	Manta	1	25,78	Tena	10	141,40
Choachí	27	311,42	Medina	19	239,54	Tenjo	18	110,46
Chocontá	38	179,6	Mosquera	37	53,16	Tibacuy	3	76,92
Cogua	23	122,96	Nariño	-	-	Tibirita	1	42,72
Cota	2	9,46	Nemocón	24	219,86	Tocaima	15	96,78
Cucunubá	16	274,73	Nilo	5	31,14	Tocancipá	14	53,72

El Colegio	37	200,21	Nimaima	1	18,23	Topaipí	2	55,98
El Peñón	1	24,71	Nocaima	1	14,26	Ubalá	1	11,91
El Rosal	2	14,18	Pacho	30	133,43	Ubaque	11	216,62
Facatativá	346	313,52	Paime	-	-	Ubaté	-	-
Fómeque	16	156,99	Pandi	6	128,37	Une	6	78,06
Fosca	8	129,51	Paratebuena	17	276,24	Utica	5	121,45
Funza	60	94,59	Pasca	36	365,93	Venecia	7	197,85
Fúquene	2	43,33	Puerto Salgar	4	26,08	Vergara	3	47,84
Fusagasugá	263	227,06	Pulí	1	40,23	Vianí	120	380,70
Gachalá	-	-	Quebradanegra	8	207,85	Villagómez	7	398,63
Gachancipá	31	268,93	Quetame	12	198,94	Villapinzón	20	127,25
Gachetá	1	10,94	Quipile	12	187,62	Villeta	53	252,97
Gama	-	-				Viotá	2	17,94
Girardot	147	163,13	Ricaurte	9	111,90	Yacopí	5	36,34
Granada	3	42,15	San Antonio del Tequendama	15	135,5	Zipacón	13	289,73
Guachetá	16	171,69	San Bernardo	8	91,23	Zipaquirá	264	256,52

Forensis (INMLCF, 2016)

Con lo descrito anteriormente sumado al número de casos de violencias ejercidas por otros familiares, la violencia intrafamiliar registrada por Cundinamarca en Medicina Legal en el año 2016, ascendió a los 6.272 casos. En la gráfica se observa la tendencia de la violencia intrafamiliar (contra NNA, adultos mayores, violencia de pareja y por parte de otros familiares) en los últimos cinco años en el departamento. Debe aclararse que en el año 2015, el INMLCF agrupó los datos de manera diferente, contabilizando los casos por ciclo vital.



Además de los reportes del Instituto Nacional de Medicina Legal, desde el año 2015, el Instituto Nacional de Salud con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, priorizó la vigilancia epidemiológica de las violencias de género dentro de los eventos en salud pública que afectan la salud de la población y representan una grave vulneración de los derechos humanos. Esta vigilancia, busca generar conocimiento para hacer aportes a la política pública en materia de prevención y control, optimización de los recursos, seguimiento y evaluación de las intervenciones, principalmente. Una vez consultada la base de datos del SISPRO se encontró que para el año 2016 fueron notificados 6.245 eventos de violencia intrafamiliar, que mantiene el mismo comportamiento mostrado en los reportes de medicina legal, en el sentido que las mujeres son las principales víctimas. En el sistema de vigilancia se halló que el grupo de edad con mayor afectación en mujeres es el comprendido entre los 20 y 24 años y en los hombres en los niños entre 0 y 4 años. A su vez los municipios de Soacha, Fómeque y Gachalá, son los que mayor número de casos notificaron. En la siguiente tabla se aprecia el número de casos reportados y su aporte porcentual al departamento.

Tabla 29.
 Eventos reportados de violencia intrafamiliar y aporte porcentual por municipio de Cundinamarca.

Municipio	Total casos	%	Municipio	Total casos	%	Municipio	Total casos	%
Agua de Dios	20	0,32	Guaduas	46	0,74	San Cayetano	25	0,40
Albán	6	0,10	Guasca	23	0,37	San Francisco	43	0,69
Anapoima	19	0,30	Guataquí	2	0,03	San Juan De Río Seco	41	0,66
Anolaima	51	0,82	Guatavita	3	0,05	Sasaima	22	0,35

Apulo	29	0,46	Guayabal de Siquima	7	0,11	Sesquilé	21	0,34
Arbeláez	12	0,19	Guayabetal	7	0,11	Sibaté	123	1,97
Beltrán	17	0,27	Gutiérrez	10	0,16	Silvania	18	0,29
Bituima	1	0,02	Jerusalén	5	0,08	Simijaca	17	0,27
Bojacá	7	0,11	Junín	0	0,00	Soacha	2.110	33,79
Cabrera	2	0,03	La Calera	38	0,61	Sopó	13	0,21
Cachipay	0	0,00	La Mesa	80	1,28	Subachoque	3	0,05
Cajicá	39	0,62	La Palma	0	0,00	Suesca	16	0,26
Caparrapí	169	2,71	La Peña	8	0,13	Supatá	5	0,08
Cáqueza	4	0,06	La Vega	57	0,91	Susa	18	0,29
Carmen De Carupa	66	1,06	Lenguazaque	14	0,22	Sutatausa	2	0,03
Chaguaní	15	0,24	Macheta	16	0,26	Tabio	1	0,02
Chía	2	0,03	Madrid	162	2,59	Tausa	9	0,14
Chipaque	8	0,13	Manta	5	0,08	Tena	14	0,22
Choachí	20	0,32	Medina	28	0,45	Tenjo	31	0,50
Chocontá	40	0,64	Mosquera	64	1,02	Tibacuy	4	0,06
Cogua	66	1,06	Nariño	0	0,00	Tibirita	7	0,11
Cota	32	0,51	Nemocón	44	0,70	Tocaima	27	0,43
Cucunubá	2	0,03	Nilo	7	0,11	Tocancipá	27	0,43
El Colegio	24	0,38	Nimaima	1	0,02	Topaipí	2	0,03
El Peñón	49	0,78	Nocaima	1	0,02	Ubalá	1	0,02
El Rosal	1	0,02	Venecia	44	0,70	Ubaque	18	0,29
Facatativá	3	0,05	Pacho	1	0,02	Ubaté	9	0,14
Fómeque	516	8,26	Paime	6	0,10	Une	7	0,11
Fosca	19	0,30	Pandi	24	0,38	Útica	9	0,14
Funza	12	0,19	Paratebueno	56	0,90	Vergara	5	0,08
Fúquene	84	1,35	Pasca	7	0,11	Vianí	3	0,05
Fusagasugá	7	0,11	Puerto Salgar	2	0,03	Villagómez	192	3,07
Gachalá	377	6,04	Pulí	10	0,16	Villapinzón	10	0,16
Gachancipá	0	0,00	Quebradanegra	22	0,35	Villeta	43	0,69
Gachetá	41	0,66	Quetame	21	0,34	Viotá	98	1,57
Gama	1	0,02	Quipile	11	0,18	Yacopí	7	0,11
Girardot	231	3,70	Ricaurte	9	0,14	Zipacón	20	0,32
Granada	5	0,08	San Antonio Del Tequendama	6	0,10	Zipaquirá	323	5,17
Guachetá	24	0,38	San Bernardo	33	0,53			

Reporte SIVIGILA 2016, Cundinamarca corte a semana epidemiológica 52, 2016.

En la figura se observa el mapa de distribución geográfica de los eventos de violencia intrafamiliar registrados en el SIVIGILA, en donde el tono oscuro refleja los municipios con más de 21 casos registrados.

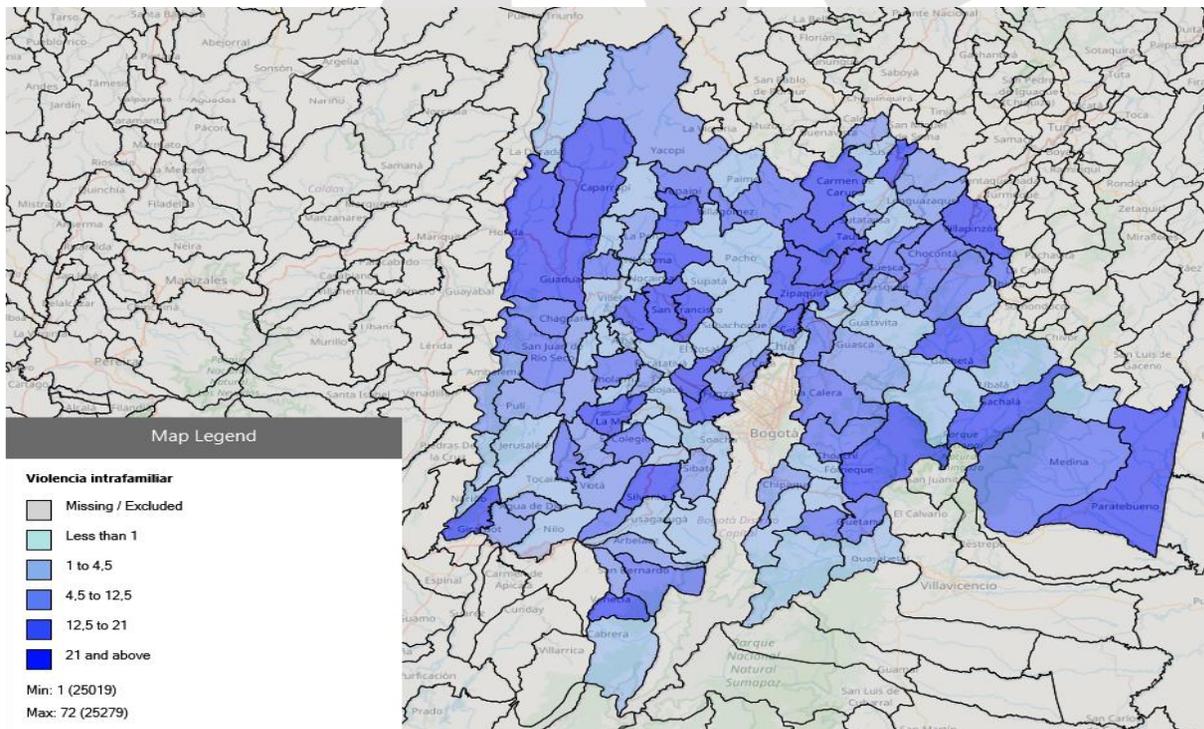


Figura 31. Distribución geográfica de los casos de violencia intrafamiliar. Elaboración a partir de INMLCF Y SISPRO (FUNDIPAL (2017).

Violencia sexual. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó en el 2016, 21.399 exámenes medico legales por presunto delito sexual en el país, lo que corresponde a una tasa de 43,90 por 100 mil habitantes. El 73,98% de las víctimas eran mujeres y el 86% de las valoraciones se realizaron a personas entre los 0 a 17 años. El mayor número de casos en mujeres se registró en las del grupo etario comprendido entre los 10 y los 13 años y en los hombres en los niños de 5 a 9 años. El 89% no refirió factor de vulnerabilidad alguna; sin embargo, en el bajo porcentaje restante se señaló el consumo de sustancias psicoactivas y encontrarse bajo custodia como factor.

Frente al presunto agresor, en el 88% de los casos se encontró que era una persona cercana a la víctima (familiar, amigo y pareja o ex pareja). La vivienda es el lugar donde se registra el mayor número de casos (15.297) que corresponde al 76,06%; el 88,66% ocurrió en la cabecera municipal, mientras que el 11,34% en zona rural.

En Cundinamarca se registraron 1.459 casos en el 2016, lo que significa una tasa de 53.61 por 100 mil habitantes, más alta que la tasa nacional. La distribución por sexo de esta problemática mostró que del total de víctimas, 222 fueron hombres (tasa 16.36) y 1.237 mujeres (tasa 90.64). En la gráfica se aprecia que la tendencia de la violencia sexual en el departamento en los últimos cinco años tiende a disminuir, sin embargo es importante considerar que el INMLCF agrupó de manera diferente los datos en el año 2015, clasificándolos por ciclo vital.



Figura 32. Casos de Violencia Sexual en Cundinamarca, 2012-2016. Elaboración a partir de INMLCF

FUNDIPAL (2017).

Los municipios que presentaron mayor número de casos fueron Soacha (286), Girardot (96) y Fusagasugá (70) y los que registraron tasas mucho más elevadas que la nacional fueron: Paratebueno (257.93), Villeta (174.12) y Tibiritá (169.72), todas ellas por cada 100 mil habitantes. (INMLCF, 2016). La siguiente tabla recoge los datos de número de casos y tasas por 1000 mil habitantes en los municipios del departamento.

Tabla 30.

Casos y tasas de violencia sexual por municipio de Cundinamarca.

Municipio	Casos	Tasa X100 mil	Municipio	Casos	Tasa X100 mil	Municipio	Casos	Tasa X100 mil
Agua de Dios	6	55	Guaduas	21	53,76	San Cayetano	1	18,7
Albán	1	16,79	Guasca	16	106,65	San Francisco	8	82,2
Anapoima	9	66,6	Guataquí	1	37,75	San Juan de Rioseco	4	41,37
Anolaima	20	163,8	Guatavita	1	14,44	Sasaima	9	83,78
Apulo	3	38,4	Guayabal de Siquima	3	82,33	Sesquilé	5	34,70
Arbeláez	5	40,55	Guayabetal	5	100,83	Sibaté	20	51,13
Beltrán	-	-	Gutiérrez	7	167,7	Silvania	19	86,29
Bituima	1	39,87	Jerusalén	1	37,27	Simijaca	9	67,69
Bojacá	8	67,54	Junín	2	23,14	Soacha	286	54,74
Cabrera			La Calera	9	32,28	Sopó	1	3,66
Cachipay	9	91,73	La Mesa	24	75,42	Subachoque	4	24,34
Cajicá	46	79,26	La Palma	2	18,48	Suesca	5	28,31
Caparrapí	-	-	La Peña	9	127,93	Supatá	2	39,74
Cáqueza	5	29,19	La Vega	11	76,78	Susa	5	39,71
Carmen de Carupa	1	10,88	Lenguazaque	7	67,93	Sutatausa	-	-
Chaguaní	4	100,53	Machetá	9	143,49	Tabio	-	-
Chía	12	9,26	Madrid	41	51,82	Tausa	6	67,38
Chipaque	-	-	Manta	5	105,66	Tena	9	99,09
Choachí	4	37,45	Medina	9	88,81	Tenjo	6	30,06
Chocontá	5	19,31	Mosquera	29	34,18	Tibacuy	3	62,1
Cogua	10	43,89	Nariño	3	135,26	Tibirita	5	169,72
Cota	3	11,80	Nemocón	10	72,96	Tocaima	11	59,46
Cucunubá	2	26,59	Nilo	1	5,30	Tocancipá	23	70,08
El Colegio	24	109,34	Nimaima	-	-	Topaipí	1	22,16
El Peñón	2	41,61	Nocaima	2	24,83	Ubalá	1	9,44
El Rosal	13	73,66	Pacho	12	43,81	Ubaque	4	65,51
Facatativá	75	55,75	Paima	4	90,76	Ubaté	42	107,64

Fómeque	4	32,70	Pandi	5	88,09	Une	1	10,73
Fosca	1	13,11	Paratebuena	20	257,93	Utica	2	39,87
Funza	52	67,76	Pasca	4	32,60	Venecia	3	73,71
Fúquene	5	88,20	Puerto Salgar	4	21,04	Vergara	2	26,03
Fusagasugá	70	51,03	Pulí			Vianí	3	71,39
Gachalá	-	-	Quebradanegra	6	126,45	Villagómez	1	45,96
Gachancipá	7	47,2	Quetame	1	13,9	Villapinzón	5	24,93
Gachetá	1	8,96	Quipile	2	24,49	Villeta	44	174,12
Gama	-	-				Viotá	6	44,97
Girardot	96	90,82	Ricaurte	13	135,71	Yacopí	6	35,27
Granada	1	11,27	San Antonio del Tequendama	10	76,06	Zipacón	5	88,79
Guachetá	10	87,94	San Bernardo	5	46,71	Zipaquirá	63	50,65

Forensis (INMLCF, 2016)

Además de los datos que aporta anualmente el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y de los registros del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), Colombia cuenta quinquenalmente con los resultados de la Encuesta de Demografía y Salud (ENDS) en donde se presentan y analizan datos sobre la magnitud, características, dinámicas y tendencias en salud sexual y reproductiva y otros temas de salud en la población colombiana. Así, se encuentra que en la ENDS 2015, que “se llevó a cabo en una submuestra probabilística de hogares en la que se identificaron 92.799 personas elegibles para encuesta individual (52,479 mujeres de 13 a 69 años y 40,300 hombres de 13 a 69 años), provenientes de 44,614 hogares urbanos y rurales de los diferentes estratos socioeconómicos, de los 32 departamentos del país y Bogotá. El total de segmentos efectivamente trabajados fue de 4,878, de los cuales el 74% pertenecen a la cabecera y el 26% son rurales” (Minsalud-Profamilia, 2015).

Al indagar sobre la violencia física se encontró que el 31.9% de las mujeres y el 22.4% actualmente o alguna vez habían sido agredidos por parte de su pareja o expareja, siendo el empujón o zarandeo, seguido de los golpes con la mano, las principales manifestaciones de este tipo de violencia. En cuanto a la violencia sexual se halló que 7.6% de las mujeres indicaron que su pareja o expareja les había forzado físicamente a tener relaciones o actos sexuales sin su consentimiento; en el caso de los hombres este porcentaje es apenas del 1.1%. Se evidenció también que la violencia sexual que es ejercida por la pareja se presenta en mayor proporción en mujeres entre los 45 y 49 años y es inversamente proporcional al nivel educativo, es decir, que en la medida en que éste es más alto, la violencia sexual disminuye (9.6% de mujeres víctimas con educación primaria y 5.5% de mujeres con educación superior).

Respecto a la violencia económica, las mujeres (31.1%) presentan porcentajes mayores de violencia económica que los hombres (25.2%). El 14% de las mujeres manifestó que su pareja le prohibió trabajar o estudiar, frente al 1.5% de los hombres. El 10.5% de las mujeres y el 2% de los hombres indicaron que su pareja amenazó con quitarle el apoyo económico. En la violencia psicológica, las acciones de control son la principal manifestación, siendo más alta en los hombres que en las mujeres (72.5% y 57.9% respectivamente); sin embargo las mujeres (39.0%) son más desvaloradas/descalificadas que los hombres (35.7%) (Minsalud-Profamilia, 2015). En la siguiente tabla se presenta el resumen del porcentaje de hombres y mujeres entre los 13 y 49 años que reportaron algún tipo de violencia.

Tabla 31.

Porcentaje de hombres y mujeres entre 13 y 49 años de Cundinamarca que reportaron haber sido víctima de algún tipo de violencia.

	Tipo de violencia
--	-------------------

Característica	Alguna Violencia Psicológica		Alguna Violencia Física		Alguna Violencia Económica		Alguna Violencia Sexual		Alguna violencia	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Zona Urbana*	65.3	76.2	32.7	24.3	32.1	26.8	7.8	1.2	67.8	77.0
Zona Rural*	59.8	68.8	29.2	16.2	27.7	20.0	7.0	0.9	62.8	69.5
C/marca	67.9	72.8	36.9	25.8	33.8	21.8	7.9	0.3	70.5	72.9

Construcción a partir de datos de la ENDS 2015 (FUNDIPAL, 2017)

Los datos específicos de violencia psicológica, muestran que en Cundinamarca, el 63.7% de las mujeres y el 71.3% de los hombres manifiesta ser víctima de acciones de control por parte de su pareja o expareja; el 41.4% de las mujeres y 33.4% de los hombres, de ser subvalorados o descalificados y el 27.3% de las mujeres y el 15.8% de los hombres, haber recibido amenazas o intimidación en sus relaciones de pareja. Ante la agresión por parte de su pareja o ex pareja, se encontró que el 36.4% de las mujeres se defienden con agresión física frente a un 19.3% de hombres que manifestó haberlo hecho alguna vez. En la siguiente tabla se puede apreciar que este porcentaje de respuesta agresiva frente a la violencia, es más bajo en Cundinamarca que el reportado por el resto de la población. Nótese el elevado porcentaje de mujeres y hombres que señalaron que “Nunca” han respondido con agresión física frente a la violencia ejercida por parte de sus parejas o exparejas.

Tabla 32.

Porcentaje de hombres y mujeres entre 13 y 49 años de Cundinamarca que se han defendido cuando han sido agredidos por su pareja o expareja.

ALGUNA VEZ (HACE MÁS DE UN AÑO)	EN EL ÚLTIMO AÑO	NUNCA
---------------------------------	------------------	-------

Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
21.0	7.2	14.1	5.7	64.9	87.1

Construcción a partir de datos de la ENDS 2015 (FUNDIPAL, 2017)

La encuesta indagó también por la violencia que ejercen hombres y mujeres contra sus parejas en momentos en que no están siendo agredidos, dado que “Las conductas de control o agresiones como empujones o bofeteadas se normalizan y se asumen como normales, por lo cual, además, no se denuncian” (Minsalud-Profamilia, 2015). Lo que se encontró al respecto en Cundinamarca por sexo se resume en la siguiente tabla.

Tabla 33.

Porcentaje de hombres y mujeres entre 13 y 49 años de Cundinamarca que han agredido a su pareja.

LO/A HA GOLPEADO		LO/A HA INSULTADO		LO/A HA CONTROLADO		LO/A HA CELADO		OTRA		NUNCA	
Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
10.7	4.1	25.1	13.6	15.9	15.2	29.4	20.2	0.4	0.4	55.4	67.7

Construcción a partir de datos de la ENDS 2015 (FUNDIPAL, 2017)

Se encontró además que el 27.5% de las mujeres y el 17.4% de los hombres ha pensado en separarse de su pareja, siendo la violencia de pareja la principal razón que tienen tanto las mujeres como los hombres, pero dentro de otras razones que tienen las mujeres para pensar en la separación es la habitual embriaguez de su pareja.

Con relación a la violencia contra niños, niñas y adolescentes, se encontró que el cuidado recae en las mujeres y son ellas, principalmente las madres, quienes imparten los castigos a los hijos/as,

hijastros/as. El 26.3% señaló que la forma más común de castigar son los golpes con objetos y en un 14.7% con palmadas. Coinciden estas respuestas con la forma en que ellos como padres también fueron castigados en su infancia. La violencia física como forma de castigo estuvo presente en el 62.7% de las mujeres y en el 73.6 de los hombres, quienes fueron golpeados con objetos. Se evidenció igualmente, la historia de maltrato a través del porcentaje de hombres (24.9%) y mujeres (30.8%) que señalaron que sus parejas habían sido maltratados en su infancia por parte de sus padres o padrastros. El porcentaje de mujeres que sabían que el padre de su pareja golpeaba a la madre es mayor que el de hombres: 25.% frente al 18.1% respectivamente.

El 17.9% de las mujeres de 13 a 49 años manifestó que las habían tocado o manoseado sin su consentimiento, esto al indagarse por la situación de acoso sexual al que están expuestas las mujeres cotidianamente. En el 35.3% de los casos, esto sucedió en la casa y en un 26.6% en la calle y la mayor proporción de mujeres que han experimentado este tipo de violencia se encuentran en el rango de edad comprendido entre los 35 y los 39 años.

Referente a la búsqueda de ayuda o apoyo para enfrentar las situaciones de violencia, se halló que 76.4% de las mujeres y el 90.1% de los hombres nunca han buscado ayuda en instituciones. El 43.6% de las mujeres y el 28% de los hombres entre los 13 y 49 años, que reportaron violencia física pidieron ayuda a personas cercanas, en una mayor proporción a los padres. No obstante, se encontró que del total de mujeres que acudieron a una institución a pedir ayuda, el mayor porcentaje acudió a una Comisaría de Familia (8.1%), a la Fiscalía (7%) y a la Inspección de Policía (6.1%) y en el caso de hombres víctimas de violencia, acudieron a la Inspección de Policía (3.7%), Fiscalía (2.5%) y Comisaría de Familia (1.7%). El 16.1% de mujeres víctimas y el 11.2% de los hombres, fueron al médico como resultado de la violencia. Al 65.6% de mujeres y al 44.9%

de los hombres se les brindó información sobre formas de buscar protección y mecanismos para denunciar.

