

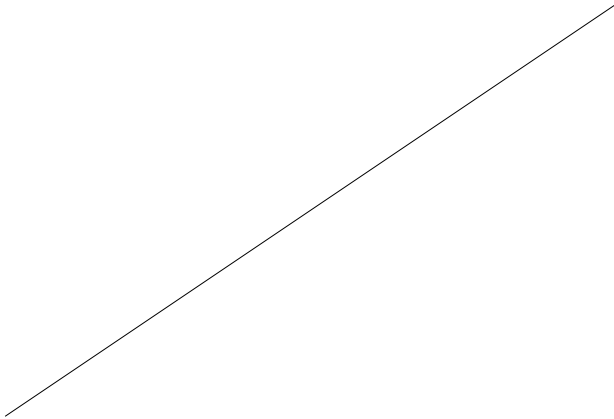
Salud mental en Caldas

Construyendo territorios para
el bienestar y la inclusión

Diana Patricia Jaramillo Ortegón
Eugenia Nieto Murillo
Lorena Patricia Delgado Enríquez
Jessica Valeria Sánchez
Claudia Liliana Giraldo Henao

Salud mental en Caldas

Construyendo territorios para
el bienestar y la inclusión



Catalogación en la fuente

Jaramillo Ortegón, Diana Patricia

Salud mental en Caldas. Construyendo territorios para el bienestar y la inclusión / Diana Patricia Jaramillo Ortegón [y otros cuatro]; editado por Laura V. Obando Alzate. - Manizales: UAM, 2024

122 páginas: tablas, gráficas a color (Colección: Desarrollo, Región y Paz. Investigación)

ISBN impreso: 978-958-5558-55-7 ISBN electrónico: 978-958-5558-56-4

1. Salud mental -- Investigaciones -- Caldas. 2. Salud mental -- Aspectos sociales -- Caldas. 3. Enfermedades mentales -- Caldas. 4. Política pública. 5. Psicopatología. 6. Inclusión social

I. Nieto Murillo, Eugenia, autora. II. Delgado Enríquez, Lorena Patricia, autora. III. Valeria Sánchez, Jessica, autora. IV. Giraldo Henao, Claudia Liliana, autora. V. Obando Alzate, Laura V., editora.

UAM 362.2J371
Fuente: Biblioteca UAM

CO-MaBABC

© Editorial UAM- Universidad Autónoma de Manizales
Antigua Estación del Ferrocarril
Correo electrónico: editorial@autonoma.edu.co
Teléfono: +57 (6) 8727272 ext. 414
Manizales-Colombia

Miembro de la Asociación de Editoriales Universitarias de Colombia,
ASEUC

Título: Salud mental en Caldas. Construyendo territorios para el bienestar y la inclusión
Colección: Investigación
Línea: Desarrollo, región y paz
Serie: Libros

Autoras: Diana Patricia Jaramillo Ortegón / Eugenia Nieto Murillo / Lorena Patricia Delgado Enríquez/ Jessica Valeria Sánchez / Claudia Liliana Giraldo Henao

Correos electrónicos: djaramillo@autonoma.edu.co / eunietom@gmail.com / lorenadelgadoenriquez@gmail.com / jsanchez@umanizales.edu.co / claudialgiraldo@gmail.com

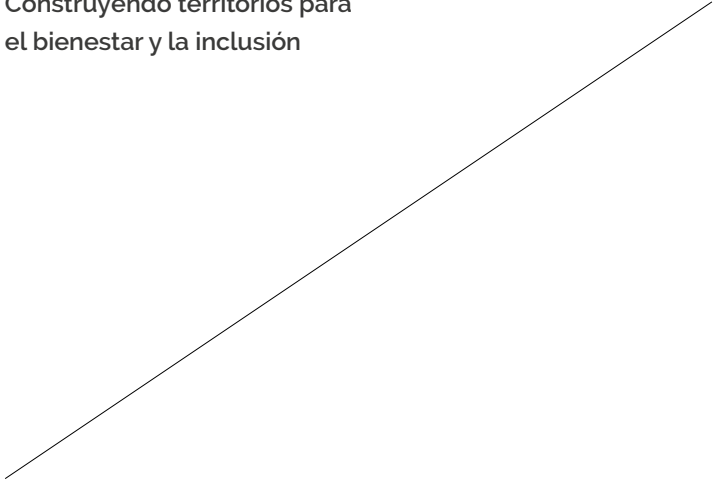
Manizales, julio de 2024
ISBN impreso: 978-958-5558-55-7
ISBN electrónico: 978-958-5558-56-4

Edición y coordinación editorial: Laura V. Obando Alzate
Corrección gramatical y de estilo: Luis David Obando López
Diseño y Diagramación: Sebastián López Ubaque
Fotografías: freepik.com

Comité Editorial: Iván Escobar Escobar, Vicerrector Académico UAM. María del Carmen Vergara Quintero *PhD.*, Coordinadora Unidad de Investigación. Bellazmín Arenas Quintana *Mg.*, Coordinadora Unidad de Proyección. Luz Ángela Velasco Escobar *Mg.*, Coordinadora Unidad Enseñanza-Aprendizaje. Laura V. Obando Alzate, Editora y Coordinadora Editorial UAM. Brenda Yuliana Herrera Serna *PhD.*, representante Facultad de Salud. Juan David Correa Granada *PhD.*, representante Facultad de Ingenierías. Mónica Naranjo Ruiz *Mg.*, representante Facultad de Estudios Sociales y Empresariales. Angélica María Rodríguez Ortiz *Ph.D.*, Editora revista *Ánfora*. Luisa Fernanda Buitrago Ramírez *Mg.*, Directora revista *Araña que Teje*. Gloria Cecilia Córdoba Córdoba, Coordinadora Biblioteca. Diana Marcela Sánchez Orozco, representante Vicerrectoría Administrativa y Financiera. Diego Fernando Noreña Vélez, Asistente Editorial UAM.

Salud mental en Caldas

Construyendo territorios para
el bienestar y la inclusión



Diana Patricia Jaramillo Ortegón
Eugenia Nieto Murillo
Lorena Patricia Delgado Enríquez
Jessica Valeria Sánchez
Claudia Liliana Giraldo Henao

CONTENIDO

<i>Introducción</i>	13
<i>La salud mental: una perspectiva teórica</i>	19
Evolución histórica del concepto salud / enfermedad	21
Organizaciones internacionales y normatividad en salud mental	24
Salud mental en Colombia	26
Determinantes sociales de la salud	28
Eventos en salud mental	30
Políticas públicas para la salud mental en Colombia	37
<i>Metodología</i>	41
Etapa 1: Aprestamiento	46
Etapa 2: Diagnóstico situacional	47
Registros analíticos especializados (RAE)	47
Talleres participativos	47
Entrevista abierta semiestructurada	50
Grupos focales	51
Etapa 3: Definición de lineamientos de política pública	52
Sistematización de la información	52
Análisis de datos	52
Definición de lineamientos de política pública	53
Etapa 4: Socialización	54
Productos	55
Espacios de participación ciudadana	57

Consideraciones éticas	58
<i>Resultados</i>	<i>59</i>
Una descripción e interpretación de la salud mental en el departamento de Caldas	61
Categorías descriptivas	66
Categorías interpretativas	72
Cultura del bienestar. Repensar el concepto de bienestar desde sus dimensiones objetiva y subjetiva	73
Una comunidad entre el bienestar y el malestar. Relación entre los ideales y las oportunidades de las comunidades	75
El silencio en la era de los <i>mass media</i> y las TIC. Convivencia cotidiana mediada por la tecnología, con pérdida de las relaciones interpersonales cercanas y el contacto físico	75
El Estado frente a la comunidad	77
Política pública departamental en salud mental: un aporte al bienestar y la inclusión 2018 - 2028	79
Principios de la política	79
Objetivos	81
Enfoques de la política pública	81
Ejes, líneas estratégicas y líneas de acción	88
Medida de adopción de la política pública	96
<i>Conclusiones</i>	<i>99</i>
<i>Referencias</i>	<i>105</i>

Índice de Figuras

Figura 1. DSS según la OMS	29
Figura 2. Retos para la ejecución de políticas públicas en torno a la Ley 1616 de 2013	38
Figura 3. Proceso iterativo en el desarrollo del proyecto	46
Figura 4. Fases para el análisis de datos	52
Figura 5. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud	66
Figura 6. Principales causas de afectación de las dinámicas familiares	72
Figura 7. Cambios clave para transformar la salud mental para todos	80

Índice de imágenes

Imagen 1. Carátula de la cartilla.	56
Imagen 2. Portada del Decreto 0188 de 2018	99

Índice de tablas

Tabla 1. Evolución del concepto salud mental a lo largo de la historia	23
Tabla 2. Normatividad e informes relevantes en salud mental	25
Tabla 3. Factores de riesgo de intento suicida según la edad	27
Tabla 4. Trastornos mentales prevalentes en los colombianos tras la pandemia	36
Tabla 5. Consolidado de informantes clave	48
Tabla 6. Expertos entrevistados	50
Tabla 7. Grupos focales	51
Tabla 8. Categorización	64
Tabla 9. Factores personales y socioculturales de salud mental y consumo de SPA	73
Tabla 10. Principales enfermedades mentales por grupo poblacional en el departamento de Caldas	74
Tabla 11. Ejes, líneas estratégicas y planes de acción de la política pública en salud mental	90

INTRODUCCIÓN



El departamento de Caldas responde con un ejercicio de posicionamiento de la salud mental en la agenda pública, un tema de vital importancia para el bienestar de todos los caldenses. Algunos datos en el ámbito internacional evidencian que los trastornos mentales, unidos a otros fenómenos psicosociales, representan una importante y significativa parte de la morbilidad que se atiende en los centros de atención primaria; en la región de las Américas representan el 22,4% de la carga general de enfermedad. Se sabe además que es un problema de atención durante todo el curso de vida, ya que la mayoría de los trastornos mentales severos comienzan durante la niñez y la adolescencia, pero tienen una importante tendencia al incremento a lo largo del curso de vida (Rodríguez, 2010).

Según la encuesta nacional de salud mental (Minsalud, 2015), los trastornos mentales prevalentes en la población colombiana son la ansiedad y la depresión, presentes en todos los grupos etáreos que van desde los 7 años hasta la población de 45 años y más. En Colombia es elevada la tasa de defunción relacionada con los trastornos mentales, con un promedio de 119 muertes al año. Según el DANE se registraron 1069 defunciones por trastornos mentales y del comportamiento entre 2005 y 2013 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE–, 2015).

Es importante también resaltar que cuando se refiere a la salud mental, su comprensión no se debe restringir al tratamiento de las patologías mentales. Por lo tanto, se requiere de atención en todos los demás factores de orden psicosocial; esto es, las condiciones de vida, de relacionamiento, de convivencia serán factores condicionantes o protectores de la salud mental de un individuo. Tal es el caso, que fenómenos como las violencias (en plural, para reconocer las distintas manifestaciones) y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se constituyen en los principales eventos en salud mental.

La relación entre el consumo de SPA y los trastornos mentales se encuentra documentada por la evidencia clínica. Según información extraída de la bodega de datos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) (Minsalud, 2015), el porcentaje de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas

ha tenido una tendencia al incremento desde el año 2009 de 0,08% para un total de 0,145%. En 2015 en Colombia se atendieron 4 personas con trastornos mentales y del comportamiento por cada 100 que consultaron a los servicios de salud; esta proporción viene creciendo año tras año desde 2009 (línea de base de la bodega de datos, SISPRO). Los porcentajes variaron de 0,45% en Vichada, 5,08% en Quindío, 5,43% en Cartagena, 5,89% en Risaralda, hasta 7,41% en Caldas. De las 37 entidades territoriales analizadas, 10 (27%) tienen un porcentaje más alto que el indicador nacional; estas diferencias relativas no son estadísticamente significativas, pero deben tenerse en cuenta.

A pesar del notorio interés internacional sobre el tema, todavía hay algunos países de la región de las Américas donde el presupuesto dedicado a la salud mental no excede el 1% del presupuesto general de salud. Lo más preocupante es que más del 90% se destina a hospitales psiquiátricos; es decir, la estructura del gasto no responde a los nuevos modelos de atención, que buscan tener mayores capacidades de intervenir integralmente la salud, con un despliegue importante de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en salud mental (Rodríguez, 2010).

Partiendo del entendido de que los problemas relacionados con la salud mental son variados y multicausales, se esperan medidas de prevención y atención diseñadas en este sentido. Es así como los entes territoriales del departamento de Caldas, específicamente la Gobernación con sus secretarías de Integración y Desarrollo Social, de Gobierno y de Educación, en unión con la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC), manifiestan el interés de develar y comprender la situación del departamento en torno a la salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

Esto dio paso a plantear la investigación titulada *Lineamientos y elementos que debe considerar la Administración Departamental en la consolidación de una política pública en Salud Mental*, llevada a cabo entre mayo de 2016 y abril de 2017, y cuyo objetivo principal fue construir colectivamente los lineamientos de la Política Pública Departamental en Salud Mental con énfasis en la disminución de la oferta y la demanda de sustancias psicoactivas; para ello se 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.

La construcción de los lineamientos de política pública se fundamentó en el marco de comprensión sistémica que propone la Atención Primaria Social (APS), haciendo hincapié en conceptos de bienestar y la relevancia que tiene la comprensión de los impactos sociales sobre los modos de vida en los ámbitos personal, familiar, comunitario, cultural y socioeconómico, articulados en la propuesta de los determinantes sociales, que ve a los individuos, la familia y la comunidad como núcleo central de intervención, pero al mismo tiempo con gran potencial de fortalecimiento. A partir de esta propuesta, la administración departamental adoptó la Política Pública Social de Salud Mental: un aporte al bienestar y a la inclusión 2018-2028 en el departamento de Caldas, a través del Decreto No. 01 88 del 2018-09-14.

El diseño metodológico del estudio evocó las características propuestas por el enfoque de investigación para la acción y la toma de decisiones (IAD) que plantea un proceso estructurado y ampliamente participativo. De ahí que la investigación se pensó a través de cuatro etapas, a saber: aprestamiento, diagnóstico situacional, definición de lineamientos de política pública y socialización.

Este libro se presenta como resultado de la investigación ya mencionada. Los dos primeros capítulos: 1. “La salud mental: una perspectiva teórica” y 2. “Metodología” del estudio, atienden a los intereses de las comunidades académicas preocupadas por el estudio de la salud mental y las políticas públicas en conexión con procesos participativos orientados a hacer posible la comprensión de los fenómenos sociales. El capítulo 3. “Resultados”, corresponde a los hallazgos del estudio y el principal resultado, que es la política pública diseñada y su medida de adopción. Este capítulo da respuesta especialmente a los intereses de los usuarios del estudio y de los tomadores de decisiones en materia de política pública. Para el cierre se presenta un apartado de conclusiones.

LA SALUD MENTAL:
UNA PERSPECTIVA
TEÓRICA



La definición de los conceptos de salud/enfermedad es paralela a la corriente del tiempo. Desde épocas precristianas hasta la posmodernidad el ser humano ha tratado de hallar respuestas a los fenómenos que ocurren en la mente, y que alteran tanto el funcionamiento en múltiples contextos, como la conducta. A través de la tradición y, en especial de la investigación, se ha identificado que el bienestar y la psicopatología están determinados no solamente por aspectos bioquímicos, sino también por condiciones del entorno. La pobreza, la falta de acceso a alimento y agua potable, la exposición a tóxicos, las vivencias en el marco de la guerra, la violencia de género y otros aspectos psicosociales, constituyen factores de riesgo para la presencia de la psicopatología, generando mayor vulnerabilidad en quienes se exponen a ellos en algún momento de su ciclo vital e incluso a lo largo de su vida.

La preocupación de los Estados u otras organizaciones encargadas de vigilar e intervenir los aspectos relacionados con la salud incluye también la perpetuidad de los determinantes psicosociales en sociedades enteras. Se ha observado, por ejemplo, que factores como la pobreza y la violencia continúan como espirales en familias y comunidades, generando una mayor brecha socioeconómica y un creciente riesgo de vulnerabilidad a la psicopatología.

Teniendo en cuenta lo anterior, la presente revisión busca establecer la relación entre la salud/enfermedad y los determinantes psicosociales asociados a ellas, así como un abordaje desde la política pública, en aras de unir esfuerzos para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) propuestos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y mejorar la calidad de vida de individuos y grupos.

Evolución histórica del concepto salud / enfermedad

El marco de referencia para entender la evolución histórica del proceso al que se denomina salud/enfermedad mental comparte los mismos modelos explicativos de la salud general. De manera convergente a como se planteó en líneas anteriores, Cardona (2001) afirma que la definición

del concepto de salud está ligado a una época y a un contexto determinados, así como a las representaciones sociales de quienes viven dicho momento histórico. Inicialmente el ser humano, ante la ausencia de explicaciones objetivas para estos fenómenos, atribuyó a fuerzas sobrenaturales la responsabilidad de lo que consideró salud y enfermedad. Estas explicaciones fueron cambiando a medida que se producían nuevo conocimiento y avances técnicos. Aquí se hace referencia a tres momentos históricos y sus conceptos de salud y enfermedad, a partir de la revisión realizada por Vergara (2007), según la cual los grandes hitos en la evolución de estos conceptos se pueden agrupar así: concepción tradicional, concepción moderna y concepción posmoderna.

En la concepción tradicional se alude al modelo mágico/religioso que orienta las creencias y prácticas en salud. Quevedo (1993) explica que a partir de este modelo se consideraba que la presencia de salud/enfermedad era subyacente a las bendiciones o a las maldiciones de los dioses de los pueblos, quienes se encargaban de maldecir mediante plagas o bendecir con salud y bienestar, mientras que sus mensajeros, los brujos o hechiceros, estaban autorizados por las deidades para hacer uso de su poder y de su conocimiento de las plantas en aras de curar. Según el mismo autor, esta tendencia del modelo mágico/religioso fue desapareciendo con la propuesta de Hipócrates, quien introdujo la idea de no atribuir a fuerza sobrenaturales o a deidades el poder para actuar sobre la salud/enfermedad de los seres humanos.

En la Edad Moderna la concepción naturalista se reforzó con la llegada del microscopio, que permitió profundizar en los aspectos biológicos de la enfermedad. Como lo menciona Vélez (1990), esto también coincidió con la Revolución Industrial, así como con los avances técnicos y científicos que introdujeron el estudio de los orígenes de las enfermedades y la participación de factores ambientales, sociales, políticos y económicos, sumados a los nuevos conocimientos respecto a los factores biológicos en relación con la salud.

En la Edad Contemporánea, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) afirma que la salud no se reduce a la ausencia de enfermedad, sino a un estado de bienestar integral, el cual abarca las esferas mental, física y social. Esta misma organización refiere que esta definición fue gradual, comenzando en el siglo XVIII con la Revolución Francesa y extendiéndose hasta el día de hoy. Dicha comprensión de la salud fue formalizada por la OMS en su Acta de Constitución de 1946.

La tendencia actual de comprensión del proceso de salud/enfermedad se dirige hacia un modelo complejo o sistémico. Como lo plantean Cardona, D., & Nieto, E. (2001), la salud también incluye el desarrollo de las capacidades de los sujetos, en la cual convergen sistemas

biológicos y culturales, aunados a las posibilidades para que cada ser se desarrolle en un entorno de libertad, donde pueda realmente coexistir con otros desde múltiples dimensiones.

Respecto a la salud mental Restrepo, D. A., & Jaramillo, J. C. (2012), consideran que, al igual que el concepto global de salud, la salud mental va más allá de la ausencia de psicopatologías, ya que también está ligada a un tiempo y a un contexto histórico, e incluso está enmarcada en las subjetividades de los individuos y en las actitudes sociales. Los autores también consideran que la definición de lo que constituye salud/enfermedad mental incluye el ajuste o el desajuste del sujeto a los parámetros sociales sobre cómo debe procesar la información y cómo debe comportarse.

Así, se presenta un juicio interno y externo acorde a una realidad compartida, que da lugar a tantas definiciones como cosmovisiones que parecen tener en común la necesidad de una sensación egosintónica de armonía con la naturaleza. En la Tabla 1 se puede apreciar la evolución histórica del concepto salud mental desde diferentes autores.

