



Política Pública de Salud Mental del departamento de Caldas

Un aporte al bienestar
y a la inclusión





SECRETARÍA DE
INTEGRACIÓN Y
DESARROLLO SOCIAL



SECRETARÍA DE
GOBIERNO



**Política pública de
Salud Mental del
departamento
de Caldas:
Un aporte al
bienestar y la
inclusión**



Lorena Patricia Delgado Enríquez
Diana Patricia Jaramillo Ortegón
Eugenia Nieto Murillo
Gloria Inés Saldarriaga Toro
Claudia Liliana Giraldo Henao
Jessica Valeria Sánchez López
Rayen Rovira Rubio
María Ibeth Orozco Duque

Política pública de salud mental del departamento de Caldas : un aporte al bienestar y la inclusión / Lorena Patricia Delgado Enríquez, Diana Patricia Jaramillo Ortegón ..—[et al]; editado por Laura V. Obando Alzate — Manizales : UAM, 2017

86 p.; il., gráf., maps.

ISBN: 978-958-8730-82-0

1. Políticas Públicas. 2. Sustancias Psicoactivas. 3. Salud Mental. 4. Enfermedades Mentales-Patología. 5. Inclusión Social. 6. Suicidio-Estadísticas

I. Delgado Enríquez, Lorena Patricia. II. Jaramillo Ortegón, Diana Patricia. III. Nieto Murillo, Eugenia. IV. Saldarriaga Toro, Gloria Inés. V. Giraldo Henao, Claudia Liliana. VI. Sánchez López, Jessica Valeria. VII. Rovira Rubio, Rayen. VIII. Orozco Duque, María Ibeth. IX. Obando Alzate, Laura V., ed.

UAM 362.204 22 P769

CO-MaBABC

Fuente: Biblioteca Alfonso Borrero Cabal, S.J.

© Editorial Universidad Autónoma de Manizales

Antigua Estación del Ferrocarril

E-mail: editorial@autonoma.edu.co

Teléfono: (56+6) 8727272 Ext. 199

Manizales-Colombia

Miembro de la Asociación de Editoriales Universitarias de Colombia, ASEUC

Título: Política pública de Salud Mental del departamento de Caldas: Un aporte al bienestar y la inclusión

Autores: Lorena Patricia Delgado Enríquez / Diana Patricia Jaramillo Ortegón / Eugenia Nieto Murillo / Gloria Inés Saldarriaga Toro / Claudia Liliana Giraldo Henao / Jessica Valeria Sánchez López / Rayen Rovira Rubio / María Ibeth Orozco Duque

E-mail: lpdelgado@autonoma.edu.co / djaramillo@autonoma.edu.co / eunieto@autonoma.edu.co / gloriainessaldarriaga@yahoo.com / claudia.giraldo@ucaldas.edu.co / jvaleriasanchez@gmail.com / rayenrovirarubio@gmail.com / morozco@ucm.edu.co

Manizales, junio de 2017

ISBN: 978-958-8730-82-0

Editora: Laura V. Obando Alzate

Redacción y corrección de estilo: Nicolás Duque Buitrago

Diseño y Diagramación: Estratósfera Colectivo de Diseño | estratosfera.com.co

Rector: Gabriel Cadena Gómez *Ph.D*

Rector: Gabriel Cadena Gómez

Comité editorial:

Iván Escobar Escobar, Vicerrector Académico UAM. María del Carmen Vergara Quintero *PhD*, Coordinadora Unidad de Investigación. Laura V. Obando Alzate, Coordinadora Editorial UAM. Francy Nelly Jiménez *PhD*, representante de la Facultad de Ingenierías. Mónica Naranjo Ruiz *Mg*, representante de la Facultad de Estudios Sociales y Empresariales. Dora Cardona Rivas *PhD*, representante de la Facultad de Salud. José Rubén Castillo García *PhD*, Editor de la Revista *Anfora*. Wbeimar Cano Restrepo *Mg*, Director de la Biblioteca. Luisa Fernanda Buitrago Ramírez *Mg*, Directora Revista *La Araña que Teje*. Nancy Liliana Mahecha Bedoya, representante de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.

Contenido

Presentación	7
Enfoques en políticas públicas	9
<i>¿Qué es un política pública?</i>	11
<i>Dos enfoques para formular políticas públicas</i>	12
<i>Cambios en la concepción de la Salud Mental</i>	13
<i>Enfoque de determinantes sociales de la Salud</i>	15
<i>Problemática global de Salud Mental</i>	17
Enfoque IAD (Investigación para la Acción y la toma de Decisiones)	19
¿Cómo se construyó la política de Salud Mental en Caldas?	25
<i>Etapa 1: Aprestamiento</i>	28
<i>Etapa 2: Diagnóstico situacional</i>	30
<i>Etapa 3: Definición de lineamientos de Política Pública</i>	33
<i>Etapa 4: Socialización</i>	38

Resultados	39
<i>La Salud Mental en Caldas</i>	41
<i>Consumo de sustancias psicoactivas (SPA)</i>	42
<i>Suicidios</i>	43
<i>Violencias</i>	45
<i>Condiciones educativas</i>	48
<i>Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)</i>	49
<i>Percepción de los informantes clave</i>	50
<i>Enfermedades Mentales</i>	52
Política pública departamental en Salud Mental: Un aporte al bienestar y a la inclusión	63
<i>Eje 1: Alternativas para la intervención del consumo nocivo y abusivo de sustancias psicoactivas</i>	66
<i>Eje 2: Alternativas para el mantenimiento de una cultura de bienestar</i>	71
<i>Eje 3: Alternativas para el fortalecimiento de los niveles de prevención de las enfermedades mentales</i>	77
Referencias bibliográficas	81

Presentación

La presente cartilla es una presentación sencilla del informe de investigación titulado *Lineamientos y elementos que debe considerar la Administración Departamental en la consolidación de una política pública en Salud Mental*. El estudio del que forma parte es el resultado de la construcción colectiva de los lineamientos de la Política Pública Departamental en Salud Mental con énfasis en la disminución de la oferta y la demanda de sustancias psicoactivas. La investigación se llevó a cabo entre octubre de 2016 y abril de 2017 y surgió del interés conjunto de la Gobernación de Caldas y la Dirección Territorial de Salud de Caldas por develar y comprender la situación del departamento de Caldas en torno a la Salud Mental y al consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA).

Para desarrollar la investigación se conformó un equipo inter-institucional e inter-disciplinar, representado por investigadores representantes de las Universidades de Alianza SUMA-Investigaciones, funcionarios de la Dirección Territorial de Salud de Caldas y la Clínica San Juan de Dios. También se contó con la participación de un número considerable de actores de cada municipio del Departamento de Caldas (596 participantes), quienes aportaron información relevante desde sus realidades y permitieron la construcción de una política participativa.

Es importante aclarar que la construcción de los lineamientos de política pública se hizo bajo el marco de comprensión sistémica que propone la Atención Primaria Social (APS). Por esa razón enfatiza en la relevancia que tiene la generación de bienestar a través de la identificación de riesgos y determinantes sociales en los que los individuos, la familia

y la comunidad sean el núcleo central de intervención de los factores de riesgo y de fortalecimiento de los factores protectores.

Para obtener los resultados la investigación requirió de: a) validar el esquema de formulación, planeación y seguimiento en la formulación de la política pública.; b) Elaborar una línea base de la situación en salud mental de los individuos, las familias y los grupos sociales en el departamento de Caldas; c) Caracterizar la oferta y la demanda de sustancias psicoactivas del departamento de Caldas; d) Definir los lineamientos teóricos, conceptuales y normativos de la política pública; e) Estructurar los ejes estratégicos y las líneas de acción de la política pública; f) Elaborar el documento de los lineamientos de la “Política pública de salud mental con énfasis en la disminución de la oferta y la demanda de sustancias psicoactivas”.

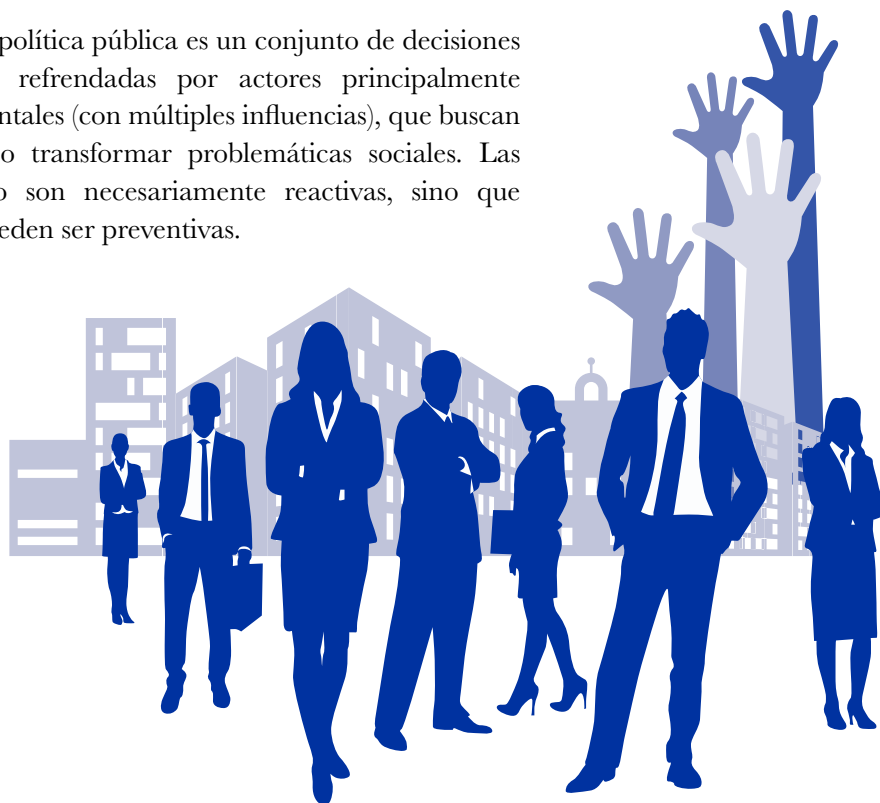
Como resultado de la investigación se proponen las estrategias y acciones necesarias para la atención de la población caldense y, en consecuencia, la administración del periodo de gobierno 2015-2019 incluyó en su Plan de Desarrollo, la formulación y adopción de una política pública de Salud Mental y consumo de Sustancias Psicoactivas que el lector encontrará al final del documento.

ENFOQUES EN POLÍTICAS PÚBLICAS



¿Qué es una política pública?

Una política pública es un conjunto de decisiones tomadas o refrendadas por actores principalmente gubernamentales (con múltiples influencias), que buscan solucionar o transformar problemáticas sociales. Las políticas no son necesariamente reactivas, sino que también pueden ser preventivas.