En torno a las percepciones, imaginarios y representaciones que tiene la población sobre la violencia contra la mujer, en la siguiente tabla se presenta el resumen de lo hallado en la ENDS en el departamento de Cundinamarca. Pueden observarse los altos porcentajes que denotan una aceptación de la primera idea que refiere, según la encuesta, a las construcciones de la feminidad y la masculinidad (afirmaciones 1 y 2) y el rechazo frente a la justificación de la violencia física por los porcentajes obtenidos (afirmaciones 4, 5 y 8); respecto al sentido de propiedad, dominación y control sobre las mujeres, los porcentajes muestran niveles medios que prueban las construcciones sociales de patriarcado que persisten en el departamento (afirmaciones 3, 6, 7 y 9).

Tabla 34.

Porcentaje de mujeres y hombres de 13 a 49 años de Cundinamarca que están de acuerdo con diferentes ideas que tienen las personas respecto a la violencia contra las mujeres.

IDEAS	MUJERES	HOMBRES
1. Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos	74.4	74.2
2. Cuando las mujeres están bravas es mejor no provocarlas	80.0	80.2
3. Los hombres de verdad son capaces de controlar a sus parejas	36.9	35.7
4. A veces está bien que los hombres golpeen a sus parejas	0.6	1.0
5. Se justifica pegarle a la pareja cuando ha sido infiel	4.0	4.3
6. Una buena esposa obedece a su esposo siempre	31.0	42.6
7. Una mujer puede escoger a sus amistades, aunque a su pareja no le guste	82.1	76.7

8. Las mujeres que siguen con sus parejas después de ser golpeadas es porque les gusta	57.6	51.1
9. Es normal que los hombres no dejen salir sola a su pareja	20.1	29.6

Construcción a partir de los datos de la ENDS 2015 (FUNDIPAL, 2017)

Con relación a las actitudes frente a las violencias contra las mujeres, se encontró que en el departamento tanto hombres (87.4%) como mujeres (83.7%) en caso de ver a algún amigo golpear a una mujer, hablarían con él después y el 74.0% de las mujeres y el 77.2% de los hombres intervendrían en ese momento. En caso de que sea un desconocido el agresor, el 92.6% de las mujeres y el 86.3% de los hombres llamaría a la policía.

Problemas, trastornos mentales y epilepsia. La información contextual sobre los problemas y trastornos mentales así como de la epilepsia, para el análisis del departamento de Cundinamarca, toma como referente la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (ENSM), que corresponde a un estudio observacional descriptivo de corte transversal, para el ámbito poblacional y el Análisis de Situación de Salud Dimensión Salud Mental y Convivencia Social del departamento de Cundinamarca.

Para comprender la estimación de resultados de la encuesta nacional de salud mental (ENSM) a la población cundinamarquesa, es necesario considerar en primer lugar que la muestra tuvo representatividad nacional y regional, con desagregación geográfica a nivel regional, urbano/rural y demográfica por rangos de edad: 7-11, 12-17 y 18 y más años. Las regiones consideradas fueron la Central, Oriental, Atlántica, Pacífica y Bogotá (Minsalud-Colciencias-UPJaveriana, 2015). Esto significa que como primera unidad de muestreo, tomó municipios, luego grupos de manzanas contiguas del mismo sector y sección censales, luego se seleccionaron segmentos con promedio



de 12 viviendas contiguas para finalmente elegir las viviendas unidades últimas de muestreo, aunque las unidades de observación fueron los sujetos seleccionados en los hogares para una muestra de 14.496. De las 16.147 personas seleccionadas para responder la encuesta, se obtuvieron 15.351 completas, que representan el 95,1%.

En segundo lugar, Cundinamarca fue incluido en la región Oriental junto con Boyacá, Meta, Putumayo, Casanare, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés, Vichada, Santander, Norte de Santander y Arauca (Minsalud-Colciencias-UPJaveriana, 2015). En ese sentido, los resultados que se presentan a continuación, corresponden a los obtenidos en la región Oriental.

Dentro de los principales resultados relacionados con la percepción de salud mental, vale la pena destacar que la disfunción familiar moderada y severa, aumenta de acuerdo con la edad: de un 11,2 % (12 a 18 años), a un 14,5 % (18-44 años) y 16,3 % (45 y más), anotando que a mayor escolaridad de los encuestados de 18 años y más, se asocia menos disfunción familiar. Se encontró que el comportamiento de esta disfuncionalidad es similar en todas las regiones pero para la Oriental varía en adolescentes entre el 34.8% y el 24.5%. De otro lado, los tipos de violencias más experimentados por la población general, son las relacionadas con el desplazamiento forzoso y la delincuencia común. El 10,8% de la región Oriental reportaron haber estado expuestas a conflicto armado como principal tipo de experiencia traumática. (Minsalud-Colciencias-UPJaveriana, 2015).

Problemas Mentales. Respecto a los problemas mentales o síntomas que no constituyen un trastorno psiquiátrico, en niños, niñas, adolescentes y adultos, se encontró que el 27,6% de la población infantil presenta un síntoma mental; con mayor frecuencia lenguaje anormal (19,6) asustarse o ponerse nervioso sin razón (12,4 %), presentar cefaleas frecuentes (9,7 %) y jugar poco

con otros niños (9,5 %); sin embargo, en la región Oriental se reportó un menor porcentaje de población infantil con uno o más síntomas (36,2%). El análisis mostró que la prevalencia de consumo de cigarrillos, alcohol y otras sustancias psicoactivas es bajo en la población infantil colombiana entre 7 y 11 años de edad; que el 11,7 % de esta población ha estado expuesta a algún evento traumático y que un 9,2 % presenta algún riesgo de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): alrededor de 4,5% manifiesta síntomas psicológicos secundarios a algún evento traumático vivido (Minsalud-Colciencias-UP Javeriana, 2015).

En los adolescentes y adultos la presencia de eventos estresantes puede generar malestar y problemas en la interacción con otros sin que esto implique la magnitud y gravedad para ser considerados un trastorno mental. En la ENSM para medir esta categoría se usó el cuestionario del SRQ que señala psicopatología (depresión, ansiedad, psicosis y epilepsia) probable sin esbozar el diagnóstico. El análisis por regiones mostró de manera general que el SRQ es positivo entre el 11,7% y el 13,8% de los adolescentes en las regiones sin diferencias que resaltar entre ellas. Al realizar el análisis para 3 a 4 síntomas sugestivos de ansiedad se encontró que las regiones Pacífica (17,7%) y Central (16,8%) presentan las mayores prevalencias. Para depresión de 4 a 6 síntomas se obtuvo el 20,9% de los adolescentes en la región Central y el 16,2% de las personas entre los 12 y 17 años de edad en la región Oriental. En términos globales se observó que más del 50,5% de los adolescentes tiene por lo menos 4 síntomas referidos en las subescalas depresión y ansiedad del SRQ, siendo la proporción mayor en mujeres (54,5%) que en hombres (46,4%).

Para el grupo entre 18 y 24 años el SRQ global fue positivo para el 9,6% de las personas, siendo mayor en mujeres (10,8%) que en hombres (7,9%). Por regiones el SRQ es positivo en aproximadamente el 7% de las personas en este grupo etario en Atlántico y región Oriental. Para

síntomas sugestivos de psicosis, la región Oriental presentó una de las mayores frecuencias (8,7%). Se halló que más del 50,5% de las personas tiene por lo menos 4 problemas referidos en las subescalas de ansiedad y depresión SRQ durante los últimos 12 meses, también es mayor en la región Oriental 27,7%, siendo la proporción en mujeres de 58,7% y en hombres 39,0%. Para el grupo de 45 años en adelante, el SRQ fue positivo para el 11,2% de las personas, siendo mayor en mujeres (13,1%) que en hombres (8,3%). Los síntomas ansiosos están presentes en por lo menos un 54,8% de las personas con uno o más síntomas de ansiedad.

Con relación a los trastornos alimenticios, se encontró que en la región Oriental, los adolescentes reportan conductas de riesgo de 9.7%, figurando dentro de las más altas del país al igual que Bogotá. Los adultos jóvenes de la región reportan también mayores prevalencias de conductas de riesgo (8.3%).

Sobre los trastornos mentales secundarios al consumo de sustancias psicoactivas, la ENSM evaluó el patrón de consumo de diferentes sustancias psicoactivas y problemas relacionados a éste sin realizar diagnóstico. El instrumento utilizado fue creado para la encuesta y se basó en preguntas de la Prueba detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST). Los resultados mostraron que al comparar el consumo “alguna vez en la vida” por regiones, es la Oriental con el 30,5% así como durante los últimos 12 meses, con el 27,7%. De otro lado, la evaluación de consumo excesivo y de consumo de riesgo y posible dependencia del alcohol, se hizo a través del AUDIT-C y el AUDIT-A, que mostró que para las personas entre 18 y 44 años de edad, hay variabilidad según las regiones; la población que presenta el mayor consumo excesivo de alcohol es la de Bogotá con un 31,2 %, seguido de la región Oriental.

En lo que refiere a las consecuencias psicológicas de las experiencias traumáticas, la ENSM empleó como instrumento de medición el PostTraumatic Stress Disorder CheckList-Civilian Version (PCL-C) modificado, en el que se tomó como marco temporal de los síntomas los últimos 12 meses. En relación con la prevalencia de los síntomas consecuentes a la experiencia traumática en el último año en personas entre los 12 y 17 años, el 43,1% presentan por lo menos un síntoma, siendo el más prevalente el de los recuerdos, pensamientos o imágenes inquietantes en el 19,4%; respecto a la percepción de trauma psicológico en los adultos, el 40,2% de los adultos entre los 18 y 44 años y el 41,4% de los adultos de 45 años y más, han sufrido por lo menos un evento traumático. La ENSM exploró que en las personas de 18 a 44 años el 38,9 % de las mujeres y el 29,2 % de la población total expuesta a la violencia por delincuencia organizada afirman que sufren un trauma psicológico, mientras que el 45,9% de los sujetos expuestos a conflicto armado tienen un reporte positivo de trauma psíquico por el evento, con valores significativamente más elevados para las mujeres (51,7 %) que para los hombres (38,3 %). En cuanto a la distribución de la cantidad de síntomas por edad y región fueron similares para todos, con proporciones más altas de 6 a 9 síntomas para los adultos entre 18 y 44 años. (Minsalud-Colciencias-UPJaveriana, 2015).

Trastornos mentales. Los trastornos evaluados en la ENSM se definieron a partir de los más prevalentes en la población colombiana; así, para la población infantil de 7 a 11 años se incluyeron: depresión mayor, ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno de la conducta. Para los adolescentes (12 a 17 años) se abordaron los trastornos depresivos (depresivo mayor, menor y distimia), el trastorno afectivo bipolar (I y II) y los trastornos de ansiedad, generalizada,

pánico y fobia social y conducta suicida. Estos mismos trastornos fueron explorados en los adultos a quienes además se les realizó un tamizaje de personalidad.

En la población infantil se observó que la prevalencia en los últimos 12 meses de cualquier trastorno mental de los medidos, es mayor en la región central (7.1%), seguido de la región Pacífica (5.5%) y la Oriental (4,6 %). La presencia de un solo trastorno por niño o niña en los últimos 12 meses es del 84,4 % y de dos o más trastornos en una sola persona es del 15,6 %.

Para la evaluación de los trastornos mentales en adolescentes, se utilizó el CIDI-CAPI (versión 21.1.3), que provee diagnósticos del DSM-IV y permitió evidenciar, que la prevalencia de vida de los trastornos mentales en población de 12 a 17 años es del 7,2%, con una prevalencia en los hombres de 4,6% y en las mujeres de 9,7 %. Los resultados de los trastornos agrupados en los últimos 12 meses, indicaron que la prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad es más alta que la de cualquier trastorno afectivo (3,5% frente a 1,2%), destacándose la fobia social (3,4%) y el trastorno depresivo mayor (0,8%). Todos los trastornos son más prevalentes en las mujeres, salvo los bipolares. La región con mayor prevalencia de cualquier trastorno mental en esta población en los últimos doce meses es la Pacífica con un 6,3 %, pero la Oriental se ubica en el tercer lugar con una prevalencia de 5,2%. La prevalencia de vida de cualquier trastorno mental es mayor en los adolescentes de la zona urbana 8,0% que en los de la zona rural 5,0%.

De otro lado, la encuesta evaluó los trastornos depresivos (mayor, distimia y menor), trastorno afectivo bipolar I, II y otros no clasificados, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social en los adultos. Los resultados mostraron que la prevalencia de vida de los trastornos mentales en los adultos colombianos es el 9,1% (hombres de 8,2% y mujeres). El trastorno más prevalente es la depresión mayor (1,6%) con una relación hombre: mujer de 1:2,6. De los

trastornos de ansiedad el más prevalente en los últimos 12 meses, es la fobia social con un total nacional de 1,6 %, cuya distribución por sexo es del 1,4 % en hombres y 1,8 % en mujeres; seguido por el trastorno de ansiedad generalizada con el 0,5 %. En los últimos 12 meses la región con mayor prevalencia de cualquier trastorno mental es la Pacífica, con un 5,6% y en toda la vida es Bogotá (12,9 %), no se presentan datos de la región oriental dado que en la ENSM los estimativos por región para los últimos 30 días fueron poco precisos (Minsalud-Colciencias-UPJaveriana, 2015).

Ahora, el tamizaje de personalidad que se hizo con el módulo de la entrevista estructurada del CIDI-CAPI a la población mayor de 18 años, encontró que el 39,8% de la población no tiene ningún rasgo límite de personalidad tipo B, 40,8% de la población colombiana de 18 años en adelante tiene 1 o 2 rasgos de personalidad límite, siendo similar la proporción entre hombres (40,2%) y mujeres (39,5%). El 14,8% tienen 3 a 5, y el 4,6%, 6 o más rasgos, presentándose una distribución similar entre hombres y mujeres. Al analizar la información por región, la prevalencia de 6 o más rasgos es similar en todas, el 6,0% de las personas de 18 años en adelante de Bogotá los presentan, siendo la mayor, y el 3,9% en la región Oriental, siendo la menor. El 53,3% de la población de 18 años en adelante tienen 1 o 2 rasgos de personalidad antisocial, siendo un poco mayor la proporción de hombres que los presenta (55,8% vs. 50,8% en la mujeres). El 36,6 % no tienen ninguno, en este caso es mayor la proporción en mujeres (42,2% vs. 30,9% en hombres), el 8,3 % tienen 3 a 5 rasgos y el 1,8 % de esta población tienen 6 o más, en estos casos también es mayor la proporción de hombres (2,8% comparado con 0,9% en mujeres). Por región la prevalencia de 3 a 5 rasgos es similar en todas las regiones, siendo la mayor en la Oriental, con el 11,1%. El estimado de 6 o más rasgos solo se presenta para la región Oriental, donde es del 2,1%.

En resumen, la encuesta mostró que en los adultos (18 años y más), una de cada 25 personas tiene alguno de los trastornos mentales evaluados con el instrumento CIDI en los últimos 12 meses y nueve de cada 100 los han padecido en toda la vida, siendo los más prevalentes el trastorno depresivo mayor y la fobia social. En general, los trastornos afectivos y de ansiedad estudiados, fueron más frecuentes en las mujeres adultas que en los hombres y en las personas entre los 18 y 44 años de edad. (Minsalud-Colciencias-UPJaveriana, 2015).

Ahora bien, el ASIS de la Dimensión Salud Mental y Convivencia Social del departamento, presentó el comportamiento de la morbilidad y mortalidad en salud mental en Cundinamarca del 2016, a partir de la revisión de las diez causas más frecuentes de atención por trastornos mentales y del comportamiento, en los servicios de urgencias y hospitalización. Como se aprecia en la siguiente gráfica, los trastornos de ansiedad, del estado del ánimo (específicamente la depresión) la intoxicación aguda por consumo de alcohol, ocupan los primeros lugares en la demanda del servicio de urgencias por salud mental.

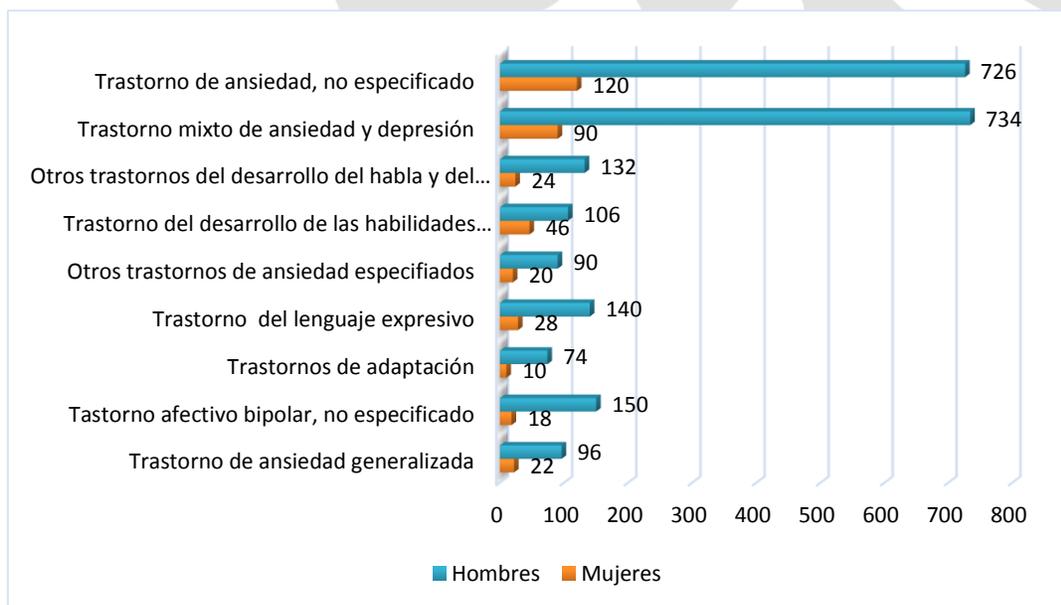


Figura 33. Primeras causas de hospitalización y urgencias asociadas a trastorno mental distribuido por sexo ASIS. Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental (2017).

Indica este ASIS también, al analizar la información del Registro Único de Afiliados-RUA, que los trastornos con mayor prevalencia en el departamento son: el trastorno de ansiedad no especificado, 8.46 % (8.068 casos) 10,58% en mujeres y 13,9% en hombres; episodio depresivo no especificado, 2.56% (2.445 casos) 3.52% mujeres, 1.26% hombres; trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol: intoxicación aguda, 0.27% (259 casos) 0.21% mujeres, 0.35 hombres; lesión autoinfligida intencional: envenenamiento autoinfligido intencionalmente, 0.04% (40 casos) 0.05% mujeres y 0.03% hombres y otros trastornos (insomnio no orgánico, 3.87%) 3.689 casos, 4.3% mujeres y 3.22% hombres (Subdirección de Vigilancia de Salud Pública, 2017). Con relación a datos epidemiológicos sobre la epilepsia, ninguna de las fuentes secundarias revisadas dio cuenta este evento.

Epilepsia. De acuerdo al Estudio neuroepidemiológico nacional (EPINEURO) colombiano (2003), a través del cual se buscó determinar la prevalencia de ocho problemas neurológicos (migraña, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, neuropatía periférica, trastornos del desarrollo neurológico, epilepsia, demencia y secuelas de traumatismo craneoencefálico) en Colombia; se definió que la prevalencia por 100 mil habitantes para epilepsia fue de 10,3 (IC95%: 8,5 a 13,0) siendo mayor en mujeres que en hombres (13,8 frente a 10,1). Además, se encontró un aumento en el grupo de 20 a 29 años. La prevalencia fue mayor en las regiones oriental y noroccidental. Como conclusión del estudio, se logró identificar una disminución de la prevalencia de epilepsia en los últimos años.



La ENSM desarrolló cuatro módulos, que contemplaron tanto a niños, niñas y adolescentes como a los adultos, orientados a medir las condiciones de acceso a los servicios de salud mental y el uso de medicamentos. La evaluación del acceso a los servicios, se indagó a partir de la percepción de la necesidad a través de *“la búsqueda de atención y el motivo de no consulta; así mismo, se averiguó por el sitio donde asistió en la última ocasión para conocer a quién acuden las personas cuando quieren recibir atención; el tiempo de desplazamiento con el fin de evaluar barreras geográficas y finalmente el acceso efectivo a los medicamentos y las barreras que se presentan para no acceder a estos”*. Los principales resultados mostraron que hay una brecha significativa entre la percepción de un problema o síntoma de enfermedad mental y la búsqueda de ayuda por cuanto se presentan barreras actitudinales (por no considerarlo importante o por descuido) que impiden un acceso oportuno y pertinente; pero también se evidenciaron barreras económicas que si bien no tienen que ver con el pago por los servicios de salud mental que están cubiertos en el POS, sí hacen alusión a los costos directos e indirectos para llegar a los servicios de salud mental y para mantener intervenciones que usualmente son repetidas en el tiempo, esto es un factor que debe considerarse en la oferta de servicios en el departamento de Cundinamarca en donde, como se verá más adelante, no se cuenta con los suficientes servicios de atención especializada en salud mental en las provincias.

Estos resultados muestran la necesidad de implementar *“abordajes comunitarios de naturaleza promotora y preventiva que permitan una búsqueda activa”* para disminuir particularmente estas barreras actitudinales y geográfica (Minsalud-Colciencias-UPJaveriana, 2015), es decir a la necesidad de implementar estrategias de rehabilitación basada en comunidad y la detección temprana.



Otros resultados que merecen destacarse son: el porcentaje de personas que refirieron tener algún tipo de problema de salud mental en algún momento de la vida, en la población infantil es de 2,8%, en los últimos 12 meses el 51,5% de los adolescentes; 36,1% en los adultos de 18-44 años; 35,6% en mayores de 44 años. De estos, sólo el 45,2% (7 a 11 años); 38,5% (18 a 44 años) y el 48,8 % (mayores de 44 años) solicitaron atención por patología mental. El porcentaje de personas que recibieron algún tipo de atención en salud mental luego de ser solicitada es de 92,7% en la población infantil; 88,5% en adolescentes; 94% y 88,9% en adultos. El promedio de tiempo referido para acceder geográficamente (llegar al sitio) a los servicios de salud mental para la población es a nivel nacional de 11,8 horas (7 a 12 años); 11,7 horas (12 a 18 años); 32,3 horas (18 a 44 años) y 9,6 horas (mayores de 44 años).

El recurso más buscado para atención en patología mental a nivel nacional son las instituciones de salud y los profesionales en salud con un 88,2% (7 a 12 años); 92,1% (12 a 18 años); 89 % (18 a 44 años) y 95.6 % (mayores de 44 años). El porcentaje de acceso a medicamentos es del 73,6% (7-12 años); 83,1% (18-44 años) y 97,9% (mayores de 44 años). El uso de medicamentos para alguna patología mental es de 0,8% (7 a 18 años); 1,87% (18 a 44 años) y del 3,7 % (mayores de 44 años). La terapia más solicitada es psicoterapia por psicología: 58,3% (7 a 12 años) y en 72,7% (18 a 44 años). El porcentaje de hospitalización por psiquiatría en la población infantil es de 5,1%; en adultos entre 18 y 44 años del 13,9 %, y en los mayores de 44 años es del 16,2%. (Minsalud-Colciencias-UPJaveriana, 2015).

En Cundinamarca, de acuerdo con el Registro Especial de Prestadores (REPS) Ministerio de Salud y Protección Social revisado durante noviembre del 2017, se cuenta con 435 Servicios de Salud Mental y Atención al Consumidor de Sustancias Psicoactivas habilitados, siendo el servicio

de Psicología el principal con un 77.24% (336) seguido por el de Psiquiatría en un 13.79% (60). El 15.40% (67) de estos servicios habilitados corresponden a Empresas Sociales del Estado (ESE); específicamente son los servicios de psicología con el 42.14% (59) y los de psiquiatría con el 25% (8). En la gráfica No.6 es posible observar la desagregación del tipo de servicio habilitado.