Autor	Concepto
Cashdan (1973)	En el siglo XVIII se consideraba en múltiples culturas de todo el mundo que la salud mental incluía la ausencia de espíritus malignos en el individuo, los cuales provocaban los desórdenes mentales. Los sujetos recibían desde torturas hasta la muerte.
Compas & Gotlib (2002)	La salud mental era lo contrario a la locura en el siglo XIX. En Estados Unidos quienes se consideraba que estaban ‘locos’ eran encerrados y maltratados.
Strickland (2001)	Hasta mediados del siglo XX, en Estados Unidos se consideraba que la enfermedad mental se centraba en la condición orgánica. Quienes presentaban alguna psicopatología seguían siendo maltratados, aunque se comenzaron a generar beneficios asociados al respeto y al mejoramiento de las intervenciones clínicas.
Adis-Castro et al. (1981)	La salud mental no se limita a la condición orgánica. Hace referencia a la capacidad del sujeto para establecer buenas relaciones con otros individuos y modificar su entorno, así como para satisfacer sus necesidades.
Declaración de Caracas, 1990	La Declaración de Caracas (1990) ajusta el abordaje de la salud mental a la definición de la OMS, enfatizando que, más allá de los contextos clínico y hospitalario, abarca el bienestar en sociedad, enfatizando el deber de los Estados para garantizar la atención psicosocial a la población.

Tabla 1. Evolución del concepto salud mental a lo largo de la historia

Autor	Concepto
Ley 1616 de 2013	Salud mental abarca un estado de dinamismo en el que el sujeto, lejos de ser estático, es activo en su entorno y construye su realidad a través de este, funcionando en múltiples escenarios de su vida y usando sus recursos emocionales y cognitivos para mejorar la sociedad a la que pertenece.
Fried & Fuks (1994)	Los procesos en materia de salud mental se desarrollan desde un modelo sistémico. Bajo esta propuesta, las acciones de promoción y prevención no toman como referente la psicopatología procedente del modelo médico, sino que se extienden a otros contextos, como la familia y la comunidad. De este modo, se genera una comprensión más integradora tanto de la salud mental como de sus escenarios de intervención.
Aguilar (2020)	La salud mental trasciende del modelo sistémico al modelo biocéntrico. Según esta mirada, las intervenciones cobran un valor vivencial, interrelacional e interconectado. Bajo este modelo, todo aspecto del ser humano, como es la salud mental, está mediado por aspectos ligados a la vida misma y al entorno, mientras distintos actores convergen como redes de apoyo.
Agudelo-Hernández & Rojas-Andrade (2021)	La salud mental deja de ser exclusiva de los hospitales, las clínicas y los consultorios. Su abordaje se da también en contextos sociales y comunitarios, en los cuales se identifica la necesidad de diseñar programas y estrategias de intervención que se ajusten a los requerimientos de la población.

Fuente: Elaboración propia a partir de LluchCanut, 2000.

Organizaciones internacionales y normatividad en salud mental

La OMS ha sido el organismo pionero que ha atendido la salud mental, la evolución de su concepto, su vigilancia y su intervención internacional. Otras organizaciones por regiones, como la Comisión Europea, también han mantenido la vigilancia y el control de los factores implicados en la salud mental en su área de actuación.

La Comisión Europea (2021) ha venido haciendo seguimiento a factores tales como la predisposición genética, las comorbilidades con enfermedades médicas, el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), los factores socioeconómicos y las experiencias de la infancia. Mientras en EE. UU. el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, 2021) se encarga de liderar la investigación en torno a los trastornos mentales.

En la agenda pública se han posicionado las discusiones sobre la salud mental, permitiendo la generación de normas internacionales y de informes claros, apoyados en cifras y en las realidades de las comunidades, para incidir en las políticas de cada país. La Tabla 2 refiere algunos de ellos.

Organización	Normatividad
OMS (2001)	Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Abarca un panorama general sobre la salud mental a escala global.
OMS (2002)	Salud mental: respuesta al llamamiento a favor de la acción. En este informe se presentan los costos que implica la enfermedad mental y se hace un llamado a la intervención.
Comisión de las -Comunidades Europeas (2005)	Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Se hace énfasis en la salud mental como capital de los seres humanos y en la importancia de diseñar estrategias para la prevención de la psicopatología.
European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP, 2010)	Declaración de Edimburgo sobre la promoción de la salud mental y el bienestar en el trabajo. A través de ella los países miembros se comprometen a garantizar condiciones óptimas de salud mental para sus ciudadanos en contextos laborales.
OMS (2020)	Atlas de la Salud Mental, desarrollado por la OMS desde el año 2000. Compila datos de diferentes países en materia de políticas públicas, financiación, inversión en recursos humanos y otros aspectos asociados a la evaluación y la intervención en salud mental.

Tabla 2.
Normatividad e informes relevantes en salud mental

Estas son algunas evidencias del interés de las autoridades sanitarias, la academia y los Estados por identificar e intervenir las situaciones en materia de salud mental de las poblaciones, favoreciendo las intervenciones orientadas a mejorarla.

En América Latina, el Ministerio de Salud de Chile (2021) ha identificado que, al igual que en los países industrializados y en otros lugares del mundo, la salud mental ha adquirido una amplia relevancia en la formulación de nuevas normatividades. Según este organismo, esto se debe a la relación tan importante que se ha logrado establecer entre las buenas condiciones de salud mental y el funcionamiento del individuo en los distintos escenarios de su vida.

Salud mental en Colombia

En su artículo 3º, la Ley 1616 (Congreso de la República, 2013) considera que la salud mental en Colombia es un derecho fundamental, por lo que es una prioridad del Estado y una prioridad en materia de salud pública. Esta Ley también contempla la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mental, así como el ejercicio de la actividad asociada a los profesionales de la salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2013) diseñó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual constituye una política de Estado que orienta la intervención en salud para los nacionales y residentes en el país. En este documento se destina un apartado dirigido exclusivamente a la salud mental y a la convivencia social.

En el PDSP 2012-2021, el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud, 2013) indica que los principales desafíos prioritarios para ciudadanos y actores sociales en salud mental están en Bogotá y Cundinamarca, y en las regiones del Pacífico, Central y Oriental. El consumo de SPA es priorizado en Bogotá y Cundinamarca, al igual que en el Pacífico y en las regiones Central, Amazonia, Orinoquia y Oriental. La violencia social y los suicidios son priorizados por los ciudadanos y los actores sociales en el Pacífico.

Según el PDSP 2012-2021 la violencia de género, que incluye a mujeres y a miembros de la comunidad LGBTI, es prioritaria en Bogotá y Cundinamarca, así como en las regiones Caribe, Central, Amazonia, Orinoquia y Oriental. La violencia sexual y la explotación infantil son priorizadas en las regiones Caribe, Amazonia y Orinoquia. La convivencia social y las víctimas del conflicto armado son también problemáticas priorizadas en las regiones Central y Oriental. La violencia sexual e intrafamiliar constituyen prioridades de las regiones Caribe y Oriental. De otro lado, la discriminación a las personas con discapacidades y el *bullying* en los centros educativos es prioridad de Bogotá y Cundinamarca. Según estos antecedentes, se observa una heterogeneidad de problemáticas en salud mental y convivencia social, distribuidas a lo ancho del territorio colombiano, que merecen atención del Estado, según su compromiso estipulado en la Ley 1616 de 2013.

Otro de los instrumentos importantes como parte de la normatividad en Colombia es la Política Nacional de Salud Mental, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social (2018). En este documento se define al problema mental como aquella condición en la que el individuo presenta un malestar tan importante que altera su interacción con otros y que son el resultado de vivencias, pero que no son tan graves como para tornarse en un trastorno mental.

En cuanto a este último, este mismo documento toma la definición de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), según el cual el trastorno mental es un síndrome que genera un deterioro clínicamente significativo de la funcionalidad del individuo en su vida cotidiana y que está mediado por dificultades en la regulación emocional, la cognición y otras alteraciones de los procesos psíquicos y biológicos.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (2018) también afirma en la Política Nacional de Salud Mental que, desde las perspectivas de los ciudadanos, “la salud mental de los colombianos está en relación con tener una adecuada salud física, comer, dormir y descansar bien, así como también disfrutar de tranquilidad, paz y poder ser capaces de superar las dificultades de la vida diaria” (p.9). Dentro de los trastornos y condiciones priorizados por esta política se encuentran la conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas, las violencias y otros aspectos asociados a la convivencia social, así como la epilepsia.

Teniendo en cuenta que el suicidio es una de las problemáticas que más afectan al país, el Gobierno de Colombia diseñó la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia. En el territorio nacional, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila, como se citó en Ministerio de Salud y Protección Social, 2021) reportó 26.719 intentos suicidas y 2.379 suicidios consumados en el año 2020.

Según Minsalud (2021), los factores de riesgo de intento suicida son heterogéneos y acordes a cada ciclo vital y edad. La Tabla 3 contempla los referidos por este organismo del Estado.

Rango de edad en años y/o ciclo vital	Factores de riesgo	Desencadenantes
5 a 14	Antecedentes de enfermedades mentales.	Dificultades en el contexto escolar; maltrato físico, psicológico o sexual.
15 a 19	Ideación suicida.	Conflictos con la pareja o la expareja, dificultades escolares.
Jóvenes y adultos	Ideación suicida persistente, antecedentes de enfermedades mentales.	Conflictos con la pareja o la expareja, dificultades económicas.
Adultos mayores	Antecedentes de enfermedades mentales y presencia de trastornos depresivos.	Coexistencia de enfermedad crónica dolorosa o que genere discapacidad, dificultades económicas.

Tabla 3. Factores de riesgo de intento suicida según la edad

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2021).

La situación de salud mental en Colombia ha presentado cambios importantes debido a la pandemia por covid-19. Según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2021 a), el 41,2% de las personas de 10 a 24 años, entrevistadas en 23 ciudades de Colombia y sus áreas metropolitanas, manifestaron preocupación o nerviosismo durante la época de pandemia por covid-19. Esta misma percepción se presentó en el 39,2% de personas de 25 a 54 años y en el 38,6% de personas mayores de 55 años en estas mismas ciudades.

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística, reportó que en el “primer trimestre de 2021, se han registrado 709 casos de suicidio, de los cuales 585 correspondieron a hombres y 124 a mujeres, mostrando así un aumento con respecto al mismo periodo tanto de 2019 (496 casos) de 2020 (548 casos)” (DANE 2021 b, g. 39).

Respecto al suicidio, el departamento de Caldas es uno de los más afectados, en especial debido al confinamiento y a otras situaciones desencadenadas por la pandemia por covid-19. Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (citado por la Dirección Territorial de Salud de Caldas [DTSC], 2021), este departamento ocupó en el año 2020 los primeros lugares en Colombia, con una tasa de 58 intentos suicidas por cada 100.000 habitantes.

La DTSC (2021) también menciona que entre el 1 de enero de 2021 y hasta el cierre de esta compilación se habían registrado 41 casos de suicidio y 503 intentos, por lo que este organismo incrementó sus acciones para la prevención de estos hechos lamentables en el departamento.

Determinantes sociales de la salud

Para la OMS (citada Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.) los determinantes sociales de la salud (DSS) son “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”.

La Organización Panamericana de la Salud (2009) define los determinantes sociales de la salud (DSS) como las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana.

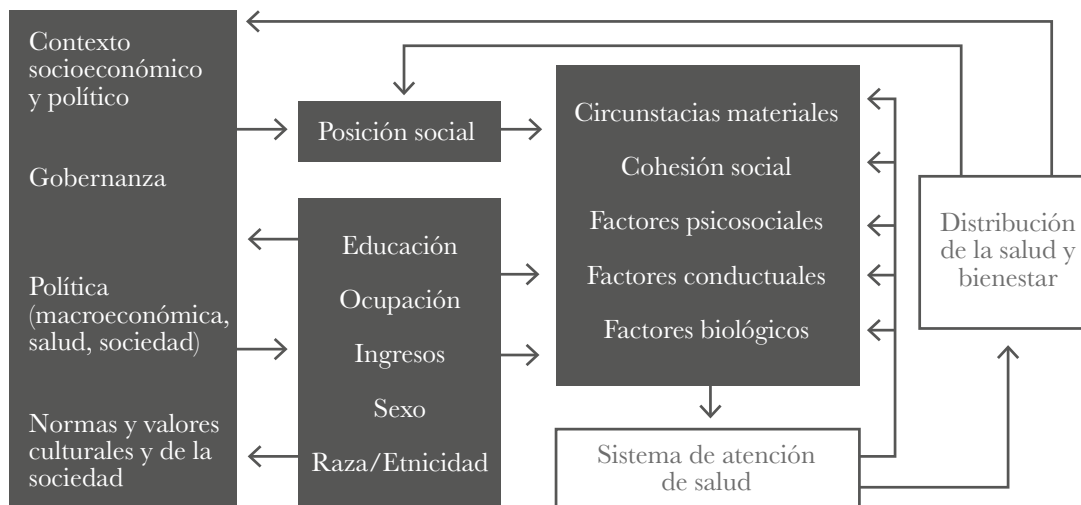


Figura 1. DSS según la OMS

Determinantes sociales de la salud e inequidades en materia de salud



Fuente: OPS (s.f.).

La OMS (2009) también afirma que esto incluye la manera como se distribuyen los recursos, entre ellos el poder, los ingresos, los bienes, los servicios, así como la atención en salud, la educación, las condiciones de trabajo, la vivienda, el ocio y el entorno físico en general del individuo. La Figura 1 ilustra el acceso a estos factores, que se han considerado DSS por la OMS y que comparten sus Estados integrantes.

Según la OMS (2012), en la Conferencia Mundial sobre los DSS celebrada en Río de Janeiro, Brasil, se buscó convocar a los Estados participantes para unir fuerzas en aras de aplicar estrategias y diseñar políticas enfocadas en la reducción de las inequidades sociales y de las barreras de acceso a los servicios sanitarios. En el evento se presentaron avances en la resolución WHA62.1, la cual se enfoca en la reducción de estas problemáticas como aspectos influyentes en los DSS.

Eventos en salud mental

Hablar de la violencia en un país como Colombia es hacer alusión a una problemática que ha prevalecido con el devenir histórico, caracterizado por ser multifactorial, que incluye diferentes escenarios, actores, tipologías y, por ende, con una dinámica cambiante; de ahí que haga parte de los marcos de conocimiento de las Ciencias Sociales y Humanas. Según González Arana, R., & Molineros Guerrero, I. (2010) esto se debe a que “como manifestación humana, la violencia es uno de los fenómenos cotidianos que más contribuyen al deterioro de la calidad de vida del hombre, no importa su contexto social y cultural” (p. 348).

Ante lo complejo de la violencia dada por la confluencia de factores sociales, económicos, políticos y culturales que afectan a personas, grupos y comunidades, este fenómeno no cuenta con una definición específica, lo que permite dejar abierta la opción de seguir ampliando las fronteras del conocimiento en aras de generar aproximaciones respecto a los amplios matices en que se manifiesta.

De acuerdo con dicho autor la investigación de la violencia en Colombia “exige comprensiones disciplinares e interdisciplinares que se complementen, pues finalmente es el ciudadano quien requiere opciones para superar cualquier manifestación de violencia” (p. 352).

A continuación, se abordan de forma breve y descriptiva las violencias que con mayor frecuencia se presentan como eventos de orden psicosocial y que afectan la salud mental en Colombia.

Violencia escolar: la UNESCO confirma que la violencia y el acoso escolares son problemas importantes en todo el mundo. casi uno de cada tres estudiantes (32%) ha sido intimidado por sus compañeros en la escuela al menos una vez en el último mes y una proporción similar se ha visto afectada por la violencia física, según la publicación. La intimidación física es la más frecuente en muchas regiones, con la excepción de Norteamérica y Europa, donde es más común la intimidación psicológica. El acoso sexual es el segundo más común en muchas regiones. La violencia escolar y la intimidación afectan tanto a los alumnos como a las alumnas. El acoso físico es más común entre los niños, mientras que el psicológico es más frecuente entre las niñas. Los niños percibidos de alguna manera como diferentes son más propensos a sufrir intimidaciones (Unesco, 2019).

La Unesco (2023), define la violencia como el uso voluntario de la fuerza física o del poder, sea bajo amenaza o llevándolo a cabo, de manera autoinfligida o heteroinfligida, generando daños físicos, psíquicos, alteraciones mentales, privaciones o incluso la muerte. La violencia escolar

implica llevar a cabo estas acciones en escenarios educativos y/o académicos, donde generalmente la violencia es heteroexpresada y ocasiona daño a otras personas, como los compañeros de clase (Unesco, 2023).

Contreras (2013) advierte que en Colombia el matoneo escolar o *bullying*, concepto adoptado inicialmente en los países escandinavos, constituye una problemática para la cual existe una importante falta de políticas educativas que la intervengan, generándose mayor auge con el uso de las redes sociales virtuales. Según el trabajo realizado por la ONG *Bullying sin fronteras*, BSF, sobre el *bullying* en Colombia, se registró un total de 8.981 casos graves de *bullying* entre 2020 y 2021, cifra que coloca a Colombia como uno de los países con mayor cantidad de casos de acoso escolar en el mundo (*Bullying Sin Fronteras*, 2021).

Lo anterior enciende las alarmas frente a la creación de políticas públicas y estrategias de intervención, no solamente escolares, sino también familiares y sociales. Estas preocupantes cifras revelan que, incluso en época de pandemia, los contextos escolares no se escapan al acoso, por lo que sigue siendo fundamental prestar atención a la población infantil y adolescente que es víctima de este tipo de violencia.

Violencia intrafamiliar: “durante el año 2015 se registraron 26.985 casos de violencia intrafamiliar en Colombia, de los cuales 10.435 casos correspondieron a violencia contra niños, niñas y adolescentes, con una tasa de 67,47 por cada 100.000 habitantes, mencionado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses” (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015, p. 201). Un acto de violencia en múltiples escenarios, lo cual incluye el contexto familiar, implica abusar del poder sobre otro sujeto considerado vulnerable y, en este sentido, quienes llegan a ser las principales víctimas son menores de edad (niños, niñas y adolescentes), mujeres, personas en condición de discapacidad y adultos mayores.

Las cifras anteriores alertan sobre el trato que recibe la población infantil y juvenil en Colombia, teniendo en cuenta que justamente el microsistema familiar constituye el entorno favorecedor por excelencia para los niños, niñas y adolescentes. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) advierte que durante el periodo de cuarentena por covid-19 se incrementaron los casos de violencia intrafamiliar, generando daño psicológico, físico sexual y patrimonial. Según este organismo, situaciones como el estrés psicosocial generaron mayores reacciones y conductas agresivas, afectando la paz y la sana convivencia en las familias colombianas.

Durante el confinamiento por covid-19 se registró un aumento de las cifras de llamadas a la línea de atención contra la violencia. Entre marzo y abril de 2020 el incremento fue del 142%

en relación con el mismo periodo del año anterior, de los cuales más del 90% fueron realizadas por mujeres (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2021). Esto también enciende las alarmas, no solamente respecto a la violencia intrafamiliar, sino a tipos mixtos de violencia, incluyendo la de género.

Violencia sexual: “Por violencia sexual se entiende todo acto que, mediante el uso de la violencia física, psíquica o moral, se ejerce sobre una persona para imponer una conducta sexual en contra de su voluntad” (Fiscalía General de la Nación, s.f., p. 10).

Dentro de los grupos poblacionales que mayores índices de violencia sexual registran en Colombia se encuentran los niños y niñas. Durante el año 2019, 10.689 menores fueron víctimas de violencia sexual en el país (Lancheros, 2020). Sin embargo, la violencia sexual en Colombia no solamente es preocupante en el caso de los menores de edad, sino también en las mujeres, en especial en el marco del conflicto armado. Otros grupos poblacionales también son víctimas frecuentes de abuso sexual, como los hombres y las personas con discapacidad.

Un reducido porcentaje accede a los servicios de salud precisando ayuda por esta causa específica, teniendo en cuenta que los abusos se presentan de diferentes maneras, como en asalto sexual y explotación, generando afectaciones físicas, psíquicas, sociales y familiares (Hurtado, 2011).

Violencia social y delincuencia: Después de El Congo, Colombia es el segundo país del mundo más afectado por la criminalidad (Becerra, 2021). Según este reporte, se ubica por encima de países como Afganistán, Siria e Irán. Solamente en el marco del conflicto armado, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas registra 11.667.074 víctimas, de las cuales 8.176.460 han sido víctimas de desplazamiento forzado (UARIV, 2021).