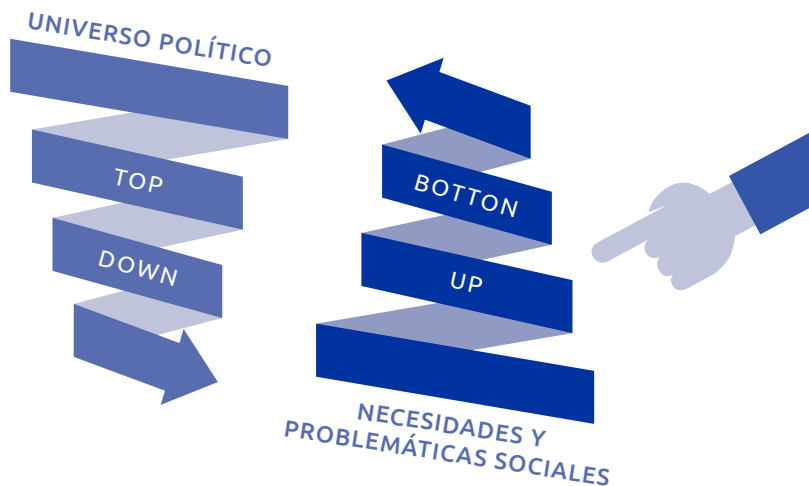


Dos enfoques para formular políticas públicas

Para formular una política pública se tienen en cuenta, generalmente, dos enfoques. El enfoque de arriba hacia abajo o *top down* y el enfoque de abajo hacia arriba o *bottom up*.

Enfoque de arriba hacia abajo o *top down*: los ejes centrales son la primacía de la autoridad, la distinción entre el universo político y administrativo y la búsqueda de la eficiencia. La formulación de la política se funda en una administración racional dirigida desde el orden nacional hacia el local.

Enfoque de abajo hacia arriba o *bottom up*: las políticas públicas se implementan a partir de las perspectivas de las organizaciones y actores encargados de ejecutarlas. Para la decisión y ejecución política se identifican las necesidades y las problemática y luego se propone la política pública. El procedimiento tiene un orden ascendente y se parte de la idea de que es posible activar las redes locales y ponerlas en marcha hacia la acción pública.



Razones para elegir enfoque de abajo hacia arriba o *bottom up*:

1. La política pública nacional de Salud Mental está en proceso de formulación paralelo a esta investigación.

2. El proyecto privilegió la construcción a partir de las realidades locales y contando con las voces de los actores del territorio.

Es por eso que para formular la política se procedió a:

1. Hacer un proceso riguroso de diagnóstico departamental.

2. Formular propuestas de intervención acordes con las características propias de la población caldense y reconociendo los determinantes sociales.



Cambios en la concepción de la salud mental

Década de 1950

El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su encuentro del 11 al 16 de septiembre de 1950, hizo equivaler el concepto de “salud mental” al de “higiene mental” y lo definió como una condición fluctuante producto de factores tanto biológicos como sociales. Enfatizó en la búsqueda del equilibrio de los “instintos” y la armonía individual y social.

Década de 1960

La salud mental se mantuvo en esta década en estrecha relación al estudio de los trastornos mentales lo que condujo a la modificación en la oferta de salud y llevó a reconocer la necesidad de incluir a las personas con trastornos mentales como sujetos de derechos y a buscar salidas alternativas al aislamiento en manicomios. Esto modificó el rol de las familias y los grupos sociales de apoyo.

Década de 1970

Se logró la implementación de normatividades especiales como consecuencia del reconocimiento de la igualdad de derechos y libertades a personas con trastornos y patologías de salud mental.

Década de 1980

Los países de América Latina y el Caribe presentaron reformas a sus sistemas de salud que tuvieron impacto en la Atención Primaria a eventos relacionados con la salud mental.

Década del 2000

El sistema de salud colombiano se modificó y se fusionaron los Ministerios de Salud, Trabajo y Seguridad Social a través de la Ley 790 de 2002. Se adoptaron nuevos marcos para el sector de la Salud.

A partir del año 2010

La OMS definió en el año 2015 la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede

trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” y la Ley colombiana 1616 de 2013, en su artículo 3, definió la salud como: “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”.

Enfoque de determinantes sociales de la Salud

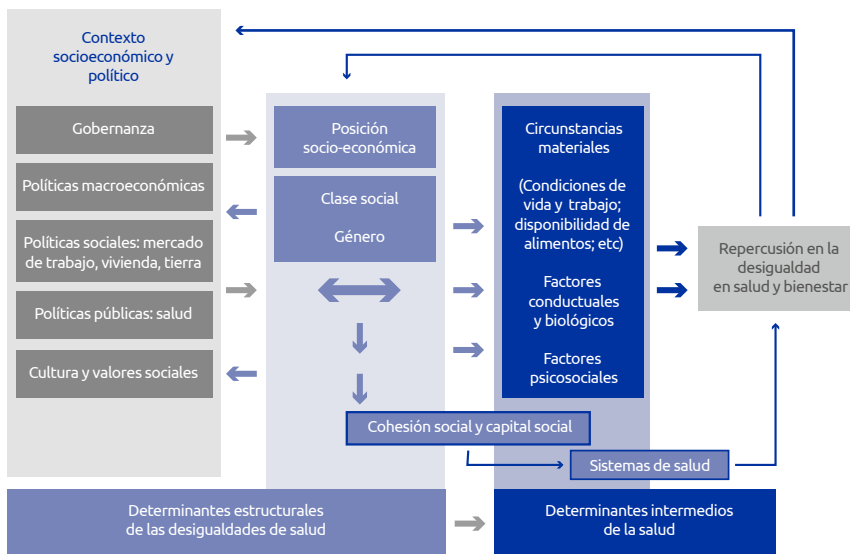
La salud y la enfermedad no están aisladas de las relaciones intersectoriales, interinstitucionales e interculturales. Se puede considerar la relación entre estos factores a partir de un enfoque sistémico como el enfoque de determinantes sociales de la Salud.



Esquema del modelo multinivel de los determinantes de la salud (Dahlgren & Whitehead, 1991)



Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud - 2009



Fuente: Comisión de los Determinantes Sociales de la salud, OMS (2007)

La problemática global de Salud Mental

Las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad más alta de muerte prematura que la población en general, lo que se debe a la existencia de problemas de salud que, a menudo, no son atendidos y que pueden estar relacionados con otras enfermedades como cánceres, enfermedades cardiovasculares, enfermedades de transmisión sexual, o eventos derivados de distintas formas de violencia.

- La depresión representa el 4,3% de la carga mundial de morbilidad y se encuentra como una de las principales causas mundiales de discapacidad (el 11% del total mundial de años vividos con discapacidad) especialmente en mujeres.

- Los principales trastornos de la población adulta se derivan de la depresión mayor, la distimia, la ansiedad, el abuso y la dependencia de alcohol.

- Según la OMS el impacto mundial acumulado por trastornos mentales, representado en pérdidas económicas, será de US\$16,3 billones entre 2011 y 2030.

- Por lo menos una vez en la vida cada uno de aproximadamente 38 millones de adultos ha sufrido depresión por abuso o dependencia de alcohol.

- Para el año 2002 los años perdidos por discapacidad (APD) eran del 40,4%. De este porcentaje el 13,2% correspondía a trastornos depresivos, el 6,9% a consumo de alcohol, el 2,9% a esquizofrenia, el 2,4% a trastorno bipolar y el 2,9% a trastornos por uso de drogas (en personas de los 15 a los 29 años).

ENFOQUE IAD (INVESTIGACIÓN PARA LA ACCIÓN Y LA TOMA DE DECISIONES)



Este enfoque parte de un conjunto de pasos estructurados que permiten realizar investigaciones para la toma de decisiones dirigidas a instituciones públicas, privadas y a la sociedad civil. Este enfoque investigativo fue transferido a la Universidad Autónoma de Manizales a partir de un convenio de cooperación con el Centro de Desarrollo Rural (SLE) de la Humboldt-Universität zu Berlin, el cual cuenta con una trayectoria de más de 50 años en estudios de este tipo. Las características del enfoque IAD son las siguientes:

1. **Investigación encomendada por contratantes:** la temática de investigación se define por las necesidades de las instituciones (públicas o privadas).

2. **Aplicabilidad y uso de los resultados:** las recomendaciones están orientadas a su aplicación realista.

3. **Interdisciplinariedad y trabajo en equipo:** se definen los perfiles disciplinares pertinentes y se aplican técnicas diversas para el trabajo en equipo.

4. **Concentración de recursos:** este enfoque se enfrenta a la limitación de tiempo, recursos económicos y humanos. Su fortaleza es el estudio intensivo, planificado, la priorización de objetivos y la aplicación de métodos e instrumentos viables.

5. **Proceso metodológico estructurado:** El proceso metodológico está estructurado en diez pasos:

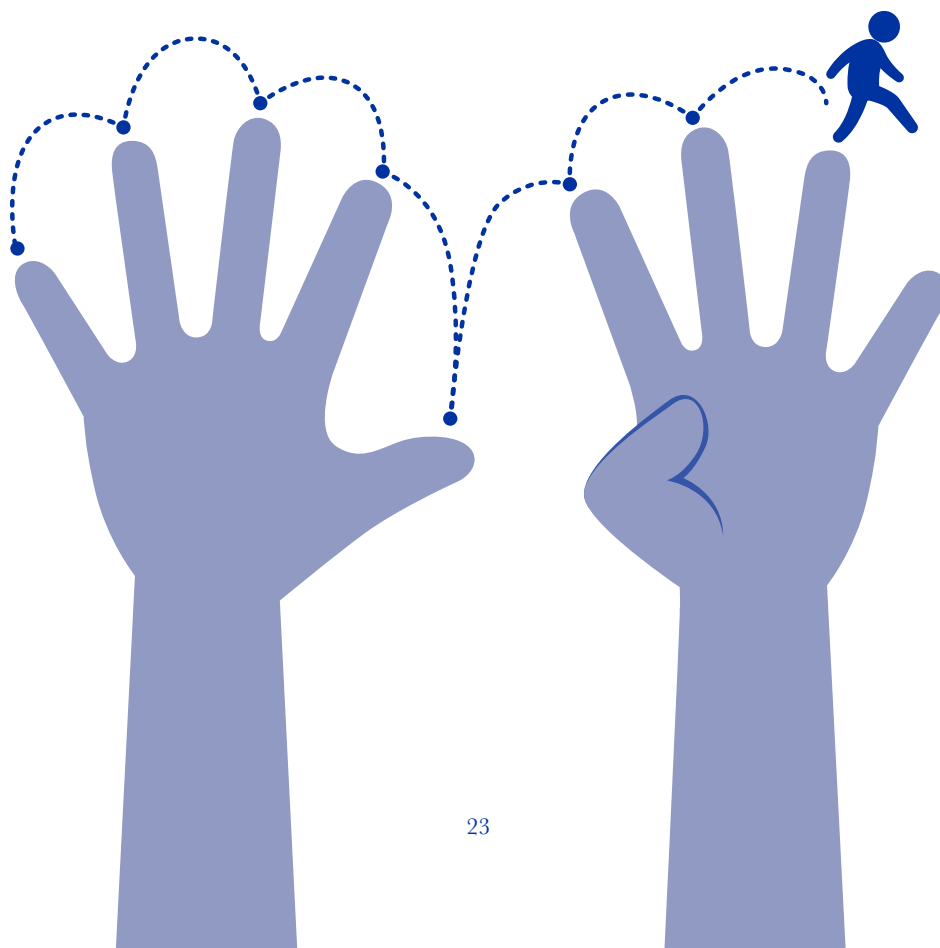
1. Gestión y clarificación del estudio
2. Conformación y formación del equipo
3. Definición del contenido
4. Selección y preparación de los métodos
5. Interfase entre la preparación y el trabajo de campo
6. Análisis de datos empíricos
7. Elaboración de conclusiones
8. Recomendaciones e informe final
9. Socialización de resultados
10. Evaluación y sistematización de experiencias

6. **Iteración y comunicación:** es posible regresar a los pasos anteriores para reconfigurar, delimitar o esclarecer el proceso investigativo. Se mantiene constante comunicación con el demandante con el fin de mantener la transparencia y validar los avances de manera constante.