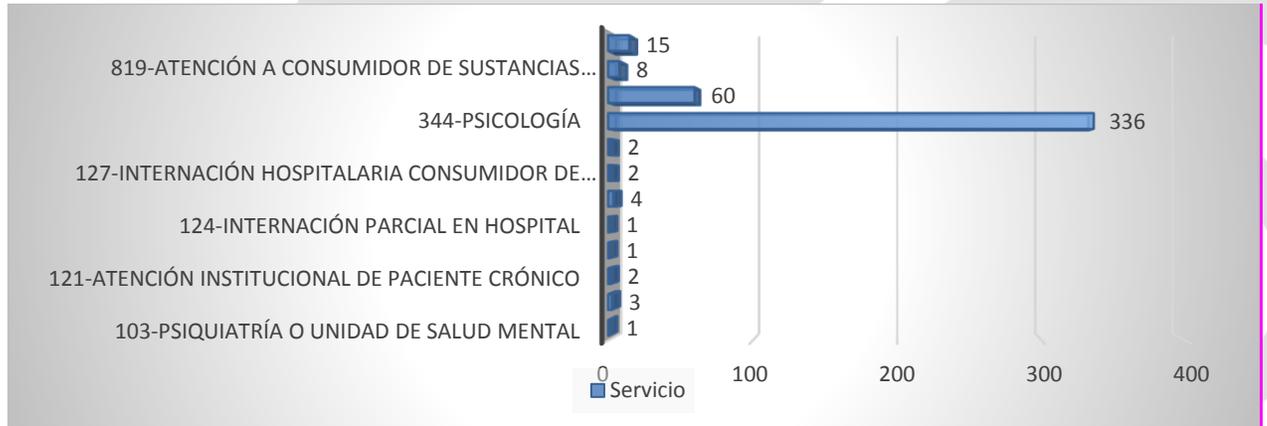


Figura 34. Servicios de salud mental y atención al consumidor de sustancias psicoactivas habilitados en Cundinamarca. REPS MSPS Fecha corte: 22 de noviembre de 2017.

Los servicios relacionados con el cuidado de la salud mental disponibles en los municipios, excluyendo los dispuestos para la atención al consumidor de sustancias psicoactivas, muestran la baja oferta y disponibilidad en territorio de servicios especializados para atender la demanda, pero en cada uno, hay al menos un profesional de Psicología. Como se puede apreciar en la siguiente tabla, en el departamento solo existe una unidad de psiquiatría y de salud mental y tres de hospitalización en unidad de salud mental. De los servicios de psicología y psiquiatría, 68 son de carácter departamental, 10 de carácter municipal y uno de carácter nacional (Psicología Agua de Dios).

Tabla 35. Disponibilidad de servicios de salud mental habilitados por municipio.

MUNICIPIO	PSIQUIATRÍA O UNIDAD DE SALUD MENTAL	CUIDADO AGUDO EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA	HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL	PSICOLOGÍA	PSIQUIATRÍA	TOTAL GENERAL
Agua de Dios	-	-	-	3	1	4
Albán	-	-	-	1	1	2
Anapoima	-	-	-	1	-	1
Apulo	-	-	-	1	-	1
Arbeláez	-	-	-	3	-	3
Bojacá	-	-	-	1	-	1
Cajicá	-	-	-	13	1	14
Cáqueza	-	-	-	3	1	4
Carmen de Carupa	-	-	-	1	-	1
Chía	-	-	-	45	13	58
Chipaque	-	-	-	1	-	1
Chocontá	-	-	-	5	1	6
Cogua	-	-	-	2	-	2
Cota	-	-	-	8	-	8
Cucunubá	-	-	-	2	-	2
El Colegio	-	-	-	3	-	3
El Rosal	-	-	-	1	-	1
Facatativá	-	1	1	18	3	23
Fómeque	-	-	-	2	1	3
Funza	-	-	-	7	1	8
Fusagasugá	-	-	-	37	12	49
Gachetá	-	-	-	2	-	2
Girardot	1	2	2	28	7	40
Guaduas	-	-	-	2	-	2
Guasca	-	-	-	3	-	3
Guatavita	-	-	-	1	-	1
Guayabal de Siquima	-	-	-	1	-	1
Guayabetal	-	-	-	1	-	1
Jerusalén	-	-	-	1	-	1
La Calera	-	-	-	5	-	5
La Mesa	-	-	-	7	1	8
La Palma	-	-	-	1	-	1



La Vega	-	-	-	3	-	3
Machetá	-	-	-	1	-	1
Madrid	-	-	-	8	2	10
Manta	-	-	-	1	-	1
Mosquera	-	-	-	4	-	4
Nemocón	-	-	-	1	-	1
Pacho	-	-	-	4	-	4
San Antonio del Tequendama	-	-	-	2	1	3
San Francisco	-	-	-	3	1	4
Sasaima	-	-	1	5	1	7
Sesquilé	-	-	-	1	-	1
Sibaté	-	-	-	5	3	8
Silvania	-	-	-	1	-	1
Soacha	-	-	-	22	1	23
Sopó	-	-	-	8	1	9
Subachoque	-	-	-	2	-	2
Suesca	-	-	-	1	-	1
Tabio	-	-	-	2	-	2
Tena	-	-	-	1	-	1
Tenjo	-	-	-	3	-	3
Tibirita	-	-	-	1	-	1
Tocaima	-	-	-	3	1	4
Tocancipá	-	-	-	3	-	3
Une	-	-	-	1	-	1
Venecia	-	-	-	1	-	1
Vergara	-	-	-	1	-	1
Villa de san Diego de Ubaté	-	-	-	9	1	10
Villapinzón	-	-	-	1	-	1
Villeta	-	-	-	7	2	9
Viotá	-	-	-	1	-	1
Yacopí	-	-	-	1	-	1
Zipaquirá	-	-	-	19	3	22
TOTAL	1	2	3	176	25	207

Elaboración a partir de datos del Registro Especial de Prestadores REPS MSPS, Fecha corte: 22 de noviembre de 2017.

Los servicios de baja complejidad corresponden a la atención institucional de paciente crónico (1), internación parcial en hospital (1), internación parcial del consumidor de sustancias psicoactivas (1), psicología (336), atención al consumidor de sustancias psicoactivas (7) y atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas (12). Los de mediana complejidad corresponden a: psiquiatría o unidad de salud mental (1); cuidado agudo en salud mental o psiquiatría (3); atención institucional de paciente crónico (1); atención al consumidor de sustancias psicoactivas paciente agudo (1); hospitalización en unidad de salud mental (4); internación hospitalaria consumidor de sustancias psicoactivas (2); internación parcial consumidor de sustancias psicoactivas (1); psiquiatría (60); atención al consumidor de sustancias psicoactivas (1); atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas (3).

Finalmente las principales modalidades en las que se ofertan estos servicios habilitados son el ambulatorio y el domiciliario (395 y 50 respectivamente). El servicio habilitado con mayor oferta de diferentes modalidades es psicología, como se puede observar en la tabla No.19, que desglosa las modalidades ofertadas en cada uno de los servicios habilitados.

Tabla 36.
Modalidades ofertadas por tipo de servicio habilitado.

SERVICIO	MODALIDAD						
	AMBULATORIO	HOSPITALARIO	UNIDAD MÓVIL	DOMICILIARIO	OTRAS: EXTRAMURAL	CENTRO DE REFERENCIA	INSTITUCIÓN REMISORA
Psiquiatría o unidad de salud mental	-	1	-	-	-	-	-



Cuidado agudo en salud mental o psiquiatría	-	3	-	-	-	-	-
Atención institucional de paciente crónico	-	2	-	-	-	-	-
Atención al consumidor de sustancias psicoactivas paciente agudo	-	1	-	-	-	-	-
Internación parcial en hospital	-	1	-	-	-	-	-
Hospitalización en unidad de salud mental	-	4	-	-	-	-	-
Internación hospitalaria consumidor de sustancias psicoactivas	-	2	-	-	-	-	-
Internación parcial consumidor de sustancias psicoactivas	-	2	-	-	-	-	-
Psicología	316	-	17	46	-	2	1
Psiquiatría	56	-	-	4	-	-	1
Atención al consumidor de sustancias psicoactivas	8	-	-	-	2	-	-
Atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas	15	-	-	-	-	-	-
Total	395	16	17	50	2	2	2



Elaboración a partir de datos del Registro Especial de Prestadores REPS MSPS, Fecha corte: 22 de noviembre de 2017.

Los resultados anteriores, fueron sometidos a validación, con actores de salud mental y expertos en el tema, así como socializados en un (1) encuentro Departamental de movilización social con delegados de las 15 provincias del departamento, involucrados en la formulación de la Política Pública de Salud Mental, de los cuales se recogieron aportes, se realizaron ajustes y validación del mismo, aprobándose de esta manera el Documento Técnico Política Pública, por lo cual se proyectó acto administrativo para su presentación ante el CODEPS y Asamblea Departamental. Finalmente, y paralelo a la formulación de la Política, se diseñó una cartilla como Guía Didáctica para el abordaje de la problemática de la Conducta suicida en el marco de la Atención Primaria en Salud-APS, entregándose 1500 unidades. Como producto de todo el proceso se cuentan con Anexos Técnicos: Informes ejecutivos mensuales de avance, Documento Analítico del Diagnóstico sobre el Levantamiento de Información Primaria de Salud mental en el Departamento en Cundinamarca, Documento Analítico del Diagnóstico sobre el Levantamiento de Información Secundaria de Salud mental en el Departamento, Documento con Resultado de la Cartografía social, Documento con el análisis que refleja cómo se encuentra la Salud Mental en el Departamento de Cundinamarca, en sus diferentes eventos: Conducta Suicida, Consumo de sustancias psicoactivas, Trastornos mentales y Violencias en el departamento, Documento descriptivo de los resultados del proceso de formulación de la política, Matriz de Operacionalización que incluya el enunciado de la política pública, Documento final recopila el proceso desarrollado, Documento Descriptivo de la Validación de la Política Pública de Salud mental del Departamento de Cundinamarca, Plan de Implementación Territorial, Presentación de



la Política Pública de Salud Mental para su socialización ante el CODEPS y Asamblea Departamental, y Guía Didáctica para el abordaje de la problemática de la conducta suicida.

Recomendaciones fuente secundaria

Los resultados proponen avanzar más allá de las prioridades de intervenciones. A continuación se presentan las principales recomendaciones en el marco de los determinantes sociales de la salud, que orientan el componente técnico en Salud Mental para Cundinamarca, en el marco legal que le comprende:

Recomendaciones Estructurales

Sectoriales

- Implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental en todo el territorio departamental (Ley 1616 de 2013).
- Implementar una política de salud mental en establecimientos carcelarios y de resocialización de jóvenes (Ley 1453 de 2011).

Intersectorial

- Fortalecimiento de Política Pública del Deporte la Recreación la Actividad Física y Aprovechamiento del Tiempo Libre (Decreto 4183 de 2011).
- Establecer estrategias para la generación de empleo en la juventud
- Promover el acceso a la educación superior gratuita

Recomendaciones Intermedias

Sectoriales

- Intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en salud (Resolución 429 de 2016-PAIS).
- Implementar estrategias para mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.
- Mejorar la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

- Promoción de la salud mental con énfasis en el ámbito intrafamiliar
- Atención integral en salud y la prevención del trastorno mental
- Fortalecimiento de la salud mental comunitaria, involucrando de manera activa a los pacientes, cuidadores, familias y sus organizaciones, y a la academia, en las diferentes modalidades de atención en salud mental.
- Adelantar programas educativos y de prevención SPA (Resolución 003 de 1996).
- Atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas (Ley 1566 de 2012)
- Desarrollar programas de promoción y prevención en salud mental y atención psicosocial.
- Profesionales idóneos: psicólogos clínicos, psiquiatras, salud mental comunitaria
- Fortalecimiento de programas de salud mental existentes
- Priorización de la problemática en la planeación sectorial en salud (PIC)
- Seguimiento, monitoreo y evaluación de los casos
- Priorizar grupos específicos para realizar la intervención
- Atención integral en el marco de APS (individual, familiar y comunitaria)
- Fortalecer capacidades institucionales a través de capacitación permanente y auditoría del sistema de vigilancia epidemiológica, a través del fortalecimiento del sistema de información en salud mental y SPA (historias clínicas y RIPS, enfatizando la importancia de cumplir de manera obligatoria por parte de los prestadores de servicios, con el reporte de eventos relacionados con la salud mental como la conducta suicida y la violencia de género así como para que los datos registrados tengan la calidad y consistencia suficiente. Empezar a incluir y analizar, desde la dimensión de convivencia social y salud mental, los datos sobre la epilepsia a partir del RIPS.
- Promover la articulación intersectorial y comunitaria, real y efectiva para la promoción de entornos protectores, la prevención y detección temprana de riesgos en salud mental, para la atención integral de los problemas y trastornos mentales así como para el abordaje multidimensional de los factores de riesgo, de tal manera que se impacten positivamente los determinantes intermedios y proximales que afectan el bienestar y la calidad de vida de la población.

- Implementar estrategias que promuevan la convivencia social, el fortalecimiento del tejido social y los entornos, a través de acciones de Información, Educación y Comunicación (I.E.C) que generen el desarrollo y/o fortalecimiento de capacidades individuales, familiares y comunitarias en torno a las habilidades para la vida, habilidades parentales, capacidades de afrontamiento, equidad de género, entre otros, con el fin de incidir en los factores de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas, conductas suicidas, violencias y trastornos mentales prevalentes.
- Generar acciones intersectoriales y comunitarias que permitan reducir la incidencia del contacto temprano con las sustancias psicoactivas.
- Implementar estrategias y acciones de la Rehabilitación Basada en la Comunidad que permita la inclusión de las personas con problemas y trastornos mentales, para transformar entornos, favorecer el desarrollo humano, la calidad de vida y reducir brechas en la atención con acciones de promoción, prevención, detección temprana y canalización.
- Fortalecer la capacidad de respuesta institucional para la oferta, el acceso, la oportunidad y la calidad para la atención integral a las personas y familias con problemas o trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas, víctimas y/o sobrevivientes de violencias y de conductas suicidas.
- Generar y promover espacios de participación ciudadana, de organización y movilización social para asumir corresponsabilidades en el mantenimiento del bienestar mental y calidad de vida.
- Adaptar, adoptar y socializar a las comunidades las rutas de atención integral así como lineamientos, guías y protocolos de atención integral de los diversos eventos en salud mental, especialmente los priorizados tanto por el Ministerio de Salud y Protección Social como los identificados con mayor prevalencia en el territorio.
- Promover la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y de los prestadores de servicios de salud (Resolución 429 de 2016-PAIS).

Intersectorial

- Fortalecimiento de las prácticas deportivas y aprovechamiento del tiempo libre

- Justicia frente a la maternidad y paternidad irresponsable
- Psicoeducación para padres en adecuadas pautas de crianza
- Fortalecimiento del entorno y de la dinámica familiar
- Implementación de Estrategias para uso del tiempo libre
- Estrategias de rehabilitación e incorporación social
- Seguimiento a la prohibición de expendio de bebidas embriagantes a menores de edad estableciendo que toda publicidad, identificación o promoción sobre bebidas embriagantes, la cual debe hacer referencia expresa a la prohibición (Ley 124 de 1994).

Recomendaciones Proximales

Desde los determinantes proximales o microdeterminantes, asociados a variables del nivel individual, se recogen una serie de temas para su abordaje desde lo institucional y comunitario:

- Disciplina
- Límites y norma
- Desarrollo de capacidades en actividades deportivas y culturales
- Proyecto de vida desde la infancia
- Priorizar intereses y habilidades frente al uso adecuado del tiempo libre
- Padres responsables y comprometidos
- Jóvenes con proyectos de vida fortalecidos
- Armonización del entorno hogar (familia)
- Personas felices y funcionales
- Familia: ¿diálogo, donde está el hijo?
- Escuela de padres
- Amor

- Autoconocimiento
- Comunicación familiar adecuada
- Comunicación asertiva
- Fomentar el autocuidado
- Buen manejo del tiempo libre
- Fortalecer proyecto de vida
- Empoderamiento de la población
- Educación temprana en inteligencia emocional
- Exigibilidad de derechos
- Conocimiento de ley y ruta de atención
- Proyecto de vida, recurso humano e institucional
- Fomentar consumo de alimentos orgánicos
- Fortalecer proyecto de vida a través de los programas existentes
- Cambien de los horarios tan extendidos para crear hábitos de crianza

Análisis de resultados y triangulación

El análisis de relación de resultados utilizó una perspectiva globalizadora en el modelo de investigación mixta, incluyó métodos cualitativos y cuantitativos usados de manera secuencial o concurrente, para resolver satisfactoriamente la priorización de la problemática relacionada con la salud mental, por lo cual se consideró pertinente determinar cómo perspectiva la articulación de resultados para analizar e interpretar la problemática social, (Bonilla, 2008). Esta articulación, para la comprensión integral de problema es conocida como triangulación.



Los resultados fueron analizados desde la saturación de información y patrones recurrentes de significados similares o diferentes, entre ellos, expresiones, interpretaciones o explicaciones de los datos relacionados con el ámbito de la investigación. Lo cual confirmaba los resultados, dando mayor credibilidad, reconociendo subregistro en la información, especialmente la secundaria. El análisis de los resultados giró en torno a la Salud Mental, se estructuró de acuerdo a la organización, procesamiento e interpretación analítica de la información obtenida, se delimitaron las respuestas en cada tema, requiriendo de síntesis de pensamiento (síntesis global), análisis de las configuraciones, aplicando el criterio de interrelación. Llegando a los resultados obtenidos, en orden de priorización, de acuerdo a la triangulación.

La cuidadosa planeación del Plan de Desarrollo de Cundinamarca 2016- 2020, que tomó en cuenta tanto los Objetivos de Desarrollo Sostenible como los programas de diversas políticas públicas que buscan proteger y atender integralmente a la población para garantizar sus derechos en los diferentes campos, contempló el bienestar físico y social de la comunidad de manera diferenciada, con lo que se espera que en la implementación y ejecución real de los mismos, se impacte de manera positiva en la salud mental y convivencia, ya que en tanto los cundinamarqueses cuenten con sus necesidades básicas satisfechas, con los medios necesarios para su desarrollo, con el acceso a espacios y servicios que protegen y promueven su calidad de vida, se reducen riesgos de problemas y trastornos mental y se aumentan los factores protectores.

Las circunstancias materiales y psicosociales exhibidas en el análisis de situación del Plan Territorial de Salud, permiten entrever que aunque el departamento cuenta con políticas y programas en diversos órdenes, muchas acciones resultan aún insuficientes para satisfacer las necesidades de la población y para controlar factores de riesgo que inciden en la salud integral.

Factores asociados a la transición poblacional del departamento como la reducción en la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, sumados a factores sociales y económicos como el subempleo, los índices de pobreza y la movilización de la población como consecuencia de actos de violencia, entre otros, ameritan ser estudiados y analizados en profundidad para determinar de qué manera afectan directa o indirectamente la salud mental de la comunidad en la medida en que pueden estar asociados como generadores de estrés, con la asunción de nuevos roles de los individuos y con cambios en las expectativas y dinámicas en las familias.

La población que está siendo principalmente afectada son los adolescentes y adultos jóvenes, situación que amerita toda la atención no solo por los impactos emocionales y sociales que genera la conducta suicida en los entornos a los que pertenecen, sino por los años de vida perdidos que representan y afectan la dinámica poblacional del territorio.

De acuerdo al levantamiento de información de fuentes primarias y secundarias, se evidencia que persisten en el departamento, como en el resto del territorio nacional, debilidades en los sistemas de información y vigilancia epidemiológica (sub-registro), en los programas de prevención (poco impacto), en la atención (desde los diferentes servicios de salud mental) y el seguimiento.

Prevención. En las mesas provinciales se menciona que éstos deben generar mayor impacto, a través del reconocimiento de las poblaciones y de la articulación transectorial para generar acciones pertinentes. También se hace imprescindible, según mencionan, el conocer las rutas de atención municipales.

Con base en lo identificado en ambas fuentes, los programas de atención en salud mental centran sus acciones en adolescentes, jóvenes y adultos mayores, dejando de lado los otros grupos de edad

(primera infancia y adultos), y algunos entornos (comunitario y hogar). Tales grupos y entornos, según mencionan los participantes de las mesas provinciales, deben ser intervenidos, pues la familia es quien en mayor medida protege o pone en riesgo a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en función de características como la unión, la estabilidad, la comunicación asertiva, el apoyo. No obstante, resaltan la importancia de factores estructurales (empleo, educación, ingresos) para garantizar la calidad de vida de las poblaciones y poder pensar en la salud como algo integral.

Vale la pena señalar que a pesar de que se trabaje con los grupos de mayor vulnerabilidad, los profesionales tienen la sensación de que la problemática en vez de disminuir, aumenta.

También menciona que existen pocos espacios físicos y programas para la utilización adecuada del tiempo libre mediante deporte, recreación y actividades culturales para los diferentes grupos de edad, o sí existen no se les da el manejo adecuado.

Prestación de servicios en salud mental. De acuerdo a los resultados de la ENSM, desde la percepción de problemas, síntomas y búsqueda de ayuda profesional, los individuos y las comunidades los minimizan o naturalizan y las intervenciones que se brindan desde el sector salud pueden ser inoportunas o insuficientes. Por otro lado, se presentan grandes barreras de acceso geográficas, actitudinales y administrativas.

- **Geográficas:** en la información primaria se hace mención de los grandes desplazamientos que deben hacer las personas para acceder a los servicios de salud, lo que puede incidir en que la población prefiera no buscar el apoyo institucional ante situaciones que pueden estar desbordando su capacidad resolutoria y afectando su bienestar mental.
- **Administrativas:** En cuanto a las barreras de tipo administrativo, si bien se muestra que en todos los municipios del departamento se cuenta con al menos un servicio de psicología habilitado, no

todos lo prestan. Además, éstos profesionales requieren del cuidado de su propia salud mental y del desarrollo permanente de capacidades que les brinden elementos técnicos, conceptuales y actitudinales suficientes para que sus intervenciones se ajusten a la normatividad vigente y a las mejores evidencias para la promoción, la prevención y la atención de los problemas y trastornos mentales adecuados a las condiciones del territorio.

- Actitudinales: Con relación a los resultados de las fuentes primarias, se pudieron definir que existen unos imaginarios que impiden la gestión de las problemáticas de salud mental identificadas a nivel personal, los cuales se encuentran asociados principalmente a considerar que “el psicólogo es para los locos” y “los problemas de casa se resuelven en casa”. Sumado a esto la subestimación del cuidado de la salud mental, por priorizar otros aspectos asociados a la satisfacción de las necesidades básicas y el desconocimiento de las rutas de atención, hace que el tema no sea familiar para las comunidades. Debido a la estigmatización de las comunidades frente a los que significa tener un Problema o trastorno mental y/o ser consumidor de SPA, se tienden a generar procesos de marginación y exclusión con las personas identificadas. Este proceso de estigmatización, genera que se den barreras de acceso actitudinales, lo que a su vez influye en la poca afluencia a los servicios de salud mental, produciendo que algunos servicios habilitados presten la atención de manera poco frecuente o dejen de prestarla.

Por otro lado, el personal de salud percibe una alta desesperanza frente a las alternativas de trabajo en salud mental y los resultados de las acciones con la comunidad, mediado en gran parte por las mismas dinámicas territoriales de contratación y la limitada red de atención existente.