El conflicto armado en Colombia ha estado presente durante décadas, con distintas manifestaciones de violencia, entre ellas la de tipo social. Esto permite considerar que la violencia y la delincuencia trascienden generaciones. No obstante, no se trata solamente de una cuestión de permanencia en el tiempo, sino también de formas diferentes de violencia social enmarcadas en cuestiones económicas, políticas, de poder geográfico y de contexto histórico (Suárez, s.f.).

Las formas de violencia social y de delincuencia en Colombia son heterogéneas. Estas se asocian tanto a la delincuencia común como a cuestiones políticas y delitos de lesa humanidad en el marco del conflicto armado. Durante la cuarentena por covid-19, en el primer semestre de 2020 se presentó un incremento del 85% en los asesinatos de los líderes sociales en comparación con el mismo periodo de 2019 (Misión de Observación Electoral [MOE], 2020). Aquellas personas

y comunidades que han sido víctimas de algún tipo de violencia tienen más probabilidades de continuar dicha espiral (Bello, 2008).

Violencia de género: El concepto de género es comprendido como un constructo social que permite la construcción de imaginarios, roles, valores, actitudes y representaciones sociales asociados al poder ejercido por lo masculino y lo femenino, así como a otras formas heterogéneas de representarse (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.). Las violencias de género tienen lugar cuando un acto o comportamiento se desarrolla desde las relaciones de poder donde se da prioridad a un género y se subvalora a otro, como es el caso de lo masculino por encima de lo femenino.

En Colombia la Ley 294 (1996) incluye una amplia normatividad sobre la sensibilización, la prevención y la sanción respecto a las diferentes formas de violencia y discriminación contra las mujeres, incluyendo la protección contra los daños físico, psíquico, sexual y patrimonial. Sin embargo, el Observatorio Colombiano de las Mujeres reportó que en los últimos meses del año 2021 se presentó un aumento del 21,2% de las denuncias por violencia contra personas de género femenino en Bogotá, así como en los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca (Suesca, 2021).

En Colombia, las mujeres y las comunidades LGBTI todavía representan minorías en escenarios como la política y la ocupación de cargos directivos. Por ejemplo, en el caso de la cultura política, la MOE (2018) reporta que gran parte de las cuotas en cuanto a candidaturas están dadas en contextos donde el liderazgo político es patriarcal, es decir, es ejercido exclusivamente por hombres, mientras la ausencia de paridad en las listas y la prevalencia de listas abiertas genera un mayor crecimiento de la brecha de género en las campañas electorales. Este tipo de actitudes constituyen formas más sutiles de violencia de género, por lo que las mujeres colombianas, así como las nuevas formas de género que han luchado por sus derechos en la posmodernidad, todavía tienen un largo camino por recorrer y en el cual unirse para procurar el cambio hacia la igualdad.

Desigualdad de oportunidades: Colombia ha llegado a ser el segundo país con mayor desigualdad en América Latina (Bahamón, 2020). Aunado a ello, la desigualdad en el país se mueve en un espectro amplio. Como se mencionó anteriormente, está unida a formas sutiles de violencia, como es el caso de la violencia de género en el ámbito de la participación política. Otros tipos de desigualdad se observan en la economía, la educación, así como en el acceso a servicios públicos, empleabilidad, salud, seguridad, vivienda y otros aspectos necesarios para acceder a una buena calidad de vida.

Aunque las investigaciones respecto a la desigualdad en Colombia se han enfocado en la brecha abierta desde distintas condiciones, últimamente se observa un interés por estudiar este aspecto desde los enfoques educativo y económico (Cuenca, 2016). Respecto a la educación, sigue siendo necesario evaluar la creación de convenios entre instituciones educativas públicas y privadas para garantizar el acceso a la educación de calidad para todos los niños, niñas y adolescentes, procurando la reducción de las desigualdades en este contexto (López, 2017). De este modo, unido a la esfera económica, el objetivo se movería en la ecuación que indica que, a mayor calidad educativa, mayor crecimiento económico, reduciendo la brecha entre ricos y pobres.

Consumo de SPA: la lucha de Colombia contra el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y otras drogas consideradas ilícitas ha sido paralela a la violencia en el marco del conflicto armado, al auge del narcotráfico y a otras problemáticas de tipo social. El Decreto 1844 de 2018 adicionó un nuevo capítulo al Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa, por medio del cual se reglamentó el Código Nacional de Policía y Convivencia respecto a la prohibición de poseer, tener, entregar, distribuir o comercializar cualquier tipo de drogas o sustancias prohibidas. El problema del consumo de SPA en Colombia no se reduce a aquellas sustancias prohibidas por la normatividad vigente, sino a otras legales, pero que afectan la conciencia, la conducta, el control de las emociones y la inhibición de los impulsos.

En su Encuesta Nacional de Consumo de SPA, el DANE (2021 b) reportó que el 84% de los encuestados consumían alcohol, representado en bebidas como cerveza, vino, chicha, licores fuertes; mientras el 33,3% consumían tabaco, representado en cigarrillos, cigarros, pipas, puros u otros tipos. En cuanto a las ciudades con mayor prevalencia, el organismo refiere que Vaupés y Manizales reportaron las cifras más elevadas, con 19,3% y 17,4% de consumo entre los encuestados para los últimos 12 meses, así como 16,9% y 14,7% para los últimos 30 días (DANE, 2021b).

Según el mismo informe, el 8,3% de los entrevistados consume marihuana, el 2,1%, cocaína; el 1,8% usa medicamentos tranquilizantes y el 1,6% utiliza sustancias inhalables. El Ministerio de Justicia y del Derecho refiere que el consumo de SPA en Colombia es una problemática crítica, agregando que la gravedad de la situación no solamente se debe a que cada día más personas consumen, sino también a que el acceso a las sustancias es cada vez mayor (Ministerio de Justicia y del Derecho, s.f.).

Problemas mentales: el Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta lo planteado en la Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10 - CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-V de la Asociación Psiquiátrica Americana, plantea

los problemas mentales como aquellos aspectos que afectan a una persona en cuanto a cómo se siente, lo que piensa, cómo se comporta y cómo se relaciona con los demás. Sin embargo, estos no son suficientes para incluirlos dentro de un trastorno mental específico, pues, aunque son más comunes, son menos severos y persistentes en el tiempo. Ejemplo de ello son la ansiedad, la tristeza, el insomnio, los cambios en el apetito u otros sentimientos y conductas que no alteran de manera significativa la vida social, laboral y cotidiana (Minsalud, 2014).

Trastornos mentales: Un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Suele asociarse a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes. Hay muchos tipos diferentes de trastornos mentales. También se denominan problemas de salud mental, aunque este último término es más amplio y abarca los trastornos mentales, las discapacidades psicosociales y (otros) estados mentales asociados a una angustia considerable, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva. Esta nota descriptiva se centra en los trastornos mentales según se describen en la Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)

Tal como se ha venido presentando en el presente documento y como se aborda más adelante, los trastornos mentales no responden a una sola causa biológica, sino que son el resultado de la interacción de varias circunstancias y factores, en los cuales se intenta especificar a partir de la Clasificación CIE-10 y DSM-V. Los trastornos más prevalentes en el mundo son: depresión unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, Alzheimer y otras demencias, trastornos por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Debido a los cambios generados por la pandemia por covid-19, uno de los aspectos más afectados es la salud mental. El trastorno de estrés postraumático (TEPT), la ansiedad y la depresión han sido las alteraciones que más se han producido tras el confinamiento, por el temor al contagio y la pérdida de seres queridos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). Considerando estas nuevas necesidades, la Tabla 4 describe cada trastorno a partir de los criterios de la APA (2014), referidos en el DSM-5.

Tabla 4. *Trastornos mentales prevalentes en los colombianos tras la pandemia*

Trastorno mental	Características y criterios diagnósticos
TEPT	<p>La persona se expone de manera directa a la situación de riesgo, por ejemplo, a la muerte o a una lesión grave. Se presenta si la persona experimenta el suceso traumático directamente, observa directamente que el suceso les ocurre a otros, tiene conocimiento de que el suceso le ha ocurrido a un ser querido o se expone repetidamente a los detalles que le generan repulsividad respecto al suceso. Ejemplo, personal de socorro.</p> <p>El individuo presencia síntomas intrusivos, tales como recuerdos angustiosos involuntarios y recurrentes, sueños asociados al suceso traumático, síntomas disociativos, malestar psicológico intenso al exponerse a situaciones que le evocan el evento traumático, respuestas fisiológicas exacerbadas, evitación de situaciones que le intensifican el malestar, pensamientos y recuerdos que lo trasladan a la situación vivida, alteraciones cognitivas y emotivas representadas en dificultades para recordar lo sucedido, expectativas negativas frente a sí mismo y al mundo, percepciones distorsionadas de la realidad, miedo, culpa, enojo, reducción del interés por llevar a cabo actividades que antes le agradaban, desapego hacia otros, dificultades constantes para experimentar emociones positivas, alteración del estado de alerta, irritabilidad, furia, agresión, conducta autodestructiva o imprudente, hiperalerta, dificultades de concentración y problemas para dormir o permanecer dormido. Estos criterios se deben cumplir más de un mes, afectar significativamente el funcionamiento del individuo en las áreas de su vida cotidiana y no deben ser consecuencia de los efectos de alguna sustancia o de una enfermedad médica.</p>
Ansiedad	<p>La ansiedad incluye un espectro amplio de manifestaciones, denominadas trastornos de ansiedad. Estos trastornos constituyen alteraciones que comparten entre sí características, como el miedo y la ansiedad exacerbados, al igual que afectaciones comportamentales relacionadas. La ansiedad implica anticiparse ante una amenaza futura e incluye tensión muscular, hipervigilancia respecto al peligro, así como evitación de aquello que se teme. Los trastornos de ansiedad tienen diferencias entre sí. Estas incluyen diferencias entre el tipo de situaciones, sujetos u objetos a los que se teme. Estos trastornos también se diferencian de la emoción natural de miedo al persistir durante periodos de tiempo más largos, por ejemplo, con respuestas excesivas durante seis meses o más, sobrevalorando el peligro y las situaciones que se evitan.</p> <p>Los trastornos de ansiedad se diagnostican únicamente si los síntomas no obedecen a los efectos de alguna sustancia, a una enfermedad médica o a la presencia de otro trastorno mental.</p>
Depresión	<p>La depresión es más que una sola entidad nosológica. Existen diferentes tipos de depresiones, trastornos depresivos. Los trastornos depresivos son comunes: estado de ánimo triste, vacío, irritación, y cambios somáticos y cognitivos. Estos síntomas afectan de manera importante el funcionamiento normal del sujeto.</p>

Fuente: APA (2014).

Nota: Los criterios de TEPT descritos aquí aplican de seis años en adelante. Para niños menores de seis años se deben cumplir otras características y criterios diagnósticos.

Políticas públicas para la salud mental en Colombia

Las políticas públicas se definen como el conjunto de respuestas que el Estado genera ante las necesidades de sus ciudadanos. Son finalmente ellos quienes, mediante su participación, co-crean estrategias y, aunando esfuerzos sociales y gubernamentales, generan las soluciones a sus problemáticas (Salazar, 2012). Lo público y lo político van de la mano, ya que hacen referencia al pueblo, a los ciudadanos, a los habitantes de la *polis* o ciudad.

En materia de salud mental, el Estado debe garantizar el acceso a los servicios mentales a todos sus habitantes. Desde lo normativo, esto está contemplado en la Constitución Política de Colombia (1991), la Ley 1616 de 2013, así como en otros recursos normativos dirigidos a poblaciones concretas, entre ellos la Ley 1098 de 2006, la Ley 1566 de 2012 y la Ley Estatutaria 1618 de 2013.

Teniendo en cuenta la normatividad mencionada, los fundamentos para desarrollar políticas públicas enfocadas en atender las necesidades en salud mental de los colombianos ya están puestos sobre la mesa. El salto significativo implica la aplicación de dichas políticas. Enfatizando la Ley 1616 de 2013, se considera fundamental y oportuno que exista claridad respecto a cada actor implicado, procurando conocer a los ciudadanos para generar acciones participativas que faciliten su uso, ejercicio y avance en sus retos.

En la Figura 2 se presentan los retos para la gestión de la salud mental en Colombia con base en la Ley 1616 de 2013, unidos a los actores involucrados, los aspectos normativos y otros factores asociados al enlace con cada política pública en el marco de la atención integral en salud mental.

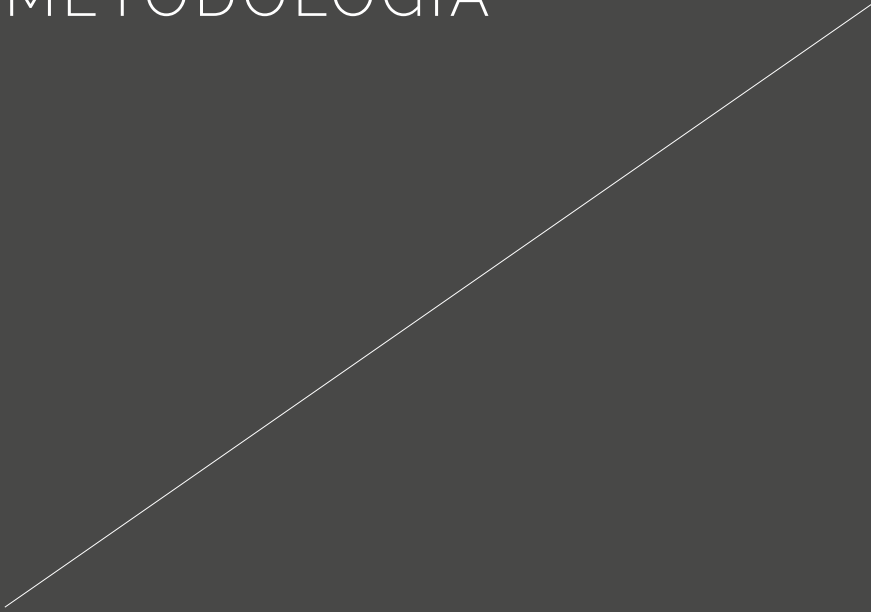
Figura 2. Retos para la ejecución de políticas públicas en torno a la Ley 1616 de 2013



La unión entre la normatividad mencionada y el conocimiento por parte de los ciudadanos de la política pública podría implicar un mayor ejercicio de sus derechos y un acceso más significativo a los servicios que les garantiza el Estado. Según los ODS propuestos por la ONU, las metas a futuro implican el cierre de brechas sociales y el acceso a servicios educativos y sanitarios de todas las personas.

En conclusión, cada pieza hace parte de un conjunto de engranajes, los cuales representan los movimientos realizados por Estado-Sociedad, en aras de fortalecer las capacidades, habilidades y potencialidades de las generaciones presentes y futuras para un mayor bienestar individual y común.

METODOLOGÍA



Este capítulo presenta el diseño metodológico del proyecto de investigación, que incluye el modelo conceptual utilizado para la formulación de políticas públicas y el proceso metodológico llevado a cabo para su formulación.

Para la formulación de la política pública se han propuesto dos modelos que vinculan el proceso de decisión política y su ejecución (Roth, 2002): el modelo *Top Down* y el modelo *Bottom Up*. El modelo *Top Down* se remite a un ideal administrativo que se desarrolla de arriba-abajo; en este, la primacía de la autoridad, la distinción entre el universo político y administrativo, y la búsqueda de la eficiencia son los ejes centrales, según lo planteado por Menry y Thoenin (1992). Bajo este modelo la formulación de políticas públicas se fundamenta en la perspectiva de una administración racional, que va dirigida del orden nacional hacia el local.

La presente investigación recurrió al modelo *Bottom Up*, en el cual las políticas públicas se implementan a partir de las perspectivas de organizaciones y actores encargados de ejecutarlas (Hasenfeld, 1991), articuladas a procesos de decisión política y ejecución en los que inicialmente se deben identificar necesidades y problemáticas y, a partir de ellas, proponer la política pública con procedimientos que tienen un orden ascendente. En este sentido, las acciones establecidas en las políticas públicas parten de la posibilidad de activación de las redes locales puestas en marcha hacia la acción pública.

La decisión de plantear el modelo *Bottom Up* para esta investigación se toma a partir de la ausencia (en el 2016) de una política pública nacional que dé directrices respecto al enfoque del problema público y las alternativas para su atención. El modelo *Bottom Up* sugiere que el análisis y las líneas de acción de la política deben surgir de un diagnóstico regional que permita formular propuestas de intervención acordes a las características de la población caldense.

Para su desarrollo se implementó un enfoque investigativo denominado investigación para la acción y la toma de decisiones (IAD), que contempla pasos estructurados que permiten realizar investigaciones cuyos resultados sirven tanto a entidades públicas como privadas a la sociedad civil para tomar decisiones informadas. Este enfoque investigativo fue transferido a la Universidad Autónoma de Manizales a partir de un convenio de cooperación con el Centro de Desarrollo

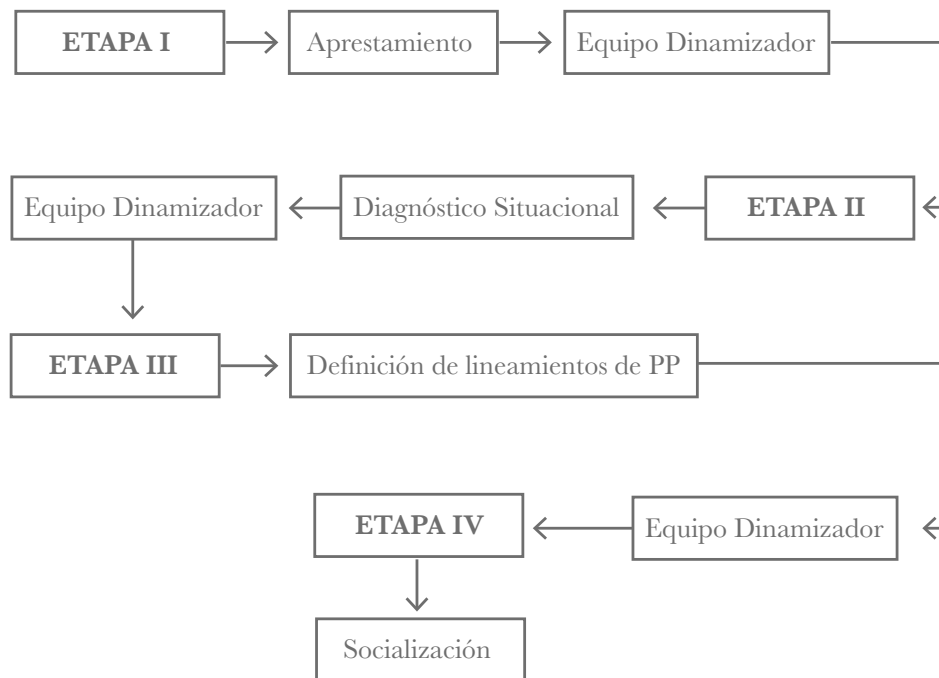
Rural (SLE) de la Universidad de Humboldt de Berlín, que cuenta con una trayectoria de más de 50 años en estudios de este tipo. Las características principales del enfoque IAD son:

1. **Investigación encomendada por demandantes:** las temáticas sobre las que se desarrolla la investigación se definen según las necesidades de una organización (pública, privada o de la sociedad civil).
2. **Aplicabilidad y uso de los productos:** el IAD se enfoca en el uso de los resultados, los cuales pueden ir desde el diseño hasta la reformulación o ampliación de programas, políticas o estrategias. El desafío del enfoque IAD es llegar a recomendaciones realistas para que se apliquen.
3. **Interdisciplinariedad y trabajo en equipo:** esto exige que el equipo investigador sea integrado por diferentes perfiles disciplinares y que, además, sea formado y cohesionado en diversas técnicas de trabajo en equipo.
4. **Concentración de recursos:** al ser investigaciones encomendadas por un demandante, el enfoque IAD puede enfrentar limitación en tiempo y recursos económicos y humanos. Esta situación se convierte en una fortaleza, pues obliga a que sea un estudio intensivo, correctamente planificado, con una priorización de objetivos y aplicación de métodos e instrumentos viables.
5. **El proceso metodológico estructurado:** gestión y clarificación del estudio, conformación y formación del equipo, definición del contenido, selección y preparación de los métodos, interfase entre la preparación y el trabajo de campo, trabajo de campo, análisis de datos empíricos, elaboración de conclusiones, recomendaciones e informe final, socialización de resultados, evaluación y sistematización de experiencias.
6. **Iteración y comunicación:** es posible regresar a pasos anteriores para reconfigurar, delimitar o esclarecer el proceso investigativo. Estas iteraciones deben ser comunicadas al demandante. De esta forma se mantiene la transparencia y validación constante de los avances.