7. **Pluralismo metodológico y enfoque participativo:** en consideración a la temática objeto de la investigación se recomienda el diseño de métodos que se adecúen al análisis del problema desde diferentes perspectivas. Se privilegia el uso de herramientas participativas que hagan posible la interacción con la población meta.

8. **Consideraciones éticas:** reconociendo que cada investigación es una intervención en sistemas culturales, morales o sociales existentes es necesario considerar los posibles impactos negativos o no esperados. Se opta en la investigación por seguir los lineamientos de la “Acción sin daño” y respetar los acuerdos de confidencialidad para salvaguardar la ética profesional y/u organizacional.

9. **Publicación y divulgación de resultados:** dado que este enfoque busca contribuir a un debate amplio y crítico en temas de desarrollo los resultados se regresan a las comunidades informantes y a la comunidad en general haciendo uso de diversos formatos y medios de divulgación.



¿CÓMO SE CONSTRUYÓ LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL EN CALDAS?



Para este proceso se vinculó a los actores clave dentro de la temática y se conformó un *equipo dinamizador* integrado por representantes de instituciones que trabajan con temas relacionados con la Salud Mental en el departamento de Caldas.



Etapa 1: Aprestamiento

Invitación a conformar el *equipo dinamizador*.

- Dirección territorial de Salud de Caldas (DTSC)
- Secretarías departamentales de Integración, Desarrollo social, Gobierno y Educación
- Alianza SUMA (Sistema Universitario de Manizales)
- Observatorio de juventud de Caldas
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)
- Asesores técnicos nacionales del Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Justicia y el Derecho
- Policía Nacional de Colombia
- Clínica San Juan de Dios
- Secretaría de Salud de Manizales

Integrantes del Equipo investigador

Universidad Autónoma de Manizales

- Diana P. Jaramillo Ortegón – Grupo de investigación *Cuerpo Movimiento*
- Eugenia Nieto Murillo – Grupo de investigación *Salud Pública*
- Lorena Delgado Enríquez – Grupo de investigación *Ética y Política*

Universidad de Manizales

- Jessica Valeria Sánchez López – Grupo de investigación *Psicología, clínica y procesos de salud*

Universidad Católica

- María Ibeth Orozco – Grupo de investigación *Comunicación en salud*

Dirección Territorial de Salud de Caldas

- Gloria Inés Saldarriaga – Bacterióloga y laboratorista clínico, Especialista en Promoción de la salud. Profesional Universitaria Área de Salud

Universidad de Caldas y Clínica San Juan de Dios

- Claudia Liliana Giraldo – Docente Universidad de Caldas y Gestora Asistencial de la Clínica San Juan de Dios.

CINDE

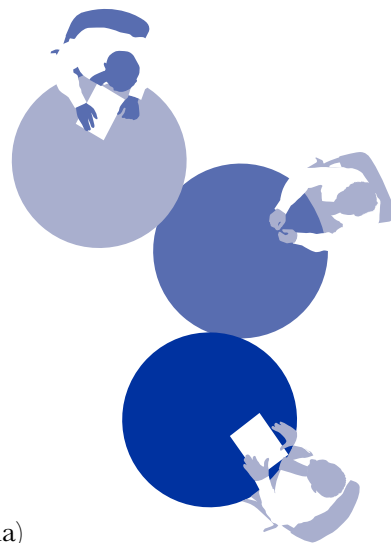
- Rayén Rovira Rubio – Grupo de investigación *Jóvenes, Culturas y poderes*. Universidad de Manizales

Asistente de Investigación

- Yelcy Dalena Ortiz Correa

Grupo de informantes clave en los municipios

- Operadores ICBF, Madres comunitarias
- Red Unidos
- Asociación de víctimas
- Asociación de discapacitados
- Asociación Jóvenes
- Asociación de adulto mayor
- Asociación de usuarios
- Policía (DARE¹ comunitario, SIJIN²)
- Colegios (docentes, personeros, padres de familia)
- Hospital



¹ Sigla de Drug, Abuse, Resist, Education (DARE), traducido al español por Programa de Prevención de Educación para la Resistencia al Uso y Abuso de las Drogas y la Violencia

² Sigla de Seccional de Investigación Criminal

- Secretarías de despacho
- Jueces
- ONG
- COPACO³
- Sistema penitenciario
- Concejo
- Promotoras EPS⁴

Etapa 2: Diagnóstico situacional

Se definieron las fuentes de información y las técnicas de recolección.

Diseño de instrumentos

a. **Registros analíticos especializados (RAES):** recolección de información secundaria, cifras oficiales, documentos normativos y legales de la temática, identificación de conceptos y teorías pertinentes al estudio.

b. **Talleres participativos:**

Diseño y ejecución de 27 talleres municipales (uno por cada municipio de Caldas) dirigidos a indagar por cuatro dimensiones:

1. *Capacidades instaladas:* identificación de estrategias y acciones que se llevan a cabo en el municipio a favor de la Salud Mental.

3 Sigla de Comité de Participación Ciudadana

4 Sigla de Entidad Promotora de Salud

2. *Eventos*: se aplicó la técnica de visualización por tarjetas a partir de la construcción de “Árbol de problemas”

3. *Trastornos*: se identificaron las principales patologías por grupos etarios y los participantes establecieron las necesidades en prevención, atención y mitigación. También propusieron alternativas de solución para el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

4. *Drogas*: cada participante propuso dos estrategias que pudieran impactar tanto en la oferta como en la demanda relacionada con el uso, distribución y comercialización de Sustancias Psicoactivas (SPA).

c. Entrevista abierta semi-estructurada

Se planteó un diálogo abierto entre los investigadores y los expertos en los temas nucleares de la investigación a partir de preguntas orientadoras.



Algunas preguntas:

• ¿Desde su labor y/o área de conocimiento cuál cree usted que han sido los retos frente al tema de la salud mental y drogas en el Departamento de Caldas?



• ¿Qué aspectos serían relevantes o se deben tener en cuenta en la propuesta de los lineamientos para la política pública de salud mental y drogas del Departamento de Caldas?



• ¿Qué estrategias cree usted que deberían implementarse desde la promoción, prevención, atención, investigación y rehabilitación?



d. Grupos específicos

Los investigadores y expertos tuvieron entrevistas grupales en torno a la Salud Mental con grupos entre 3 y 12 personas conformados por “informantes clave” que representaban a entidades de carácter público y privado, expertos de salud mental, actores comunitarios y académicos.

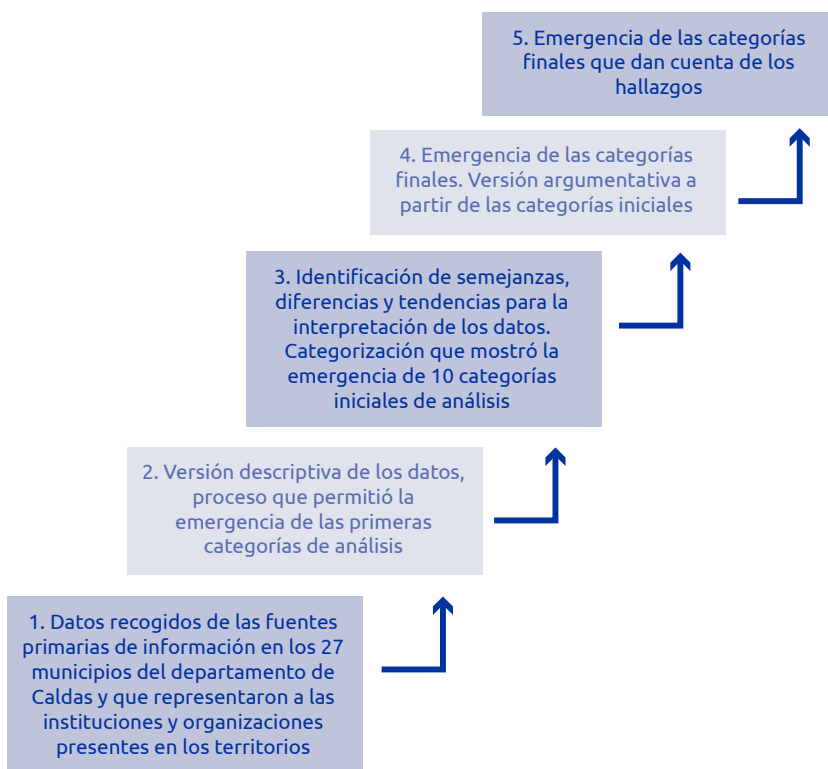
Grupos específicos
Sectores especializados del Departamento de Caldas
1) Comunidades Afro descendientes
2) Comunidades Indígenas
3) Asociación gerentes de hospitales del Departamento de Caldas
4) Comité Departamental de Drogas
5) Docentes orientadores del Departamento de Caldas
6) Red Gerontológica
7) Red usuarios clínica San Juan de Dios
8) Centro de Atención a víctimas y grupo de víctimas
9) Subcomité Departamental de atención y asistencia a víctimas
10) Grupo expertos de la academia

Fuente: elaboración propia

Etapa 3: Definición de lineamientos de Política Pública

Para definir los lineamientos se hizo el análisis de los datos recolectados a partir de las fuentes primarias en los 27 municipios del departamento de Caldas.