La percepción de la salud mental y sus problemáticas, además se ve permeada por la influencia de los medios de comunicación, los cuales generan o perpetúan los imaginarios y prácticas poco saludables con respecto a la forma de relacionarse, aparece como un tema transversal y de especial importancia, ya que se identifica que estos medios fomentan o normalizan conductas de riesgo asociadas al consumo de SPA, la conducta suicida y las violencias. Además mantienen los imaginarios sobre los trastornos y problemas mentales.

De acuerdo a estas brechas identificadas se hace un llamado para generar estrategias que permitan optimizar los recursos y reducir brechas para la atención oportuna y de calidad a la población, como lo señala la ENSM hay necesidad de implementar “abordajes comunitarios de naturaleza promotora y preventiva que permitan una búsqueda activa” para disminuir particularmente las barreras actitudinales y geográficas.

Además del análisis que se realiza con relación a los determinantes que influyen en la percepción y la atención de la salud mental, también se realiza un análisis con base en los eventos de salud mental definidos por la literatura y por los participantes de las mesas provinciales, el cual se encuentra a continuación:

Violencias. Las diferentes manifestaciones de éstas sitúan a Cundinamarca dentro de los primeros lugares de departamentos con tasas más altas que la nacional en violencia interpersonal; violencia contra niños, niñas y adolescentes; violencia contra el adulto mayor y en violencia de pareja.

Los municipios de Soacha, Fusagasugá, Zipaquirá y Facatativá presentan mayor número de casos de violencia interpersonal, contra NNA, contra adultos y de pareja. Además de lo anterior Soacha y Fusagasugá presentaron también mayor proporción de casos de violencia sexual, situación que



requiere especial atención para realizar análisis en profundidad en dichos municipios, a fin de caracterizar la problemática, identificar riesgos, causas y plantear acciones articuladas con otras políticas públicas (de familia, mujer y género, infancia, juventud, etc.). Por otro lado, se evidencia que, Cundinamarca por ser un departamento receptor de población desplazada por la violencia y migrantes de Venezuela han generado que municipios como Soacha, Zipaquirá, Chía, Facatativá, Fusagasugá y Funza sean los municipios que han tenido un mayor incremento poblacional por estos motivos y a su vez tienen mayor número de casos o de tasas en la mayoría de problemas de salud mental (violencia, conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas).

Los datos recaudados, indican que las mujeres son las principales víctimas de varios tipos de violencia (contra niños, niñas y adolescentes, de pareja, sexual, física, económica y psicológica). Se identificó un factor común de vulnerabilidad en varias de las manifestaciones de la violencia: el consumo de sustancias psicoactivas y como detonantes comunes, el machismo y la intolerancia. En todos los tipos de violencia la población joven (entre los 20 y 24 años) es la más afectada, salvo en la violencia sexual en donde el grupo poblacional con mayor número de casos fue el de las niñas entre los 10 y los 13 años.

De acuerdo con los datos de la ENDS 2015 y tomando en consideración el elevado número de casos y tasas de violencias que afectan en mayor proporción a las mujeres cundinamarquesas, se puede inferir que en el departamento las construcciones sociales de género están perpetuando las relaciones inequitativas de poder, de subvaloración de lo femenino y sumisión de la mujer respecto al hombre, es decir, hay una marcada violencia de género que se invisibiliza enmascarándola en diversas manifestaciones, principalmente como violencia intrafamiliar. Esto también se evidencia

desde las fuentes primarias en donde se identificó que por creencias culturales, problemas económicos, patrones de crianza, baja estima e infidelidades, se perpetúa la conducta.

La naturalización o normalización de conductas y comportamientos violentos contra las mujeres se ve reflejado en los resultados y análisis aportados en la ENDS 2105 como, por ejemplo, la identificación del “supuesto” rechazo de la justificación de la violencia contra la mujer o en la actitud asumida frente a situaciones de violencia contra la mujer, pero las relaciones cotidianas expresadas en las cifras de víctimas en Medicina Legal y SIVIGILA, dan cuenta de una situación diferente. Además los datos analizados de violencias, especialmente la intrafamiliar (contra NNA, contra adultos mayores y de pareja), se corroboran con los hallazgos de la ENSM 2015 que destacó la disfunción familiar moderada y severa. Las fuentes primas corroboran esta información, ya que mencionan a la familia como el núcleo principal a intervenir, pues las familias disfuncionales (recompuestas, pluricompuestas, con escasos canales de comunicación, poca confianza, conflicto familiar, pérdida de valores, entre otros aspectos), generan patrones que se repiten y se heredan, afectando directa o indirectamente la salud mental de la comunidad, en la medida en que pueden estar asociados como generadores de estrés, con la asunción de nuevos roles de los individuos y con cambios en las expectativas y dinámicas en las familias.

Todo esto se ve agravado, según mencionan por falta de implementación de programas y proyectos con enfoque diferencial, la insuficiente oferta de servicios de salud y el bienestar social para atender las demandas de la población de manera oportuna y con calidad.

Sustancias Psicoactivas. En cuanto al *consumo de sustancias psicoactivas* en población escolar, el Estudio de la Universidad Nacional y el de la Corporación Nuevos Rumbos, ponen en evidencia la temprana edad a la que se inicia el consumo especialmente en sustancias lícitas como



el alcohol y el cigarrillo que, como la literatura lo muestra ampliamente, es la puerta de entrada para consumir otras sustancias psicoactivas; además como también lo señaló el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias en Colombia y la Encuesta Nacional de Salud Mental, hay una estrecha relación entre la facilidad percibida para adquirirlas y su consumo. Adicional a ello, la percepción respecto a la aceptación cultural que hay sobre la publicidad, distribución y aceptación social para el consumo de alcohol en todos los escenarios de festividad y/o celebración, hace que los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, desestimen los riesgos y que tengan como primer espacio para el inicio del consumo el propio hogar, de allí que resulte pertinente la estrategia iniciada en algunos municipios para transformar imaginarios y comportamientos culturales.

Dentro de los factores de riesgo identificados por este estudio, se encuentra la facilidad de acceso, leyes y normas favorables hacia el consumo, programas poco pertinentes en prevención y la desorganización comunitaria. También se mencionan factores como las carencias psicoafectivas, el papel formativo o deformador de los modelos adultos, la interdependencia del consumo con los tropiezos académicos o de adaptación a la disciplina escolar y familias permisivas. Por su parte esto se ve reafirmado por las fuentes primarias, en donde incluyen la indiferencia, negligencia de las autoridades y comunidad en general, falta de infraestructura adecuada para la utilización adecuada del tiempo libre mediante deporte, recreación y actividades culturales para los diferentes grupos de edad; y para prestar servicio de salud y carecer de centros de rehabilitación para consumo de SPA.

Suicidio. Conforme a los registros de suicidio del INMLCF, al estudio adelantado en la Provincia de Oriente, a los reportes del SIVIGILA y los hallazgos de la Encuesta Nacional de Salud Mental, se evidencia que la tasa de suicidio en el departamento es más alta que la nacional



y aunque no está dentro de los primeros cinco departamentos con altas tasas, sí tiene un municipio con una tasa elevada, lo que significa que el número de casos en este territorio, tuvo una afectación mayúscula por el reducido número de habitantes. Al revisar el número de casos de suicidio y de intentos, llama la atención que Soacha, Zipaquirá, Chía, Facatativá, Fusagasugá y Funza reportaran datos altos. Coincide con el comportamiento general de lugar de ocurrencia según el INMLCF que señala que los eventos se presentan en mayor proporción en cabeceras municipales; no obstante no se cuenta con información suficiente que permita caracterizar epidemiológicamente esta problemática, con el fin de identificar los posibles determinantes y factores de riesgo asociados a esta distribución geográfica, que por demás llama la atención por ser municipios cercanos al Distrito Capital, que han tenido un mayor incremento poblacional y son receptores de población desplazada del conflicto armado interno.

Pese a que en la priorización de la fuente primaria no se reconoce el suicidio como una de las principales problemáticas del departamento, las fuentes secundarias muestran que la conducta suicida en Cundinamarca presenta unos altos índices, especialmente en población adolescente. Ésta conducta está relacionado con trastornos del estado del ánimo, prevaleciendo la depresión. Lo cual podría estar relacionado con enfermedades físicas y mentales, el conflicto de pareja, desconocimiento del tema, desesperanza de los adolescentes y jóvenes y falta programas para ocupación del tiempo libre. Las fuentes secundarias refuerzan este concepto, ya que dan cuenta de que en un 30.2% de los casos notificados de intento de suicidio, están relacionados con síntomas depresivos y 15,82% con conflictos recientes con la pareja (Gobernación de Cundinamarca. Subdirección de Vigilancia de Salud Pública, 2017.

Dentro de los factores asociados identificados en las fuentes secundarias, cabe resaltar el aumento de la esperanza de vida y factores sociales y económicos (subempleo, los índices de pobreza, la violencia, la migración, entre otros), los cuales ameritan ser estudiados y analizados en profundidad, para determinar de qué manera afectan directa o indirectamente la salud mental de la población.

Por su parte, desde las fuentes primarias se identificaron que la identificación del riesgo tardía, la falta de conocimiento de rutas de atención y protocolos, acentúan la problemática. Este aspecto puede ser intervenido con acciones específicas que abarcan el espectro de la promoción de la salud mental, la prevención y atención a los problemas y trastornos mentales, involucrando a diferentes sectores e instituciones y a la sociedad civil, que permita evitar así los desenlaces fatales.

Problemas, trastornos mentales y epilepsia. En torno a las problemáticas de salud mental y trastornos mentales, la revisión de estudios muestra como la prevalencia de éstos está en algunos casos, por encima de la media nacional. Con relación a *los problemas y trastornos mentales*, los datos de la ENSM muestran la presencia de síntomas (cefaleas frecuentes, consumo de sustancias psicoactivas, riesgo de TEPT) en la población infantil que deben ser detectados tempranamente y canalizados para brindar una atención oportuna y desarrollar acciones de promoción y prevención tanto con los niños y niñas como en sus entornos (familia, escuela, comunidad). En los adolescentes y adultos se hallaron síntomas depresivos y de ansiedad. La información sobre trastornos mentales secundarios al consumo de sustancias psicoactivas, ratifica los hallazgos de los otros estudios relativos con el consumo problemático de alcohol. Se destaca el alto porcentaje de percepción de trauma psicológico por la exposición a eventos traumáticos, situación que advierte que no se está atendiendo de manera suficiente y oportuna a la población.

En lo referente a los trastornos mentales, el reporte de atención por urgencias y hospitalización, concuerda con lo descrito en la ENSM, en la que se encontró que la mayor prevalencia la tienen los trastornos del estado del ánimo (principalmente la depresión) y trastornos de ansiedad, eventos que se ven reflejados también en las víctimas y en los sobrevivientes de las conductas suicidas. Debe tenerse en cuenta que la encuesta nacional señaló, que estos trastornos son más frecuentes en las mujeres adultas y en las personas entre los 18 y 44 años. Frente a la caracterización de la epilepsia en el departamento a partir de datos de fuente secundaria, no fue posible realizarla porque ninguno de los estudios, encuestas o informes la reportan.

Es importante resaltar que aunque los problemas y trastornos mentales no fueron priorizados en los ejercicios participativos, los índices que presenta el departamento de Cundinamarca si evidencian la necesidad de abordarlos en el marco de la Política Pública de salud mental, teniendo en cuenta los indicadores anteriormente mencionados.

Por otro lado, de las fuentes primarias se pudo recopilar que asociado a estas problemáticas se encuentra:

- Desconocimiento por parte de los profesionales en la valoración del riesgo y el tratamiento, desconocimiento de protocolos y guías de atención, por lo que se brindan tratamientos inadecuados, o no se brindan, además se evidencia Profesionales poco humanizados en la prestación del servicio.
- El Departamento cuenta con una red de servicios de salud, sin embargo, no existe capacidad de respuesta oportuna Institucional en procesos de Identificación de eventos depresivos y tratamiento especializado (farmacológico y psicoterapéutico, lo que genera

que se agudicen los trastornos y las crisis) y por ende disminuya la credibilidad en los servicios.

- Temor de los profesionales de la salud ante los eventos de salud mental, lo que genera un tratamiento inoportuno

En el Departamento de Cundinamarca se identifican consecuencias que conllevan a un efecto de trastornos mentales y epilepsia, aspecto de alto interés no solo a nivel departamental si no un tema mundial, que requiere ser abordado, por lo que representan un reto tanto en términos de políticas de salud, como en la planificación de servicios.

El equipo de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, con el fin de comprender a profundidad las **causas** que generan los eventos de salud mental, realizaron un ejercicio de identificación de las mismas categorizándolas por entornos, de la siguiente manera:

Tabla 37.

Causas de los eventos de salud mental por entornos.

ENTORNO	
HOGAR	COMUNITARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción Familiar (Ausencia de padres en la formación de sus hijos, conflicto de pareja, falta de tiempo para compartir en familia) • Falta de comunicación en las familias • Personas con duelos no resueltos por el miedo de pedir ayuda o denunciar • Incapacidad de las personas en generar estrategias de afrontamiento • Pérdida de valores y normas en las familias y la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Estigma en la comunidad frente a los temas de salud mental • Desconocimiento de rutas municipales de atención en salud mental • La comunidad manifiesta necesidades básicas insatisfechas • Inseguridad y microtráfico en parques deportivos y en IED • Ausencia de programas de prevención dirigidos a la comunidad

- Hacinamiento en el hogar
- Cambio de roles familiares por la dinámica de desempleo y falta de oportunidades
- Pérdida de tiempo compartido con calidad en las familias y las comunidades
- Cundinamarca presenta población flotante por la migración interna por desplazamiento forzoso de la violencia por grupos al margen de la ley y la migración
- La influencia negativa de la tecnología y las redes sociales en menores de edad
- La influencia de los medios de comunicación en temas de violencia consumo de sustancias psicoactivas, suicidios
- Estilos de crianza inadecuados (permissivos-autoritarios)
- Necesidades básicas insatisfechas
- falta de espacio de encuentro y recreación
- Patrones de comportamiento inadecuados
- Comportamientos de autocuidado inexistentes
- Control de impulsos de emociones
- Débil capacidad de resiliencia
- vergüenza y culpa ante eventos estresantes como violencia y conducta suicida.
- Desconocimiento de la oferta institucional o ausencia de estas
- Normalización de conductas de riesgo en temas de salud mental violencias, consumo de SPA
- Intolerancia y dificultad de resolver problemas asertivamente
- Falta de normas de convivencia
- Ausencia de líderes positivos
- Paternalismo
- Desarraigo cultural
- Falta de empoderamiento de la comunidad y del sentido de pertenencia
- Abandono de la institucionalidad en sectores rurales dispersos
- Poco fortalecimiento de la participación comunitaria
- Baja percepción del riesgo en temas de salud mental
- No existe capacidad de respuesta comunitaria ante un evento estresante como desastres naturales entre otros
- Desconocimiento del abordaje del habitante de calle en la comunidad
- Ausencia de grupos de apoyo comunitario
- Accidentes de tránsito por el consumo de sustancias psicoactivas (Alcohol y otras sustancias.)

- Aumento embarazo en adolescentes
- Traumatismos por la Jubilación del adulto mayor
- Debilidad en el individuo y entorno familiar en el afrontamiento ante la presencia de una enfermedad crónica.
- Abandono familiar al adulto mayor

- Conflictos entre vecinos por el consumo abusivo de alcohol y sustancias psicoactivas

LABORAL

- Inestabilidad Laboral por las modalidades de contratación y ofertas laborales
- Cargas laborales que excesivas
- Clima laboral negativo que genera mayor estrés
- Inequidad en las cargas laborales
- Poca oferta laboral (no hacer lo que me hace feliz)
- Aumento de la informalidad laboral por la ausencia de ofertas institucionales
- El trabajo no es remunerado de acuerdo a las necesidades de la comunidad (bajos ingresos)
- Los temas de violencia depresión consumo de sustancias psicoactivas no son identificados a tiempo en el trabajo
- Programas de bienestar inadecuados, ARL,
- Dificultad en los permisos (citas médicas, reuniones, colegios y etc)
- Inequidad de género

INSTITUCIONAL

- Debilidad en la prestación de los servicios de salud y en la identificación a tiempo de los eventos de salud mental por carecer de personal capacitado y humanizado en temas de salud mental.
- Aumento en las barreras de acceso (remisiones, atenciones especializadas por la ubicación geográfica de la población)
- Desconocimiento de protocolos y rutas por parte de la institucionalidad
- Por parte de las EAPB, ESE Municipales e IPS no hay capacidad de respuesta especializada en temas de salud mental
- Falta de divulgación de servicios
- Desarticulación entre sectores
- Ausencia de red en salud mental
- Programas de prevención que no generan impacto

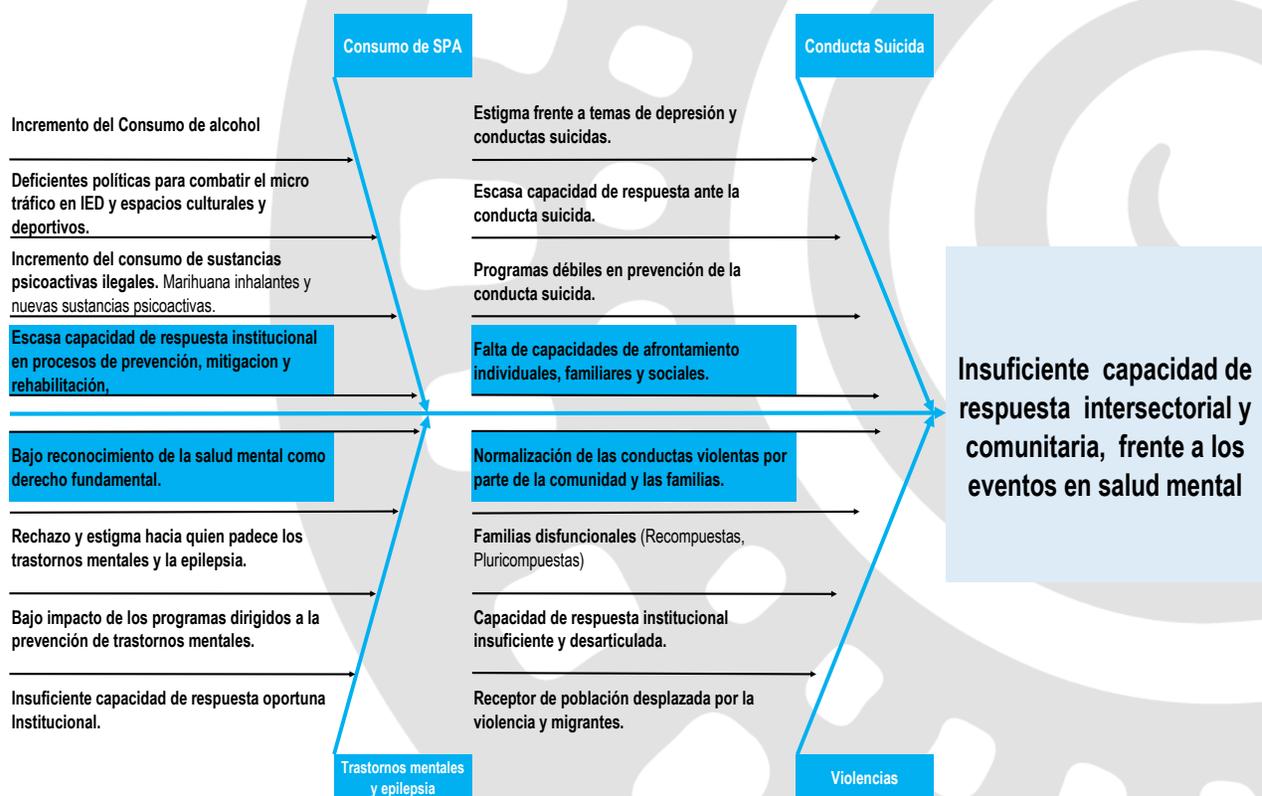
- Ausencia de programas de prevención SPA
 - Falta de preparación para la jubilación
 - Aumento del trabajo Infantil
 - Personas mayores trabajadoras
 - Falta de oportunidades laborales para los recién egresados
 - Falta de accesibilidad y vinculación a personas en condición de discapacidad.
- Se evidencia escasos puntos de atención habilitados en atención especializada en salud mental (Psiquiatría y Psicología) y contar perfiles profesionales idóneos
 - Estigma y subvaloración de salud mental
 - Falta de seguimiento y monitoreo (vigilancia y desarrollo de servicios)
 - Falta de voluntad pública
 - Escasos recursos destinación a la salud mental del Departamento
 - No hay caracterización de población en trastornos mentales, sustancias psicoactivas conducta suicida con un enfoque diferencial (etnias, población desplazada, afrocolombianos, LGTBI, habitante de calle, enfermedades crónicas, adultos mayores)
 - Profesionales al servicio de la salud con poco sentido de pertenencia y compromiso
 - No entregan medicamentos oportunamente, lo que afecta los tratamientos
 - Descentralización de servicios

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Falta de articulación con la institucionalidad en temas de prevención • Ausencia de programas efectivos en prevención • Estigma y prejuicios frente a la salud mental • Desconocimiento de lo que es salud mental y su abordaje inicial • Comunicación inadecuada (no hay escucha) • No hay inclusión en temas de salud mental • Baja capacidad de respuesta de los Psico-orientadores por ser insuficientes a de acuerdo a la población escolar en Cundinamarca • Ausencia de participación de los docentes y padres de familias en los procesos de formación para mitigar los riesgos • Escuela de padres débiles y falta de empoderamiento de los padres de familia • Problemas de salud mental en docentes por estrés laboral y otros problemas | <ul style="list-style-type: none"> • Desarticulación Institucional en garantizar adecuados procesos de prevención • Ausencia de programas que fomenten habilidades y competencias, proyecto de vida y estímulos a estudiantes • Metodologías de enseñanza obsoletas que no van con los niños niñas y adolescentes de la actualidad • Ausencia de programas de prevención del acoso escolar, presión de grupo, Consumo de SPA y que promuevan la convivencia • Micro tráfico en las IED • Se evidencia Consumo de SPA, conducta suicida y violencias entre estudiantes y docentes • Aumento de embarazo en adolescentes. |
|--|--|

(Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, 2018)

A partir del análisis, triangulación y las causas enunciadas por entornos, la Dimensión de convivencia y salud mental define el orden de causas que generan los eventos en salud mental desde las siguientes categorías: consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, trastornos

mentales y epilepsia y, violencias. Posteriormente, con el fin de concretar el ejercicio de triangulación, se realizó el ejercicio de “Espina de Pescado”, en donde se consolida la información relevante de las fuentes primarias, secundarias, la validación de las mesas de trabajo con expertos y con el equipo de la Dimensión de convivencia y salud mental, determinando las causas que llevan al problema de salud mental.



Partiendo de éste ejercicio se logró determinar el problema de la Política Pública de Salud Mental, con sus respectivos causales de primer y segundo orden:

Figura 35. Espina de pescado. Dimensión de convivencia social y Salud Mental (2018).

Tabla 38.

Causas de primer y segundo orden de los eventos de salud mental.