7. **Pluralismo metodológico y enfoque participativo:** dependiendo del tema, este enfoque recomienda el diseño de una mezcla adecuada de métodos que permita el análisis del problema desde diferentes perspectivas. Será una característica ideal el uso de enfoques o herramientas participativas que capten los intereses de la población meta.
8. **Consideraciones éticas:** cada investigación es una intervención en sistemas culturales, morales o sociales existentes, lo que implica tener claridad acerca de posibles impactos negativos o no esperados. Aplicar el concepto de “acción sin daño” es tan importante como respetar acuerdos de confidencialidad que no vulneren la ética profesional y/u organizacional.
9. **Publicación y divulgación de resultados:** el enfoque pretende contribuir a un debate amplio y crítico en temas de desarrollo; por tanto, los resultados deben ser regresados tanto a las comunidades informantes como a la comunidad en general, bajo diferentes formatos y medios de divulgación (digitales, visuales, auditivos). (Grundmann, 2017).

Para la puesta en marcha de la investigación se definieron cuatro etapas a partir de un proceso iterativo, tratando de mantener el principio de participación propio de las investigaciones relacionadas con políticas públicas, desde el modelo *Bottom Up*. Como se muestra en la Figura 3, lo que se busca con el proceso iterativo es vincular durante cada paso del proceso investigativo a los actores clave dentro de la temática. Para los fines de esta investigación se conformó un grupo que recibirá la denominación de *equipo dinamizador*, integrado por representantes de las distintas instituciones que trabajan en temas relacionados con la salud mental en el departamento de Caldas.

Figura 3.
Proceso iterativo en el desarrollo del proyecto



A continuación, se explica cada una de las etapas en las que se desarrolló el proceso investigativo:

Etapa 1: Aprestamiento

En esta etapa se conforma el equipo interinstitucional de investigadores, integrando expertos en distintas temáticas y asegurando la representatividad de las universidades de Alianza SUMA-Investigaciones; además se cuenta con una asistente de investigación.

Simultáneamente se oficializa el grupo dinamizador. Para su conformación se hizo invitación a las diferentes entidades del ámbito departamental que tienen acciones en materia de salud mental, como la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC), las secretarías

departamentales de Integración y Desarrollo Social, Gobierno y Educación, la alianza SUMA (Sistema Universitario de Manizales), el Observatorio de Juventud de Caldas, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), asesores técnicos nacionales del Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de Justicia y el Derecho, la Policía Nacional, la Clínica San Juan de Dios y la Secretaría de Salud de Manizales, entre otros. Ante estos actores se presentaron y validaron de manera permanente tanto el diseño como los avances de la investigación.

Etapa 2: Diagnóstico situacional

Para este momento se identificaron las fuentes de información, se definieron las técnicas de recolección y se diseñaron los instrumentos, así:

Registros analíticos especializados (RAE)

Se diseñaron para recoger información secundaria para identificar los principales conceptos, teorías y cifras oficiales. Se analizaron también documentos normativos y legales relacionados con el tema de estudio.

De acuerdo con la naturaleza de la información se construyeron dos tipos de Registros Analíticos Especializados (RAE): el primero para consolidar los antecedentes de investigaciones, estudios y diagnósticos alrededor de la salud mental, y el segundo para registrar información clave derivada de la normatividad en salud mental y otros proporcionados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Talleres participativos

Se diseñaron y ejecutaron 27 talleres municipales (uno en cada municipio del departamento), desarrollados a partir de las cuatro dimensiones de indagación: 1) Capacidades instaladas: los actores participantes en cada municipio debían identificar y desarrollar una matriz con información sobre programas, estrategias y acciones que se ejecutan en el municipio a favor

de la salud mental. 2) Eventos: esta dimensión se desarrolló utilizando la técnica de visualización por tarjetas y siguiendo la metodología de construcción de árbol de problemas. 3) Trastornos: a partir de la identificación de las patologías mentales por grupos etarios, los participantes debían establecer las principales necesidades en prevención, atención y mitigación, y alternativas de solución que mejoren la salud de la población. 4) Drogas: cada participante debía establecer dos estrategias que pudieran impactar tanto la oferta como la demanda relacionada con el uso, distribución y comercialización de sustancias psicoactivas.

En una sesión convocada por el Comité de Salud Mental de la ciudad de Manizales, se realizaron las pruebas piloto de los talleres, a partir de la que se ajustaron la metodología y orientación de los talleres, permitiendo validar y retroalimentar el trabajo de campo. Esta prueba piloto contó con la asistencia de 48 personas de las siguientes instituciones: Policía, casas de cultura, Alcaldía (secretarías de Gobierno, Educación), Centro de Desarrollo Comunitario, universidades, Hogar Crea, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Centro Escucha, Unidad de Protección a la Vida (UPV), Alcohólicos Anónimos, Sanitas, instituciones prestadoras de Salud (IPS), SENA, Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC), batallón, entre otros.

Se realizó la validación del guion metodológico de los talleres con delegados de cada uno de los municipios. Se trabajó con 24 participantes de los municipios de Manizales, Belalcázar, Pensilvania, Anserma, La Merced, Riosucio, Aguadas, Pácora, Neira, Chinchiná, Risaralda, Salamina y Filadelfia. En la Tabla 5 se presenta el consolidado de los actores participantes en los talleres.

Municipios del departamento de Caldas	No. asistentes por municipio	No. asistentes por subregión	
Chinchiná	47		
Manizales	48		
Neira	24	Centro Sur	151
Palestina	18		
Villamaría	14		
Filadelfia	26		
La Merced	25		
Marmato	17	Alto Occidente	104
Riosucio	18		
Supía	18		
Manzanares	17		
Marquetalia	20	Alto Oriente	70
Marulanda	18		
Pensilvania	15		
Anserma	19		
Belalcázar	23		
Risaralda	38	Bajo Occidente	108
San José	13		
Viterbo	15		
La Dorada	10		
Norcasia	16	Magdalena caldense	67
Samaná	19		
Victoria	22		
Aguadas	44		
Aranzazu	21	Norte	96
Pácora	13		
Salamina	18		
Total de actores asistentes a los talleres en el departamento		Caldas	596

Tabla 5.
Consolidado de
informantes clave

Entrevista abierta semiestructurada

Esta se basó en un diálogo abierto entre los investigadores y expertos en distintos temas. Para ello se diseñaron guías de preguntas orientadoras. A continuación, se presenta la lista de expertos entrevistados según su vinculación profesional (ver Tabla 6).

Tabla 6. Expertos entrevistados

Entrevistas a expertos especializados del departamento de Caldas
1) Director Centro de Estudios en Conocimiento y Cultura de América Latina (CECCAL).
2) Directora Observatorio Psicosocial para la Gestión del Riesgo de Desastres.
3) Psicólogo Observatorio Psicosocial para la Gestión del Riesgo de Desastres.
4) Directora de la segunda institución de objeto social diferente más grande del departamento: Semillas de Amor.
5) Coordinador de Investigaciones y Posgrados de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Manizales.
6) Psiquiatra experta en salud mental y decana de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas la Universidad de Manizales.
7) Médico epidemiólogo experto en el trabajo con comunidades indígenas y afrodescendientes del departamento de Caldas.
8) Médica salubrista experta en el trabajo con comunidades indígenas y afrodescendientes del departamento de Caldas.
9) Experto en salud mental de la Secretaría de Salud Pública del municipio de Manizales.
10) Rector de la Universidad de Manizales, experto en diversidad e inclusión.
11) Experto profesional del Ministerio de Salud.
12) Experto profesional del Ministerio de Justicia.

Algunas de las preguntas que orientaron estas conversaciones fueron: 1. 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? 2. ¿Qué aspectos serían relevantes o se deben

tener en cuenta en la propuesta de los lineamientos para la política pública de salud mental del departamento de Caldas? 3. ¿Qué estrategias cree usted que deberían implementarse desde la promoción, prevención, atención, investigación y rehabilitación?

Grupos focales

Un grupo focal se define como una entrevista grupal, es decir, reuniones de grupos pequeños o medianos (3 a 12 personas) en los cuales las personas conversan en torno a un tema bajo la dirección de un experto, en este caso, el investigador (Hernández, 2010). La información recogida sirvió de insumo para facilitar la triangulación de la información para cada una de las dimensiones. Los informantes clave fueron representantes de entidades de carácter público y privado de los distintos sectores de la sociedad, así como expertos en salud mental y actores comunitarios y académicos, como se muestra en la Tabla 7:

Sectores especializados del departamento de Caldas
1) Comunidades afrodescendientes.
2) Comunidades indígenas.
3) Asociación Gerentes de Hospitales del departamento de Caldas.
4) Comité Departamental de Drogas.
5) Comité de Docentes Orientadores del departamento de Caldas.
6) Red Gerontológica.
7) Red de 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.

Tabla 7.
Grupos focales

Etapa 3: Definición de lineamientos de política pública

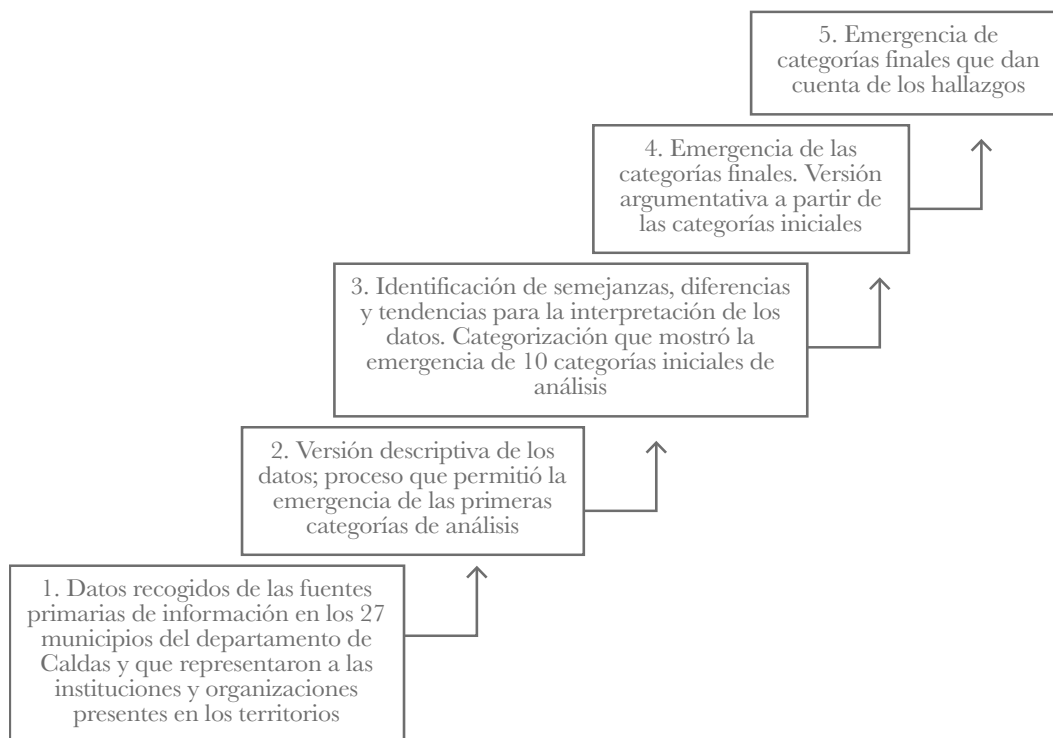
Sistematización de la información

Para asegurar su exactitud, fue transcrita al pie de la letra y revisada por el grupo de investigadores la información recolectada en los 27 talleres municipales, los talleres y grupos focales con expertos y las entrevistas con actores clave. La información se codificó a través del software Atlas Ti y en hojas de cálculo Excel, lo que permitió organizar la información para facilitar su posterior análisis.

Análisis de datos

En la Figura 4 se representa el proceso de análisis realizado por fases.

Figura 4.
Fases para el
análisis de datos



El análisis de los datos de naturaleza cualitativa se realizó de acuerdo con el método propuesto por Corbin & Strauss, según el cual los datos se someten a tres procesos analíticos, a saber: descripción, categorización y conceptualización, siguiendo una lógica inductiva, identificando semejanzas, tendencias y recodificando los hallazgos hasta que, mediante redes de relaciones, se permita la emergencia de nuevas categorías que muestren los principales hallazgos de la investigación (Strauss & Corbin, 2008).

A partir de la organización de los datos se logró realizar la identificación de categorías emergentes, las cuales se agruparon a partir de problemáticas comunes así:

- Identificación de semejanzas, diferencias y tendencias de análisis e interpretación.
- Emergencia de categorías finales, presentadas en la tabla No. 8

Definición de lineamientos de política pública

Con base en el diagnóstico situacional de salud mental en el departamento de Caldas, el equipo de trabajo estructuró una propuesta para la formulación de la Política Pública de Salud Mental teniendo como insumos los documentos normativos, el Plan Decenal de Salud, los resultados propios de esta investigación, la oferta de programas y/o proyectos existentes según análisis de capacidades instaladas y la información oficial del departamento. Es así como se estructuró el documento *Propuesta de política pública departamental de salud mental: un aporte al bienestar y la inclusión*, teniendo en cuenta:

- Definición de los principios que guiarán el desarrollo de la política.
- Definición de objetivo general y objetivos específicos.
- Definición de los enfoques.
- Definición de ejes, líneas estratégicas y líneas de acción que puedan guiar el plan de acción de la política pública.

En concordancia con los resultados obtenidos durante la fase de diagnóstico, los aportes de los secretarios de despachos, la DTSC y otras organizaciones entrelazadas en el proyecto, se logró revisar conjuntamente el documento referente a los ejes y lineamientos de la política pública de salud mental. Se convocó a los miembros del comité dinamizador del proyecto; a los asistentes se les entregó una versión en físico del documento para que pudieran leerla e inmediatamente hacer comentarios.

Una vez se añadieron los aportes y se adoptaron las sugerencias, se pasó a validar el documento que contenía la propuesta de lineamientos y elementos que debería considerar la Administración Departamental en la consolidación de una política pública en salud mental, el cual fue aprobado de manera unánime. Es de anotar que este ejercicio se realizó a modo de socialización ante el Consejo de Seguridad del Departamento y ante el Consejo de Gobierno Departamental, en donde se resolvieron dudas y se ratificó la validación del documento.

Etapa 4: Socialización

Como se mencionó en la metodología, involucrar el enfoque IAD supone lograr una socialización oportuna y permanente de los resultados, no solo con el ámbito académico (como es lo tradicional), sino con la misma población sujeto de estudio como principal beneficiaria, y las instituciones responsables operativas, con las cuales se deben validar las estrategias definidas a fin de lograr coherencia entre lo planteado y su viabilidad.

En el marco del proyecto de investigación se sostuvo comunicación constante, en un proceso de ida y vuelta con los actores clave. Además de esos espacios de construcción colectiva, se diseñaron los siguientes productos de generación de contenidos y espacios de participación ciudadana para garantizar la divulgación y socialización de la información, así:

Productos

Cartilla

La cartilla es una estrategia de divulgación del proceso investigativo y hace parte de la propuesta de difusión para la política pública del departamento. Esta cartilla se estructuró de la siguiente manera: 1. Enfoques en políticas públicas, donde se detalla qué es una política pública, los enfoques, la definición histórica de la salud mental, la teoría de los determinantes sociales y la problemática global de salud mental. 2. Enfoque IAD (investigación para la acción y la toma de decisiones), donde se hace una breve descripción de la metodología y sus características. 3. ¿Cómo se construyó la política de salud mental en Caldas? Aquí se describen las etapas y fases del proyecto, y cómo se consolidó la política a partir de los resultados. 4. Resultados, donde se describe el estado de la salud mental en Caldas en cifras y estadísticas como, por ejemplo, datos sobre el consumo, los suicidios y violencias, y otros sobresalientes debido a las características encontradas en el departamento. 5. *Política Pública Departamental en Salud Mental: Un aporte al bienestar y la inclusión*, donde se detallan los ejes de la política, sus líneas estratégicas y de acción. La cartilla es un documento de 86 páginas y cuenta con ISBN: 978-958-8730-82-0.



Imagen 1.
Carátula de la cartilla.

Contenido multimedia (videos)

Se realizaron dos videos de socialización. El primer video tiene una duración de 11'56", en el cual se detalla el proceso investigativo desde la metodología IAD, las etapas de investigación y sus características, y finalmente expone los resultados del proyecto, esto es, la *Política pública de salud mental: Un aporte al bienestar y a la inclusión*, especificando el objetivo general y los objetivos específicos, ejes, líneas estratégicas y de acción junto a una breve descripción de estos.

El segundo video fue de tipo testimonial; cuenta con la intervención del secretario departamental de Integración y Desarrollo Social, Wilder Escobar; la coordinadora del proyecto, Lorena Delgado, y Rayen Rovira, investigadora del proyecto, quien hace una breve síntesis de lo realizado en el proyecto de investigación. Además, se proyectan imágenes que dan cuenta de los talleres realizados en los diferentes municipios del departamento por subregiones, y un lanzamiento central en Manizales en la Universidad Autónoma de Manizales.

Espacios de participación ciudadana

Socialización en espacios institucionales

La política se presentó ante el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Salud y el Consejo de Seguridad de Caldas.

Socialización en foros regionales

Se realizaron cuatro foros en el ámbito departamental, con el fin de transmitir los resultados de la investigación y la política pública a las autoridades territoriales, funcionarios de las distintas entidades e instituciones que tienen injerencia en el campo de la salud departamental, así como organizaciones, comunidades y otros. Se definió realizar un foro en la zona Oriente del departamento, uno en la zona Norte, uno en la zona Occidente y uno en la zona Centro Sur. De este modo, los municipios seleccionados por ubicación estratégica y capacidad de gestión en la difusión fueron Riosucio, Salamina, La Dorada y Manizales.

- Riosucio. Se realizó en el Teatro Cuesta y contó con la asistencia de 73 personas, entre funcionarios de la Alcaldía, miembros de la IPS Minga, instituciones educativas, hospital, líderes comunitarios y étnicos, concejales y Personería.
- Salamina. Se realizó en el CERES y contó con la asistencia de 30 personas, entre funcionarios de la Alcaldía, enlace víctimas, ICBF, hospital, rectores, Policía, organizaciones sociales y líderes comunitarios.
- La Dorada. Se realizó en el Centro de Convivencia y contó con la asistencia de 53 personas, entre funcionarios de la Alcaldía, docentes y orientadores escolares, Policía, funcionarios ICBF, Comisaría de Familia, el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Hospital.
- Manizales. Se realizó en el Aula Máxima del edificio La Cúpula de la Universidad Autónoma de Manizales. Contó con la asistencia de 102 personas, entre funcionarios de la Alcaldía, DTSC, profesionales de la salud, docentes universitarios y escolares, funcionarios de otros municipios del departamento, organizaciones sociales, funcionarios del ICBF y de distintos hospitales del departamento.

Consideraciones éticas

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud y la Protección Social, esta fue una investigación sin riesgo, dado que su realización no afectó las características biológicas, socioculturales o morales de los informantes clave (Ministerio de Salud, 1993).

Todos los informantes clave manifestaron su voluntad de participar en la investigación y conocían acerca de su libertad para retirarse del proceso cuando lo consideraran pertinente. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Manizales, según consta en el Acta No. 60 de octubre de 2016.

RESULTADOS



Una descripción e interpretación de la salud mental en el departamento de Caldas

En este apartado se presentan los resultados obtenidos al someter a análisis los datos recabados en las fuentes de información del estudio. Para la obtención de los datos se partió de cuatro categorías iniciales de análisis: *Capacidades Instaladas, Enfermedades, Eventos, y Drogas*, de donde emergieron nueve categorías: *factores personales y factores culturales; dinámicas familiares; entorno educativo; oferta y respuesta institucional; acceso y uso de la información; enfermedades; consumo de SPA; violencia; seguridad y convivencia.*

Para el análisis de los datos de naturaleza cualitativa se optó por el método de comparación constante propuesto por Corbin, J., & Strauss, A. (2008), según el cual los datos se someten a tres procesos analíticos: descripción, categorización y conceptualización, siguiendo una lógica inductiva a partir del conjunto total de datos recogidos, identificando semejanzas, tendencias y recodificando los hallazgos hasta que mediante redes de relaciones se permita la emergencia de nuevas categorías que muestran los principales hallazgos de la investigación.