Fases para el análisis de datos

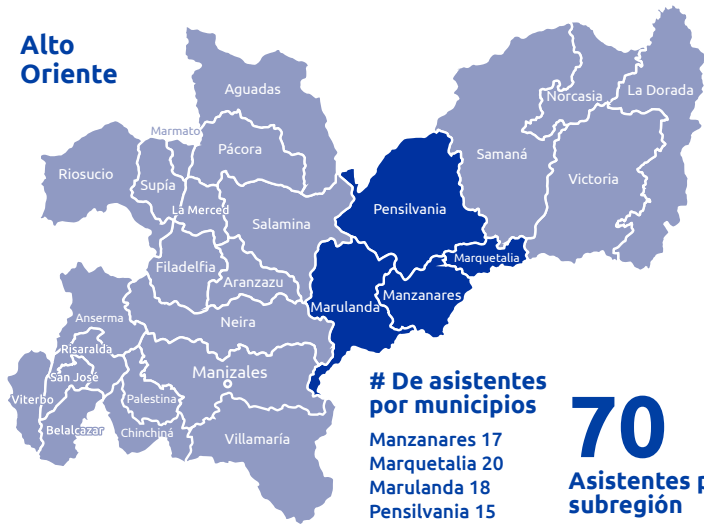


Fuente: elaboración propia

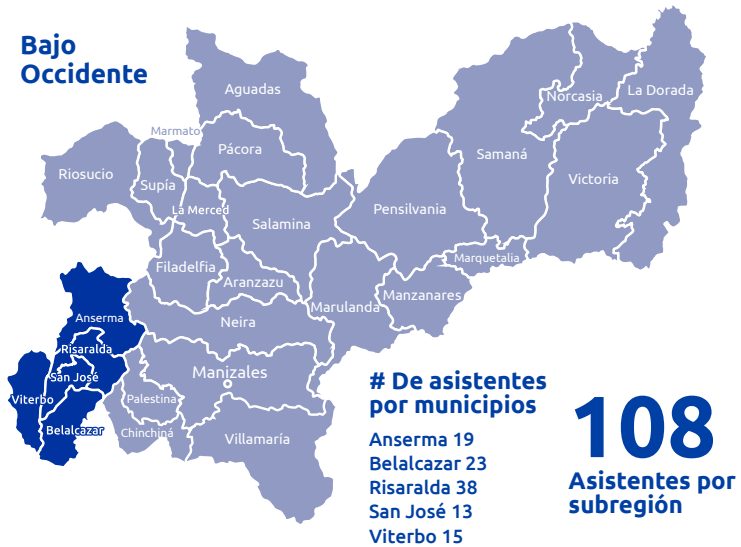
Composición del grupo de informantes clave



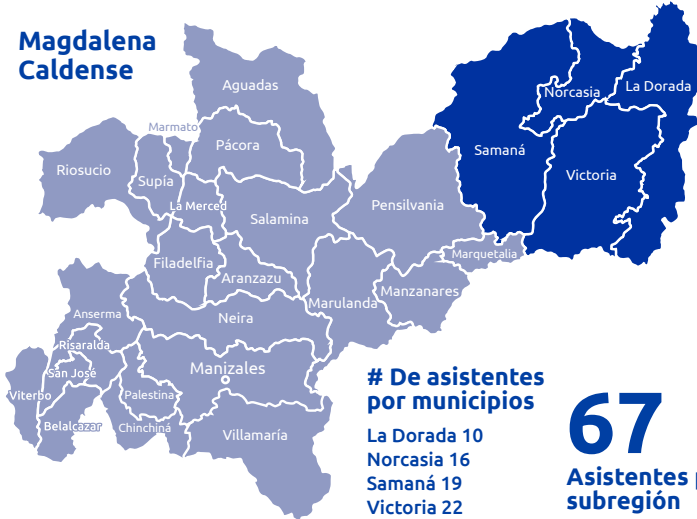
Alto Oriente



Bajo Occidente



Magdalena Caldense

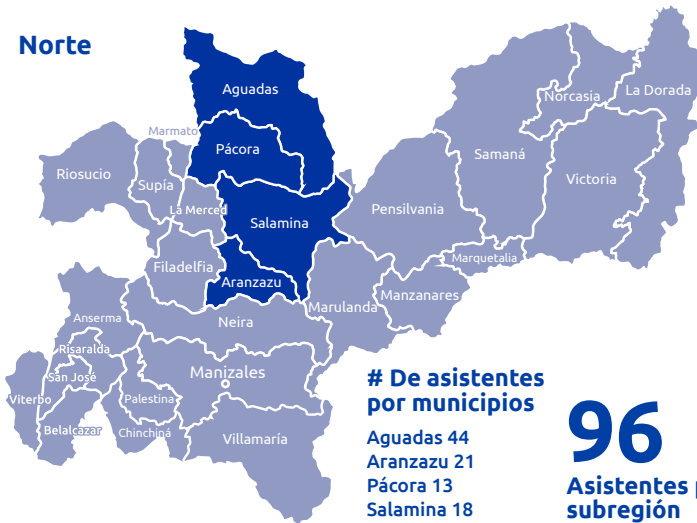


De asistentes por municipios

La Dorada 10
Norcasia 16
Samaná 19
Victoria 22

67
Asistentes por
subregión

Norte



De asistentes por municipios

Aguadas 44
Aranzazu 21
Pácora 13
Salamina 18

96
Asistentes por
subregión

**Total actores asistentes a los
talleres en el departamento**

596

Fuente: elaboración propia

Categorización			
Categorías iniciales	Categorías descriptivas	Categorías interpretativas	Categoría teórica
Capacidades instaladas en los municipios	Entre el ser y el deber ser.		
Eventos	Factores personales Factores culturales Entorno educativo Dinámica familiar Violencias Seguridad y convivencia Consumo Uso y acceso a la información. Estrategias de información, educación y comunicación para la salud, IEC Oferta y respuesta institucional	Cultura del bienestar Una comunidad entre el bienestar y el malestar. El silencio en la era de los mass media y las TIC. El Estado frente a la comunidad.	Política pública departamental de salud mental: un aporte al bienestar y la inclusión. 2017
Drogas	Oferta y demanda		
Trastornos	Enfermedades mentales más frecuentes según curso de vida		

Fuente: elaboración propia

Política pública de Salud Mental: Un aporte al bienestar y la inclusión

Componentes

1. Definición de los principios que guían el desarrollo de la política
2. Definición de Objetivo General y Objetivos Específicos
3. Definición de los enfoques
4. Definición de ejes, líneas estratégicas y líneas de acción que puedan guiar el plan de acción la política pública

Etapa 4: Socialización

Se llevará a cabo la socialización siguiendo lo definido en el enfoque IAD.

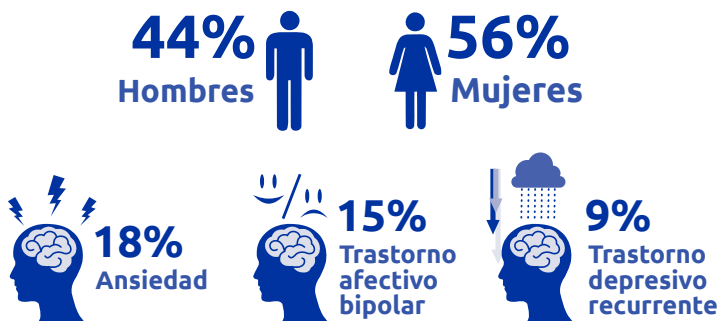
1. Socialización del proyecto en los talleres y en los grupos específicos
2. Foros municipales y foro ampliado
3. Publicación de material impreso
4. Videos

RESULTADOS



La salud mental en Caldas

- Caldas ocupa el puesto 11 en comportamientos relacionados con la violencia de género entre los 32 departamentos de Colombia. Se ubica después del departamento del Cauca y antes del Cesar con 1036 casos reportados y con un 2,7% del porcentaje nacional de eventos de este tipo.
- Durante el año 2016 se registraron en Caldas 21.159 consultas externas relacionadas con trastornos mentales y del comportamiento:



Consumo de sustancias psicoactivas (SPA)

Según la encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas del año 2013 el 3,65% de los caldenses presenta abuso o dependencia de SPA ilícitas.

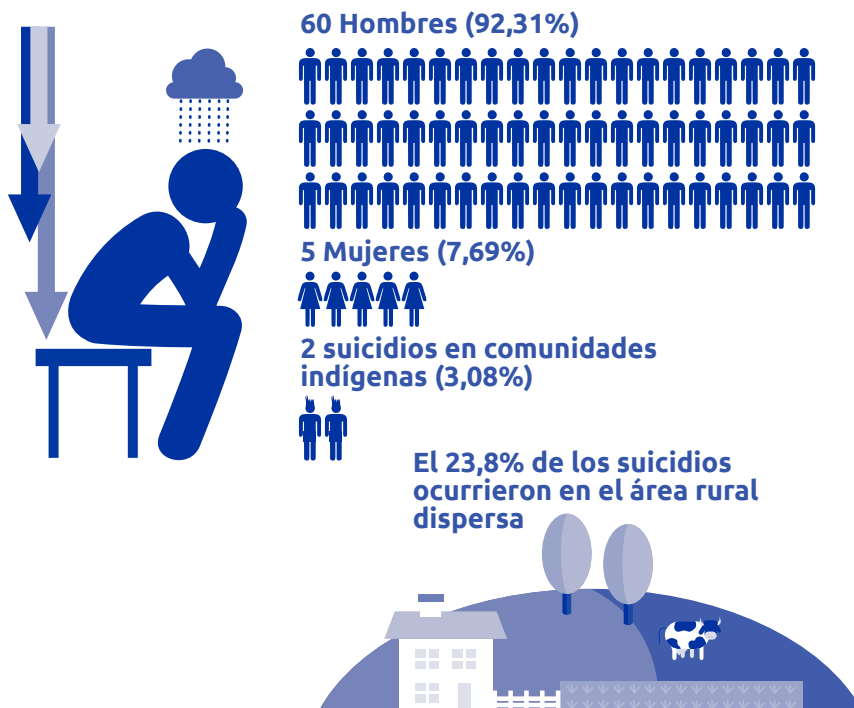
Prevalencia de uso último mes de SPA ilegales Caldas

Sustancia	Prevalencia de Vida Caldas		Prevalencia de último año Caldas		Casos nuevos en el último año Caldas	
	2008	2013	2008	2013	2008	2013
Alcohol	88,2%	84,2%	69,9%	48,0%	26,1%	7,6%
Tabaco	45,4%	48,2%	27,6%	17,6%	3,6%	0,8%
Marihuana	8,5%	13,4%	2,0%	3,2%	0,7%	0,9%
Cocaína	2,4%	2,9%	0,8%	0,6%	**	0,2%
Bazuco	1,4%	1,6%	0,3%	0,5%	0,2%	0,1%
Inhalables	1,5%	0,7%	0,3%	0,2%	0,2%	**
Tranquilizantes	2,4%	2,0%	0,3%	0,7%	0,3%	0,1%
Estimulantes	0,6%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Éxtasis	1,2%	0,7%	0,5%	**	0,5%	0,7%
Cualquier Ilegal	9,6%	15,8%	2,8%	3,8%	0,7%	0,7%

Fuentes: Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional del Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 2008 / Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional del Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 2013.