Evento de salud mental	Causas	
	Causas de primer orden	Causas de segundo Orden



Consumo de sustancias psicoactivas	Incremento del Consumo de alcohol	<ul style="list-style-type: none">• Dificultades en resolución de conflictos, ausencia afecto, de normas y límites• Normalización y conductas favorables al consumo de alcohol en las en las familias• Edad de inicio temprana del consumo (13 años)
	Escasa capacidad de respuesta institucional en procesos de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none">• Desconocimiento de roles y responsabilidades institucionales y desarticulación intersectorial• Identificación tardía del riesgo, desconocimiento de signos de alarma y protocolos de atención• Baja oferta especializada para la atención
	Incremento del consumo de sustancias psicoactivas ilegales. Marihuana inhalantes y nuevas sustancias psicoactivas	<ul style="list-style-type: none">• Bajo impacto de los programas de prevención de consumo SPA en IED y espacios de recreación y deportes• Capacidad de respuesta inadecuada y desarticulada• Cercanía a grandes urbes y corredores viales Influencian el consumo de sustancias psicoactivas
	Deficientes políticas para combatir el micro tráfico en IED y espacios culturales y deportivos	<ul style="list-style-type: none">• Escasa oferta institucional y comunitaria para fomentar programas y estrategias de prevención del consumo• Falta de articulación entre los sectores gobierno, educación, protección, cultura, turismo y deporte con los sistemas judicial, policivo y la organización comunitaria• Vulneración de derechos de los menores de edad que son utilizados en la venta de estupefacientes
Conducta suicida	Estigma frente a temas de depresión y conductas suicidas	<ul style="list-style-type: none">• Desconocimiento de las problemáticas de salud mental y su abordaje• La depresión y la conducta suicida no son reconocidos culturalmente como una enfermedad, por la comunidad y profesionales de la salud



	Escasa capacidad de respuesta ante la conducta suicida	<ul style="list-style-type: none">• Abordaje y tratamiento inadecuado o no se brinda• Desconocimiento por parte de los profesionales en la valoración del riesgo y protocolos y guías de intervención y tratamiento.• Escasos servicios de atención especializada en salud mental• Desarticulación institucional y comunitaria• Debilidades en el reporte a través de los sistemas de vigilancia
	Programas débiles en prevención de la conducta suicida	<ul style="list-style-type: none">• Identificación tardía en eventos depresivos y conductas suicidas• Ausencia y/o desconocimiento de rutas de atención• Falta de seguimiento desde las responsabilidades y competencias institucionales (EPS, IPS y ente territorial)
	Falta de capacidades de afrontamiento individuales, familiares y sociales	<ul style="list-style-type: none">• Falta de habilidades cognitivas emocionales y sociales ante las crisis, pérdidas y los sucesos vitales• Patrones de crianza inadecuados que se heredan• Falta de herramientas para definir proyectos de vida, acordes al momento de curso de vida
Trastornos mentales y epilepsia	Bajo reconocimiento de la salud mental como derecho fundamental	<ul style="list-style-type: none">• Subvaloración social y sectorial de la salud mental.
	Rechazo y estigma hacia quien padece los trastornos mentales y la epilepsia	<ul style="list-style-type: none">• Desconocimiento de los trastornos mentales, la epilepsia y sus manifestaciones.• Creencias culturales sobre la salud mental asociadas a la locura y la subvaloración que conlleva a pensar que un trastorno mental no es una enfermedad



	Bajo impacto de los programas dirigidos a la prevención de trastornos mentales	<ul style="list-style-type: none">• Desconocimiento de la población en el abordaje de los diferentes trastornos mentales y epilepsia• Problema de salud pública
	Insuficiente capacidad de respuesta oportuna Institucional	<ul style="list-style-type: none">• Limitada identificación y tratamiento especializado (farmacológico y psicoterapéutico) y barreras de acceso• Baja frecuencia de uso de los servicios de salud mental• Desconocimiento por parte de los profesionales en la valoración y protocolos de riesgo y tratamiento
Violencias	Normalización de las conductas violentas por parte de la comunidad y las familias	<ul style="list-style-type: none">• Patrones culturales que se heredan.• Baja percepción de riesgo por parte de las víctimas.• Dificultad en el manejo de emociones, resolución de conflictos y baja autoestima.
	Familias disfuncionales (Recompuestas, Pluricompuestas)	<ul style="list-style-type: none">• Patrones familiares que se repiten y se heredan.• Inadecuadas pautas de crianza, ausencia de normas y límites• Pérdida de valores en la formación familiar y poca expresión afectiva y escasos canales de comunicación• Falta de involucramiento parental
	Capacidad de respuesta institucional insuficiente y desarticulada	<ul style="list-style-type: none">• Profesionales poco humanizados en la prestación del servicio de los diferentes trastornos mentales y epilepsia• Desconocimiento de las rutas de atención.• Desarticulación Institucional y revictimización
	Receptor de población desplazada por la	<ul style="list-style-type: none">• Poco reconocimiento a víctimas y migrantes.• Conflicto armado interno y crisis política internacional• Cercanía a grandes urbes y corredores viales

(Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, 2018)

De la triangulación y análisis de la información de ambas fuentes, surge el problema de la presente política pública, el cual se define a continuación.

Problema de la política pública

Insuficiente capacidad de respuesta intersectorial y comunitaria, frente a los eventos en salud mental.

A partir del reconocimiento de la salud mental en el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021), como una dimensión transversal denominada Convivencia Social y Salud Mental se han logrado posicionar acciones en el marco de los componentes de Promoción de la salud mental y la convivencia y Prevención y atención integral a trastornos mentales y a diferentes formas de violencia en el Departamento de Cundinamarca, no obstante, la problemática actual ha desbordado la capacidad de respuesta tanto de la comunidad como de los diferentes sectores e instituciones.

Es así, como por parte de la comunidad aún se observa estigma y desconocimiento frente a eventos como conducta suicida, trastornos mentales y epilepsia, así como normalización de las conductas violentas y favorables al consumo de alcohol. Del mismo modo, a nivel Institucional se evidencia que a pesar de la magnitud geográfica del Departamento (116 Municipios) se cuenta

con escasa oferta de servicios de baja, mediana y alta complejidad como se observa en la Tabla 35 *Disponibilidad de servicios de salud mental habilitados por Municipio*, según el registro especial de prestadores REPS, de igual manera los horarios, disponibilidad, ubicación y oportunidad para la atención no se adaptan a las necesidades de la población.

Por lo anterior, se hace imprescindible desarrollar capacidades individuales, familiares, comunitarias e institucionales para el abordaje de los eventos en salud mental (consumo de sustancias psicoactivas, violencias, conducta suicida, trastornos mentales y epilepsia) en los diferentes entornos y con participación activa de todos los sectores, por cuanto las alternativas de solución no dependen solo del sistema de Salud, sino de todos los actores de acuerdo a sus competencias y recursos.

Definición de Ejes.

A continuación se presenta el marco normativo sobre el cual se encuentran sustentadas, en articulación con el análisis resultado del ejercicio participativo y de la lectura de diferentes fuentes de información secundaria recopiladas en el presente documento, la definición de los ejes y las alternativas de solución seleccionadas en el componente estratégico:

Tabla 39.
Definición de Ejes.

Definición de Ejes según normativa				
Política Nacional de Salud Mental (Art. 1).	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Dimensión 3: salud mental y convivencia social.	Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021	Ley Estatutaria 1751 de 2015.	Resolución 429 de 2016-PAIS.

Promoción de la salud mental primaria de los trastornos psiquiátricos.	Promoción de la salud mental y la convivencia.	Promoción de la convivencia social y la salud mental.	Promoción de la salud.	Atención de la promoción de la salud.
Prevención de los trastornos psiquiátricos.	Prevención de la salud mental y la convivencia.	Prevención del consumo de sustancias psicoactivas.	Prevención de la enfermedad.	Prevención de la enfermedad.
Control de los trastornos psiquiátricos.	Atención integral a problemas y trastornos mentales.	Tratamiento y Reducción de daños.	Diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en salud.	Diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en salud.
Aspectos psicosociales de salud y desarrollo humano.	Atención integral a violencia.	Fortalecimiento institucional.		
Vigilancia epidemiológica				

(Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, 2018)

De acuerdo al anterior ejercicio se definen los siguientes ejes de política pública:

EJE N°1

Promoción de la salud mental y la convivencia social.

EJE N°2

Prevención de problemas/trastornos mentales, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas y violencias.

EJE N°3

Gestión para la atención integral de problemas/trastornos mentales, epilepsia y consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida y violencias.

EJE N°4

Gestión para el fortalecimiento transectorial y comunitario en salud mental.

Alternativas de solución

Las diferentes alternativas de solución planteadas surgieron de los ejercicios participativos a través de las mesas provinciales de las que hicieron parte tanto los actores institucionales de cada municipio, como los representantes de la comunidad y poblaciones diferenciales (indígenas, jóvenes, víctimas del conflicto armado, etc.); las mesas con expertos y los aportes realizados por el equipo departamental de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental.

La priorización de alternativas de solución, se realiza de la siguiente manera:

- De 1 a 5 no cumple con los criterios de evaluación
- De 6 a 8 son Alternativas de valor medio
- De 9 a 11 son de carácter prioritario para la implementación de la política pública de salud mental

Tabla 40.

Criterios a evaluar en las alternativas de solución.

VIABILIDAD TÉCNICA	¿Cuenta con los recursos técnicos disponibles?
FACTIBILIDAD FINANCIERA Y ECONÓMICA	¿La alternativa puede ser financiada?
	¿La alternativa permite la eficiencia económica de la política?
VIABILIDAD POLÍTICA	¿El contexto político es favorable para implementar la alternativa de solución?
	¿Los grupos de poder, partidos políticos o actores políticos permitirán la implementación?
VIABILIDAD JURÍDICA	¿Tiene competencia legal para implementar esta solución?
OPERABILIDAD ADMINISTRATIVA	¿Se cuenta con los recursos humanos suficientes para implementar esta solución?
EFFECTIVIDAD	¿La alternativa logra el objetivo que se pretende alcanzar?
EFICIENCIA	¿Están bien invertidos los recursos?
SUFICIENCIA	¿La alternativa soluciona las necesidades?
EQUIDAD	¿Oportunidades para todos los miembros de una sociedad?

CAPACIDAD DE RESPUESTA	¿La alternativa logra satisfacer las necesidades de la población objeto?
PERTINENCIA PARA LA SOCIEDAD	¿La alternativa es apropiada para la sociedad?

(Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, 2018)

Las alternativas de solución se agruparon de acuerdo a los ejes de intervención, de la siguiente manera:

Tabla 41.
Evaluación de alternativas de solución por eje.

EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN												
EJE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y LA CONVIVENCIA												
ALTERNATIVAS	VIABILIDAD	FACTIBILIDAD FINANCIERA Y	VIABILIDAD	VIABILIDAD	OPERABILIDAD	EFFECTIVIDAD	EFICIENCIA	SUFICIENCIA	EQUIDAD	CAPACIDAD DE	PERTINENCIA PARA	TOT AL
Desarrollar capacidades Institucionales para promover en las familias pautas de crianza positiva, el sano desarrollo, el fortalecimiento de habilidades psicosociales y la promoción de familias felices	1	1	1	1		1		1	1	1	1	9
Establecer alianzas con medios de comunicación para la reproducción y construcción de normas, representaciones y conductas sociales que	1	1	1	1		1		1	1	1	1	9



favorezcan la convivencia y la salud mental.												
Crear estrategias de información y comunicación sobre la situación de salud mental		1	1	1		1		1	1	1	1	8
Realizar estrategias de información, comunicación y educación para la promoción de habilidades para la vida, prácticas de autocuidado y hábitos saludables en los entornos Educativos, Institucional Hogar, comunidad y Laboral para prevenir factores de riesgo (acoso escolar, Consumo de Sustancias Psicoactivas, conductas sexuales de riesgo entre otras)		1	1	1	1	1		1	1	1	1	9
Desarrollar estrategias formativas dirigidas a entornos escolares, laborales y comunitarios, que contribuyan a fomentar la cultura del autocuidado y la corresponsabilidad social en torno a la salud mental de individuos, grupos, familias y comunidades.	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	10



<p>Brindar Apoyo técnico a planes y programas municipales mediante estrategias informativas, educativas y comunicativas, dirigidas a mejorar la confianza interpersonal, la convivencia en los diferentes entornos (Hogar, Comunidad, Educativo , Institucional y laboral) que promuevan en los ciudadanos y ciudadanas el cumplimiento voluntario de normas y fomenten el rechazo de prácticas ilegales.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<p>Desarrollar estrategias informativas, educativas y comunicativas en entornos escolares, laborales y comunitarios que permitan transformar creencias, opiniones, actitudes, normas sociales y comportamientos que contribuyen a las construcciones de género y la promoción de la equidad</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
<p>Fortalecer la implementación del modelo APS a través de campañas de comunicación, educación e información; así como la Articulación con los programas Municipales que</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

realizan acciones de promoción, prevención y el manejo de los riesgos.													
Fortalecer la atención integral a los hogares, mediante la información de los servicios de salud existentes y la promoción de los programas, proyectos y servicios de salud, promoviendo su adecuada utilización.		1	1	1		1		1	1	1	1	1	8
EJE PREVENCIÓN DE PROBLEMAS/TRASTORNOS MENTALES, EPILEPSIA, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y VIOLENCIA													
ALTERNATIVAS	VIABILIDAD	FACTIBILIDAD FINANCIERA Y	VIABILIDAD	VIABILIDAD	OPERABILIDAD	EFFECTIVIDAD	EFICIENCIA	SUFICIENCIA	EQUIDAD	CAPACIDAD DE	PERTINENCIA PARA	TOT AL	
Implementar estregáis de PREVENCIÓN UNIVERSAL Desarrollo de habilidades y competencias en los diferentes entornos (Hogar. Educación, Comunitario, Institucional y Laboral) para fortalecer estrategias la crianza saludable , habilidades psicosociales, estrategias de afrontamiento, desarrollo de competencias y el adecuado uso del tiempo libre (a través de la práctica deportiva ,	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	10	



artística y cultural que contribuya a la construcción de su proyecto de vida) para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas											
Implementar estrategias de PREVENCIÓN SELECTIVA dirigido a población identificada con mayores factores de riesgo en consumo de sustancias psicoactivas (POBLACIÓN ESPECIAL COMO MUJER, CÁRCELES, HABITANTE DE CALLE, NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES, ADULTO MAYOR, INDÍGENAS, LGTBI ENTRE OTROS	1	1	1		1		1	1	1	1	8
Diseñar e implementar estrategias de PREVENCIÓN INDICADA, dirigidas a población que ya presenta algún tipo de consumo de sustancias psicoactivas, con el fin de brindar atención integral en salud, protección, Justicia, Movilidad entre otras, para modificar comportamientos inadecuados y mitigar el riesgo.	1	1	1		1		1	1	1	1	8



<p>Apoyo Técnico en el Diseño y ejecución de planes, programas o proyectos que tiendan al fortalecimiento de factores de protectores y disminución de factores de riesgo para el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, adecuadas al contexto municipal y a los diversos entornos donde viven y se desarrollan los niños, niñas, adolescentes y jóvenes</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<p>Formación para el desarrollo de capacidades de los servidores públicos para la identificación de factores de riesgo y síntomas de todo el tipo de violencias, para la oportuna canalización a los servicios de salud, justicia y protección.</p>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	8
<p>Acciones dirigidas al desarrollo de capacidades individuales, sociales y comunitarias para la disminución del estigma en los diferentes eventos de salud mental para la movilización y la inclusión social de las personas, familias y cuidadores.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<p>Generar estrategias de educación y formación en salud para el desarrollo de capacidades de ciudadanos y</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9



ciudadanas en el reconocimiento y manejo de sus emociones y el mejoramiento de sus habilidades empáticas, con el fin de prevenir actos de violencia.													
Reconstrucción de confianza y transformación de imaginarios, creencias y normas relacionadas con la violencia: con especial énfasis en Niños niñas y adolescentes, mujeres, Pacientes crónicos, Adultos Mayores, Habitante de Calle, Cárceles y otras poblaciones vulnerables con un enfoque diferencial (PVCA; LGTBI- MUJER Y GENERO; COMUNIDAD INDIGENA; AFRO; POBLACION DIVERAMENTE HABIL).	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Desarrollar capacidades individuales e institucionales para la prevención la detección oportuna y la atención integral de eventos de salud mental, con especial énfasis en Niños niñas y adolescentes, mujeres, Pacientes crónicos, Adultos Mayores, Habitante de Calle, Cárceles y otras poblaciones vulnerables con un enfoque diferencial y otras poblaciones	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8



vulnerables (PVCA; LGTBI-MUJER Y GENERO; COMUNIDAD INDIGENA; AFRO; POBLACION DIVERAMENTE HABIL).												
Implementar acciones Individuales, familiares, comunitarias e institucionales dirigidas al fortalecimiento de capacidades de afrontamiento del individuo y la familia ante estresores vitales.		1	1	1		1		1	1	1	1	8
Desarrollar acciones de fortalecimiento Técnico, en los profesionales en salud, equipos psicosociales, de la red institucional Municipal y redes comunitarios en la prevención, detección oportuna y atención integral, mitigación de riesgo frente a el consumo de sustancias psicoactivas.	1	1	1	1		1		1	1	1	1	9
Definir lineamiento Departamental y realizar asistencia técnica en la en la elaboración, actualización e implementación de los planes de prevención de la oferta y demanda de consumo de sustancias psicoactivas en los en los 116 municipios de Cundinamarca.		1	1	1		1		1	1	1	1	8

<p>Brindar línea técnica para la Implementación de estrategias de Información, educación, comunicación y movilización social para la transformación de imaginarios, creencias, normas sociales y representaciones sociales relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.</p>			1	1	1		1		1	1	1	1	1	8
EJE GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PROBLEMAS/TRASTORNOS MENTALES , EPILEPSIA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, CONDUCTA SUICIDA Y VIOLENCIAS														
ALTERNATIVAS	VIABILIDAD	FACTIBILIDAD FINANCIERA Y	VIABILIDAD	VIABILIDAD	OPERABILIDAD	EFFECTIVIDAD	EFICIENCIA	SUFICIENCIA	EQUIDAD	CAPACIDAD DE	PERTINENCIA PARA	TOTAL		
<p>Establecimiento de alianzas con la academia y colegios o asociaciones de profesionales para el desarrollo de capacidades institucionales y del talento humano en salud para la atención integral e integrada de los problemas y trastornos mentales, incluidos el consumo de Sustancias Psicoactivas, suicidio y los diferentes tipos de violencias.</p>			1	1	1		1		1	1	1	1	1	8



Fortalecimiento de la capacidad institucional para la vigilancia en salud pública de los eventos en Salud Mental (violencia intrafamiliar, violencia sexual, violencias de género, Conducta suicida, Trastornos mentales	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Consumo de SPA a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA, que permitan el análisis de la situación en salud de Departamento.											
Promover el acceso a servicios de atención en salud mental humanizados".		1	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Fortalecer el talento humano para el diagnóstico temprano y la atención integral en salud mental.		1	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Fortalecimiento de la oferta institucional, el acceso, la oportunidad y la calidad de la prestación de servicios de atención a los individuos que presenten eventos de salud mental (Trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas) que incluyan acciones de atención, rehabilitación e inclusión social/laboral.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9



Adaptar e implementar las Rutas de atención integrales y comunitarias en los diferentes eventos en salud mental (Violencias, Consumo de sustancias psicoactivas, Conducta Suicida, Trastornos Mentales)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Promoción y Fortalecimiento de las líneas de atención a nivel Departamental 123 y Municipales en la atención, contención , en los temas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas y la activación de rutas de atención con las diferentes instituciones de la red de salud Publica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Formación del Talento Humano especializado y no especializado en salud mental, atención integral de las víctimas de las violencias de género, conflicto armado, trastornos mentales, y conducta suicida, Consumo de sustancias psicoactiva; a través de la capacitación en la guías de practica clínica , en manual MhGAP y en intervenciones de primeros auxilios psicológicos.		1	1	1	1	1	1	1	1	1	8



Gestión con el SGSSS (secretarías Municipales EAP, IPS, según competencias) para la garantizar la atención integral en los diferentes eventos de salud mental.		1	1	1		1		1	1	1	1	8
Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas.		1	1	1		1		1	1	1	1	8
Gestión con el SGSSS (secretarías Municipales EAP, IPS, ESE MUNICIPALES según competencias) para la garantizar la atención integral en los diferentes eventos de salud mental.												
Desde la estrategia de atención Primaria en Salud conformar equipos interdisciplinarios para la Implementación de acciones que permitan la	1	1	1	1		1		1	1	1	1	9



identificación/detección temprana, y canalización a servicios de atención integral en salud mental, de grupos de riesgo.												
Gestión y Acompañamiento técnico a los actores del SGSSS, entidades públicas y privadas, en el proceso de habilitación, prestación de servicios de atención especializada en salud mental (Todo Tipo de Violencias, Consumo de sustancias psicoactivas, problemas y trastornos mentales, Conducta suicida), según lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.			1	1		1		1	1	1	1	7
Gestionar la creación de salas situacionales de salud mental en el departamento y en los municipios de Cundinamarca.		1		1		1						3
Acompañamiento a los entes territoriales para la adopción y adaptación de la Política de SM	1	1	1	1		1		1	1	1	1	9
Adopción, adaptación e implementación de los manuales de gestión integrada para poblaciones vulnerables establecidos por el MSPS (indígenas, mujeres víctimas,	1	1	1	1		1		1	1	1	1	9



población privada de la libertad, niños, niñas y adolescentes bajo protección del sistema nacional de bienestar, población habitante de calle y víctimas del conflicto armado, población LGTBI).

EJE GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO TRANSECTORIAL Y COMUNITARIO EN SALUD MENTAL

ALTERNATIVAS	VIABILIDAD	FACTIBILIDAD FINANCIERA Y	VIABILIDAD	VIABILIDAD	OPERABILIDAD	EFFECTIVIDAD	EFICIENCIA	SUFICIENCIA	EQUIDAD	CAPACIDAD DE	PERTINENCIA PARA	TOTAL
Adoptar, difundir, implementar y ejecutar la política de salud mental formulada por el Departamento.	1	1	1	1		1		1	1	1	1	9
Promover en las entidades territoriales, la cultura y la gestión del riesgo en sus políticas, planes, programas y fortalecer la capacidad de respuesta de acuerdo con las competencias delegadas en la norma.	1	1	1	1		1		1	1	1	1	9
Concertación con sectores, instituciones y redes socio institucionales y comunitarias, de nivel departamental y municipal para la	1	1	1	1		1		1	1	1	1	9



implementación de la estrategia RBC a nivel local.												
Concertación transectorial para el desarrollo de servicios socio-sanitarios para personas con discapacidad asociada.		1	1	1		1		1	1	1	1	8
Implementar procesos orientados al cambio cultural que favorezca la aceptación de la diversidad familiar, cultural, étnica y desarrollen las capacidades familiares para la construcción de proyectos de vida colectivo, de desarrollo de los derechos de sus integrantes y de sus proyectos de vida individuales, dentro de espacios de convivencia democrática y comunicación asertiva, que reduzcan las brechas de conocimiento y violencia intrafamiliar, principal causante de la desarticulación familiar	1	1	1	1		1		1	1	1	1	9
Asesorar y fortalecer las redes transectoriales y comunitarias en la implementación de las rutas de promoción y atención de la salud mental y la convivencia social.	1	1	1	1		1		1	1	1	1	9



Formación de individuos y redes socio-institucionales y comunitarias para la aplicación de instrumentos de tamización y canalización de problemas y trastornos mentales incluidos el consumo de Sustancias Psicoactivas, suicidio y los diferentes tipos de violencias	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Fortalecimiento del Consejo departamental de salud mental, comité Cívico Consejo Seccional de Estupefacientes y el Plan Departamental de Drogas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Articulación de la respuesta transectorial, institucional, social y comunitaria para mejoramiento de la atención en salud mental.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Fortalecimiento y desarrollo de la red social y comunitaria en salud a través de los mecanismos de participación formales e informales, tales como Copacos, ligas de usuarios, veedurías en salud, mesas de salud, comisiones de Protección Social y su articulación a las acciones comunitarias de red comunal, equipos de gestión de los planes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

4. Mejorar capacidades individuales, institucionales y comunitarias, mediante la articulación interinstitucional, las redes sociales y los dispositivos comunitarios.

Alcance

Esta política establece los lineamientos, orientaciones, estrategias y líneas de acción encaminados a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud mental, la promoción de la convivencia y la salud mental y la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, las violencias y los problemas y trastornos de salud mental en el departamento de Cundinamarca, a partir de un ejercicio de acciones inter y transectoriales que permitan a la ciudadanía el desarrollo autónomo y positivo de sus capacidades y potencialidades en las diferentes esferas individuales, familiares, sociales, comunitarias y laborales, bajo el enfoque de derechos, corresponsable y equitativo, en articulación con otras políticas públicas complementarias durante los próximos 10 años.