El análisis o categorización de los datos tuvo un doble procesamiento; inicialmente soportado en el software Atlas ti y posteriormente de forma artesanal, para la comprensión de los hallazgos representados en las 10 nuevas categorías.

Como marco de análisis e interpretación se optó por la perspectiva sistémica y como enfoque para entender el proceso de salud y enfermedad se seleccionó el de los determinantes sociales de la salud según la complejidad de los sistemas sociales y sus particularidades en cada territorio.

Se encontró que la mayor demanda de los caldenses en cuanto a prevención y atención de la salud mental está orientada a la gestión del riesgo de manera articulada entre todos los sectores de la sociedad, evidenciados en el aumento de la inversión social en infraestructura deportiva, recreativa, cultural, sanitaria y de organización y participación social, que se haga evidente en una mejor oferta institucional y trabajo colaborativo entre los diversos sectores de la sociedad con énfasis en salud y educación, y la promoción de la corresponsabilidad entre los agentes socializadores en los ámbitos familiar y escolar.

Un trabajo en red como el descrito anteriormente permite identificar, atender y controlar los eventos emergentes de interés en salud pública y capacita a las comunidades para reconocer los signos de alarma, los recursos asistenciales disponibles en sus territorios y la manera de optimizarlos.

En cuanto a las intervenciones prioritarias que requiere el departamento para mejorar la salud mental y evitar los riesgos, se identificaron las que aportaran mejor, ya que tienen efecto positivo en la vida cotidiana de la población general, entre ellas se cuentan: que las autoridades civiles de los municipios aumenten la inversión en infraestructura deportiva, recreativa, cultural y sanitaria; que haya mayor transparencia y seguimiento a las decisiones que afectan al público y al uso de los recursos; la creación o fortalecimiento de centros especializados para atender adicciones y acompañamiento psicosocial, tanto al consumidor como a su familia.

A partir de los resultados preliminares, el proceso de categorización dio lugar a las categorías emergentes que se muestran en la Tabla 8.

Tabla 8.
Categorización

Categorías iniciales	Categorías descriptivas	Categorías interpretativas	Categoría teórica
Capacidades instaladas en los municipios	Entre el ser y el deber ser.		
	Factores personales y Factores culturales Entorno educativo Dinámicas familiares Violencias Seguridad y convivencia Consumo de SPA	Cultura del bienestar	
Eventos	Uso y acceso a la información. Estrategias de información, educación y comunicación para la salud, IEC Oferta y respuesta institucional	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.
Drogas	Oferta y demanda		
Trastornos	Enfermedades mentales más frecuentes según etapa del ciclo vital		

De acuerdo con la comisión sobre determinantes sociales de la salud (CDSS, 2009), la salud está estrechamente relacionada con las condiciones en que la vida tiene lugar, es decir, con el contexto social y político de los países y con las condiciones de vida de cada persona. Según el modelo de determinantes propuesto por esta comisión, el sistema social con todos sus subsistemas (organización social, cultural, jurídico, político, económico) influye en la salud de las personas a través de los determinantes intermedios que son más específicos y se aprecian más cerca de la vida cotidiana de las personas, tales como la situación socioeconómica, la situación laboral, las características de la vivienda, el acceso a la educación y al saneamiento básico, el acceso equitativo a los servicios de salud, así como los factores psicosociales relacionados con factores estresantes y factores conductuales.

En el departamento de Caldas se encontró que las personas y sus grupos sociales reconocen la influencia que el sistema social tiene sobre la vida cotidiana. De acuerdo con un análisis sistémico de la sociedad, la organización social en Caldas muestra debilidades en las formas de relacionamiento entre los individuos, los grupos sociales, las organizaciones y las instituciones. Esta debilidad afecta negativamente el bienestar de la población y se convierte en fuente de violencia, de consumo de SPA, de desesperanza, de desconfianza de los ciudadanos en las instituciones estatales responsables de la prestación de servicios a la comunidad y también de las organizaciones sociales de base.

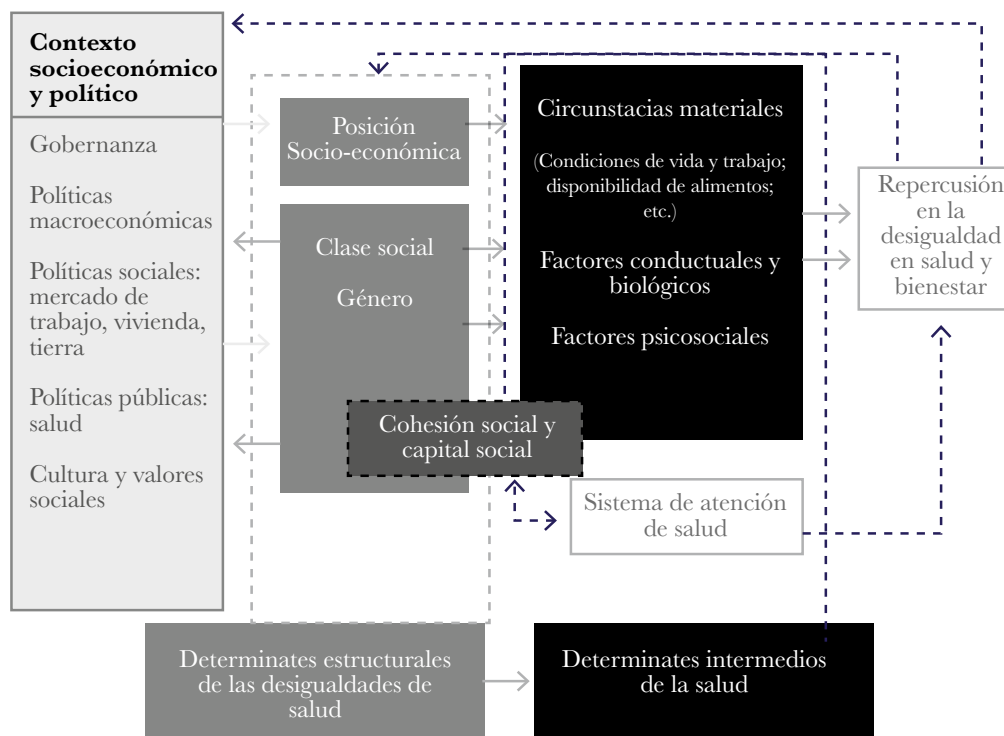
Desde la perspectiva sistémica de la salud, entendida como bienestar, esta se constituye en el aspecto de la vida de las personas en el que convergen todos los demás aspectos del bienestar humano y social, como el estado en que los individuos tienen la capacidad y la posibilidad de llevar una vida que tienen motivos para valorar, determinada por una diversidad de libertades instrumentales. El bienestar humano implica tener seguridad personal y ambiental, acceso a bienes materiales para llevar una vida digna, buena salud y buenas relaciones sociales, todo lo cual guarda una estrecha relación con y subyace a la libertad para tomar decisiones y actuar (Sen & Nussbaum, 1996). Siguiendo la información recogida, en el departamento de Caldas es común definir la salud como bienestar y este, como resultado de satisfacer necesidades básicas y relacionadas con gustos y preferencias, mostrando las dos dimensiones del bienestar, una objetiva y otra subjetiva.

Los determinantes sociales de la salud se entienden como un modelo que permite comprender que el riesgo epidemiológico está determinado en lo individual, colectivo e histórico de manera contextualizada. Para explicar la manera como los determinantes sociales afectan los resultados en salud, varios autores han elaborado diferentes modelos. Para esta política se consideran los modelos de Dahlgren y Whitehead (1991 y el de la CDSS de la OMS Figura 5,

según el cual los determinantes sociales de la salud, DSS, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Las características sociales en las que la vida se da, las específicas del contexto social que influyen en la salud y las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios y los diferentes recursos a nivel mundial, nacional y local, lo que depende de las políticas adoptadas (Ministerio de Salud, 2022).

Este modelo explica cómo las desigualdades sociales en la salud son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo a las comunidades y al nivel de políticas de salud nacionales. El modelo de los determinantes permite sostener con Geertz, C. (1988) que el hombre es al mismo tiempo productor y producto de la cultura, toda vez que la cultura es esa urdimbre y el análisis de la cultura ha de ser, por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones.

Figura 5. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



Fuente: Solar e Irwin (2010)

La red de relaciones de la cual resulta la situación de salud de las personas y los colectivos es comprensible desde una perspectiva sistémica o de la complejidad, en donde todo se encuentra entrelazado. Una interpretación sistémica de los resultados en salud permite entender cada uno de los elementos del sistema social y su participación en la morbilidad y la mortalidad en los territorios y su efecto sobre los grupos de población con mayor vulnerabilidad social, la cual, según la comisión económica y política para América Latina, CEPAL, se define a partir de dos componentes explicativos; por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico o social de carácter traumático: por otra, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento (Pizarro Hofer, R. 2001).

Según Irwin y Solar, se reconocen dos tipos de determinantes sociales de la salud: los estructurales, que corresponden a los elementos macro del sistema social y generan división social, entre ellos se consideran las políticas macroeconómicas, públicas (educación, salud) las sociales, entre otras, que se expresan en diferencias en clase social, ingreso económico, escolaridad, etnia; y los determinantes intermedios, que corresponden a la manifestación más cercana a la vida cotidiana de las personas y pueden producir inequidad. Son las circunstancias materiales, los factores biológicos y psicosociales y el sistema de salud (Solar, O. & Irwin, A. 2010).

Siguiendo este enfoque que busca explicar y comprender el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva sistémica, se aprecian las necesarias relaciones intersectoriales, interinstitucionales e interculturales, para acceder al concepto de salud y enfermedad mental que tienen los actores comunitarios que participaron en este estudio como informantes clave. En esta red de relaciones se evidencia que los resultados en salud general y mental que perciben los caldenses están relacionados con las circunstancias propias del sistema social en el que desarrollan su vida cotidiana. Factores como los sociales evidentes en las formas de organización social; culturales que modelan las relaciones interpersonales en los escenarios de actuación cotidiana, con marcado énfasis en familia y escolar y la presencia de redes de apoyo social se consideran clave en el mantenimiento o pérdida de la salud mental.

Los determinantes estructurales tales como la inversión en asuntos públicos, la protección y la seguridad social, las estrategias institucionales diseñadas por las autoridades civiles y sanitarias para materializarlas en cada etapa del ciclo vital, las oportunidades que tienen los ciudadanos en el campo educativo, laboral, profesional y personal, sin exclusiones por sexo, raza, edad o modelos culturales, son identificados por los participantes como influyentes en su situación

de salud. Entre los factores intermedios identifican las condiciones ambientales del territorio, el acceso a servicios de saneamiento básico, a vivienda digna y a empleo estable con garantía de ingresos que permitan satisfacer las necesidades básicas; también consideran los estilos de vida, tales como el sedentarismo, el consumo de alimentos y sustancias de reconocido efecto negativo sobre la salud, como las grasas, azúcares y sustancias psicoactivas, prácticas sociales violentas, y prácticas sexuales de riesgo; y, finalmente, el acceso a los servicios de salud en los territorios, según las barreras geográficas, culturales, económicas y de capacidad técnico-científica de los prestadores de los servicios de salud.

Categorías descriptivas

De acuerdo con lo encontrado en el proceso de recolección de la información en los 27 municipios y con diversos actores sociales, estos determinantes estructurales e intermedios tienen efecto sobre resultados en salud tales como morbilidad, mortalidad y discapacidad, tanto por enfermedad general y mental como por lesiones de causa externa: los accidentes de tránsito, los accidentes en el ámbito laboral, las conductas auto lesivas y las respuestas violentas al conflicto en todos los escenarios de la vida cotidiana. Sin embargo es posible identificar un proceso cíclico en el cual factores etiológicos de los resultados particulares en salud pueden a su vez ser consecuencias o problemas en sí mismo; tal es el caso, del consumo de sustancias psicoactivas que en su análisis resiste diversas lecturas: es considerado el consumo causa de resultados negativos en salud, problema de salud pública y consecuencia de situaciones sociales desfavorables que aumentan el riesgo de consumo abusivo y patologías mentales.

De acuerdo con los informantes convocados en el departamento de Caldas para conocer la percepción que tienen acerca de las drogas, se pudo identificar que los **factores que determinan tanto la oferta como la demanda de SPA** están relacionados con los **personales y culturales**. Entre los culturales se reconocen la presencia y efectividad de las redes de apoyo, considerando que los consumidores se enfrentan a dos prácticas arraigadas en la comunidad como son la exclusión o el apoyo, especialmente como parte de las dinámicas familiares. Otros factores de tipo personal son: alta vulnerabilidad ante la influencia medio social, la moda, el paternalismo del Estado que limita la capacidad de agencia de los ciudadanos, las costumbres y tradiciones propias del sistema cultural, con una importante expresión en los

mitos y ritos religiosos, los patrones de comportamiento machista y feminista, las diversas formas y escenarios de la violencia que han permitido que se acepten como algo natural o legítimo en los grupos sociales y reconocen como una vía para la resolución de los conflictos propios de la vida familiar y social a la violencia.

También se identifican la pobreza, el desempleo, la ignorancia y las escasas oportunidades laborales en los territorios, lo que induce a la migración, al poco desarrollo cultural y al abandono del sistema escolar.

Una vinculación laboral estable y unos ingresos económicos dignos que permitan la satisfacción de las necesidades básicas, tienen un efecto positivo sobre la salud, en tanto la pobreza y el desempleo causan un efecto negativo que se manifiesta en exclusión, discriminación, baja tolerancia e irrespeto a las diferencias étnicas, de género y de cultura, que dan como resultado alteraciones de la situación de salud general y mental de las personas tanto en lo individual como en lo colectivo. Se aprecia el papel de los factores personales y culturales, que se manifiestan coherentemente en el ciclo de vida de las personas y con las características del sistema social que en ocasiones ha legitimado prácticas ilegales para conseguir los medios económicos para satisfacer necesidades básicas, como el microtráfico. También reconocen el papel que desempeña el entorno educativo para minimizar el riesgo del aislamiento social al que se expone a los consumidores y el efecto que la educación (puesta en el contexto territorial) tiene en la formación axiológica y en la prevención de conductas de riesgo para la salud general y mental.

En cuanto a la oferta de SPA, se determinan aspectos institucionales como la presencia y efectividad de las redes y servicios que regulan la prevención, la atención y la sanción, y de quienes la comunidad espera mayores acciones coercitivas, endurecimiento de las sanciones y acciones conjuntas intersectoriales e interinstitucionales en los municipios. En cuanto a los factores relacionados con las formas de organización social, la familia y la escuela son los principales agentes socializadores, capaces de modificar las prácticas familiares y comunitarias que alteran el proceso de desarrollo humano individual y afectan a la sociedad: la baja autoestima, el manejo inadecuado del duelo por la muerte de un ser querido, la soledad, la desmotivación, la timidez, la inestabilidad emocional, las relaciones interpersonales inadecuadas que generan carencias emocionales, los apegos tras la primera infancia, el manejo inadecuado del duelo por la muerte de un ser querido.

Acerca de las causas que se reconocen para el problema del consumo SPA, nuevamente aparecen los factores personales y culturales en sus expresiones educativas por el acceso y permanencia de los niños y adolescentes en el sistema educativo, y por la oferta de actividades

extracurriculares que les permitan usar el tiempo disponible para mejorar sus habilidades y destrezas para fortalecer las dimensiones del desarrollo humano: pensamiento, emociones y comportamiento, que si se alteran pueden generar enfermedades mentales.

El entorno social determina las características del entorno educativo o ambiente educativo, entendido como el resultado de las relaciones entre los participantes del proceso de aprendizaje y enseñanza, tanto en el ámbito formal como en el no formal, es decir que, se reconoce que el proceso educativo es ante todo un proceso de intercambio cultural en el cual cada uno de los actores participantes desempeña roles diversos en momentos y circunstancias variadas, pudiendo ser expertos y aprendices durante el proceso y en relación con las actividades y recursos disponibles para satisfacer las demandas de formación.

Para los caldenses, la mayor preocupación por las drogas la ocupa el uso de las consideradas ilegales, seguido por las legales y de mayor consumo como el tabaco y el alcohol. Esta preocupación es compartida por la administración departamental.

De acuerdo con los informantes, en los municipios se detectan **eventos** que alteran el adecuado desarrollo del proceso de formación y las características del entorno educativo. En el proceso de análisis de la información se seleccionaron ocho eventos: conductas auto lesivas, consumo de SPA, violencia escolar, violencia intrafamiliar, violencia sexual, violencia social, delincuencia y falta de oportunidades.

Un evento en salud mental se define como aquel que pone en riesgo la salud mental de las personas y que requiere procesos dinámicos e integrales para recolectar, analizar e interpretar información proveniente de la red de notificación de las instituciones prestadoras de servicios públicos y privados (Ministerio de salud y protección social, Colombia 2013). Para la vigilancia epidemiológica y a partir de la literatura científica revisada y de las evidencias empíricas obtenidas en esta investigación, se consideran eventos en salud mental la conducta suicida, las diferentes formas y escenarios de la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas.

De acuerdo con el análisis de la situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud del departamento de Caldas 2022, entre los 10 eventos de salud pública de mayor ocurrencia en el departamento se cuentan dos de los tres de interés en salud mental del presente estudio: *el intento de suicidio y la violencia de género*. Para la encuesta Nacional de Salud Mental 2015 “la salud mental es sinónimo de cierto bienestar emocional y de calidad en las relaciones humanas que favorecen condiciones de una vida digna y de humanización”, lo que pone de manifiesto la necesidad de generar y mantener relaciones positivas en los entornos familiares, laborales, educativos, sociales y comunitarios. Esta visión evidencia la necesidad de centrar

la atención en factores que se centren en transformar aquellas situaciones que condicionan y determinan la salud mental desde los patrones de comportamiento y la convivencia como marcador diferencial, reflejados en situaciones de dominación, explotación, dependencia, mala comunicación, los diferentes tipos de violencia, entre otros aspectos de afectación social (Encuesta Nacional de Salud Mental 2015).

La **violencia** es reconocida como una causa importante del consumo de SPA y de conductas delictivas. Se identifican escenarios para generar conductas violentas asociadas al curso de vida; así que niños y mujeres son más violentados en la familia; niños, adolescentes y jóvenes en la escuela; y hombres y mujeres adultos en la comunidad y en el medio laboral. Mención especial merece la violencia sexual que se encuentra en todos los entornos de la vida cotidiana de las personas y que afecta en mayor proporción a las mujeres y los niños. Este tipo de violencia y el acceso y uso insuficiente e inadecuado a la información se reconocen, entre otras, como causa de embarazos no planeados, especialmente en la adolescencia, de conductas auto lesivas y de comportamientos desnormalizados.

El fenómeno de las violencias es un factor determinante de las dinámicas sociales de los municipios. En la priorización de los eventos de salud mental, estas violencias, según el análisis vertical de un árbol de problemas, varían según el tiempo, espacio y persona; unas veces aparecen como un problema de salud, otras veces como causa del problema por la no resolución o una intervención inadecuada e inoportuna.

Es evidente cómo las violencias han permeado y condicionado las relaciones sociales y están fuertemente demostradas en los determinantes sociales de la salud, tanto intermedios como estructurales. Para los primeros, la violencia de género, la intrafamiliar, la sexual, la social y la escolar son las que más preocupan, pues están atribuidas a algunos factores culturales arraigados en las sociedades, las familias y las personas, como los roles esperados según el género, los rangos de autoridad dados por el machismo, los recursos económicos de los hogares, la aceptación social frente al consumo abusivo de sustancias psicoactivas legales como el alcohol y que además se reconocen como generadores de comportamientos violentos, el lenguaje que legitima hechos violentos, entre otros; de allí, la necesidad de generar políticas estatales que propendan por la modificación de estos patrones de comportamiento.