Suicidios

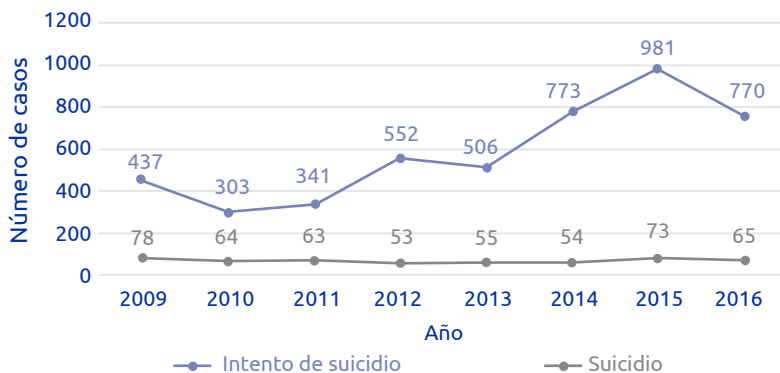
- El suicidio representa el 1,4% de las muertes a nivel mundial y se encuentra entre las 20 principales causas de mortalidad.
- La tasa de mortalidad por suicidio en Caldas, en relación al país, es de 6,57 casos por cada 100.000 habitantes para el año 2016.
- Caldas está en el sexto lugar de departamentos con suicidio en Colombia y por encima de la tasa nacional que es de 3,76 suicidios.
- Entre enero y mayo de 2017 se registraron 15 suicidios en Caldas.
- Entre enero y junio de 2017 se registraron 368 intentos de suicidios.
- Durante el año 2016 hubo 65 suicidios en Caldas:



Casos de suicidio en Caldas 2016 según variables sociodemográficas

Variable	Categoría	Número de Caso	Porcentaje
Sexo	Femenino	5	7,69
	Masculino	60	92,31
Área de Ocurrencia del Evento	Cabecera Municipal	44	67,69
	Rural Disperso	15	23,08
	Centro Poblado	6	9,23
Pertenencia Étnica	Otro	63	96,92
	Indígena	2	3,08
Por grupos etarios	10 a 14 Años	3	4,62
	15 a 19 Años	11	16,92
	20 a 24 Años	7	10,77
	25 a 29 Años	11	16,92
	30 a 34 Años	3	4,62
	35 a 39 Años	6	9,23
	40 a 44 Años	3	4,62
	45 a 49 Años	2	3,08
	50 a 54 Años	1	1,54
	55 a 59 Años	3	4,62
	60 a 64 Años	5	7,69
65 y más Años	10	15,38	

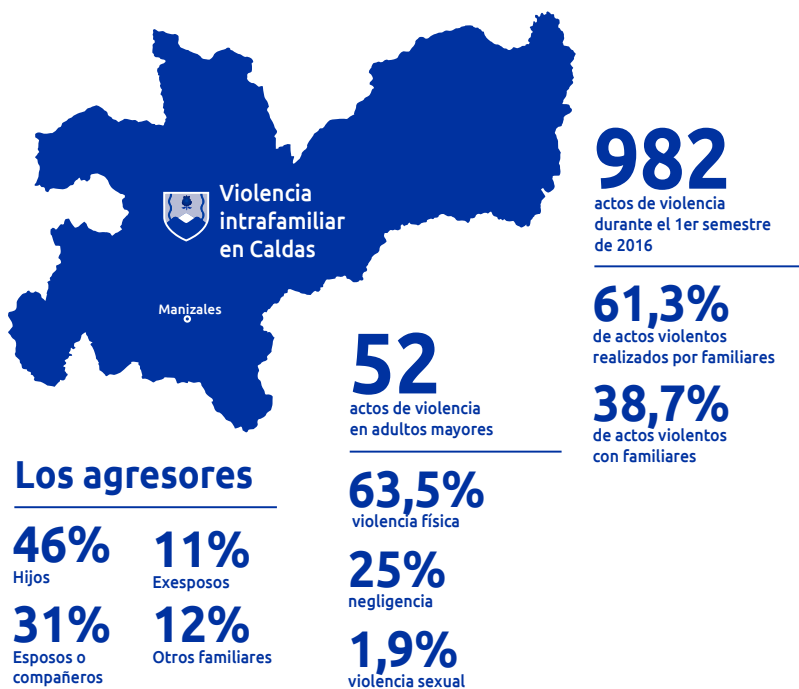
Fuente: Observatorio social, DTSC, 2017



Fuente: Dirección Territorial de Salud de Caldas, 2016

Violencias

Violencia intrafamiliar en Caldas





Contra la mujer

72%

Violencia física

18,58%

Violencia sexual

4,55%

Violencia psicológica

4,8%

Negligencia

La violencia de género
también afecta a los hombres.
Por cada cuatro mujeres víctimas
de violencia de género hay un hombre.



Los agresores

70,9%

Pareja

29,1%

Otros familiares

Otras cifras

35%

de agresiones a
menores de 18 años

70,8%

de agresiones a niñas
y adolescentes

Fuente: SIVIGILA, Caldas. Primer semestre 2016

Modalidad de violencia de género por municipios
2016 semestre I

Municipio	Física	Abuso sexual	Negligencia	Psicológica	Acoso sexual	Violación	Actos sexuales violentos	Total general
Aguadas	6	4	13		1			24
Anserma	10	3	5			1		19
Aranzazu	8	4	5	1				18
Belalcázar	1	2						3
Chinchiná	33	9		2	1			45
Filadelfia	1	2		1				4
La Dorada	71	11	1		1	2	2	88
La Merced	2	1		1	2		1	7
Manizales	321	63	24	25	1	5	2	441
Manzanares	7	1		2				10
Marmato	1	2						3
Marquetalia	1	3	1					5
Marulanda	3							3
Neira	14	2	1					17



147

Casos de violencia sexual durante el 1er semestre de 2016

126

Casos de abuso sexual

9

Casos de violación

8

Casos de acoso sexual

4

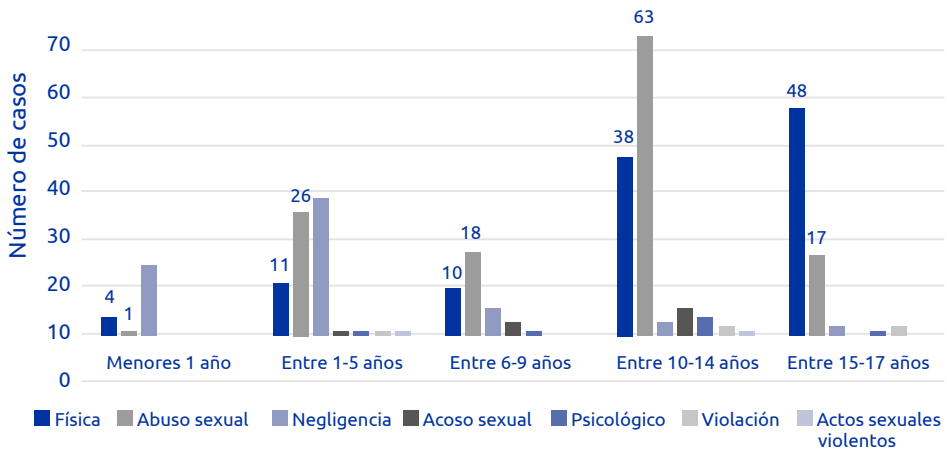
Casos de actos sexuales violentos

Fuente: SIVIGILA, Caldas. Primer semestre 2016



17
Casos de
violencia escolar

Modalidad de violencia por grupo de edad Semestre I - 2016



Fuente: SIVIGILA, Caldas. Primer semestre 2016

Condiciones educativas

Bajo logro educativo y analfabetismo

- Los municipios de Samaná, San José, Balcázar, Marquetalia, Filadelfia, Risaralda, Palestina, Manzanares, La Merced, Aguadas y Pácora presentan más de un 85% de bajo logro educativo y tasas de analfabetismo mayores al 20%.

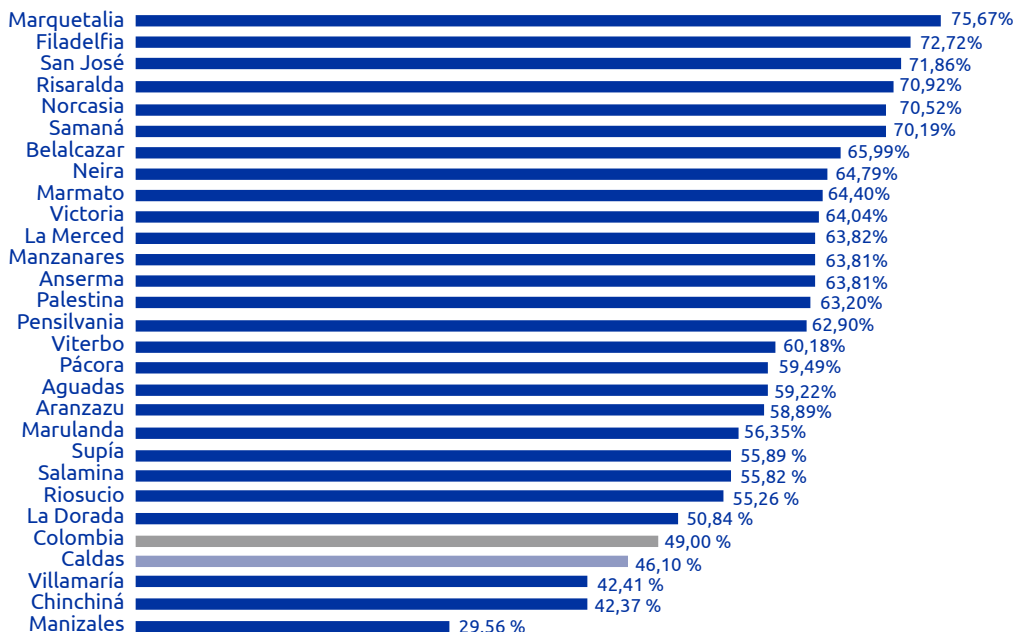
- Según datos del DANE (2015) el porcentaje de personas del hogar de 15 años y más que no saben leer y escribir en el departamento es de 15,6, frente al 18,5% de Colombia en el mismo año 2005.



Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)

- Sólo tres municipios de la región centro sur tienen un IPM alentador y todos los demás presentan alta concentración de la pobreza.

Distribución del IPM de los municipios de Caldas



Fuente: ASIS Caldas 2016. A partir del DANE. DNP. SISPRO-MSPS

Percepción de los informantes clave

Factores culturales y sociales

- Presencia de una cultura autoritaria evidenciada en: roles, modelos de crianza, formas de comunicación, maneras del afecto, formas de resolver conflictos.
- Aumento de la vulnerabilidad social derivada de la influencia del medio, la moda, los medios de comunicación, el paternalismo del Estado.
- Prácticas asociadas a sistemas culturales y sistemas de creencias (mitos, ritos, costumbres, patrones de comportamiento machistas y feministas).
- La violencia como una “vía” de gestión de los conflictos.

- Pobreza, desempleo y bajo nivel educativo.
- Legitimación de prácticas ilegales como medios económicos para satisfacer necesidades básicas.

Factores familiares

- Debilitación de las redes de apoyo familiar: fenómenos de exclusión y poco apoyo por parte de grupos familiares.
 - Son factores y conductas de riesgo: la sobreprotección, el castigo físico y psicológico, la separación de los padres y el ausentismo parental.
 - La familia como núcleo se ha modificado y de allí se derivan: falta de comunicación entre los miembros, conformación de familias disfuncionales (bajo nivel de reflexión moral, ausencia de los padres, falta de normas de crianza, abandono, exceso de autoridad), recomposición de familias con amplias brechas generacionales.

Factores del entorno educativo de niños y jóvenes

- La deserción escolar se encontró asociada a: entorno educativo desfavorable, presencia de grupos armados ilegales, condiciones socioeconómicas desfavorables, tipo de oferta institucional.
 - Necesidad de un seguimiento y acompañamiento mayor a los niños y adolescentes en un trabajo articulado entre instituciones públicas y privadas para activar las rutas de atención integral.

Cambios en el rol de los adultos mayores

- Las familias menos numerosas han reducido la posibilidad de contar con cuidado, entendimiento y atención.
 - El cambio de roles sociales ha puesto a los adultos mayores en un papel secundario en la familia.
 - El adulto mayor suele encontrarse en una condición de dependencia económica.

- El adulto mayor tiene menos posibilidades de vigencia en el mercado laboral en relación a los jóvenes.

Enfermedades mentales

En relación a las enfermedades mentales los informantes clave describen así las principales patologías.