Población objeto

La formulación de la Política Pública de Salud Mental va dirigida a la población en general con un “Enfoque de Curso de Vida”, primera infancia e infancia, adolescencia y juventud, adulto y adulto mayor, que requieren acciones en temas de prevención y promoción de la salud mental y la convivencia, sin embargo existen factores de riesgo identificados en un grupo de la población, en el diagnóstico de la Formulación de la PPSM, donde se observan situaciones de riesgo en temas de violencia intrafamiliar, conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades mentales, que requieren de especial atención y de acciones específicas.

- Primera infancia, cuando se identifican embarazos no deseados, inexistencia de controles prenatales, consumo de sustancias psicoactivas en la madre gestante, depresión post parto, vínculos afectivos inadecuados o carencia de los mismos.

- Infancia con factores de riesgo como víctimas de violencia intrafamiliar, separación de los niños de sus padres, víctimas de abuso sexual, maltrato en diferentes entornos, negligencia, aspectos que comienzan desde el grupo familiar y repercuten en los entornos escolar y comunitario.
- Adolescentes y adultos jóvenes que han presentado conducta suicida e inicios de consumo de sustancias psicoactivas, así como embarazos en adolescentes.
- Jóvenes que han tenido experiencias de descomposición familiar, que presentan conductas de riesgo como la conducta suicida y el consumo de sustancias psicoactivas; que presentan un inadecuado manejo de impulsos y emociones la ausencia de un proyecto de vida, falta de oportunidades laborales.
- Adultos con enfermedades crónicas, situaciones que conllevan a esta población a experimentar sentimientos de frustración, depresión, quienes padecen de trastornos mentales, falta de oportunidades laborales, situaciones de conflicto familiar y separación.
- Adultos mayores en situaciones de abandono y extrema pobreza, que padecen de trastornos mentales. Así como personas que han atravesado la finalización de la etapa productiva lo que en ocasiones repercute en síntomas relacionados con la depresión y la conducta suicida.

Del Mismo modo la PPSM generará acciones específicas a población diferencial en Cundinamarca:

- Mujeres con alto grado de vulnerabilidad en temas de violencia de género, violencia intrafamiliar, falta de oportunidades y desigualdad
- Personas con discapacidad en condiciones socioeconómicas bajas, con ausencia de un proyecto de vida y falta de oportunidades laborales, así como la necesidad de atención en programas de salud, nutrición y protección
- Diversidad cultural (comunidades indígenas, afro descendientes, ROOM, y comunidades LGBTI, entre otras), con factores de riesgo como víctimas de violencia, desplazamiento, consumo de sustancias psicoactivas, pobreza, desigualdad y aceptación.

- Población víctima del conflicto armado, situación que genera episodios de ansiedad, depresión y otras afecciones en salud, que de no tratarse a tiempo derivan en patologías de demencias que pueden conllevar al suicidio y aumento en la morbilidad.
- Habitantes de calle y población carcelaria, quienes enfrentan situaciones de conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y trastornos mentales.

Enfoques y principios

Enfoque de derechos. Generar las condiciones para el goce efectivo, progresivo y sostenible de los derechos fundamentales definidos por la Constitución Política de 1991 y sus desarrollos normativos y jurisprudenciales y en los Tratados Internacionales reconocidos por Colombia. Se reconoce la conectividad efectiva, integral, interdependiente y transversal de los derechos políticos y civiles, económicos, sociales y culturales y los colectivos y sus niveles de promoción, protección, restitución y garantía, reconociendo al ser humano como sujeto de derechos indivisibles, universales, inalienables e imprescriptibles

Enfoque de curso de Vida. El ciclo de vida es un abordaje que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante cada una de las etapas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en períodos vitales anteriores. . El ciclo vital, puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, aunque no deben tomarse en forma absoluta y se debe recordar que existe diversidad individual y cultural.

Enfoque de género. Se reconoce la necesidad de que existan las capacidades, oportunidades y condiciones para que tanto hombres como mujeres disfruten y tengan acceso por igual a los bienes

valorados socialmente, las oportunidades, recursos, servicios y demás componentes que se realicen de manera individual o colectiva, en el marco del ejercicio del desarrollo humano.

Otros enfoques diferenciales. Reconociendo la diversidad, orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica, condiciones de discapacidad y especiales situaciones de vulneración y vulnerabilidad de derechos (desplazamiento, víctimas del conflicto, pobreza), las estrategias señaladas en la presente política deben garantizar la igualdad, equidad, no discriminación y real accesibilidad estas poblaciones.

Enfoque territorial. Reconoce las dinámicas demográficas y condiciones ambientales, sociales y económicas de los territorios, con el fin de responder a las problemáticas que en éstos se generan, a partir del diseño e implementación de políticas, programas, proyectos y estrategias que potencien las bondades y ventajas territoriales que permitan disminuir y superar los desequilibrios entre la población y el territorio que habitan.

Enfoque Poblacional. Consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, a fin de responder a los problemas que de allí se derivan y con orientación a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de los desequilibrios entre la población y su territorio. El enfoque poblacional ayuda a abordar los procesos de planeación territorial (nación, departamento, municipio) desde una perspectiva integral al analizar sistemáticamente la dinámica poblacional e incorporarla en la toma de decisiones estratégicas y en la formulación de política pública.

(Ministerio de Salud Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021)



Enfoque de atención primaria en salud. Se reconoce la importancia de realizar acciones de detección oportuna, atención y rehabilitación con las familias y las comunidades.

Principio de igualdad. Se reconoce que toda la ciudadanía, hombres y mujeres, son iguales ante la ley, sin que existan privilegios ni prerrogativas.

Principio de diversidad. Se reconoce la multiplicidad y pluralidad de actores con condiciones, identidades y expresiones humanas variada como son la identidad y expresión de género, edad, origen étnico, orientación sexual, apariencia, diversidad funcional, creencia, gustos y preferencias, entre muchos otros; diversidades que enriquecen y recrean la vida.

Principio de equidad. Requiere el mayor esfuerzo estatal para complementar los dos anteriores principios y debe estar dirigido a la reducción de los factores generadores de desigualdad que impiden o dificultan el acceso al disfrute de las oportunidades.

Estructura estratégica.

La estructura estratégica de la política pública se encuentra categorizada en cuatro ejes principales, compuestos por sub ejes y acciones, de la siguiente manera:

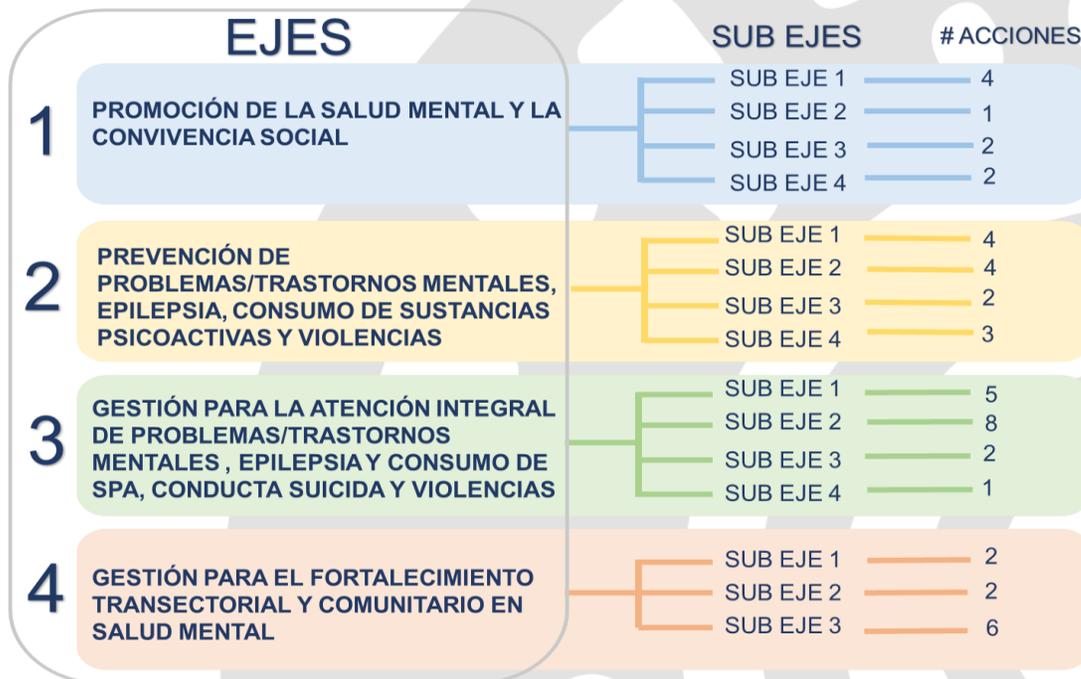


Figura 36. Estructura estratégica política pública de salud mental. Dimensión de convivencia social y

Salud Mental (2018).

Tabla 42.

Ejes, sub ejes y acciones.

EJE N°1	
PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y LA CONVIVENCIA SOCIAL	
SUB EJE	ACCIONES
1. Información, comunicación y educación para el desarrollo de capacidades individuales, familiares, institucionales y comunitarias en habilidades parentales y habilidades para la vida	<p>1.1.Desarrollar capacidades institucionales para promover en las familias, pautas de crianza positiva, el sano desarrollo, el fortalecimiento de habilidades psicosociales y la promoción de familias felices</p> <p>1.2.Establecer alianzas con medios de comunicación para la reproducción y construcción de normas, representaciones y conductas sociales que favorezcan la convivencia y la salud mental.</p> <p>1.3.Crear estrategias de información y comunicación sobre la situación de salud mental.</p>

	<p>1.4. Realizar estrategias de información, comunicación y educación para la promoción de habilidades para la vida, prácticas de autocuidado y hábitos saludables en los entornos Educativos, Institucional Hogar , Comunitario y Laboral, para prevenir factores de riesgo (acoso escolar, consumo de sustancias psicoactivas, conductas sexuales de riesgo entre otras)</p>
<p>2. Educación para la promoción y mantenimiento de la salud mental en los diferentes entornos de vida, dirigida a individuos, familias, instituciones y comunidades</p>	<p>2.1. Desarrollar estrategias formativas dirigidas a entornos escolares, laborales y comunitarios, que contribuyan a fomentar la cultura del autocuidado y la corresponsabilidad social en torno a la salud mental de individuos, grupos, familias y comunidades</p>
<p>3. Desarrollo de capacidades individuales, familiares, institucionales y comunitarias para la promoción de la Convivencia Social en los diferentes entornos de vida</p>	<p>3.1. Brindar apoyo técnico a planes y programas municipales mediante estrategias informativas, educativas y comunicativas, dirigidas a mejorar la confianza interpersonal, la convivencia en los diferentes entornos (Hogar, Comunitario, Educativo, Institucional y Laboral) que promuevan en los ciudadanos y ciudadanas el cumplimiento voluntario de normas y fomenten el rechazo de prácticas ilegales</p> <p>3.2. Desarrollar estrategias informativas, educativas y comunicativas en entornos escolares, laborales y comunitarios, que permitan transformar creencias, opiniones, actitudes, normas sociales y comportamientos que contribuyen a las construcciones de género y la promoción de la equidad</p>
<p>4. Promoción y divulgación de los programas, proyectos y servicios de atención en salud mental y convivencia social</p>	<p>4.1. Fortalecer la implementación del modelo APS a través de campañas de comunicación, educación e información; así como la articulación con los programas Municipales que realizan acciones de promoción, prevención y el manejo de los riesgos</p>

	<p>4.2.Fortalecer la atención integral a los hogares, mediante la información de los servicios de salud existentes y la promoción de los programas, proyectos y servicios de salud, promoviendo su adecuada utilización</p>
<p>EJE N°2 PREVENCIÓN DE PROBLEMAS/TRASTORNOS MENTALES, EPILEPSIA, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y VIOLENCIAS</p>	
<p>SUB EJE</p>	<p>ACCIONES</p>
<p>1. Creación y fortalecimiento de espacios de información, sensibilización, detección temprana, intervenciones breves y reducción del consumo problemático de sustancias psicoactivas, a través de estrategias de prevención Universal, Selectiva e Indicada.</p>	<p>1.1.Implementar estrategias de PREVENCIÓN UNIVERSAL en los diferentes entornos, para el desarrollo de habilidades y competencias que contribuya a la construcción de su proyecto de vida para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas</p> <p>1.2.Implementar estrategias de PREVENCIÓN SELECTIVA dirigidas a población identificada con mayores factores de riesgo en consumo de sustancias psicoactivas (población especial como mujer, cárceles, habitante de calle, niños niñas y adolescentes, adulto mayor, indígenas, LGBTI, entre otros)</p> <p>1.3. Diseñar e implementar estrategias de PREVENCIÓN INDICADA, dirigidas a población que ya presenta algún tipo de consumo de sustancias psicoactivas, con el fin de brindar atención integral en salud, protección, justicia, movilidad entre otras; para modificar comportamientos inadecuados y mitigar el riesgo.</p> <p>1.4.Apoyo técnico en el diseño y ejecución de planes, programas o proyectos que tiendan al fortalecimiento de factores protectores y disminución de factores de riesgo, relacionados al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas; coherentes al contexto municipal y a</p>



	los diversos entornos donde viven y se desarrollan los niños, niñas, adolescentes y jóvenes
2. Desarrollo de capacidades transectoriales, institucionales, sociales y comunitarias, para detectar tempranamente los diversos tipos de violencias.	<p>2.1. Formación para el desarrollo de capacidades de los servidores públicos, para la identificación de factores de riesgo y síntomas de todo el tipo de violencias, para la oportuna canalización a los servicios de salud, justicia y protección.</p> <p>2.2. Acciones dirigidas al desarrollo de capacidades individuales, sociales y comunitarias para la disminución del estigma en los diferentes eventos de salud mental para la movilización y la inclusión social de las personas, familias y cuidadores.</p> <p>2.3. Generar estrategias de educación y formación en salud, para el desarrollo de capacidades de ciudadanos y ciudadanas en el reconocimiento y manejo de sus emociones y el mejoramiento de sus habilidades empáticas, con el fin de prevenir actos de violencia.</p> <p>2.4. Reconstrucción de confianza y transformación de imaginarios, creencias y normas relacionadas con la violencia, con especial énfasis en niños niñas y adolescentes, mujeres, pacientes crónicos, adultos mayores, habitante de calle, cárceles y otras poblaciones vulnerables con un enfoque diferencial (PVCA, LGTBI, mujer y género, comunidad indígena, AFRO, población diversamente hábil).</p>
3. Desarrollo de capacidades en individuos, familias, instituciones y comunidades para detectar problemas/trastornos mentales y epilepsia en los diferentes entornos de vida	3.1. Desarrollar capacidades individuales e institucionales para la prevención, la detección oportuna y la atención integral de eventos de salud mental, con especial énfasis en niños, niñas y adolescentes, mujeres, pacientes crónicos, adultos mayores, habitante de calle, cárceles y otras poblaciones vulnerables con un enfoque diferencial y otras poblaciones vulnerables

	<p>(PVCA, LGTBI, mujer y género, comunidad indígena, AFRO, población diversamente hábil).</p> <p>3.2. Implementar acciones individuales, familiares, comunitarias e institucionales dirigidas al fortalecimiento de capacidades de afrontamiento del individuo y la familia ante estresores vitales.</p>
<p>4. Desarrollo de acciones transectoriales, institucionales, sociales y comunitarias para el fortalecimiento de factores protectores y la disminución de factores de riesgo de niños, niñas, adolescentes y jóvenes frente al consumo de sustancias psicoactivas.</p>	<p>4.1. Desarrollar acciones de fortalecimiento técnico, en los profesionales en salud, equipos psicosociales, de la red institucional municipal y de las redes comunitarias, en la prevención, detección oportuna, atención integral, y mitigación del riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>4.2. Definir lineamiento Departamental y realizar asistencia técnica en la elaboración, actualización e implementación de los planes de prevención de la oferta y demanda de consumo de sustancias psicoactivas en los 116 municipios de Cundinamarca.</p> <p>4.3. Brindar línea técnica para la Implementación de estrategias de Información, educación, comunicación y movilización social para la transformación de imaginarios, creencias, normas sociales y representaciones sociales relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.</p>

EJE N°3
GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE
PROBLEMAS/TRASTORNOS MENTALES , EPILEPSIA Y CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, CONDUCTA SUICIDA Y VIOLENCIAS

SUB EJE	ACCIONES
<p>1. Fortalecimiento de la capacidad de respuesta del personal de salud en torno a la atención no especializada y especializada de los problemas y trastornos</p>	<p>1.1. Establecimiento de alianzas con la academia y colegios o asociaciones de profesionales para el desarrollo de capacidades institucionales y del talento humano en salud para la atención integral e integrada de los problemas y trastornos mentales,</p>



<p>mentales y consumo de sustancias psicoactivas.</p>	<p>incluidos el consumo de Sustancias Psicoactivas, suicidio y los diferentes tipos de violencias.</p> <p>1.2.Fortalecimiento de la capacidad institucional para la vigilancia en salud pública de los eventos en Salud Mental (violencia intrafamiliar, violencia sexual, violencias de género, Conducta suicida, Trastornos mentales Consumo de SPA a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA, que permitan el análisis de la situación en salud de Departamento.</p> <p>1.3.Promover el acceso a servicios de atención en salud mental humanizados.</p> <p>1.4.Fortalecer el talento humano para el diagnóstico temprano y la atención integral en salud mental.</p> <p>1.5.Fortalecimiento de la oferta institucional, el acceso, la oportunidad y la calidad de la prestación de servicios de atención a los individuos que presenten eventos de salud mental (trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas) que incluyan acciones de atención, rehabilitación e inclusión social/laboral.</p>
<p>2. Gestión para la implementación de la ruta integral de atención en salud mental en los servicios de salud del departamento con énfasis en Consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida y violencias.</p>	<p>2.1.Adaptar e implementar las Rutas de atención integrales y comunitarias en los diferentes eventos en salud mental (Violencias, Consumo de sustancias psicoactivas, Conducta Suicida, Trastornos Mentales).</p> <p>2.2.Promoción y Fortalecimiento de las líneas de atención a nivel Departamental 123 y Municipales en la atención, contención, en los temas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas y la activación de rutas de atención con las diferentes instituciones de la red de salud Pública.</p>



	<p>2.3. Formación del Talento Humano especializado y no especializado en salud mental, atención integral de las víctimas de las violencias de género, conflicto armado, trastornos mentales, y conducta suicida, Consumo de sustancias psicoactiva; a través de la capacitación en la guía de práctica clínica, en manual MhGAP y en intervenciones de primeros auxilios psicológicos.</p> <p>2.4. Gestión con los actores del SGSSS, para la implementación de las RIAS en salud mental, SPA y violencias, que faciliten la intervención y atención conjunta de los determinantes de la salud y gestión del riesgo.</p> <p>2.5. Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas.</p> <p>2.6. Gestión con el SGSSS (secretarías Municipales EAPB, IPS, ESE municipales según competencias) para la garantizar la atención integral en los diferentes eventos de salud mental.</p> <p>2.7. Desde la estrategia de atención Primaria en Salud conformar equipos interdisciplinarios para la Implementación de acciones que permitan la identificación/detección temprana, y canalización a servicios de atención integral en salud mental, de grupos de riesgo.</p> <p>2.8. Gestión y Acompañamiento técnico a los actores del SGSSS, entidades públicas y privadas, en el proceso de habilitación, prestación de servicios de</p>
--	--

	atención especializada en salud mental (Todo Tipo de Violencias, Consumo de sustancias psicoactivas, problemas y trastornos mentales, Conducta suicida), según lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Gestión para la reorganización e implementación de lineamientos técnicos y operativos en los servicios de salud mental	3.1.Gestionar la creación de salas situacionales de salud mental en el departamento y en los municipios de Cundinamarca. 3.2.Acompañamiento a los entes territoriales para la adopción y adaptación de la Política de SM
4. Gestión de la salud mental e inclusión social para poblaciones vulnerables: indígenas, mujeres víctimas, población privada de la libertad, niños, niñas y adolescentes bajo protección del sistema nacional de bienestar, población habitante de calle y víctimas del conflicto armado población LGTBI	4.1.Adopción, adaptación e implementación de los manuales de gestión integrada para poblaciones vulnerables establecidos por el MSPS (indígenas, mujeres víctimas, población privada de la libertad, niños, niñas y adolescentes bajo protección del sistema nacional de bienestar, población habitante de calle y víctimas del conflicto armado, población LGTBI).

EJE N°4

GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO TRANSECTORIAL Y COMUNITARIO EN SALUD MENTAL

SUB EJE	ACCIONES
1. Promoción de la cultura y la gestión del riesgo en entidades territoriales y comunidad.	1.1.Promover en las entidades territoriales, la cultura y la gestión del riesgo en sus políticas, planes, programas y fortalecer la capacidad de respuesta de acuerdo con las competencias delegadas en la norma. 1.2. Desarrollo de capacidades en profesionales, líderes comunitarios y comunidad en general, para fortalecer la capacidad de respuesta ante eventos estresantes y situaciones de emergencias y desastres que afecten la salud mental.

<p>2. Gestión intra e intersectorial para la implementación de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) y dispositivos comunitarios en todos los municipios del departamento.</p>	<p>2.1. Concertación con sectores, instituciones y redes socio institucionales y comunitarias, de nivel departamental y municipal para la implementación de la estrategia RBC y Dispositivos comunitarios a nivel local.</p> <p>2.2. Concertación transectorial para el desarrollo de servicios socio-sanitarios para personas con discapacidad asociada.</p>
<p>3. Fortalecimiento de redes institucionales, sociales y comunitarias para la movilización y la inclusión social de las personas, familias y cuidadores, con consumo de sustancias psicoactivas, problemas o trastornos mentales.</p>	<p>3.1. Implementar procesos orientados al cambio cultural que favorezca la aceptación de la diversidad familiar, cultural, étnica y desarrollen las capacidades familiares para la construcción de proyectos de vida colectivo, de desarrollo de los derechos de sus integrantes y de sus proyectos de vida individuales, dentro de espacios de convivencia democrática y comunicación asertiva, que reduzcan las brechas de conocimiento y violencia intrafamiliar, principal causante de la desarticulación familiar.</p> <p>3.2. Asesorar y fortalecer las redes transectoriales y comunitarias en la implementación de las rutas de promoción y atención de la salud mental y la convivencia social.</p> <p>3.3. Formación de individuos y redes socio-institucionales y comunitarias para la aplicación de instrumentos de tamización y canalización de problemas y trastornos mentales incluidos el consumo de Sustancias Psicoactivas, suicidio y los diferentes tipos de violencias.</p> <p>3.4. Fortalecimiento del Consejo departamental de salud mental, comité Cívico Consejo Seccional de Estupefacientes y el Plan Departamental de Drogas</p>

	<p>3.5. Articulación de la respuesta transectorial, institucional, social y comunitaria para mejoramiento de la atención en salud mental.</p> <p>3.6. Fortalecimiento y desarrollo de la red social y comunitaria en salud a través de los mecanismos de participación formales e informales, tales como COPACOS, ligas de usuarios, veedurías en salud, mesas de salud, comisiones de Protección Social y su articulación a las acciones comunitarias de red comunal, equipos de gestión de los planes de desarrollo local de cada Municipio.</p>
--	--

Plan de implementación

Para la política pública de salud mental, se realizó el respectivo plan de implementación. A continuación se explicitan las metas e indicadores de mediano y largo plazo, así como los responsables y cooperantes de las acciones a corto plazo.

Con base en los indicadores definidos para para los diferentes ejes del plan de implementación se proponen metas a corto, mediano y largo plazo, es importante mencionar que las mismas pueden ser ajustadas durante el tiempo que está previsto el desarrollo de la política debido a cambios normativos, presupuestales y al Análisis de Situación en Salud (ASIS) del departamento.