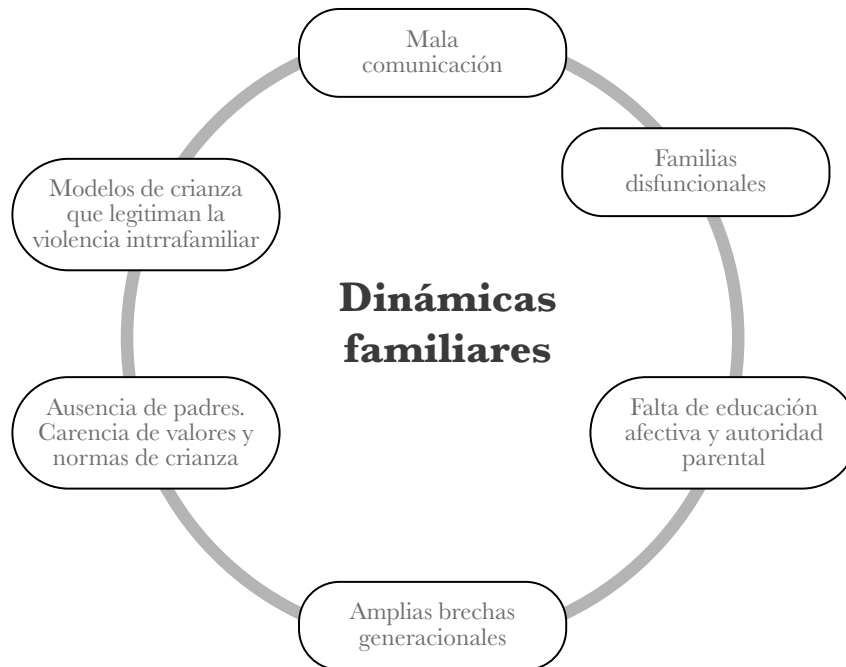
En el caso de la violencia intrafamiliar, se encontró que las prácticas violentas dentro de los hogares, antes que desaparecer, han mutado; es decir, se identifica que además de las mujeres, los hombres también están siendo víctimas de violencia y, en su mayoría, los niños están siendo educados dentro de modelos basados en la violencia física y verbal. Por otro lado, la violencia

escolar ha cobrado mucha fuerza en los últimos años, y se manifiesta como *matoneo*, se presenta en las aulas de clase y desencadena otros problemas como las conductas auto lesivas, consumo de SPA, conflictos familiares y se convierte en generador de más violencia escolar.

Al hacer una lectura sobre las problemáticas de salud mental en los municipios del departamento, se identifica un comportamiento cíclico entre dichas problemáticas; ejemplo de ello es el consumo de SPA, en donde se percibe una relación directa con las violencias. Cuando se es víctima de una violencia aumenta la vulnerabilidad y el riesgo de caer en el consumo, y las situaciones de consumo generan y mantienen distintas formas de violencia.

Uno de los aspectos más relevantes para el desarrollo integral de las personas es el entorno familiar, considerando que el efecto de este entorno sobre la vida del niño mostrará sus efectos en el desarrollo y la maduración mediante el ciclo vital. Las dinámicas familiares se han transformado a lo largo de los años, lo que ha generado cambios en las formas como las personas viven y se relacionan desde los planos personal, familiar, social y cultural, los cuales se presentan en la siguiente gráfica:

Figura 6.
Principales causas de afectación de las dinámicas familiares



También se destaca en los municipios el efecto que sobre la salud mental y el consumo de psicoactivos tienen los factores personales y socioculturales, los cuales se presentan en la Tabla 9.

Factores personales	Factores socioculturales
Estilos de vida relacionados con las prácticas de cuidado y autocuidado de la salud, tales como la alimentación, la actividad física, las adicciones, las conductas de riesgo.	Alta vulnerabilidad ante la influencia del medio social.
Protección de un ambiente libre de contaminantes	Patrones de comportamiento machista y feminista, las diversas formas y escenarios de la violencia que han permitido que se acepten como algo natural o legítimo en los grupos sociales y reconocen la violencia como una vía para la resolución de los conflictos propios de la vida familiar y social.
Un sistema social que garantice el respeto y la protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales	El paternalismo del Estado que limita la capacidad de agencia de los ciudadanos.
Alta vulnerabilidad ante la influencia del medio social: la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medioambiente, la vivienda, la seguridad ciudadana.	Las costumbres y tradiciones propias del sistema cultural, con una importante expresión en los mitos y ritos religiosos.

Tabla 9. Factores personales y socioculturales de salud mental y consumo de SPA

En el entorno educativo se identificó la necesidad de fortalecer los procesos educativos y de formación desarrollados en las instituciones educativas; también el seguimiento y acompañamiento a niños y adolescentes, garantizando el trabajo articulado entre las instituciones educativas con las otras de orden público o privado presentes en los municipios.

Como alternativas de intervención los informantes proponen activar y fortalecer las escuelas de padres y fortalecimiento de otros espacios institucionales en la corresponsabilidad en la formación de niños y adolescentes.

Con respecto a las enfermedades mentales, se indagó entre los informantes clave las identificadas en sus territorios, desagregándolos por grupos de edad, como se presenta en la Tabla 10.

Tabla 10.
Principales
enfermedades mentales
por grupo poblacional
en el departamento
de Caldas

Grupo poblacional	Principales enfermedades mentales identificadas	Principales problemáticas que dichas patologías desencadenan
Niños (hasta los 12 años)	Hiperactividad y déficit de atención; trastornos del lenguaje, de la motricidad y del aprendizaje; epilepsia, trastornos del estado del ánimo y de la conducta.	En los ámbitos individual, familiar, social y educativo:
Adolescentes (12 a 17 años)	Persisten las alteraciones del aprendizaje, de la conducta; se desagregan las alteraciones del ánimo en ansiedad, depresión, trastorno bipolar; se suma el consumo de SPA, alcoholismo, suicidio, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia • Problemas sociales relacionados con las oportunidades laborales y escolares • Consumo de SPA • Conductas delictivas • Discapacidad • Embarazos no planeados • Enfermedad general
Adultos (18 a 59 años)	Además de las enfermedades descritas en la adolescencia, con excepción del consumo de sustancias psicoactivas, se suman el estrés y la esquizofrenia,	
Adultos mayores (población de 60 años y más)	Aparecen las mismas enfermedades del adulto y se agregan la demencia y el trastorno y deterioro cognitivo.	

Categorías interpretativas

De acuerdo con el informe mundial de salud mental de la OMS (2022), los trastornos mentales son muy comunes en todos los países del mundo. La mayoría de las sociedades y la mayoría de los sistemas sociales y de salud descuidan la salud mental y no le prestan la atención y el apoyo que las personas necesitan y merecen. El resultado es que millones de personas en todo el mundo sufren en silencio, son víctimas de violaciones de los derechos humanos o se ven afectadas negativamente en su vida cotidiana.

Cultura del bienestar. Repensar el concepto de bienestar desde sus dimensiones objetiva y subjetiva

Si bien el término cultura del bienestar remite en principio al bienestar en las empresas, recoge aspectos centrales a considerar cuando se pretende el bienestar como fin último de la sociedad organizada según sus características territoriales.

El concepto de bienestar que resulta de la investigación y que dio lugar a la política pública de salud mental para el departamento de Caldas está relacionado con las categorías calidad de vida y salud. Desde esta perspectiva se entiende el bienestar como la percepción de estar bien en la vida cotidiana que tienen las personas en todos los ámbitos dentro de sus territorios, y que depende de la capacidad para satisfacer con libertad sus necesidades de sobrevivencia, sus gustos y preferencias. Esto remite a la comprensión del bienestar desde sus dos dimensiones: la objetiva y la subjetiva.

El concepto bienestar se caracteriza por su polisemia. Tal vez el mayor consenso que se comparte en este documento es que se asemeja a la buena vida o al buen vivir de los individuos y de estos en relación con los miembros de sus grupos sociales.

La consecución de una buena vida depende del acceso a ciertos requisitos objetivos, comunes a todos los ciudadanos y se corresponden con la capacidad de satisfacer con libertad y en condiciones dignas sus necesidades básicas (Sen, 1980, 2003).

Los otros requisitos de carácter subjetivo aluden a la capacidad de satisfacer con libertad y en condiciones dignas los gustos y preferencias. En este aspecto se encuentran menos formas de valorar estas capacidades y una subestimación de los indicadores por considerarlos “subjetivos”, lo cual en cambio se convierte en una fortaleza y no en una debilidad que aún no se mide de forma clara.

En este sentido, Estel Mallorquí (2020) señala cinco aspectos presentes a la hora de diseñar un plan de bienestar empresarial. Sin embargo, y de acuerdo con su contenido, también pueden tenerse en cuenta para orientar un proceso social de transformación cultural:

1. Valores compartidos (prioridades): es importante establecer una conexión entre los beneficios del bienestar y los intereses colectivos. La cultura del bienestar impulsa a los miembros de los grupos sociales a tomar mejores decisiones a favor de una mejor salud, entendida como bienestar.

2. Normativas (la forma en cómo se hacen las cosas): en una cultura del bienestar, el objetivo es cambiar o adaptar las normas, consiguiendo que los miembros del grupo social tengan comportamientos saludables; y, a la vez, desarrollar normas que apoyen prácticas saludables.
3. Procedimientos culturales (las políticas formales e informales): una cultura del bienestar coge fuerza cuando las políticas están alineadas y ayudan a los ciudadanos a seguir un comportamiento saludable. Gracias a esta influencia positiva se consigue un mayor compromiso, satisfacción y adhesión a las prácticas saludables.
4. Programas de salud y bienestar (apoyo para mejorar la salud y bienestar de las personas): facilitar entornos saludables, servicios y eventos formativos puntuales o continuos, un canal de comunicación que refuerce las prácticas saludables dirigido a los grupos sociales, enfatizando los escenarios de la vida cotidiana.
5. Cohesión social: una cultura del bienestar favorece la interacción comunicativa entre los miembros de los grupos sociales, permitiendo procesos de solidaridad y generación de capital social.

La creación de una cultura del bienestar dentro de una comunidad o un grupo social debe ser transversalizada por un proceso continuo y sistemático de educación para la salud, que garantice el acompañamiento para la adquisición de nuevas prácticas que generen salud y bienestar en sus comunidades.

En este sentido, los estilos de vida se nutren del entorno social, de una visión del mundo que implica un conjunto de patrones de conducta, de valores y creencias que ayuden a los individuos a asumir un determinado rol en el aspecto social. De acuerdo con Mallorquí (2020):

En una cultura del bienestar, las influencias sociales pueden conducir a las personas a tener un comportamiento saludable, o no, en cada uno de los hábitos de salud: actividad física, alimentación, gestión emocional, hábitos tóxicos, descanso, salud general o educación financiera.

Una comunidad entre el bienestar y el malestar. Relación entre los ideales y las oportunidades de las comunidades

En un momento histórico en el que se destacan los acelerados avances en ciencia y tecnología, muchos de ellos al servicio de la salud y el bienestar, resulta paradójico que sobresalga el aumento de las alteraciones en la salud general y mental, individual y colectiva. Es una época de tensión entre el anhelado bienestar y el presente malestar de la sociedad.

Un sistema social marcado por inequidades y desigual acceso a las oportunidades de desarrollo de las personas y sus grupos sociales, parece ser la característica más visible de esta época. Estas desigualdades tienen un efecto negativo sobre la salud mental de las personas que en su cotidianidad están buscando incesantemente el bienestar, expresado en una mejor situación de salud y en mejor calidad de vida, con pocos resultados satisfactorios; en cambio enfrentan un malestar derivado de las brechas entre el deseo y el logro en acceso a servicios básicos de calidad, oportunidades laborales, educativas, recreativas y de libre desarrollo, atención en salud, y condiciones ambientales favorables con la salud.

El silencio en la era de los *mass media* y las TIC. Convivencia cotidiana mediada por la tecnología, con pérdida de las relaciones interpersonales cercanas y el contacto físico

Para los seres humanos la comunicación con otras personas es más que la característica diferenciadora con otras especies en el planeta. Se constituye en el modo de relacionamiento para ser y hacer parte de un grupo social y garantizar su supervivencia.

Ante las nuevas demandas sociales y económicas, la mediación de las tecnologías de la información y la comunicación está presente en todos los ámbitos de la vida cotidiana. Sin embargo, no remplazan la comunicación dicha, entendida como acción fundamentada en el interaccionismo simbólico que puede poner el sistema sensorial y las emociones al servicio del intercambio de códigos comunes y de la interpretación de los significados de dichos códigos.

Tal como lo expresa Enrique Echeburúa, catedrático de la Universidad del País Vasco, “las redes sociales constituyen un instrumento que, utilizado adecuadamente, puede favorecer la socialización y contribuir a estrechar los lazos de pertenencia a un grupo. Sin embargo, *conectarse* no es, en modo alguno, equivalente a *comunicarse*” (Echeburúa, 2013).

Las relaciones mediadas por las tecnologías son invasivas, superficiales y débiles, se crean tan fácil como se terminan, entre otras causas, por la falta de la interacción cercana y cara a cara entre los involucrados, lo cual sugiere que se deben usar como complemento de la interacción comunicativa, pero nunca como su remplazo.

Estos planteamientos coinciden con lo reportado por el Ministerio de Salud de Colombia a partir de la última Encuesta Nacional de Salud Mental aplicada en más de 15 mil hogares, y que realizó un tamizaje de la personalidad que sobresale entre los colombianos, encontrando una realidad que se arraiga cada día más, como lo muestra el hoy ministro de salud Fernando Ruíz, “Estamos empezando a ser cada vez más individualistas y la construcción de capital social muestra bajos porcentajes porque se están perdiendo las acciones de carácter comunitario; y describió que los colombianos “somos deficientes en reconocer las emociones de miedo y tristeza porque valoramos más las emociones buenas” (Minsalud, 2015), lo cual coincide con lo expuesto por Echeburúa, según lo cual, las personas son más proclives a compartir con desconocidos la indignación que la alegría. Sin duda, la inmediatez de la respuesta y el amparo en el anonimato facilitan esta conducta.

Considerando los resultados de la investigación participativa realizada en Caldas para formular políticas públicas de salud mental, se puede añadir que faltan acciones en los ámbitos familiar, escolar y entre pares, que permitan superar la soledad de los caldenses estando en medio de más personas.

En la era del predominio de los medios de comunicación masiva, su presencia en las actividades sociales no es por sí misma buena o mala; como toda herramienta, su valor depende del uso que se le dé. Retomando a Echeburúa, “las redes sociales, bien utilizadas, constituyen una herramienta formidable de comunicación, siempre que nos acerquen a quienes tenemos lejos” (Echeburúa, 2018). Lo cual se podría complementar con que las redes sociales pueden ser malas si nos alejan de quienes tenemos cerca.

El Estado frente a la comunidad

Un nuevo relacionamiento entre el Estado (representado en las autoridades legítimamente constituidas) y la sociedad civil, requiere de transformaciones estructurales de las instituciones, un mejoramiento continuo de los servicios a cargo del Estado y una férrea defensa de los derechos

humanos para todos los ciudadanos. En el departamento de Caldas las prioridades identificadas en esta relación entre el Estado y la comunidad son:

Fortalecimiento institucional. La investigación realizada en los 27 municipios del departamento de Caldas para la formulación de la política pública de salud mental siguió la metodología de abajo hacia arriba, esto es, con amplia participación ciudadana, la cual permitió identificar la necesidad de fortalecer en los territorios la prestación de servicios de salud mental de alta calidad, lo cual coincide con lo presentado en el Informe Mundial de Salud Mental de la OMS (2022), según el cual “la transformación de la salud mental empieza por sentar las bases de unos sistemas y servicios de salud mental que funcionen bien”.

Mejorar la calidad del sistema de salud en los niveles de prevención de las enfermedades mentales solo es posible mediante el trabajo en redes intersectoriales. Tal como lo plantea la OMS (2022), transformar la salud mental significa reforzar la promoción y la prevención multisectoriales para todos.

La intersectorialidad necesita pasar del discurso a la acción, lo cual sucede cuando los diferentes sectores gubernamentales actúan de manera coordinada alrededor de problemas sociales comunes a su población objetivo. No es suficiente que cada sector “responda por su compromiso”, que lo debe hacer y de la mejor manera; hace falta que los modos de relacionamiento intersectorial se fundamenten en la solidaridad, la confianza y el mutuo interés por el bien común. Es preciso reconocer y actuar en consecuencia respecto al complejo proceso de Intersectorialidad, que no se da espontáneamente; por el contrario, requiere de un proceso organizado, sistemático y financiado de manera precisa según la agenda pública territorial (CEPAL, 2009a, 2009b; Williner A. y Martínez, M.F. 2023)

Expertos en el tema como Cunill-Grau (2014) muestran algunas potencialidades y algunos obstáculos de la intersectorialidad. En América Latina actualmente la acción intersectorial se asocia con una clara tendencia a la reconceptualización de los asuntos sociales, en términos de que su abordaje debe ser multidimensional y con un enfoque de derechos.

En el sector salud, líder de la prestación de los servicios de salud mental en los territorios, se reconoce un avance en tanto se tienen como modelo de comprensión y análisis de los resultados en salud individual y colectiva los determinantes sociales de la salud, que muestran una comprensión ampliada de los fenómenos sociales que afectan de forma positiva o negativa los resultados en salud en la población y ponen en evidencia las desigualdades sociales y la insuficiente atención a las mismas, demandando la necesaria acción intersectorial.

Una síntesis de las transformaciones necesarias para lograr salud mental para todos la presenta la OMS en su Informe Mundial de Salud Mental (2022), y que se aprecia en la Figura 7.

Figura 7.
Cambios clave para transformar la salud mental para todos



Fuente: OMS (2022).

Política pública departamental en salud mental: un aporte al bienestar y la inclusión 2018 - 2028

En este apartado se presenta la propuesta para la política como producto de la investigación. En ella se condensan los resultados y se manifiesta el proceso de selección de alternativas de política para la atención oportuna del problema público.

La política considera algunos principios que serán la guía en su proceso de implementación, tratando de mantener coherencia con el marco normativo nacional, según corresponde. Luego se describen los objetivos generales y específicos. A continuación, se destacan los enfoques bajo los cuales se comprenden tanto la formulación como el desarrollo de la política. Finalmente se presentan los ejes, líneas estratégicas y líneas de acción.

Principios de la política

Suponen, a su vez, principios morales que son inherentes a la pregunta por la ‘vida buena’ y forman parte de los ‘fines de la vida’ propios de las distintas tradiciones culturales que conforman un país pluralista como Colombia y un departamento diverso como Caldas. Por lo tanto, la política pública de salud mental del departamento de Caldas propenderá por lograr:

Universalidad

La política se dirige a toda la población del departamento de Caldas.

Equidad¹

La política se dirige a toda la población sin distinción alguna de sexo, grupo étnico o condición social como lo propone Barr, N. (1989).

1 El término equidad proviene de la palabra en latín “aéquitas”, el que se deriva de “aequus” que se traduce al español como igual. “El concepto de equidad se relaciona con aquello que llamamos justo, y por lo tanto su significado depende de los valores o enfoques de la sociedad, justicia social, que adopten los individuos, grupos o gobiernos” (Barr, 1989). La inequidad hace referencia “a las diferencias que se pueden evitar, que no son necesarias y que son consideradas injustas”.

Dignidad

Es el respeto al que se hace acreedor todo ser humano. La población es digna en sí misma, no por su utilidad, ni por su capacidad, ni por su productividad, ni por la percepción de los demás.

Participación social²

Direccionar las decisiones desde el punto de vista de la participación de los involucrados en la misma política, fortaleciendo los espacios de participación a nivel social y comunitario acorde con lo propuesto por el Ministerio de la Protección Social (2007).

Corresponsabilidad social

Se refiere a las responsabilidades diferentes, bajo el criterio de concurrencia y complementariedad. Soportar una responsabilidad compartida como una nueva forma de entender la relación de los diferentes actores de la política, lo cual obedece a hacerse cargo de las decisiones y anticiparse a ellas de manera recíproca y colaborativa.

Respeto por el derecho fundamental a la salud

El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

2. Es un derecho humano universal, “Se entiende la participación social como una forma de influir sobre las decisiones que se toman y de mejorar la calidad de las mismas”. Son también las acciones individuales y colectivas que pretenden promover y lograr transformaciones sociales, realizadas por las personas mayores, en los ámbitos individual y colectivo. Estas acciones en diferentes campos de interés.