Niños hasta los 12 años

- Hiperactividad, déficit de atención, trastornos del lenguaje, de la motricidad y del aprendizaje, epilepsia, trastornos del estado de ánimo y de la conducta.

Adolescentes entre los 12 y los 17 años

- Persisten las alteraciones del aprendizajes, de la conducta y se profundizan las alteraciones del ánimo (ansiedad, depresión, trastorno bipolar).
- Se suma el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), alcoholismo, suicidio, trastorno del sueño y trastorno de la conducta alimentaria.

Adultos entre los 18 y los 59 años

- A excepción del consumo de sustancias psicoactivas persisten las alteraciones descritas en la adolescencia y aparece el estrés y la esquizofrenia.

Adultos de más de 60 años

- A las enfermedades del adulto se agrega la demencia y el deterioro cognitivo.

Diez causas principales de consulta externa por trastorno mental y del comportamiento en Caldas (Todas las edades)

Diagnóstico	Femenino	Masculino	Total general	Porcentaje
Otros trastornos de ansiedad	2783	1098	3881	18%
Trastorno afectivo bipolar	1974	1218	3192	15%
Trastorno depresivo recurrente	1364	499	1863	9%
Episodio depresivo	1038	508	1546	7%
Trastorno hiperactivo de la conducta	300	1144	1444	7%
Esquizofrenia	497	694	1191	6%
Reacción al estrés grave y trastorno de adaptación	564	308	872	4%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de drogas	270	409	679	3%
Trastorno de la conducta	227	406	633	3%
Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje	159	299	458	2%
Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares	189	267	456	2%
Demás diagnósticos	2476	2468	4944	23%
Total de consultas	11841	9318	21159	100%

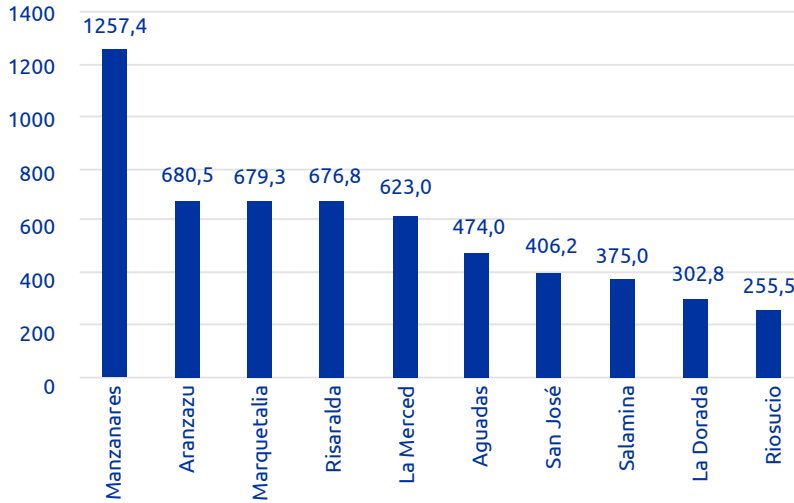
Fuente: Situación de los trastornos mentales en Caldas registros individuales de atención 2016. Dirección Territorial de Salud en Caldas

Consulta externa por municipios 2016

MUNICIPIOS	TOTAL DE CONSULTAS EXTERNAS	PORCENTAJE	Tasa por 100.000 hab
Aguadas	958	5%	4381
Anserma	85	0%	252
Aranzazu	645	3%	5712
Belalcazar	238	1%	2212
Chinchiná	586	3%	1143
Filadelfia	383	2%	3522
La Dorada	180	1%	233
La Merced	20	0%	371
Manizales	14012	66%	3525
Manzanares	65	0%	281
Marmato	141	1%	1539
Marquetalia	239	1%	1593
Marulanda	10	0%	294
Neira	368	2%	1197
Norcasia	108	1%	1708
Pácora	391	2%	3350
Palestina	33	0%	186
Pensilvania	538	3%	2042
Riosucio	697	3%	1119
Risaralda	182	1%	1922
Salamina	127	1%	778
Samaná	416	2%	1613
San Jose	71	0%	935
Supía	47	0%	175
Victoria	4	0%	48
Villamaría	605	3%	1054
Viterbo	10	0%	80
Total general	21159	100%	2137

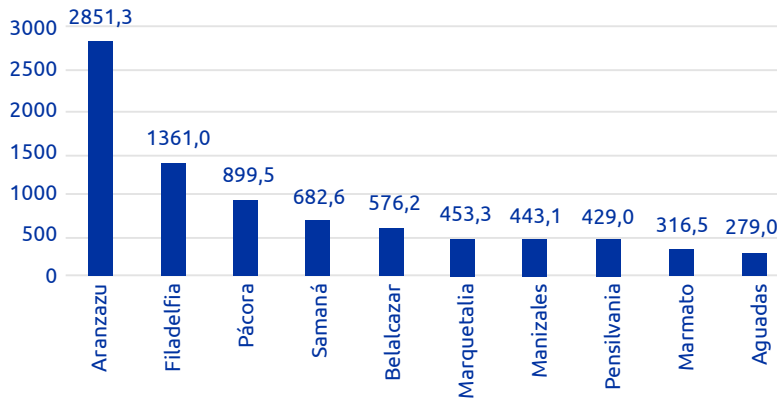
Fuente: Situación de los trastornos mentales en Caldas registros individuales de atención 2016. Dirección Territorial de Salud en Caldas

Tasa de consultas por trastornos de ansiedad 2016



Fuente: Situación de los trastornos mentales en Caldas registros individuales de atención 2016. Dirección Territorial de Salud en Caldas

Tasa de consultas por trastorno afectivo bipolar 2016



Fuente: Situación de los trastornos mentales en Caldas registros individuales de atención 2016. Dirección Territorial de Salud en Caldas

Diez causas principales de consulta externa por trastorno mental y del comportamiento en Caldas - Menores de 6 años

Diagnóstico	Total general	Tasa por 100.000 habitantes
Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje	305	322
Trastorno hiperactivo de la conducta	116	123
Trastorno de la conducta	80	85
Trastornos del comportamiento social en la niñez y adolescencia	72	76
Reacción al estrés grave y trastorno de adaptación	59	62
Otros trastornos emocionales que aparecen habitualmente en la infancia y adolescencia	55	58
Trastorno generalizado del desarrollo	48	51
Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares	37	39
Trastornos de la ingestión de alimentos	20	21
Otros trastornos de ansiedad	10	11
Demás diagnósticos	71	75
Total general	873	923

Fuente: Situación de los trastornos mentales en Caldas registros individuales de atención 2016. Dirección Territorial de Salud en Caldas

Diez causas principales de consulta externa por trastorno mental y del comportamiento en Caldas - 6 a 11 años

Diagnóstico	Total general	Tasa por 100.000 habitantes
Trastorno hiperactivo de la conducta	962	997
Trastorno de la conducta	266	276
Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares	262	272
Otros trastornos emocionales que aparecen habitualmente en la infancia y adolescencia	157	163
Otros trastornos de ansiedad	145	150
Reacción al estrés grave y trastorno de adaptación	136	141
Trastorno afectivo bipolar	128	133
Trastornos del comportamiento social en la niñez y adolescencia	121	125
Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje	110	114
Trastorno generalizado del desarrollo	65	67
Episodio depresivo	57	59
Demás diagnósticos	311	322
Total general	2720	2820

Fuente: Situación de los trastornos mentales en Caldas registros individuales de atención 2016. Dirección Territorial de Salud en Caldas

Diez causas principales de consulta externa por trastorno mental y del comportamiento en Caldas - 12 a 17 años

Diagnóstico	Total general	Tasa por 100.000 habitantes
Trastorno hiperactivo de la conducta	357	371
Otros trastornos de ansiedad	335	348
Trastorno afectivo bipolar	301	313
Trastorno de la conducta	258	268
Episodio depresivo	199	207
Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares	139	144
Reacción al estrés grave y trastorno de adaptación	132	137
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas *	131	136
Trastorno depresivo recurrente	100	104
Otros trastornos emocionales que aparecen habitualmente en la infancia y adolescencia	86	89
Demás diagnósticos	609	633
Total general	2647	2750

Fuente: Situación de los trastornos mentales en Caldas registros individuales de atención 2016. Dirección Territorial de Salud en Caldas

- Incluye las siguientes sustancias psicoactivas: Opiáceos, alcohol, tabaco, cocaína, sedantes hipnóticos, solventes.

Diez causas principales de consulta externa por trastorno mental y del comportamiento en Caldas - 18 a 28 años

Diagnóstico	Total general	Tasa por 100.000 habitantes
Otros trastornos de ansiedad	675	367
Trastorno afectivo bipolar	350	190
Episodio depresivo	311	169
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas *	284	154
Trastorno depresivo recurrente	213	116
Esquizofrenia	184	100
Reacción al estrés grave y trastorno de adaptación	157	85
Retraso mental grave	106	58
Disfunción sexual, no ocasionadas por trastorno ni por enfermedad orgánicas	45	24
Retraso mental moderado	45	24
Demás diagnósticos	482	262
Total general	2852	1551

Fuente: Situación de los trastornos mentales en Caldas registros individuales de atención 2016. Dirección Territorial de Salud en Caldas

- Incluye las siguientes sustancias psicoactivas: Opiáceos, alcohol, tabaco, cocaína, sedantes hipnóticos, solventes.

Diez causas principales de consulta externa por trastorno mental y del comportamiento en Caldas - 29 a 59 años

Diagnóstico	Total general	Tasa por 100.000 habitantes
Otros trastornos de ansiedad	2049	549
Trastorno afectivo bipolar	1644	441
Trastorno depresivo recurrente	1113	298
Esquizofrenia	762	204
Episodio depresivo	733	196
Reacción al estrés grave y trastorno de adaptación	317	85
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de spa	225	60
Retraso mental grave	179	48
Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfuncion cerebral y a enfermedad física	158	42
Trastorno no organico del sueño	129	35
Demás diagnósticos	913	245
Total general	8222	2204

Fuente: Situación de los trastornos mentales en Caldas registros individuales de atención 2016. Dirección Territorial de Salud en Caldas

Diez causas principales de consulta externa por trastorno mental y del comportamiento en Caldas - más de 60 años

Diagnóstico	Total general	Tasa por 100.000 habitantes
Trastorno afectivo bipolar	767	527
Otros trastornos de ansiedad	667	458
Trastorno depresivo recurrente	429	295
Demencia , no especificada	301	207
Delirio, no especificado	255	175
Episodio depresivo	239	164
Demencia en la enfermedad de alzheimer, de comienzo temprano (g30.0†)	218	150
Esquizofrenia	200	137
Trastorno no orgánico del sueño	120	82
Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física	113	78
Total general	3845	2640

Fuente: Situación de los trastornos mentales en Caldas registros individuales de atención 2016. Dirección Territorial de Salud en Caldas

Necesidades para atender estas patologías

- Mejorar la oferta institucional para atender las enfermedades mentales con presencia de profesionales especializados en salud mental.
- Mejorar las redes de trabajo colaborativo entre los diversos sectores de la sociedad.
- Implementar estrategias de información, educación y comunicación (IEC) orientadas al reconocimiento de signos y síntomas de las enfermedades mentales.
- Mejorar la oferta educativa y las estrategias de información, educación y comunicación (IEC) orientadas al desarrollo de habilidades para la vida en sociedad.
- Mejorar la atención en salud en todos sus niveles (promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).
 - Implementar estrategias y definir compromisos institucionales.
 - Ampliar la cobertura en temas de salud mental en el área rural.
 - Sensibilizar a las autoridades civiles y sanitarias respecto a la destinación de los recursos necesarios para satisfacer estas necesidades.
 - La comunidad espera mayores acciones coercitivas, endurecimiento de las sanciones y acciones conjuntas intersectoriales e interinstitucionales en relación a los expendedores de sustancias psicoactivas.
- Fortalecimiento de las escuelas de padres y fortalecimiento de espacios institucionales para la formación y empoderamiento de las familias de la corresponsabilidad en la formación de los niños y adolescentes.
- Contar con centros especializados de atención para las adicciones y los trastornos mentales.

POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL: UN APOORTE AL BIENESTAR Y A LA INCLUSIÓN



Ejes, líneas estratégicas y líneas de acción

Objetivos

General:

Contribuir desde la gestión pública del departamento de Caldas, al establecimiento de condiciones individuales, familiares, comunitarias y sociales favorables, para el goce de una salud mental que aporte al bienestar y a la inclusión social.

Específicos:

1. Garantizar el goce efectivo de derechos, el manteniendo y atención integral de la salud mental desde la atención primaria social.
2. Promover alternativas para la intervención en la problemática de las sustancias psicoactivas (SPA).
3. Fortalecer una cultura de bienestar como base fundamental de la Salud Mental de los caldenses.
4. Garantizar el fortalecimiento y la accesibilidad a los niveles de prevención de las enfermedades mentales.

Enfoques de la Política Pública

- Enfoque de Derechos Humanos
- Enfoque de Curso de Vida
- Enfoque de Género
- Enfoque Diferencial

En consonancia con los principios, los objetivos, los enfoques y todo el desarrollo analítico-descriptivo de la investigación que sustenta esta propuesta de política, a continuación, se presentan los ejes, sus líneas estratégicas y las líneas de acción.

Estos lineamientos siguen el plan de desarrollo departamental 2016-2019 el cual acoge como uno de los mecanismos articuladores la atención primaria social definida como “una estrategia eminentemente social que trasciende al sector salud, pues requiere garantizar la transectorialidad e intersectorialidad” (Gobernación de Caldas, 2017)

El alcance sobre las metas, indicadores y responsables será una tarea posterior, propia de la definición del plan de implementación de la política pública.

Política pública departamental en Salud Mental: Un aporte al bienestar y la inclusión

EJE 1: ALTERNATIVAS PARA LA INTERVENCIÓN DEL CONSUMO NOCIVO Y ABUSIVO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La intervención en la problemática de sustancias psicoactivas, se enfocará desde el plan nacional para la promoción de la salud, la prevención y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014 – 2021, que tiene como objetivo reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas mediante un esfuerzo coherente, sistemático

y sostenido 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.

Líneas Estratégicas y Líneas de Acción

1.1 Construyendo un buen vivir: Entre el Uso y el Abuso



Esta línea está enfocada al mantenimiento del bienestar humano y social y a la prevención del consumo de SPA.

El construir un buen vivir sugiere el despliegue de un conjunto de saberes de las personas y de las comunidades, que constituyen la base de las relaciones armoniosas del individuo consigo mismo y con la comunidad, 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 bienestar humano y social. Contando con la capacidad de satisfacer necesidades básicas mediante el acceso a oportunidades laborales, educativas, ingreso digno y estable, y participación social.

1.1.1 Desarrollar estrategias de Información, educación y Comunicación (IEC)

Una estrategia de información, educación y comunicación (IEC) comprende la planeación de actividades de información dirigidas a grandes grupos que reciben un mensaje emitido sin que se obtenga una respuesta del receptor. La comunicación hace referencia a un ejercicio de emisión-recepción de mensajes mediado por las tecnologías de la comunicación e información, mass media y medios de interacción cara-cara, en los cuales

el mensaje llega a grupos de población focalizados y se espera una respuesta que indique reciprocidad. La educación es un proceso cultural de intercambio de saberes entre un emisor y un receptor individual o colectivo que transforma positivamente los comportamientos orientados al mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y factores que potencien el bienestar humano y social en los territorios.

Esta línea está enfocada a reducir la vulnerabilidad de la población frente al consumo de Sustancias Psicoactivas (lícitas e ilícitas).

1.1.2 Fortalecer las Redes de Apoyo

Aumentar la capacidad de respuesta de las personas a los factores psicosociales que los hacen vulnerables, a través de la articulación de las instituciones y organizaciones municipales y departamentales que promueven estrategias de mantenimiento de la salud.

1.1.3 Fomentar la Cultura del ocio

Crear y fortalecer condiciones que promuevan estilos de vida y conductas saludables.

1.1.4 Incrementar la capacidad técnico - Científica

Mejorar la infraestructura física, la capacidad tecnológica y la cualificación del talento humano responsable de la prevención del Consumo del SPA para aportar al desarrollo humano y social en los municipios.

1. 2 Reconociendo tu presente: Del abuso a un mejor futuro.

Esta línea estratégica se enfoca al consumidor de sustancias psicoactivas en su etapa de uso nocivo de las drogas, con afectación de sus diferentes esferas de vida.

Busca una sensibilización frente a la problemática para generar estrategias de solución que redunden en bienestar del individuo y su entorno, con una meta final de reinserción a la sociedad como sujeto productivo que aporta al crecimiento y fortalecimiento de su comunidad.

1.2.1 Fortalecer el Talento Humano

Cualificar el personal que presta atención al consumidor de sustancias psicoactivas y a las personas de su entorno familiar y comunitario.

1.2.2 Fortalecer las Instituciones prestadoras de salud con objeto social diferente -IPS-

Garantizar que se cumpla con la normatividad vigente (normas de habilitación) y apoyar el desarrollo de sus actividades.

1.2.3 Garantizar el acceso a la salud- Rutas de atención Integral en Salud-

Mejorar la oferta, el acceso, la oportunidad y la calidad de la prestación de servicios de atención desde las empresas promotoras de salud (EPS)

1.2.4 Promover la reinserción social

Programas de acompañamiento y seguimiento que garanticen la culminación de los procesos y fortalezcan su proyecto de vida.

1.3 Edificando un Territorio: Juntos contra la ilegalidad

El trabajar juntos contra la ilegalidad requiere fomentar acciones transparentes articuladas entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios que permitan restablecer los vínculos de confianza y cuidado del bien público para garantizar el bienestar y la calidad de vida en el departamento de Caldas.

1.3.1 Reforzar la responsabilidad social, el control social y la seguridad ciudadana

Promover acciones integradas entre el Estado y la ciudadanía para asegurar el control en la distribución de sustancias legales y la disminución de la oferta de sustancias ilegales.

1.3.2 En busca de un control social basado en una Cultura ciudadana

Promover el consenso frente a las normas y los valores en los territorios que facilite la cohesión social. Garantizando la convivencia a través del reconocimiento y goce de los derechos y del cumplimiento de los deberes ciudadanos y un adecuado uso y disfrute del espacio público.

1.3.3 Mejorar las condiciones socioeconómicas

Mejorar las condiciones del territorio a través del aumento en la oferta laboral y mejora de las condiciones laborales, educativas y recreativas que favorezcan el desarrollo de capital social y económico.

Política pública departamental en Salud Mental: Un aporte al bienestar y a la inclusión

EJE 2: ALTERNATIVAS PARA EL MANTENIMIENTO DE UNA CULTURA DE BIENESTAR

Este eje está fundamentado en el concepto de bienestar, de Amartya Sen, según el cual el bienestar es “el estado en que los individuos tienen la capacidad y la posibilidad de llevar una vida que tienen motivos para valorar, determinada por una diversidad de libertades instrumentales”. El bienestar no se limita exclusivamente a la satisfacción de los estados mentales, sino también a la relación entre derechos, capacidades y libertades.

La consecución y mantenimiento de una cultura de bienestar requiere estrategias de comunicación efectivas, mantenimiento de redes de apoyo y mitigación de las violencias, para transformar los obstáculos en oportunidades y realizar una apuesta por el cambio positivo de los espacios como la familia, la escuela, el barrio y la institucionalidad.



Líneas Estratégicas y Líneas de Acción

2.1 Deslegitimando las violencias: Una apuesta por la convivencia social

Esta línea estratégica reconoce que la violencia es un modo ilegítimo de gestión de conflictos, por lo tanto, es necesario aunar esfuerzos para deslegitimar las violencias y aprender a gestionar los conflictos en espacios de convivencia social.

2.1.1 El lenguaje que utilizas construye la realidad en la que vives.

“La comunicación es una forma de acción, los individuos establecen y renuevan las relaciones que mantienen unos con otros” (Thompson, 1998). El lenguaje cotidiano es el que posibilita la construcción de un entorno favorable al bienestar.

Esta línea busca sensibilizar a las comunidades sobre la detección y el uso de lenguaje violento, en todos los escenarios de la vida cotidiana y en los mass media.

Además, generar estrategias de control y sanción social sobre los medios y todos los agentes emisores que trasmitan mensajes con connotación violenta.

2.1.2 La diferencia no es algo que se tolera, es algo que se disfruta.

Esta línea de acción busca que la diferencia sea asumida como un factor que posibilita el desarrollo de las sociedades y favorece el respeto activo y la integración.

Fortalecer las estrategias de inclusión social en los ámbitos laboral, educativo, comunitario para población víctima del conflicto armado y de violencia intrafamiliar, grupos étnicos,

comunidad LGTBI, población discapacitada, migrantes y retornados.

Diseñar estrategias de información, comunicación y educación enfocadas a prevenir la discriminación por sexo, género, etnia, culto, discapacidad.

2.1.3 Cuidate, cuídame: me quiero, me cuido, me respeto, apporto al bienestar

Potencia el fortalecimiento de las diferentes dimensiones del ser humano a través del curso de vida, que posibilite una mayor autovaloración como medida de prevención a la acreditación de relaciones violentas.

2.1.4 Hacer visible lo invisible

Se fomenta la cultura de la denuncia, con el fin de generar estrategias y/o mecanismos de visibilización de situaciones de violencia que emergen comunes en la vida cotidiana pero que tienen grandes impactos sociales en el mantenimiento de relaciones violentas.

2.1.5. Hablemos, no peleemos: una gestión pacífica de los conflictos

Incentivar la formación de habilidades de comunicación asertiva y manejo del conflicto por parte de los distintos actores del territorio, propiciando instancias de dialogo y construcción colectiva del presente.

2.2 Hilos que unen, redes que sostienen: un llamado a la acción

En esta línea estratégica se hace un llamado a las distintas redes de apoyo para que contribuyan efectivamente en el desarrollo del individuo. Para la Unesco (2008) se debe construir confianzas para aprender a vivir juntos, esto entendido en dos perspectivas: social, donde se tejan acercamientos entre las distintas instituciones a través de la transparencia y desde la personal, como pilar importante para la garantía de los derechos. En efecto, la familia, la escuela, el barrio y el municipio deben construir lazos de confianzas que tejan acciones intersectoriales.