Tabla 43.

Implementación a largo plazo

Largo plazo				
Eje	Indicador eje	Fuente del indicador	Meta del indicador 2018	Pautas y tiempos para la recolección de información de cada uno de los indicadores
PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y LA CONVIVENCIA SOCIAL	Tasa de violencia interpersonal en	FORENSIS	Disminuir los indicadores de los diversos	Anualmente se verificara la



	el Departamento		tipos de violencias teniendo en cuenta la línea de base	información de FORENSIS
PREVENCIÓN DE PROBLEMAS/TRASTORNOS MENTALES, EPILEPSIA, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y VIOLENCIAS	Número de entidades territoriales con la implementación del componente de Salud Mental en APS	Estrategia de Atención Primaria en Salud, Secretaría de Salud de Cundinamarca	Aumentar las acciones de atención primaria en Salud Mental en el marco de las rutas de atención integrales en salud (RIAS), implementadas por los municipios, IPS, EAPB .	Anualmente se verificara la información de la estrategia APS en la base de datos definida por el programa
GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PROBLEMAS/TRASTORNOS MENTALES , EPILEPSIA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, CONDUCTA SUICIDA Y VIOLENCIAS	Número de servicios de salud mental y atención en los diferentes eventos de salud mental habilitados en Cundinamarca	Ministerio de Salud y Protección Social Registro Especial de Prestadores REPS	Aumentar las instituciones prestadoras de salud que integran la red complementaria que desarrollan servicios de atención especializada en el Departamento, en el marco del programa territorial de reorganización, rediseño y modernización aprobado por el Ministerio.	Del Registro Especial de Prestadores (REPS) se verificara la información anualmente
GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO TRANSECTORIAL Y	Frecuencia de uso de servicios en salud mental	Plan Decenal de Salud	Aumentar gradualmente la frecuencia de	la información se obtendrá

COMUNITARIO EN SALUD MENTAL		pública 2012 - 2021	uso de servicios en salud mental	del registro Especial de Prestadores (RIPS) anualmente
-----------------------------	--	---------------------	----------------------------------	--

Tabla 44.

Implementación a mediano plazo.

Mediano plazo				
Sub eje	Indicador Línea	Fuente del indicador	Meta del indicador (vigencia de política pública)	Pautas y tiempos para la recolección de información de cada uno de los indicadores
1. Información, comunicación y educación para el desarrollo de capacidades individuales, familiares, institucionales y comunitarias, en habilidades parentales y habilidades para la vida	Tasa de violencia intrafamiliar en el Departamento	FORENSIS	Disminuir los indicadores de los diversos tipos de violencias teniendo en cuenta la línea de base	Forenses alimentación anual
2. Educación para la promoción y mantenimiento de la salud mental en los diferentes entornos de vida, dirigida a individuos, familias, instituciones y comunidades	Proporción de personas que conocen o participan en programas de asistencia social en el Departamento	Plan Decenal de Salud pública 2012 - 2021	Aumentar el Número de municipios desarrollan acciones de promoción, prevención y atención integral de la salud mental, a través del trabajo transectorial	Definir con las diferentes entidades de la Gobernación que manejan programas sociales una matriz de captura de la información anualmente

<p>3. Desarrollo de capacidades individuales, familiares, institucionales y comunitarias para la promoción de la Convivencia Social en los diferentes entornos de vida</p>	<p>Proporción de personas que conocen o participan en programas de asistencia social en el Departamento</p>	<p>Plan Decenal de Salud pública 2012 - 2021</p>	<p>Aumentar el Número de municipios desarrollan acciones de promoción, prevención y atención integral de la salud mental, a través del trabajo transectorial</p>	<p>Definir con las diferentes entidades de la Gobernación que manejan programas sociales una matriz de captura de la información anualmente</p>
<p>4. Promoción y divulgación de los programas, proyectos y servicios de atención en salud mental y convivencia social</p>	<p>Proporción de personas que conocen o participan en programas de asistencia social en el Departamento</p>	<p>Plan Decenal de Salud pública 2012 - 2021</p>	<p>Aumentar el Número de Municipios que desarrollan acciones de promoción, prevención y atención integral de la salud mental, a través del trabajo transectorial</p>	<p>Definir con las diferentes entidades de la Gobernación que manejan programas sociales una matriz de captura de la información anualmente</p>
<p>1. Creación y fortalecimiento de espacios de información, sensibilización, detección temprana, intervenciones breves y reducción del consumo problemático de sustancias psicoactivas, a través de estrategias de prevención Universal,</p>	<p>Porcentaje de municipios del Departamento que desarrollan planes territoriales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas</p>	<p>Plan Decenal de Salud pública 2012 - 2021</p>	<p>Aumentar el Número de municipios que desarrollan planes territoriales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y</p>	<p>Matriz de seguimiento de programas preventivos , la cual se alimentara anualmente</p>

Selectiva e Indicada.			Protección Social.	
2. Desarrollo de capacidades transectoriales, institucionales, sociales y comunitarias, para detectar tempranamente los diversos tipos de violencias.	Porcentaje de personas atendidas por riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales	Observatorio de Salud Mental	Fortalecer el desarrollo de competencias del talento humano para la detección temprana y gestión del Riesgo en los eventos (consumo de SPA, conducta suicida, violencias, trastornos mentales y epilepsia)	la información se obtendrá del registro Especial de Prestadores (RIPS) anualmente
3. Desarrollo de capacidades en individuos, familias, instituciones y comunidades para detectar problemas/trastornos mentales y epilepsia en los diferentes entornos de vida	Tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento	SISPRO	reducir las tasas de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento en población general de 15 a 65 años	Anualmente se revisara la herramienta SISPRO
4. Desarrollo de acciones transectoriales, institucionales, sociales y comunitarias para el fortalecimiento de factores protectores y la disminución de factores de riesgo de niños, niñas, adolescentes y	Edad de inicio del consumo de alcohol en adolescentes en Cundinamarca	Encuesta Nacional de Salud Mental y Estudio Nacional de consumo en población escolar	Posponer la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes, por encima de 14 años	Se revisaran los estudios Nacionales sobre Consumo, elaborados por el Ministerio de Salud

jóvenes frente al consumo de sustancias psicoactivas.				
1. Fortalecimiento de la capacidad de respuesta del personal de salud, en torno a la atención no especializada y especializada de los problemas y trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas.	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	SISPRO	Aumentar las instituciones prestadoras de salud que integran la red complementaria que desarrollan servicios de atención especializada en el departamento, en el marco del programa territorial de reorganización, rediseño y modernización aprobado por el ministerio	Registro Especial de Prestadores (REPS) anualmente
2. Gestión para la implementación de la ruta integral de atención en salud mental en los servicios de salud del departamento con énfasis en Consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida y violencias.	Porcentaje de municipios que desarrollan planes territoriales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida	Plan Decenal de Salud pública 2012 - 2021	Aumentar número de Municipios de Cundinamarca desarrollan planes territoriales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas y de la conducta suicida	Matriz de seguimiento de programas preventivos , la cual se alimentara anualmente
3. Gestión para la reorganización e implementación de lineamientos técnicos y operativos en los	Porcentaje de municipios que adoptan y adaptan la Política	Plan Decenal de Salud pública 2012 - 2021	Aumentar el Número de Municipios que adoptan y adaptan la política de	matriz de seguimiento proporcionada por Planeación departamental , con información anual

servicios de salud mental	Pública de Salud Mental.		salud mental conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social	
4. Gestión de la salud mental e inclusión social para poblaciones vulnerables: indígenas, mujeres víctimas, población privada de la libertad, niños, niñas y adolescentes bajo protección del sistema nacional de bienestar, población habitante de calle y víctimas del conflicto armado, población LGBTI	Porcentaje de municipios con agenda social con participación de otros sectores con el fin de garantizar atención integral a población vulnerable	Plan Decenal de Salud pública 2012 - 2021	Aumentar el número de Municipios que construyen, definen e implementan una agenda social concertada, que unifica la respuesta transectorial de Atención integral a población vulnerable	No de Planes de acción que ejecutan los Consejos departamentales de Política Social (COMPOS)
1. Promoción de la cultura y la gestión del riesgo en entidades territoriales y la comunidad.	Porcentaje de la población que asiste a programas de fomento de la resiliencia según características socioeconómicas	Plan Decenal de Salud pública 2012 - 2021	Aumentar el desarrollo de estrategias y acciones que fomenten la resiliencia en la población Cundinamarquesa	Anualmente se tomara la información proveniente de las diferentes entidades referente a la ejecución de actividades de resiliencia

2. Gestión intra e intersectorial para la implementación de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) y dispositivos comunitarios en todos los municipios del departamento.	Número de municipios que cuentan con oferta institucional organizada y disponible para la población vulnerable	Ministerio de Salud y protección social	Aumentar el Número de Municipios Implementan acciones conducentes al desarrollo de los dispositivos comunitarios en prevención de eventos en salud mental	Matriz de seguimiento de programas preventivos , la cual se alimentara anualmente
3. Fortalecimiento de redes institucionales, sociales y comunitarias para la movilización y la inclusión social de las personas, familias y cuidadores, de personas con consumo de sustancias psicoactivas, problemas o trastornos mentales.	Proporción de personas que conocen o participan en programas de asistencia social en el Departamento	Plan Decenal de Salud pública 2012 - 2021	Aumentar el Número de Municipios que desarrollan acciones de promoción, prevención y atención integral de la salud mental, a través del trabajo transectorial	Definir con las diferentes entidades de la Gobernación que manejan programas sociales una matriz de captura de la información anualmente

Tabla 45.

Implementación a corto plazo

CORTO PLAZO			
Acciones	Responsable	Co ejecutores internos	Colaboradores externos

Desarrollar capacidades institucionales para promover en las familias, pautas de crianza positiva, el sano desarrollo, el fortalecimiento de habilidades psicosociales y la promoción de familias felices	INDEPORTES	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL SECRETARIA DE SALUD IDECUT SECRETARÍA DE EDUCACION SECRETARIA DE GOBIERNO SECRETARIA DE LA MUJER Y GENERO	ALCALDIAS MUNICIPALES - ICBF - IPS - EAPBS -
Establecer alianzas con medios de comunicación para la reproducción y construcción de normas, representaciones y conductas sociales, que favorezcan la convivencia y la salud mental	SECRETARÍA DE GOBIERNO	SECRETARÍA DE SALUD SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL IDECUT SECRETARIA DE PRENSA INDEPORTES	CBF(SNBF -CPS- Mesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, red del buen trato)
Crear estrategias de información y comunicación sobre la situación de salud mental	SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARÍA DE EDUCACION SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL SECRETARÍA DE GOBIERNO SECRETARIA DE MUJER Y GENERO	IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - MINISTERIO DE SALUD - ARL - SENA - UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
Realizar estrategias de información, comunicación y educación para la promoción de habilidades para la vida, prácticas de autocuidado y hábitos saludables en los entornos (Educativo, Institucional, Hogar, Comunitario y Laboral), para prevenir factores de riesgo (acoso escolar, consumo de sustancias psicoactivas, conductas sexuales de riesgo entre otras)	SECRETARIA DE LAS TIC	SECRETARÍA DE TRANSPORTE Y MOVILIDAD SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL SECRETARIA DE SALUD SECRETARIA DE EDUCACION	MIN TIC Alcaldías Municipales Instituciones Educativas Departamentales JAC



<p>Desarrollar estrategias formativas dirigidas a entornos escolares, laborales y comunitarios, que contribuyan a fomentar la cultura del autocuidado y la corresponsabilidad social en torno a la salud mental de individuos, grupos, familias y comunidades</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARIA DE MUJER Y GENERO SECRETARÍA DE EDUCACION SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL SECRETARÍA DE GOBIERNO</p>	<p>ALCALDIAS MUNICIPALES - ESE MUNICIPALES -ARL - FISCALIA - POLICIA -</p>
<p>Brindar apoyo técnico a planes y programas municipales mediante estrategias informativas, educativas y comunicativas, dirigidas a mejorar la confianza interpersonal, la convivencia en los diferentes entornos (Hogar, Comunitario, Educativo , Institucional y Laboral) que promuevan en los ciudadanos y ciudadanas el cumplimiento voluntario de normas que fomenten el rechazo de prácticas ilegales</p>	<p>SECRETARÍA DE GOBIERNO</p>	<p>SECRETARIAS DE SALUD SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL SECRETARÍA DE EDUCACION IDECUT SECRETARIA DE MUJER Y GENERO .</p>	<p>IPS - EABP - SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>
<p>Desarrollar estrategias informativas, educativas y comunicativas en entornos escolares, laborales y comunitarios, que permitan transformar creencias, opiniones, actitudes, normas sociales y comportamientos que contribuyen a las construcciones de género y la promoción de la equidad</p>	<p>SECRETARIA DE MUJER Y GENERO</p>	<p>SECRETARIAS DE SALUD, SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL, SECRETARÍA DE EDUCACION, IDECUT, SECRETARIA DE GOBIERNO, .</p>	<p>IPS - EABP - SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>

Fortalecer la implementación del modelo APS a través de campañas de comunicación, educación e información; así como la articulación con los programas Municipales que realizan acciones de promoción, prevención y el manejo de los riesgos	SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARÍA DE EDUCACION - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO- SECRETARIA DE MUJER Y GENERO	IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES
Fortalecer la atención integral a los hogares, mediante la información de los servicios de salud existentes y la promoción de los programas, proyectos y servicios de salud, promoviendo su adecuada utilización	SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARÍA DE EDUCACION - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO- SECRETARIA DE MUJER Y GENERO	IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES
Implementar estrategias de PREVENCIÓN UNIVERSAL en los diferentes entornos, para el desarrollo de habilidades y competencias que contribuya a la construcción de su proyecto de vida para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas	INDEPORTES	SECRETARIA DE EDUCACION - SECRETARÍA DE TRANSPORTE Y MOVILIDAD - SECRETARIA DE SALUD, SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL, SECRETARÍA DE EDUCACION, IDECUT, SECRETARIA DE GOBIERNO, SECRETARIA DE LA MUJER Y GENERO .	IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES
Implementar estregias de PREVENCIÓN SELECTIVA dirigidas a población identificada con mayores factores de riesgo en consumo de sustancias psicoactivas (población especial como mujer, cárceles, habitante de calle, niños niñas y adolescentes, adulto mayor, indígenas, población LGBTI, entre	SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE TRANSPORTE Y MOVILIDAD	IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES



<p>otros)</p>			
<p>Diseñar e implementar estrategias de PREVENCIÓN INDICADA, dirigidas a población que ya presenta algún tipo de consumo de sustancias psicoactivas, con el fin de brindar atención integral en salud, protección, justicia, movilidad entre otras; para modificar comportamientos inadecuados y mitigar el riesgo .</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE TRANSPORTE Y MOVILIDAD - SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>
<p>Apoyo técnico en el diseño y ejecución de planes, programas o proyectos que tiendan al fortalecimiento de factores protectores y disminución de factores de riesgo, relacionados al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas; coherentes al contexto municipal y a los diversos entornos donde viven y se desarrollan los niños, niñas, adolescentes y jóvenes</p>	<p>SECRETARÍA DE GOBIERNO</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - ALCALDIAS MUNICIPALES - SECRETARÍA DE TRANSPORTE Y MOVILIDAD- SECRETARIA DE SALUD</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>

<p>Formación para el desarrollo de capacidades de los servidores públicos, para la identificación de factores de riesgo y síntomas de todo los tipos de violencias, para la oportuna canalización a los servicios de salud, justicia y protección</p>	<p>SECRETARÍA DE GOBIERNO</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - ALCALDIAS MUNICIPALES - SECRETARÍA DE TRANSPORTE Y MOVILIDAD- SECRETARIA DE SALUD</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>
<p>Acciones dirigidas al desarrollo de capacidades individuales, sociales y comunitarias para la disminución del estigma en los diferentes eventos de salud mental para la movilización y la inclusión social de las personas, familias y cuidadores.</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE TRANSPORTE Y MOVILIDAD</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>
<p>Generar estrategias de educación y formación en salud, para el desarrollo de capacidades de ciudadanos y ciudadanas en el reconocimiento y manejo de sus emociones y el mejoramiento de sus habilidades empáticas, con el fin de prevenir actos de violencia.</p>	<p>SECRETARÍA DE GOBIERNO</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL -</p>	<p>ALCALDIAS MUNICIPALES - POLICIA SECCIONAL</p>
<p>Reconstrucción de confianza y transformación de imaginarios, creencias y normas relacionadas con la violencia, con especial énfasis en niños niñas y adolescentes, mujeres, pacientes crónicos, adultos mayores, habitante de calle, cárceles y otras poblaciones vulnerables con un enfoque diferencial (PVCA,</p>	<p>SECRETARÍA DE GOBIERNO</p>	<p>SECRETARIAS DE SALUD, DESARROLLO EN INCLUSION SOCIAL, EDUCACION E IDECUT, SECRETARIA DE SALUD - SECRETARÍA DE MUJER Y GENERO - INDEPORTES</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>

<p>LGTBI, mujer y género, comunidad indígena, AFRO, población diversamente hábil).</p>			
<p>Desarrollar capacidades individuales e institucionales para la prevención, la detección oportuna y la atención integral de eventos de salud mental, con especial énfasis en niños, niñas y adolescentes, mujeres, pacientes crónicos, adultos mayores, habitante de calle, cárceles y otras poblaciones vulnerables con un enfoque diferencial y otras poblaciones vulnerables (PVCA, LGTBI, mujer y género, comunidad indígena, AFRO, población diversamente hábil).</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES Dirección de atención Integral a las víctimas del conflicto armado</p>
<p>Implementar acciones individuales, familiares, comunitarias e institucionales, dirigidas al fortalecimiento de capacidades de afrontamiento del individuo y la familia ante estresores vitales.</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>



Desarrollar acciones de fortalecimiento técnico, en los profesionales en salud, equipos psicosociales, de la red institucional municipal y de las redes comunitarias, en la prevención, detección oportuna, atención integral, y mitigación del riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas.	SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -	IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES
Definir linemamiento Departamental y realizar asistencia técnica en la elaboración, actualización e implementación de los planes de prevención de la oferta y demanda de consumo de sustancias psicoactivas en los 116 municipios de Cundinamarca.	SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -	IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES
Brindar línea técnica para la implementación de estrategias de Información, educación, comunicación y movilización social para la transformación de imaginarios, creencias, normas sociales y representaciones sociales relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas..	SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -	IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES
Establecimiento de alianzas con la academia y colegios o asociaciones de profesionales para el desarrollo de capacidades institucionales y del talento humano en salud para la atención integral e integrada de los problemas y trastornos mentales, incluidos el	SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -	IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES

<p>consumo de Sustancias Psicoactivas, suicidio y los diferentes tipos de violencias.</p>			
<p>Fortalecimiento de la capacidad institucional para la vigilancia en salud pública de los eventos en Salud Mental (violencia intrafamiliar, violencia sexual, violencias de género, conducta suicida, trastornos mentales, consumo de SPA a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA, que permitan el análisis de la situación en salud de Departamento.</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -</p>	<p>INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA</p>
<p>Promover el acceso a servicios de atención en salud mental humanizados.</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>

<p>Fortalcer el talento humano para el diagnóstico temprano y la atención integral en salud mental.</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>
<p>Fortalecimiento de la oferta institucional, el acceso, la oportunidad y la calidad de la prestación de servicios de atención a los individuos que presenten eventos de salud mental (trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas) que incluyan acciones de atención, rehabilitación e inclusión social/laboral.</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -</p>	<p>SECRETARÍAS DE SALUD MUNICIPALES - EABP - IPS - ESE HOSPITALES MUNICIPALES</p>
<p>Adaptar e implementar las Rutas de atención integrales y comunitarias en los diferentes eventos en salud mental (violencias, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, trastornos mentales)</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARIA DE MUJER Y GENERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA</p>	<p>IIPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES CBF -</p>
<p>Promoción y fortalecimiento de las líneas de atención a nivel Departamental 123 y Municipales, en la atención, contención, en los temas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas y la activación de rutas de atención con las diferentes instituciones de la red de salud Pública.</p>	<p>SECRETARÍA DE GOBIERNO</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE EDUCACION - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>

<p>Formación del talento humano especializado y no especializado en salud mental, atención integral de las víctimas de las violencias de género , conflicto armado, trastornos mentales y conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas; a través de la capacitación en la guías de práctica clínica, el manual MhGAP y en intervenciones de primeros auxilios psicológicos.</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARIA DE MUJER Y GENERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO -</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>
<p>Gestión con los actores del SGSSS, para la implementación de las RIAS en salud mental, SPA y violencias, que faciliten la intervección y atención conjunta de los determinantes de la salud y gestión del riesgo.</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO- BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>
<p>Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas.</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>

<p>Gestión con el SGSSS (secretarías Municipales EAPB, IPS, ESE MUNICIPALES según competencias) para garantizar la atención integral en los diferentes eventos de salud mental.</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF - Dirección de Desarrollo de Servicios Dirección de Inspección Vigilancia y Control - EAPB - IPS</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>
<p>Desde la estrategia de Atención Primaria en Salud conformar equipos interdisciplinarios para la Implementación de acciones que permitan la identificación/detección temprana, y canalización a servicios de atención integral en salud mental, de grupos de riesgo.</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>
<p>Gestión y acompañamiento técnico a los actores del SGSSS, entidades públicas y privadas, en el proceso de habilitación, prestación de servicios de atención especializada en salud mental (todo tipo de violencias, consumo de sustancias psicoactivas, problemas y trastornos mentales, conducta suicida), según lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>

<p>Gestionar la creación de salas situacionales de salud mental en el departamento y en los municipios de Cundinamarca.</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>
<p>Acompañamiento a los entes territoriales para la adopción y adaptación de al Política de SM</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>
<p>Adopción, adaptación e implementación de los manuales de gestión integrada para poblaciones vulnerables establecidos por el MSPS (indígenas, mujeres víctimas, población privada de la libertad, niños, niñas y adolescentes bajo protección del sistema nacional de bienestar, población habitante de calle y víctimas del conflicto armado, población LGBTI).</p>	<p>BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA</p>	<p>SECRETARIAS DE SALUD, INDEPORTES, IDECUT, SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO</p>	<p>ALCALDIAS MUNICIPALES, EPS (Ecoopsos, Convida), ESE MUNICIPALES, MINISTERIOS DE SALUD, PROTECCIÓN SOCIAL, DEL TRABAJO - PROGRAMA COLOMBIA MAYOR</p>
<p>Promover en las entidades territoriales, la cultura y la gestión del riesgo en sus políticas, planes, programas y fortalecer la capacidad de respuesta de acuerdo con las competencias delegadas en la norma.</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>

		CUNDINAMARCA - ICBF - DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO	
Desarrollo de capacidades en profesionales, líderes comunitarios y comunidad en general, para fortalecer la capacidad de respuesta ante eventos estresantes y situaciones de emergencias y desastres que afecten la salud mental.	SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF - DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO	IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES
Concertación con sectores, instituciones y redes socio institucionales y comunitarias, de nivel departamental y municipal para la implementación de la estrategia RBC y dispositivos comunitarios a nivel local.	SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -	IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES
Concertación trans-sectorial para el desarrollo de servicios socio-sanitarios para personas con discapacidad asociada.	SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -	IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES

<p>Implementar procesos orientados al cambio cultural que favorezcan la aceptación de la diversidad familiar, cultural , étnica y desarrollen las capacidades familiares para la construcción de proyectos de vida colectivo, de desarrollo de los derechos de sus integrantes y de sus proyectos de vida individuales, dentro de espacios de convivencia democrática y comunicación asertiva, que reduzcan las brechas de conocimiento y violencia intrafamiliar, principal causante de la desarticulación familiar</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>
<p>Asesorar y fortalecer las redes transsectoriales y comunitarias en la implementación de las rutas de promoción y atención de la salud mental y la convivencia social.</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO - BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA - ICBF -</p>	<p>IPS - EABP SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES Y ESE HOSPITALES MUNICIPALES - ALCALDIAS MUNICIPALES</p>
<p>Formación de individuos y redes socio-institucionales y comunitarias para la aplicación de instrumentos de tamización y canalización de problemas y trastornos mentales incluídos el consumo de Sustancias Psicoactivas, suicidio y los diferentes tipos de violencias</p>	<p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL- SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO</p>	<p>ICBF (SNBF -CPS- IMesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, red del buen trato)</p>

Fortalecimiento del Consejo departamental de salud mental, comité Civico Consejo Seccional de Estupefacientes y el Plan Departamental de Drogas	SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL- SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO	ICBF(SNBF -CPS- IMesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, red del buen trato)
Articulación de la respuesta transectorial, institucional, social y comunitaria para mejoramiento de la atención en salud mental.	SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL- SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO	ICBF(SNBF -CPS- IMesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, red del buen trato)
Fortalecimiento y desarrollo de la red social y comunitaria en salud a través de los mecanismos de participación formales e informales, tales como COPACOS ligas de usuarios, veedurías en salud, mesas de salud, comisiones de Protección Social y su articulación a las acciones comunitarias de red comunal , equipos de gestión de los planes de desarrollo local de cada Municipio.	SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARÍA DE GOBIERNO - SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL- SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - SECRETARÍA DE MUJER Y GÉNERO	ICBF(SNBF -CPS- IMesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, red del buen trato)

La información detallada sobre las acciones a largo, mediano y corto plazo, se encuentran en el archivo plano del plan de implementación.