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:

- Garantizar el goce efectivo de derechos, el mantenimiento y la atención integral de la salud mental desde la atención primaria social.
- Promover alternativas para la intervención en la problemática de las sustancias psicoactivas (SPA).
- Fortalecer la cultura de bienestar como base de la salud mental de los caldenses.
- Garantizar el fortalecimiento y la accesibilidad a los niveles de prevención de las enfermedades mentales.

Enfoques de la política pública

Enfoque de derechos humanos

Para la CEPAL (2009 b), el objetivo de la elaboración de leyes, políticas y programas no debe ser las necesidades de las personas, sino el reconocimiento de que son sujetos con derechos que obligan al Estado y la sociedad a planificar mejor la toma de decisiones:

El principio de la titularidad de derechos debe guiar las políticas públicas. Se trata de orientar el desarrollo conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales plasmados en acuerdos vinculantes tanto nacionales como internacionales. (CEPAL, 2009 b, p. 23)

Este mismo organismo, por medio de un documento de Huenchuan & Piñero (2010) plantea que, desde la perspectiva de derechos humanos, una política o una convención internacional debe poseer unas obligaciones generales, pero debe, sobre todo, garantizar los siguientes derechos:

- *A la igualdad y a la no discriminación:* una adaptación a las necesidades particulares mediante medidas de acción afirmativa y medidas especiales.
- *Sensibilización:* en asociación con instituciones educativas, medios de comunicación y otras entidades de la sociedad civil, aumentar la conciencia sobre los derechos de las personas, eliminando gradualmente los estereotipos.
- *A la integridad física, psíquica y emocional y a un trato digno:* considerando medidas para prevenir, eliminar o castigar a los responsables frente a los malos tratos físicos, psíquicos, emocionales o económicos, la explotación y el abandono; sancionar y evitar experimentos médicos o científicos sin el consentimiento libre, previo e informado de la persona.
- *A la libre personalidad y con capacidad jurídica:* reconocer su capacidad para ejercer los derechos o para otorgar a otras personas las autorizaciones necesarias para actuar en su nombre.
- *A participar en la vida social, cultural y política de la comunidad:* participar activamente en la formulación y aplicación de las medidas legislativas y políticas públicas; en actividades de voluntariado e intergeneracionales; desarrollo de programas y actividades sociales y culturales.
- *A un nivel de vida adecuado y a los servicios sociales:* perspectiva etárea en los servicios sociales; facilitación al acceso físico y el transporte para estos servicios.
- *A la educación y a la cultura:* políticas activas de lucha contra el analfabetismo, en particular entre las mujeres; participación activa en actividades culturales y programas de educación.

- *A la vivienda y a un entorno saludable:* disfrutar de una vivienda adecuada.
- *Al trabajo:* tener acceso a actividades que generen ingresos; igualdad en el trato de oportunidades en materia de remuneración, condiciones de trabajo, orientación y capacitación profesional.
- *Atención particular a la situación y necesidades de las mujeres:* reconocimiento del papel de la mujer en el desarrollo político, social, económico y cultural; garantía del acceso a seguridad social, sobre todo producto de ocupaciones no estructuradas formalmente.
- *De los pueblos indígenas:* protección a los sistemas familiares sobre la base de igualdad de género y generacional.
- *A la salud física y psíquica:* sin discriminación y con pleno respeto a la dignidad y la autonomía; promoción del apoyo económico y técnico a la asistencia en el hogar. El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.

El derecho a la salud abarca libertades y derechos. Se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados). Incluye el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

Las políticas y programas de salud pueden promover o violar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, en función de la manera en que se formulen y se apliquen. La adopción de medidas orientadas a respetar y proteger los derechos humanos afianza la responsabilidad del sector sanitario respecto de la salud de cada persona.

El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho

a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas rigurosas que incluyen:

- *No discriminación:* este principio procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.
- *Disponibilidad:* se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- *Accesibilidad:* los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación; accesibilidad física; accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información.
- *Aceptabilidad:* todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.
- *Calidad:* los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad.
- *Rendición de cuentas:* los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.

Un enfoque basado en los derechos humanos identifica relaciones para emancipar a las personas para que reclamen sus derechos, y alentar a las instancias normativas y a los prestadores de servicios a que cumplan sus obligaciones para crear sistemas de salud más receptivos.

Enfoque de desarrollo humano

Frente a este enfoque Daza, K. D. (2011), propone que, entendiendo las conceptualizaciones de Amartya Sen (2000), Max Neef (1998), las Naciones Unidas (2010) y Mahbub ul Haq (2010), el desarrollo humano en el marco de una política implica concebir al ser humano desde lo individual (persona), lo colectivo (la persona en su entorno) y lo social (la sociedad en la persona), lo cual está influenciado por la política, la economía, el entorno social, la tecnología, la naturaleza y la educación.

En este sentido, el enfoque de desarrollo humano implica relaciones transversales, se relaciona con el incremento de la calidad y la satisfacción de las necesidades. En otras palabras, tiene relación directa con el ciclo de vida, pues el desarrollo de una etapa y su satisfacción tendrá relación con la siguiente, y así sucesivamente hasta la vejez.

En el Informe de Desarrollo Humano (PNUD, 2014) se presentan las principales capacidades y vulnerabilidades asociadas con el ciclo de vida. La formación de capacidades presenta dos características: 1. Las inversiones (materiales e inmateriales) dependen de la trayectoria seguida, tienen incidencia directa en las etapas posteriores y se relacionan con el entorno inmediato, la comunidad y la sociedad. 2. Las perturbaciones a corto plazo suelen tener consecuencias en el largo plazo.

Según el informe, cuando las inversiones en las capacidades vitales se producen en los primeros años, las perspectivas futuras son mejores; pero si sucede lo contrario, la falta de inversiones oportunas y continuas puede comprometer la capacidad de la persona para alcanzar un potencial de desarrollo humano pleno; las inversiones posteriores pueden aportar, pero por lo general son parciales (PNUD, 2014).

En otras palabras, según el informe existe multiplicidad de factores que generan vulnerabilidad a lo largo de la vida del ser humano y cuando son estructurales, tendrán consecuencias en la adultez o en edad avanzada; situación que responde a factores no solo de género, etnia y desigualdad intergrupales, sino que “el acaparamiento de los sistemas políticos limita el debate público y reduce las oportunidades de examinar de forma crítica los valores y prioridades de la sociedad” (PNUD, 2014, p. 7).

Enfoque de género

Esta política entenderá por género, como lo señalan Zabala & Nadiesda (2011):

Una definición social que se construye sobre los cuerpos sexuados. Hace alusión al significado, a la valoración que la sociedad le otorga al hecho de ser hombre o mujer y la manera como esto determina las oportunidades, roles, responsabilidades y relaciones de una persona. (p. 12)

En cambio, el sexo se entiende como las características y diferencias biológicas entre hombres y mujeres, y determinan una anatomía particular para cada uno. Ahora bien, es sobre estas características biológicas que se construyen los significados y valoraciones sociales que definen lo que deben hacer hombres y mujeres, es decir, el género. En ese sentido, se afirma que una construcción de género no establece únicamente aquellos aspectos sociales y culturales, sino que también hace referencia a la existencia de relaciones de poder desiguales y jerárquicas, tradicionalmente a favor de los hombres. De estas relaciones de poder surgen las desigualdades de género, sustentadas al menos culturalmente en esas dicotomías de las características o roles que se les asignan a los hombres y a las mujeres.

Estas características se ‘normalizan’ y esta naturalización se reproduce y aprende en todas las esferas de la sociedad: en los ámbitos públicos y privados, en instituciones sociales como la familia, la escuela, el trabajo, entre otros.

Este enfoque defenderá que el ser hombre o mujer no es algo que es dado de forma natural; por el contrario, es un aprendizaje que se refuerza todos los días, en un proceso de socialización sobre distintos escenarios que “nos indican no solo cómo ser, sino lo que podemos, tenemos y hacemos y sobre lo que no podemos, no tenemos y no debemos hacer” (Instituto Interamericano de Derechos Humanos - IIDH, 2008). El desarrollo de concepto de género ha permitido que las mujeres comprendan que la situación de subordinación en la que se encontraban no era un destino inmodificable o natural; de igual forma, ha permitido que los hombres y las mujeres transformen sus formas de ser y de hacer a favor de la igualdad de género.

Algunas evidencias del avance en la igualdad de género son: la incidencia política de las mujeres, la inclusión de la igualdad de derechos en legislaciones y otras políticas públicas y algunas medidas de gobierno que buscan mitigar las principales problemáticas que afectan a las mujeres.

Pese a estos avances, es importante reconocer que la situación de las mujeres continúa siendo crítica, sobre todo en temas de violencia, participación en espacios de decisión, la carga del trabajo doméstico, la pobreza, entre otros.

En definitiva, las normas sociales que construyen lo femenino no favorecen que las mujeres se piensen y decidan por sí mismas; comúnmente son otros actores quienes hablan en representación de las mujeres. La construcción del ser es un proceso personal, que requiere un fortalecimiento de la autoestima y el desarrollo de capacidades interiores. En este sentido, los derechos sexuales y reproductivos son un avance en la apuesta por el reconocimiento del cuerpo como territorio de derechos y de la autonomía de las mujeres.

Enfoque diferencial

El enfoque diferencial en esta política comprende cómo las desigualdades en el país han sido históricas. Sin embargo, pretende abordar a los individuos y las comunidades de forma igualitaria, teniendo en cuenta sus dinámicas familiares, culturales, económicas, políticas, de etnia, cursos de vida, condiciones de vulnerabilidad, e inclusive de enfermedad mental.

El enfoque diferencial es un elemento fundamental que permite reconocer las especificidades que circundan el individuo y la comunidad en un entorno determinado; es decir, aquellas características sociales, económicas, políticas y culturales que conducen a los distintos grupos sociales y que determinan en buena medida la ejecución de programas para la satisfacción de necesidades, la corrección de desigualdades y la dignificación del ser.

Según el Plan Decenal de Salud 2012-2021, “el enfoque diferencial supone la organización de las acciones y programas que dan cuenta de la garantía de la igualdad, la equidad y la no discriminación” (Minsalud, 2013). Esto entendido como la construcción de programas o estrategias para atender las particularidades de las personas y darles respuesta a las necesidades especiales. El enfoque diferencial distingue entre unos y otros aplicando derechos, reconociendo diversidades, satisfaciendo necesidades, interviniendo y generando equidad; no solo se trata de observar la vulnerabilidad de un sujeto frente al colectivo o colectivo frente a la sociedad, sino de cómo interactúa esa vulnerabilidad respecto a las características de cada condición social y sus necesidades.

Es menester recordar dos aspectos del enfoque: desde la perspectiva del individuo, el cual se entiende como un sujeto de derechos que debe ser reconocido y tratado como igual frente

a sus pares, pero que según sus condiciones particulares y diferencias requiere especial atención en aras de respetar sus especificidades; y desde la perspectiva de las condiciones sociales que indica el Ministerio de Salud, que determinan la vulnerabilidad de las poblaciones, esto es, por género, curso de vida, estructura y dinámica familiar, vivencia del conflicto armado, pertenencia étnica, pobreza, discapacidad y emergencias o desastres.

El Estado debe garantizar la corrección de las desigualdades a través de aspectos como la salud, la educación, el trabajo y otros. Bajo la óptica del enfoque diferencial se deben promover las acciones interinstitucionales que, de manera articulada, respondan a las necesidades de esos grupos sociales con diversidades culturales y sociales específicas, para que estos participen de manera activa en la construcción de país; y, por otra parte, la ejecución de estas acciones vistas desde el manejo de los recursos para garantizar los derechos de estas comunidades.

Ejes, líneas estratégicas y líneas de acción

Este apartado corresponde al diseño de la política pública, en consonancia con los principios, los objetivos, los enfoques y todo el desarrollo analítico-descriptivo de la investigación que sustenta esta propuesta. En la Tabla 11 se presentan los ejes, sus líneas estratégicas y las líneas de acción.

Tabla 11. Ejes, líneas estratégicas y planes de acción de la política pública en salud mental

Política pública departamental en salud mental: un aporte al bienestar y la inclusión
EJE 1: ALTERNATIVAS PARA LA INTERVENCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA 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	LÍNEAS DE ACCIÓN
<p>1.1 Construyendo un buen vivir: Entre el Uso y el Abuso</p> <p>Esta línea está enfocada al mantenimiento del bienestar humano y social y a la prevención del consumo de SPA.</p> <p>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 desarrollo humano y social. Capacidad de satisfacer necesidades básicas con acceso a oportunidades laborales, educativas, ingreso digno y estable, y participación social.</p>	<p>1.1.1 Desarrollar estrategias de Información, educación y Comunicación (IEC).</p> <p>Enfocadas a reducir la vulnerabilidad al consumo de sustancias psicoactivas (lícitas e ilícitas), haciendo uso de tecnologías de la información y comunicación.</p> <hr/> <p>1.1.2 Fortalecer las redes de apoyo.</p> <p>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.</p> <hr/> <p>1.1.3 Fomentar la cultura del ocio.</p> <p>Crear y fortalecer condiciones que promuevan estilos de vida y conductas saludables.</p> <hr/> <p>1.1.4 Incrementar la capacidad técnico – científica.</p> <p>Mejorar la infraestructura física, la capacidad tecnológica y la cualificación del talento humano responsable de la prevención del Consumo de SPA para aportar al desarrollo humano y social en los municipios.</p>
<p>1. 2 Reconociendo tu presente: del abuso a un mejor futuro.</p> <p>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.</p> <p>Busca una sensibilización frente a la problemática para generar estrategias de solución que redunden en el 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.</p>	<p>1.2.1 Fortalecer el talento humano.</p> <p>Cualificar el personal que presta atención al consumidor de sustancias psicoactivas y a las personas de su entorno familiar y comunitario.</p> <hr/> <p>1.2.2 Fortalecer las instituciones prestadoras de salud con objeto social diferente.</p> <p>Garantizar que se cumpla con la normatividad vigente (normas de habilitación) y apoyar el desarrollo de sus actividades.</p> <hr/> <p>1.2.3 Garantizar el acceso a la salud - Rutas de Atención Integral en Salud.</p> <p>Mejorar la oferta, el acceso, la oportunidad y la calidad de la prestación de servicios de atención.</p> <hr/> <p>1.2.4 Promover la reinserción social.</p> <p>Programas de acompañamiento y seguimiento que garanticen la culminación de los procesos y fortalezcan su proyecto de vida.</p>

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

1.3 Edificando un territorio: juntos contra la ilegalidad

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.

LÍNEAS DE ACCIÓN

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.

Garantizar la convivencia a través del reconocimiento y goce de los derechos y del cumplimiento de los deberes ciudadanos.

1.3.3 Mejorar las condiciones socioeconómicas.

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

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 (Sen, 1993). 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

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.

LÍNEAS DE ACCIÓN

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 medios masivos de comunicación.

Además, generar estrategias de control y sanción social sobre los medios y todos los agentes emisores que transmitan 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.

Diseñar estrategias de información, comunicación y educación enfocadas a prevenir la discriminación.

2.1.3 Me quiero, me cuido, me respeto: apporto al bienestar.

Fortalecer la potenciación de las dimensiones del ser humano a través del curso de vida.

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 las situaciones que pasan desapercibidas y tienen grandes impactos sociales.

2.1.5. Hablemos, no peleemos: una gestión de conflictos pacífico.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

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

En esta línea estratégica se llama a las distintas redes de apoyo para contribuir al desarrollo del individuo. Para la Unesco (2007), se deben 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 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 confianza 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 se contribuya a la salud mental.

LÍNEAS DE ACCIÓN

2.2.1 Tu familia, tu red.

La familia como agente socializador primario es el medio para la formación de individuos que resuelven los conflictos a través de la comunicación asertiva, se forma en habilidades para la vida y se validan conductas de cuidado, aprendizaje y patrones de crianza.

2.2.2 Tu escuela, tu red.

La escuela como agente socializador primario debe garantizar el desarrollo de los 4 programas pedagógicos transversales del 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 de atención integral en salud y canalizar apropiadamente los servicios que requiera.

Por otra parte, se requiere la activación de estrategias para la prestación de los primeros auxilios psicológicos y el fortalecimiento de las zonas de orientación escolar.

2.2.3 Tu barrio, tu red.

Busca fortalecer los espacios de participación social, cualificar a los líderes comunitarios, y 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. Por otra parte, establecer mecanismos de gobernanza para fortalecer los lazos de confianza con la comunidad.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

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

La línea estratégica pretende incluir en la sociedad al paciente mental. La enfermedad mental es una condición que pone en estado de vulnerabilidad a la persona que la padece. Estas personas se enfrentan a la estigmatización, la discriminación y la marginación en todas las sociedades, incrementándose así la probabilidad de que se violen sus derechos (OMS, 2013).

El individuo es una persona sujeta 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.

LÍNEAS DE ACCIÓN

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.

Beneficios para el empresario que adopte una política de inclusión laboral respecto a las personas que padezcan algún tipo de trastorno 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 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 con respecto a la salud mental.

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 (Organización Panamericana de la Salud, 2021). La historia social es la respuesta organizada y sistemática que los grupos sociales han diseñado históricamente para enfrentar la enfermedad en cada etapa de la historia natural, prepatogénica, patogénica y de resolución, a partir del reconocimiento de la red de relaciones de interdependencia entre los elementos biológicos, ambientales, sociales, económicos y culturales, donde se desarrolla la vida de los humanos, para responder oportunamente a la agresión de la enfermedad y evitar que el daño a la salud siga aumentando.

La implementación de acciones determinadas por cada nivel de prevención es de responsabilidad compartida entre individuos, grupos sociales y todos los sectores de la sociedad; educación, trabajo, justicia, economía, salud, vivienda, recreación, infraestructura vial y de comunicaciones, producción y disponibilidad de alimentos, y que se operacionalizan como 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

3.1 Nivel de prevención primaria

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

LÍNEAS DE ACCIÓN

3.1.1 Mantenimiento de la salud mental.

3.1.2 Prevención de la enfermedad mental.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	LÍNEAS DE ACCIÓN
3. 2 Nivel de prevención secundaria	3.2.1 Diagnóstico oportuno y adecuado.
Actúa en el período patogénico. Su propósito es realizar un diagnóstico y un tratamiento oportunos y adecuados de las enfermedades, para lo que se requiere contar con capacidades técnicas y científicas suficientes, y calidad en los niveles de salud.	3.2.2 Tratamiento oportuno y adecuado.
3.3 Nivel de prevención terciaria	3.3.1 Rehabilitación basada en la comunidad.
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.	3.3.2 Limitación del daño.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	LÍNEAS DE ACCIÓN
<p data-bbox="311 219 922 272">3. 4 Fortalecimiento de la capacidad técnica y científica para atender el proceso salud-enfermedad mental en los municipios</p> <p data-bbox="311 308 922 519">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, en especial a la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social en lo relacionado con 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.</p> <p data-bbox="311 522 922 760">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 con 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, tales como comunicador social, educadores, diseñadores, publicistas como actores fundamentales de los equipos de salud.</p>	<p data-bbox="954 232 1198 256">3.4.1 Capacidad técnica.</p> <p data-bbox="954 321 1377 451">Busca mejorar la infraestructura de acuerdo con la normatividad establecida, así como mejorar la conectividad y el acceso a tecnologías de la información y la comunicación (TIC).</p> <hr/> <p data-bbox="954 508 1221 532">3.4.2 Capacidad científica.</p> <p data-bbox="954 589 1399 695">Se debe contar con talento humano calificado para la atención de la salud y la enfermedad mental y capacitado en el uso de las TIC.</p> <p data-bbox="954 698 1399 747">Se debe favorecer el diálogo cultural entre diversos sistemas médicos y cabezas médicas.</p>

Medida de adopción de la política pública

Después de surtir un proceso de validación por parte de los actores clave y de los órganos competentes, la política pública resultado de esta investigación se adopta a través del Decreto 0188 del 14 (2018).