A través de dichos agentes, los valores sociales y las prácticas saludables se interiorizan en el individuo y la comunidad, fundamentando el trabajo en red. Se deben recuperar espacios y fortalecer las alianzas para que entre todos contribuyan en la salud mental.

2.2.1 Tu familia, tu red.

La familia como agente socializador primario es el medio para la formación de individuos que gestionan los conflictos a través de la comunicación asertiva, para la formación en habilidades para la vida que permitan generar conductas de cuidado, autocuidado y patrones de crianza.

2.2.2 Tu escuela, tu red

La escuela como agente socializador secundario debe promover procesos de formación para el trabajo y el desarrollo humano.

Garantizar la implementación de los cuatro programas pedagógicos transversales del ministerio de educación nacional,

MEN, con talento humano cualificado, estos son: estilos de vida saludables, educación ambiental, educación para la sexualidad y ejercicio de los DDHH.

Es indispensable socializar la ruta integral de atención en salud y canalizar apropiadamente a los servicios que requiera.

Fortalecer la estrategia de Escuela de padres.

Activar estrategias para los primeros auxilios psicológicos y el fortalecimiento de las zonas de orientación escolar, ZOE y zonas de orientación universitaria ZOU.

Atender adecuadamente los escolares con necesidades especiales.

2.2.3 Tu barrio, tu red

Busca fortalecer espacios de participación social tales como juntas administradoras locales, juntas de acción comunal y otras.

Cualificar a los líderes comunitarios en mantenimiento de la salud mental.

Fortalecer la cohesión y la solidaridad con los centros de atención social.

2.2.4 Tu municipio, tu red:

El municipio debe fortalecer el equipamiento e infraestructura de los espacios para la recreación, deporte y cultura.

Proveer talento humano cualificado para el uso y fomento de la infraestructura y equipamiento en recreación, deporte y cultura.

Fortalecer redes comunitarias para la apropiación y cuidado del espacio público.

Establecer mecanismos de gobernanza para fortalecer los lazos de confianza con la comunidad.

2.3 La enfermedad mental es una condición diferente no un factor de exclusión

Esta línea estratégica tiene por objeto incluir en la sociedad al paciente con enfermedad mental la cual pone en estado de vulnerabilidad a la persona que la padece. “Estas personas se enfrentan a la estigmatización, a la discriminación y la marginación en todas las sociedades, incrementándose así la probabilidad de que se violen sus derechos” (Organización Mundial de la Salud, 2005).

El individuo es una persona, sujeto de derechos, capacidades, libertades y oportunidades que no pueden ser sesgadas en virtud de sus condiciones específicas. Todos los seres humanos son iguales en oportunidades y el sistema debe propender por adecuarse a las condiciones del sujeto para permitir su inclusión y adaptación, resolviendo sus necesidades de manera integral y generando alternativas para su reinserción social.

2.3.1 Diseñar mecanismos de aprestamiento para la vida en sociedad (programas de formación en artes y oficios)

La persona con enfermedad mental debe ser acogida en los programas de formación en habilidades para la vida, que le posibiliten el acceso a oportunidades laborales, que lo mantengan activo, productivo y que generen niveles de autonomía.

2.3.2 Incentivos tributarios a empleadores

Se deben plantear beneficios para el empresario que adopte una política de inclusión laboral respecto a las personas que padezcan algún tipo de enfermedad mental.

2.3.3 Protección efectiva de los derechos humanos

El Estado debe ser garante del ejercicio de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental sin discriminación por la patología que posean.

2.3.4 Estrategias de sensibilización a través de los medios de comunicación

Los medios de comunicación se deben convertir en canales de transmisión de estrategias masivas de información para sensibilizar a las personas sobre la realidad del enfermo mental, sus capacidades y necesidades que faciliten la comprensión de esta condición. Es menester, llegar a las poblaciones con un mensaje claro y oportuno, respecto a la salud mental.

Política pública departamental en Salud Mental: Un aporte al bienestar y la inclusión

EJE 3: ALTERNATIVAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS NIVELES DE PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Para fortalecer los niveles de prevención de la enfermedad es necesario retomar los conceptos de historia natural e historia social de la enfermedad. La historia natural de la enfermedad es el curso que sigue toda enfermedad desde su aparición hasta su resolución, sin que medie la intervención del hombre.



La historia social es la respuesta organizada y sistemática que los grupos sociales han diseñado históricamente para enfrentar la enfermedad en cada una de las etapas de la historia natural; pre patogénica, patogénica y de resolución, a partir del reconocimiento de la red de relaciones de interdependencia entre los elementos de naturaleza biológica, ambiental, social, económica y cultural, donde se desarrolla la vida de los seres humanos, con el propósito de responder oportunamente a la agresión de la enfermedad y evitar que el daño a la salud siga en aumento.

La implementación del conjunto de acciones determinadas por cada nivel de prevención es de responsabilidad compartida entre los individuos, los grupos sociales y todos y cada uno de los sectores de la sociedad; educación, trabajo, justicia, economía, salud, vivienda, recreación, infraestructura vial y de comunicaciones, producción y disponibilidad de alimentos, entre otras y que se operacionalizan como el conjunto de recursos, técnicos, científicos y financieros destinados a controlar los riesgos y determinantes de la salud en contextos particulares.

Son tres, los niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria, los cuales para esta política se constituyen en las líneas estratégicas de este eje.

Líneas Estratégicas y Líneas de Acción

3.1 Nivel de prevención primaria

Actúa en el periodo pre patogénico. Su propósito es mantener la salud y evitar la aparición de la enfermedad.

3.1.1 Mantenimiento de la Salud Mental

3.1.2 Prevención de la Enfermedad Mental

3. 2 Nivel de prevención secundaria

Actúa en el período patogénico. Su propósito es realizar un diagnóstico y un tratamiento oportuno y adecuado de las enfermedades, para lo cual se requiere disponer de las capacidades técnicas y científicas suficientes y calidad en todos los niveles de atención en salud.

3.2.1 Diagnóstico oportuno y adecuado

3.2.2 Tratamiento oportuno y adecuado

3.3 Nivel de prevención terciaria

Sus acciones se despliegan cuando las medidas precedentes no han logrado sus propósitos, bien por las características de la enfermedad o porque las acciones implementadas no fueron exitosas. Este nivel de prevención tiene dos propósitos; a) contribuir a la limitación del daño causado por la enfermedad en los órganos y sistemas afectados y b) contribuir a la rehabilitación física y mental y a la readaptación de las personas a su medio habitual.

3.3.1 Rehabilitación basada en la comunidad

3.3.1 Limitación del daño

3. 4 Fortalecimiento de la capacidad técnica y científica para atender el proceso salud-enfermedad mental en los municipios

El propósito de esta línea es garantizar que la prestación de los servicios de salud mental en los municipios se ajuste a los dispuesto en la normatividad vigente, (Resolución 2003 de 2014) en lo relacionado a la Capacidad Técnico-Administrativa, la Suficiencia Patrimonial y

Financiera y la Capacidad Tecnológica y Científica necesarias para la calidad e integralidad de los servicios de salud mental y ley 1616 de 2013.

En particular esta línea pretende que el talento humano en salud sea el idóneo para atender el proceso salud-enfermedad mental y que esté localizado en los municipios de acuerdo a las condiciones epidemiológicas. También se incluyen aquí las demandas de talento humano calificado para la implementación de estrategias de información, educación y comunicación en salud, IEC, tales como comunicadores sociales, educadores, diseñadores, publicistas, como actores fundamentales de los equipos de salud.

3.4.1 Capacidad Técnica

Mejorar la infraestructura de acuerdo a la normatividad establecida, así como también mejorar la conectividad y el acceso a Tecnologías de la Información y la Comunicación -TIC-

Mejorar, mantener e implementar un sistema de información departamental que dé cuenta del comportamiento de los indicadores del bienestar humano y social y de la gestión departamental.

3.4.2 Capacidad Científica

Se debe contar con talento humano cualificado para la atención de la salud y la enfermedad mental y que posean capacidades en el uso de las TIC.

Se debe favorecer el diálogo cultural entre diversos sistemas médicos y cabezas médicas.

3.4.3. Capacidad de respuesta comunitaria

Incrementar la capacidad de respuesta del cuidador familiar y comunitario que atiende al enfermo mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

E.Hidalgo, A. Faúndez, V. Valdivia, G. Bisbicus, D. Romero. (2014) *Análisis de la situación de la infancia y la adolescencia en Colombia*. 2010-2014. UNICEF-Colombia. Recuperado de: [http:// unicef.org.co/sitan/assets/pdf/sitan.pdf](http://unicef.org/co/sitan/assets/pdf/sitan.pdf)

Ev Manderscheid RW, Ry CD, Freeman EJ, McKnight-Eily LR, Dhingra S, Strine TW (2010) “Evolución de las de nociones de enfermedad y salud mental”. En: *Preventing Chronic Disease*. 7(1):A19. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/> https://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jan/09_0124_es.htm

Galtung, Johan (1998) *Tras la violencia, 3R: Reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*. Bilbao: Gernika Gogoratzu.

Giraldo C, Vásquez C. (2012) *La metacognición de la estrella*. Tesis de maestría. Manizales: Universidad Católica de Manizales.

Gobernación de Caldas (2017). *Plan de desarrollo departamental PPD 2016-2019*. Recuperado de: www.gobernaciondecaldas.gov.co

Molina-Valencia, Nelson (2006). *Psicología Política, resistencia y democracia. La resistencia comunitaria y la transformación del conflicto*. Buenos Aires: Ed. Proa XXI.

Observatorio de Drogas de Colombia. (2016) *Situación del consumo de drogas. Observatorio de drogas de Colombia*. Recuperado de: <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/situacion-consumo>

Organización Mundial de la Salud (2005). *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*. España: Editores Médicos S.A.

_____ (2013) *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: Suiza.

_____ (2013). *Salud mental un estado de bienestar*. Recuperado de: http://www.who.int/features/factsheets/mental_health/es/

_____ (2014). *Promoción de la salud mental. Conceptos. Evidencia emergente. Práctica*. Ginebra: Suiza. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Posada, José A. (2013) “La salud mental en Colombia”. En: *Biomédica*. Vol. 33, No. 4, Diciembre, 2013. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v33n4/v33n4a01.pdf>

Presidencia de la República de Colombia. (2013) *Ley de salud mental*. Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

- Salaverry O. (2013) “La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental”. En: *Revista Peruana de Medicina experimental y Salud Pública*. Vol. 29, No. 1. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>
- Sen, Amartya. (1998) “Capacidad y Bienestar”, p. 588. En: Martha C. Nussbaum y Amartya Sen (compiladores), *La Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Thompson, J. (1998). *Los media y la modernidad*. Barcelona: Paidós.
- UNESCO (2008). *Convivencia democrática, inclusión y cultura de paz: Lecciones desde la práctica educativa innovadora en América Latina*. Santiago de Chile: Pehuén Editores.

Este libro se terminó de imprimir en
2017 en los talleres gráficos de Matiz
Taller Editorial S.A.

Manizales, Colombia



SECRETARÍA DE
INTEGRACIÓN Y
DESARROLLO SOCIAL



SECRETARÍA DE
GOBIERNO



ISBN: 978-958-6730-62-0



9 789588 730820