Seguimiento y evaluación

El Consejo Departamental de Salud Mental ejecutará acciones de monitoreo, seguimiento y evaluación de las estrategias y acciones de la política pública de salud mental, que permitan medir, conocer el impacto, dar continuidad y realizar acciones de mejora de las estrategias propuestas.



Para ello, los miembros del Comité deberán presentar de forma anual, un informe que dé cuenta de los avances que cada entidad ha logrado desde sus competencias, en el marco del Plan de Acción.

Así mismo, y con el ánimo de realizar el seguimiento al proceso de implementación a nivel municipal, cada Secretaría o entidad del nivel departamental deberá requerir la información de avances y desarrollos logrados por su par municipal en el marco de sus competencias, según las responsabilidades asignadas en el Plan de Acción de la presente Política.

Para el proceso de evaluación se tendrán en cuenta los lineamientos de la Secretaría de Planeación de Cundinamarca. La Secretaría de Salud de Cundinamarca, como entidad rectora, deberá adelantar una evaluación después del quinto año de ejecución de la misma, para determinar el impacto sobre las problemáticas priorizadas y las necesidades de ajuste y reformulación de la misma

Dirección y coordinación de la política pública de salud mental para Cundinamarca

La dirección de la política pública estará en cabeza de la Secretaría de Salud de Cundinamarca y la coordinación de la misma se realizará en el marco del Consejo Departamental de Salud Mental.

Las demás entidades de la Administración Departamental serán responsables por la ejecución de las estrategias y acciones mencionadas en el marco de competencias.



Siglas

ASIS: Análisis Situacional de Salud
APS: Atención Primaria en salud
CEI: Clasificación Estadística Internacional
CNE: Consejo Nacional de Estupefacientes
CRES: Comisión de Regulación en Salud
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DDHH: Derechos Humanos
DLS: Direcciones Locales de Salud
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSP: Dirección de Salud Pública
EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ENSM: Encuesta Nacional de Salud
ESE: Empresa Social del Estado
EPS: Entidad promotora de salud



INMLCF: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud
MhGAP: Mental Health Global Action Plan
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
LGTBI: Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transexuales
ODS: Objetivo de Desarrollo Sostenible
ONSM: Observatorio Nacional de Salud Mental
ONU: Organización de las Naciones Unidas
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAIS: Política para la Atención Integral en Salud
PBS: Plan de Beneficios en Salud
PDD: Plan Departamental de Desarrollo
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
POS: Plan Obligatorio de Salud
RLCPD: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad
SND: Sistema Nacional de Discapacidad
SGSSS: Sistema general de Seguridad Social en Salud
SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social
SPA: Sustancias Psicoactivas
PND: Plan Nacional de Desarrollo
IED: Instituciones de Educación Departamental
INS: Instituto Nacional de Salud
IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios
IVC: Inspección, Vigilancia y Control
RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud
RUAF: Registro Único de Afiliados
ZOEC: Zonas de Orientación Escolar y Comunitarias

Referencias bibliográficas

- Asamblea Mundial de la Salud. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
- Asamblea Departamental de Cundinamarca. Ordenanza Número 006 de 2016. Adopción del Plan de Desarrollo Departamental 2016 – 2020 “Unidos Podemos Más”. Bogotá D.C.
- Atención Primaria de la Salud Renovada en las Américas (2007). Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS. ISBN 92 75 32699 1. Recuperado de http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf.
- Ardón Centeno, N., & Cubillos Novella, Á. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. Gerencia Políticas en Salud, 16.
- Asociación Colombiana de Psiquiatría. Revista Colombiana de Psiquiatría (2015). La Encuesta Nacional de Salud Mental–ENSM. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.006>.
- Badilla, L. Nociones sobre el concepto de competencias. Documentos sobre algunos aportes al concepto de competencias desde la perspectiva de América Latina. Comité de Gestión del proyecto Tuning - América Latina. Recuperado de <http://www.cumex.org.mx/archivos/ACERVO/Tuning.pdf>.
- Baptista, P., Hernández, R., & Fernández, C. (2002). Metodología de la investigación. Segunda edición. México: Mc Graw Hill.
- Barton P. & Wilson D. (2003). Lograr la equidad de la Salud: Un viaje incremental estadounidense. Diario Público de Salud, 93 10. (2008). Te Kapunga Putohe: a Maori centred Nursing Practice model. Biblioteca the CBS Interactive Business Network BNET. Recuperado de http://findarticles.com/p/articles/mi_m5PXL/is_2_24/ai_n31349985/.

- Bautista S. L. (1998). Diseños de Muestreo Estadístico. Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Matemáticas y Estadística.
- Bonilla, C. E., Rodríguez S. P. (2006). Más allá del dilema de los métodos. La Investigación en las Ciencias Sociales. Universidad de los Andes. Tercera edición. Ed. Norma. Bogotá.
- Cerda, G. H. (1997). La Investigación Total: la unidad metodológica en la investigación científica. Colombia: editorial Magisterio.
- Consejo Nacional de Estupefacientes (2003). Resolución 0014 de 2003. Reglamentación de la integración de los Consejos Seccionales de Estupefacientes. Bogotá D.C.
- Consejo Nacional de Estupefacientes (2016). Resolución 2 de 2012. Establece la periodicidad de la realización de los estudios de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Bogotá D.C.
- Consejo Nacional de Estupefacientes (2016). Resolución No. 003 de 1996. Sistema Nacional de Prevención del Consumo de Estupefacientes. Bogotá D.C.
- Constitución Política de Colombia (1991). Carta magna de la República de Colombia. Gaceta Constitucional número 114 del jueves 4 de julio de 1991. Bogotá D.C.
- Congreso de la República de Colombia. (1981). Ley 51 de 1981. Aprobación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Bogotá D.C.
- Congreso de la República de Colombia. (1986). Ley 30 de 1986. Adopción del Estatuto Nacional de Estupefacientes. Bogotá D.C.
- Congreso de la República de Colombia. (1990). Decreto 1398 de 1990. Convención sobre Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptada por las Naciones Unidas. Bogotá D.C.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. Sistema de seguridad social integral. Bogotá D.C.
- Congreso de la República de Colombia. (1994). Ley 124 de 1994. Prohíbe expendio de bebidas embriagantes a menores de edad. Bogotá D.C.
- Congreso de la República de Colombia. (1997). Ley 375 de 1997. Ley de la juventud. Bogotá D.C.
- Congreso de la República de Colombia. (2000). Ley 599 de 2000. Código Penal. Bogotá D.C.
- Congreso de la República de Colombia. (2003). Ley 797 de 2003. Reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los Regímenes Pensionales exceptuados y especiales. Bogotá D.C.
- Congreso de la República de Colombia. (2002). Ley 745 De 2002. Tipificación como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad y la familia. Bogotá D.C.
- Congreso de la República de Colombia. (2006). Ley 1098 de 2006. Código de la Infancia y la Adolescencia. Bogotá D.C.
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122 de 2007. Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C.
- Congreso de Colombia. (2009). Ley Número 1335 de 2009. Prevención de daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana. Bogotá D.C.

- Congreso de Colombia. (2010). Ley 1414 de 2010. Medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, se dictan los principios y lineamientos para su atención integral. Bogotá D.C.
- Congreso de Colombia. (2011). Ley 1448 de 2011. Medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno. Bogotá D.C.
- Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C.
- Congreso de Colombia. (2011). Ley 1453 de 2011. Reforma el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal, el Código de Infancia y Adolescencia, las reglas sobre extinción de dominio y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad. Bogotá D.C.
- Congreso de Colombia. (2012). Ley 1566 de 2012. Normas Para Garantizar La Atención Integral a Personas que Consumen Sustancias Psicoactivas y se Crea el Premio Nacional "Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a Sustancias Psicoactivas". Bogotá D.C.
- Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. Ley de Salud Mental. Bogotá D.C.
- Congreso de Colombia. (2013). Ley Estatutaria 1618 de 2013. Derechos de las personas con discapacidad. Bogotá D.C.
- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley 1753 de 2015. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país". Bogotá D.C.
- Congreso de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015. Ley Estatutaria: Regula El Derecho Fundamental a la Salud. Bogotá D.C.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. (2006). Panorama Social de América Latina. Publicación de las Naciones Unidas. Edición N° 1. Santiago de Chile. Recuperado de <http://www.eclac.org/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/27480/P27480.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl>.
- Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 29 de 2011, derogado por el Art. 137, Resolución Min. Salud 5521 de 2013. Sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Bogotá D.C.
- Corte Constitucional (1994). Sentencia No. C-221/1994. Despenalización del Consumo de la Dosis Personal. Drogadicción-Comportamiento personal. Bogotá D.C.
- Corte Constitucional (2014). Sentencia T-153/2014. Farmacodependencia y/o Drogadicción-Caso en Que EPS No Suministra Tratamiento para Controlar Adicción a la Marihuana y Alcohol. Principio de Subsidiariedad e Inmediatez en la Acción de Tutela-Requisitos de Procedibilidad. Derecho a la Salud como Derecho Fundamental Autónomo-Reiteración de Jurisprudencia. Bogotá D.C.
- Corte Constitucional (2014). Sentencia T-185/2014. Derecho a la Salud de Persona que Sufre Trastorno Mental. Bogotá D.C.
- Corte Constitucional (2015). Sentencia T-045/2015. Derecho a la Salud Como Derecho Fundamental-Jurisprudencia Constitucional. Derecho a la Salud Mental-Protección Constitucional e Internacional. Bogotá D.C.
- Corte Constitucional (2016). Sentencia T-010/2016. Derecho a la Salud Mental-Garantía constitucional. Bogotá D.C.

- Corporación Nuevos Rumbos. (2016). Informe de Evaluación de la Comunidad Reporte de Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas y Factores Protectores y de Riesgo, Comunidades que se cuidan: Chocontá, El Rosal, Pacho y Villeta. Bogotá D.C.
- Corporación Sociedad y Conflicto. (2015). Pactos por la Vida: Saber Vivir/Saber Beber: Lineamientos para un plan de acción. Bogotá.
- Cuesta B.C. (2006). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. Nure Investigación, n° 25, noviembre-diciembre, 2006.
- Cundinamarca, G. d. (s.f.). Recuperado de www.cundinamarca.gov.co/Home/SecretariasEntidades.gc/Secretariadesalud/SecretariadesaludDespliegue/ascontenido/asquienes_somos/assecresalud_quienesestrucorgydirec/cse_cresalud_quienesestrucorgydirec_dirsalpubli.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE. Sistema Estadístico Nacional (2005). Recuperado de <http://www.dane.gov.co/>.
- Declaración Alma-Ata. (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. Recuperado de <http://www.inclusion-ia.org/espa%F1ol/Norm/AlmaAta-02-1.pdf>.
- Gobernación de Cundinamarca. (2016). Plan de Desarrollo de Cundinamarca 2016-2020- “Unidos podemos más”. Bogotá, D.C.
- Gobernación de Cundinamarca. (2016). Plan de Desarrollo de Cundinamarca 2016-2020- “Unidos podemos más”. Diagnóstico del Departamento Según Ejes Estratégicos.
- Gobernación de Cundinamarca. (s.f). Guía para el Diseño e Implementación de Políticas Públicas Versión 1. Ruta para la Construcción de la Gobernanza a través de las Políticas Públicas en Cundinamarca. Direccionamiento Estratégico y Articulación Gerencial. Secretaria de Planeación. Bogotá D.C.
- Gobernación de Cundinamarca. (2016). Procedimiento de Política Pública. Secretaria de Planeación Versión 2. Bogotá D.C.
- Gobernación de Cundinamarca. (2016). Plan Territorial de Salud 2016-2020. Armonización con la Metodología PASE a La Equidad En Salud. Departamento de Cundinamarca, “Unidos Podemos Más por la Salud y la Felicidad”. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Equipo territorial de planeación integral en salud, Secretaria de Salud Departamental. Bogotá D.C.
- Gobernación de Cundinamarca. Subdirección de Vigilancia de Salud Pública. (2017). Análisis de Situación de Salud Dimensión Salud Mental y Convivencia Social. Bogotá D.C.
- Gobernación de Cundinamarca. (2018). Presentación Política Pública de Salud mental 2019- 2029. Maratón Políticas Públicas. Secretaria de Salud Departamental. Bogotá D.C.
- Gómez-Restrepo, y otros (2004). Nuestros Datos ¿En cuestión? Cinep Justicia y Paz.
- Habergger, S. y Mancila. I. (2006). El Poder de la cartografía Social en las prácticas contrahegemónicas o la Cartografía Social como estrategia para diagnosticas nuestro territorio. Recuperado de http://areaciega.net/index.php/plain/cartografias/car_tac/el_poder/de_la_cartografia-social.
- Haro, J. A. (2010). La Investigación Sociocultural en Salud. Centros de estudios en salud y sociedad. México. Recuperado de http://www.colson.edu.mx/i_aharo.htm.

- Hernández-Avila, M. G. L. M. (2017). Scielo Public Health. Obtenido de Salud Pública de México, 42(2), 144-154. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342000000200010>.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-INMLCF. (2016). Forensis 2016. Bogotá D.C. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>.
- Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia. (2016). Reporte de Drogas de Colombia. Bogotá D.C.
- Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá D.C.
- Ministerio de la Protección Social. (2005). Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia. Editado por Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social. Bogotá D.C.
- Ministerio de la Protección Social (2007). Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto. Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas. Bogotá D.C.
- Ministerio de la Protección Social (2007). Decreto Número 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud. Resolución Número 2358 (1998). Política Nacional de Salud Mental. Bogotá D.C.
- Ministerio de protección social, Ministerio de educación, Ministerio de agricultura, Ministerio de vivienda, ambiente y desarrollo rural, OPS/OMS (2009). Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2012). Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas en el Marco de la Ley 1448 de 2011, Oficina de Promoción Social. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2012). Observatorio Nacional de Salud Mental. Grupo Gestión del Conocimiento. Observatorios y Registros Nacionales Dirección de Epidemiología y Demografía. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2013). Modelo de Atención para Eventos Emergentes en Salud Mental, en el Marco el Sistema General de Seguridad en Salud. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2013). Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales. Sistema de Monitoreo y Evaluación al Plan Decenal de Salud Pública PDSP Colombia 2012 – 2021. Grupo Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información. Dirección de Epidemiología y Demografía. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2014). Análisis de Situación de Salud: Dimensión Convivencia Social y Salud Mental Colombia. Dirección de Epidemiología y Demografía. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2014). Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención, y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2014-2021.
- Ministerio de Salud y Protección social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2014). Propuesta de Ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia 2014: Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021.

- Ministerio de Salud y Protección social y el Instituto Nacional de Salud. (2014). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Intento de Suicidio. Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2014). Lineamientos Estrategia de Comunicación para la Reducción del Estigma en Salud Mental. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/SitePages/Busqueda.aspx>.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2014). Componente Intersectorial y Comunitario de la Estrategia de Gestión del Riesgo en Salud Mental. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Dirección de Promoción y Prevención. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2014). Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información. Taller Nacional de entrenamiento en el uso de herramientas virtuales para el análisis de datos relacionados con el consumo de drogas. Dirección de Epidemiología y Demografía. Bogotá DC.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2015). Orientaciones para el desarrollo de Rehabilitación Basada en comunidad salud en el marco del PIC. Grupo de Gestión para la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad. Dirección de Promoción y Prevención. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2015). Lineamientos Nacionales para implementar RBC en Salud Mental. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles
Grupo Funcional: Gestión Integrada para la Salud Mental. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2015). Resolución, 5591 de 2015. Actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias-UPJaveriana. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección social - Profamilia. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Tomo I. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección social - Profamilia. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Tomo II. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2016). Estrategias territoriales de alcohol –Plan Nacional de Alcohol Cundinamarca. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2016). Documento Técnico y Manual de Gestión de Promoción de la Salud Mental, Prevención y Atención a Problemas y Trastornos Mentales en el marco de la Construcción y Consolidación de Paz. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Salud. (2016). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Intento de suicidio. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2016). Política de Atención Integral en Salud. "Un sistema de salud al servicio de la gente". Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2016). Resolución 0429 de 2016. Política de Atención Integral en Salud.

- Ministerio de Salud y Protección social. (2016). Resolución 3202 de 2016. Adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Documento de Política Pública en salud mental para la construcción de paz. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Análisis de Situación de Salud. Colombia. Dirección de Epidemiología y Demografía. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). ABECÉ de la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas. Dirección de Promoción y Prevención. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2016). Diagnóstico Territorial: Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas Cundinamarca. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Documento Insumo para la Concertación Intersectorial del Plan para la Prevención y Atención Integral de la Conducta Suicida 2017-2021. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Boletín de salud mental. Conducta suicida. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Sistema Integral de Información de la Protección Social-SISPRO. Recuperado de <http://www.sispro.gov.co/#>.
- Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Asamblea General, resolución 2200 de a (XXI), de 16 de diciembre de 1966.
- Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Asamblea General, resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979. Ginebra.
- Naciones Unidas. (1988). Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas.
- Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo. Nueva York.
- Naciones Unidas. (2014). Derechos Humanos. Los principales tratados internacionales de derechos humanos. ISBN-13: 978-92-1-354128-9. Nueva York y Ginebra.
- Naciones Unidas. (2015). Objetivo de desarrollo Sostenible. Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>.
- Naciones Unidas. (2015). Objetivo de desarrollo Sostenible. Indicadores Globales para el seguimiento a los ODS. Recuperado de https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Indicadores_Globales_ODS_oficial.pdf.
- Nicasio García Melchor, R. R. (s.f.). Imaginarios, Percepciones y Representaciones Sociales de la Migración Internacional: Un acercamiento teórico metodológico para su estudio en el ámbito comunitario. Imaginarios, Percepciones y Representaciones.

- Organización Mundial de la Salud, (1978). Atención primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. URRS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra. Serie salud para Todos No. 1.
- Organización Mundial de la Salud, (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Ottawa-Canadá.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Prevención del Suicidio un Instrumento para Profesionales de los Medios de Comunicación. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Atención primaria: dar prioridad a la persona. Recuperado de http://www.who.int/whr/2008/08_chap3_es.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud mental del mundo. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Resultados de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Consejo Ejecutivo 112ª.
- Organización Mundial de la Salud (2005). Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental, (IESM-OMS) de la Organización Mundial de la Salud, Versión 2.1. Salud Mental. Evidencia e Investigación. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/es/.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. ISBN 978 92 4 354806 7. Recuperado de www.who.int/mental_health/mhgap.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. ISBN 978 92 4 350602 9. Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Suicidio. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Violencia contra la Mujer. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2010). Conferencia Regional de Salud Mental. Panamá.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2014). Mortalidad por Suicidio en las Américas. Informe Regional. Washington D.C.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. ISBN 978-92-75-31850-8. Washington, D. C.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2015). Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE). ISBN 978-92-75-11857-3. Washington, D.C.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2016). Prevención de la conducta suicida. Washington D.C.

- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2017). Salud de las Américas. Capítulo 2. Determinantes e inequidades en salud. Washington, D.C.
- Organización Naciones Unidas-ONU. (1959). Declaración de los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (1972). Plan Decenal para la Salud de las Américas 1972 – 1982. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Salud en las Américas. Capítulo II: Determinantes e inequidades en salud. Volumen Regional.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE). Washington, D.C.
- Pradilla, G., Vesga, A., Leon-Sarmiento, F. (2003). Estudio neuroepidemiológico nacional (EPINEURO) colombiano. Grupo GENECO Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 14(2).
- Presidencia de la república (2010). Decreto 120 de 2010. Adopción de medidas en relación con el consumo de alcohol. Bogotá D.C.
- Remy IPS. (2017). Informe de gestión prevención conducta suicida Zona Oriente departamento de Cundinamarca. Fómeque.
- República de Colombia (1986). Decreto 3788 de 1986. Reglamenta la Ley 30 de 1986 o estatuto nacional de estupefacientes. Bogotá D.C.
- República de Colombia (1994). Decreto 1108 de 1994. Sistematización, coordinación y reglamentación de algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas". Bogotá D.C.
- Sadock, B. J.; Sadock, V. A.; Ruiz, P. (2015). Kaplan & Sadock: Sinopsis de Psiquiatría (11ª Ed.).
- Salamanca, A., Martín, C. & Crespo., M. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. Nure Investigación, n° 27.
- Salgado, L. A. (2007). Investigación Cualitativa: Diseños, Evaluación del Rigor Metodológico y Retos. Liberabit: Lima (Perú) 13: 71-78. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/686/68601309.pdf>.
- Secretaría Distrital de Salud. (2015). Política Distrital de Salud Mental, 2015-2025. Bogotá.
- Secretaría de Salud de Cundinamarca. Secretaría de Planeación. (2016). Diagnóstico del departamento según ejes estratégicos. Anexo 3.3., del Plan de Desarrollo Departamental. Bogotá, D.C.
- Secretaría de Salud de Cundinamarca. (2016). Plan Territorial de Salud 2016-2020. Bogotá, D.C.
- Taborda MC. (2016). Consideraciones generales para delinear políticas públicas en salud mental. Recuperado de: http://reneclasesuniminuto.wikispaces.com/file/view/2.+Consideraciones_Generales_Politic_Publicas_Salud_Mental.pdf.
- Universidad Nacional de Colombia y Secretaría de Salud Cundinamarca. (2011). Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Cundinamarca. Consumo de sustancias psicoactivas en la población escolar. Bogotá, D.C.
- Universidad Nacional de Colombia (1998). Cuadernos de Economía. Entrevista Amartya Sen, premio nobel de economía 1998. Volumen 17, Número 29, p. 106-109, 1998. ISSN electrónico 2248-4337. ISSN impreso 0121-4772. DOI: 10.15446/cuad.econ. Bogotá D.C.



- Universidad del Valle (2014). Primer Encuentro Latinoamericano de Salud Pública "Respuestas a las inequidades sociales en salud. Paradigmas. Experiencias. Investigación". Escuela de Salud Pública. Cali-Valle del Cauca.
- Varela-Ruíz M, Díaz Bravo L, García-Durán R, (2012). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 1. 90-95.
- Vila, M. E. (2004). Pedagogía de la ética: de la responsabilidad a la alteridad. *Athenea Digital*, otoño, número 006:47-55. ISSN: 1578-8946, España. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/537/53700604.pdf>.
- Zuleta, E. (1991). Colombia: violencia, democracia y derechos humanos. *Ensayos Letras Cubanas*. Altamira Editores. Colombia. 1991.