GACETA DEPARTAMENTAL

**No. 0093 DE 2018-09-17
Decreto No. 0188 del 2018-09-14 "POR MEDIO DEL
CUAL SE ADOPTA LA POLÍTICA PÚBLICA SOCIAL
DE SALUD MENTAL: UN APOORTE AL BIENESTAR Y
A LA INCLUSIÓN 2018-2028 EN EL
DEPARTAMENTO DE CALDAS"**

LEY 80 DE 1993 ORDENANZA 471 DE 2003

CONCLUSIONES



- Según la información proporcionada por actores clave y las fuentes documentales alrededor de la salud mental, las principales necesidades de atención e intervención de la población en materia de salud mental en el departamento de Caldas se concentran en cuatro categorías globales, a saber: capacidades instaladas, enfermedades, eventos y drogas, las cuales son permeadas por factores personales, culturales, de consumo, de dinámicas familiares, de entornos educativos, de capacidad de oferta y respuesta institucional, de presencia de enfermedad mental, de las distintas formas de presentación de las violencias, del acceso y uso de la información, de la seguridad ciudadana y la convivencia; las cuales requieren procesos de intervención de perspectiva sistémica y comprensiva que partan del reconocimiento de la complejidad de los sistemas sociales y las particularidades de las dinámicas personales, familiares, culturales y económicas del departamento de Caldas.
- El uso y abuso de las sustancias psicoactivas, tanto lícitas como ilícitas, en el departamento de Caldas son materia importante de atención, no solo desde el plano de los diferentes niveles de prevención y del inicio de consumo a edades cada vez más tempranas de una gran variedad de sustancias, sino desde los aspectos que resultan ser estructurales a las posibilidades de intervención social, permeadas y determinadas por las características demográficas de la población caldense, y que responden a las nuevas dinámicas, formas de convivencia y seguridad, lo que genera un gran reto social y en salud para la intervención desde el nivel estatal hasta los ámbitos social, comunitario y familiar.

- La Política Pública de Salud Mental del departamento de Caldas tiene como elemento articulador la atención primaria social (APS) y el análisis de los determinantes sociales de la salud (DSS), que desde una perspectiva de análisis de los subsistemas del sistema social permitan reconocer y analizar aquellos factores que establecen, modifican e influyen la salud mental de la población caldense, representados en aspectos como la intervención ante el consumo de sustancias psicoactivas, el mantenimiento de una cultura de bienestar de la población, y el fortalecimiento institucional y social para la intervención de las enfermedades mentales.
- El consumo de sustancias psicoactivas es un problema mayor en el departamento que repercute en la productividad y calidad de vida de la población caldense. De allí que la implementación de estrategias de prevención de los efectos y trastornos derivados del consumo que estén en armonía con los principios de equidad e igualdad social, se conviertan en una oportunidad de progreso para la población y una de las formas más efectivas para reducir la carga de morbilidad asociada.
- El interés de la salud mental en la salud pública de los países y la decisión de intervenir —plasmados en políticas públicas de diferentes niveles de actuación— es un desafío para los gobiernos que, teniendo como eje los individuos, dirigen las acciones específicas según el grupo poblacional, los empodera sobre el control de sus vidas, con sentido de responsabilidad y autorregulación, de cuidado de su bienestar emocional, lo cual repercute en ambientes sociales óptimos que promueven la inclusión y el desarrollo.
- El trabajo de investigación aportó bases esenciales para la formulación de la política pública en salud mental, reiterando el protagonismo que tiene la promoción de la salud mental y la prevención de la enfermedad mental en la agenda de la salud pública, reconociéndola como un asunto prioritario para impactar la calidad de vida de las comunidades. Un gobierno que no invierte en el cuidado de su salud mental observará un aumento en los índices de trastornos mentales, lo que se traduce en un alto costo social y económico.
- La metodología de trabajo desarrollada permitió elaborar una línea base de la situación de salud mental del departamento, validar las dificultades de la persona con condición

mental y sus cuidadores, el estigma, la discriminación, la violencia en sus diferentes expresiones y toda una fenomenología asociada que provoca el deterioro del tejido social y el estancamiento en los procesos económicos, sociales, culturales y por ende, del desarrollo.

- Los determinantes estructurales como la inversión en asuntos públicos, la protección y la seguridad social, las estrategias institucionales diseñadas por las autoridades civiles y sanitarias para materializarlas en cada etapa del curso de vida, las oportunidades que tienen los ciudadanos en el campo educativo, laboral, profesional y personal, sin exclusiones por sexo, raza, edad o modelos culturales, son reconocidos por los participantes como influyentes en su situación de salud. Entre los factores intermedios identifican las condiciones ambientales del territorio, el acceso a servicios de saneamiento básico, a vivienda digna y a empleo estable con garantía de ingresos que permitan satisfacer las necesidades básicas.
- Los actores del departamento también consideran los estilos de vida, tales como el sedentarismo, el consumo de alimentos y sustancias de reconocido efecto negativo sobre la salud, como las grasas, azúcares y sustancias psicoactivas, prácticas sociales violentas, y prácticas sexuales de riesgo, y finalmente el acceso a los servicios de salud en los territorios, según las barreras geográficas, culturales, económicas y de capacidad técnico-científica de los prestadores de los servicios de salud.
- Según lo encontrado en la recolección de información en los 27 municipios y con diversos actores sociales, estos determinantes estructurales e intermedios influyen en resultados en salud como morbilidad, mortalidad y discapacidad, por enfermedad general y mental, y por lesiones externas: accidentes de tránsito, accidentes laborales, conductas autolesivas y respuestas violentas al conflicto cotidiano. Sin embargo, se puede identificar un proceso cíclico en el que factores etiológicos de los resultados particulares en salud pueden ser consecuencias o problemas en sí mismos. Tal es el caso, por ejemplo, del consumo de sustancias psicoactivas, que en su análisis resiste diversas lecturas: el consumo es considerado causa de resultados negativos en salud, problema de salud pública y consecuencia de situaciones sociales desfavorables que aumentan el riesgo de consumo abusivo y de patologías mentales.

- También se identifican la pobreza, el desempleo, la ignorancia y las escasas oportunidades laborales en los territorios, lo que induce a la migración, al escaso desarrollo cultural y al abandono del sistema escolar. Una vinculación laboral estable y unos ingresos económicos dignos que permitan la satisfacción de las necesidades básicas tienen un efecto positivo sobre la salud, en tanto la pobreza y el desempleo causan un efecto negativo que se manifiesta en exclusión, discriminación, baja tolerancia e irrespeto a las diferencias étnicas, de género y de cultura, que dan como resultado alteraciones de la situación de salud general y mental de las personas, tanto en lo individual como en lo colectivo.

REFERENCIAS



Albó, X. (diciembre de 2009). Suma Qamaña = el buen convivir . OBETS. Ciencias Sociales. Buen vivir, desarrollo y mal desarrollo(4), 25-40. Obtenido de <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/13396/6/Obets4.pdf>

Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud del Departamento de Caldas, 2022. Recuperado de: <https://ossaldas.saluddecaldas.gov.co/wp-content/uploads/ASIS/2022/Asis-departamental-Caldas-2022.pdf>

Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Médica Panamericana.

Bahamón, S. O. (2020). La desigualdad en Colombia no cede. *Economía y Política*, (4). Obtenido de <https://www.urosario.edu.co/Revista-Divulgacion-Cientifica/Economia-y-politica/La-desigualdad-en-Colombia-no-cede/>

Barr, N. (1989). Alternative proposals for student loans in the United Kingdom.

Becerra, B.X. (5 de octubre de 2021). Colombia, el más afectado de la región por la criminalidad y el segundo del mundo. *La República*. Obtenido de <https://www.larepublica.co/globoeconomia/colombia-pais-mas-afectado-por-la-criminalidad-3242474>

Bello, C. (2008). La violencia en Colombia: Análisis histórico del homicidio en la segunda mitad del Siglo XX. . *Revista Criminalidad*, 50(1), 73-84. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-31082008000100005

Bullying sin Fronteras (2021). *Estadísticas de Bullying en Colombia 2020/2021*.

- Caplan, G. (1980). Principios de psiquiatría preventiva. Editorial Paidós.
- Cardona, D., & Nieto, E. (2001). Otros. “Concepto de salud de diferentes cabezas médicas en la ciudad de Manizales: de una racionalidad instrumental a una racionalidad compleja”. *Acta Estomatológica Autónoma. Universidad Autónoma de Manizales*, 7-22.
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). *Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Recuperado de: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
- Carney, C. (2012). Manual MSD. Versión para público general. Versión en español. Obtenido de Tratamiento de las enfermedades mentales: <https://www.msdmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-al-cuidado-de-la-salud-mental/tratamiento-de-las-enfermedades-mentales>
- Clasificación Internacional de Enfermedades (2023). Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (2009 a). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/2538/S0800533_es.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (2009 b). *América Latina y la protección social: Avances y desafíos para su consolidación. Borrador para comentarios, Taller de expertos Protección social, pobreza y enfoque de derechos: vínculos y tensiones*.
- Comunidad Europea (2021). Recuperado de: https://health.ec.europa.eu/publications/comprehensive-approach-mental-health_en?prefLang=es
- Congreso de la República (8 de noviembre de 2006). *Ley 1098 de 2006*. Obtenido de Diario oficial No 46.446: <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfancialey1098.pdf>

- Congreso de la República (31 de julio de 2012). *Ley 1566 de 2012*. Obtenido de Diario oficial No 48.508. Recuperado de: https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Ley_1566_2012.pdf
- Congreso de la República (21 de enero de 2013). Ley 1616 . Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Congreso de la República (27 de febrero de 2013). *Ley Estatutaria 1618 de 2013*. Obtenido de Diario oficial No 48.717. Recuperado de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1618_2013.html
- Constitución Política de Colombia (1991). *Artículo 49 [Título II]*. Legis.
- Contreras, A. (2013). El fenómeno de bullying en Colombia. *Revista Logos Ciencia & Tecnología*, 4(2), 100-114. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/5177/517751544011.pdf>
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). Qualitative research. *Techniques and procedures for developing grounded theory*, 3.
- Cuenca, A. (2016). Desigualdad de oportunidades en Colombia: impacto del origen social sobre el desempeño académico y los ingresos de graduados universitarios. *Estudios Pedagógicos*, 42(2), 69-93. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-0705201600020000>
- Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y política pública*, 23(1), 5-46.
- Daza, K. D. (2011). Vejez y envejecimiento. *Universidad del Rosario. Bogotá Colombia*. Recuperado de: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf.
- Decreto 1844 de 2018. (2018, 1 de octubre). Presidente de la República de Colombia. Recuperado de: <https://www.mininterior.gov.co/normativas/decreto-1844-del-1->

de-octubre-de-2018-para-reglamentar-parcialmente-el-codigo-nacional-de-policia-y-convivencia-en-lo-referente-a-la-prohibicion-de-poseer-tener-entregar-distribuir-o-comercializa/#:~:text=Voler%20arriba-,Decreto%201844%20del%201%20de%20octubre%20de%202018%2C%20para%20reglamentar,comercializar%20drogas%20o%20sustancias%20prohibidas.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1997). *Policies and strategies to promote social equity in health Background. WHO-Strategy paper for Europe*. Stockholm: Institute for Future Studie.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE (2015). *Departamento administrativo nacional de estadística*. Colombia. Obtenido de: Encuesta nacional de calidad de vida: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Presentacion_ECV_2015.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE (2017). Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia. Obtenido de: Boletín técnico. <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-y-desigualdad/pobreza-monetaria-y-multidimensional-en-colombia-2016>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE (2021 a). *Nota estadística. Salud mental en Colombia: un análisis de los efectos de la pandemia*. Obtenido de: <https://ascofapsi.org.co/pdf/Noticias/Estad%3%ADstica%20de%20Salud%20mental%20en%20Colombia-%20pand>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE (2021 b). *Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas (ENCSPA)*. Obtenido de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/encuesta-nacional-de-consumo-de-sustancias-psicoactivas-encspa>

Dirección Territorial de Salud de Caldas - DTSC (2017). Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud del departamento de Caldas. Manizales: Dirección Territorial de Salud de Caldas.

- Dirección Territorial de Salud de Caldas - DTSC (2021). *41 casos de suicidio y 503 intentos se han registrado en Caldas en lo corrido del 2021*. Obtenido de <https://saluddecaldas.gov.co/41-casos-de-suicidio-y-503-intentos-se-han-registrado-en-caldas-en-lo-corrido-del-2021-ante-estas-cifras-territorial-de-salud-intensifica-sus-acciones-de-prevencion/>
- Edo, M. (2002). Amartya Sen y el desarrollo como libertad: la viabilidad de una alternativa a las estrategias de promoción del desarrollo.
- Echeburúa., E. (2013). *Atrapados en las redes sociales*. Obtenido de <http://www.revista-critica.com/la-revista/monografico/analisis/46-atrapados-en-las-redes-sociales>
- Enrique Etcheburúa. Comunicación en las redes sociales: tan cerca y tan lejos. Madrid, marzo 22 de 2018. Recuperado de: https://elpais.com/tecnologia/2018/03/19/actualidad/1521469603_477136.html
- Erazo, R. (septiembre de 2010). Hacia un modelo de diagnóstico precoz en las enfermedades mentales. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21, 684-695. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705897>
- European Network for Workplace Health Promotion [ENWHP]. (2010). *Declaración de Edimburgo sobre la promoción de la salud mental y el bienestar en el trabajo*. Recuperado de: <https://www.alansaludmental.com/retos-en-sm/sm-en-el-trabajo/>
- Fiscalía General de la Nación (s.f.). *Protocolo de investigación de violencia sexual. Guía de buenas prácticas y lineamientos para la investigación penal y judicialización de delitos de violencia sexual*. Obtenido de: <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/wp-content/uploads/Protocolo-de-investigacio%CC%81n-de-violencia-sexual-cambios-aceptados-final.pdf>
- Font, J. (1983). Salud y enfermedad mental. En R. M. Tizón JL, *Salud Mental y Trabajo Social* (págs. 92-109). Barcelona: Laia.
- GEERTZ, C. (1988). *La interpretación de las culturas*. Castellana Barcelona.

- González Arana, R., & Molinares Guerrero, I. (2010). La violencia en Colombia: una mirada particular para su comprensión. De cómo percibimos la violencia social a gran escala y hacemos invisible la violencia no mediática. *Investigación y desarrollo*, 18(2), 346-369.
- Grundmann, F. (septiembre de 2017). Manual de Investigación para la Acción y la toma de Decisiones - IAD. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales.
- Gudynas, E. (2011). Buen vivir: germinando alternativas al desarrollo. *Revista América Latina en Movimiento*, ALAI -Agencia Latinoamericana de Información(462), 1-20. Obtenido de: <http://www.gudynas.com/publicaciones/articulos/GudynasBuenVivirGerminandoALAI11.pdf>
- Hasenfeld, Y. &. (1991). Implementation of social policy. *Administration & Society*, 451-479.
- Hernández, R. F. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F: McGraw Hill.
- Houtart, F. (diciembre de 2011). El concepto de Sumak Kausay (Buen vivir) y su correspondencia con el bien común de la humanidad. Quito, Ecuador. Debate. Acerca del Buen Vivir; Quito: Centro Andino de Acción Popular CAAP(84), 57-76.
- Huenchuan, S., & Piñero, L. (2010). *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. CEPAL.
- Hurtado, M. G. (2011). Violencia sexual en Colombia. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos - IIDH. (2008). Guía de capacitación en derechos de las mujeres , tejiendo el cambio. *Módulo 2. Nuestro derecho a crecer siendo mujeres valoradas*. San José: IIDH.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF (2020). *¿Cómo buscar ayuda cuando la casa no es un lugar seguro?* Recuperado de: <https://www.icbf.gov.co/mis-manos-te-ensenan/violencia-intrafamiliar-en-cuarentena>

- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses & Acosta, M. (2015). Comportamiento de la violencia intrafamiliar. Colombia. Obtenido de: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Violencia+intrafamiliar+primera+parte.pdf>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2021). *Violencia intrafamiliar durante la pandemia por COVID-19* . Obtenido de: <https://www.medicinalegal.gov.co/blog/-/blogs/violencia-intrafamiliar-durante-la-pandemia-por-covid-19>
- Instituto Nacional de Salud. (2016). Sistema de vigilancia en salud pública - SIVIGILA, Caldas en el primer semestre de 2016. Colombia: Ministerio de Salud.
- Jerez, L. M. (2002). Martha C. Nusbaum y Amartya Sen (compiladores), La Calidad de Vida, Fondo de Cultura Económica, México DF, 1998, 588 p. *Polis*, 2.
- Lancheros, Y. (28 de octubre de 2020). 10.689 niños y niñas fueron víctimas de violencia sexual en el año 2019. *Prensa Senado*. Obtenido de <https://www.senado.gov.co/index.php/prensa/noticias/1954-10-689-ninos-y-ninas-fueron-victimas-de-violencia-sexual-en-el-ano-2019>
- Leavell, H. (1965). Preventive Medicine for Doctor in this Community. An epidemiologic approach . New York: McGraw-Hill. Book Company.
- López, A. R. (2017). Desigualdad de oportunidades en el sistema de educación pública en Bogotá, Colombia. *Lecturas de Economía*, (87), 165-190. doi:10.17533/udea.le.n87a06
- Mahbub ul Haq. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano (2010). Recuperado de: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/HDR_2010_SP_Complete_reprint.pdf
- Mallorquí, E. (29 de mayo de 2020). 5 pasos para impulsar una cultura de bienestar. *Equipos & Talento*. Obtenido de: <https://www.equiposytalento.com/noticias/2020/04/29/5-pasos-para-impulsar-una-cultura-de-bienestar>

- Max-Neef, M. A., Elizalde, A., & Hopenhayn, M. (2006). *Desarrollo a escala humana: conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones* (Vol. 66). Icaria Editorial.
- Meny, I., & Thoenig, J. C. (1992). *Las Políticas Públicas Versión española* a cargo de Francisco Morata. Editorial Ariel, SA Barcelona.
- Ministerio de la Protección Social (2007). *Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015 - 2024*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Política-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>
- Ministerio de Justicia y del Derecho (s.f.). *Situación del consumo de drogas en Colombia*. Obtenido de: <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Paginas/Situaci%C3%B3n-consumo.aspx>
- Ministerio de Salud (1993). *Resolución 8430*. Bogotá: Ministerio de Salud, República de Colombia.
- Ministerio de Salud (2013). *Plan Decenal de Salud 2012 - 2021*. Bogotá: Minsalud.
- Ministerio de Salud (2014). *Lineamientos nacionales de rehabilitación basada en la comunidad - RBC*. Colombia: Ministerio de Salud. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/lineamientos-nacionales-rbc.pdf>
- Ministerio de Salud (28 de mayo de 2014). *Resolución 2003 de 2014*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud (2015) Tomo I. *Encuesta de Salud Mental 2015*. Recuperado de: https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf

- Ministerio de Salud (2018). *Política Nacional de Salud Mental*. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>
- Ministerio de Salud. (26 de abril de 2019). El principal reto de los problemas de salud mental es hacerlos visibles: ministro Uribe Restrepo. Ministerio de Salud. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-principal-reto-de-los-problemas-de-salud-mental-es-hacerlos-visibles-ministro-Uribe-Restrepo.aspx>
- Ministerio de Salud (2020). *Salud mental, uno de los principales retos de la pandemia*. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Salud-mental-uno-de-los-principales-retos-de-la-pandemia.aspx>
- Ministerio de Salud (2021). *Estrategia Nacional para la prevención de la conducta suicida en Colombia*. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-conducta-suicida-2021.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>
- Ministerio de Salud (s.f.). Violencias de género. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/violencias-de-genero.aspx>
- Ministerio de Salud de Chile (2021). *Estudio Diseño de propuesta curricular para la incorporación de contenidos y competencias de intervención en salud mental en las mallas de carreras vinculadas a la salud mental*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Misión de Observación Electoral - MOE (2018). *De la participación a la representación efectiva. La participación política de las mujeres en Colombia*. Obtenido de: https://www.moe.org.co/wp-content/uploads/2018/11/De-la-Participaci%C3%B3n-a-la-Representaci%C3%ADn-Efectiva-Participaci%C3%B3n-Pol%C3%ADtica-de-la-Mujer_Digital.pdf

- Misión de Observación Electoral - MOE (22 de septiembre de 2020). *Se incrementa la letalidad de la violencia contra líderes sociales, políticos y comunales durante el primer semestre de 2020*. Obtenido de: <https://moe.org.co/se-incrementa-la-letalidad-de-la-violencia-contra-lideres-sociales-politicos-y-comunales-durante-el-primer-semester-de-2020-moe/>
- Montenegro, D. (2014). Los niveles de prevención a la luz del ámbito colombiano. *Psyconex, Psicología, psicoanálisis y conexiones*, 6(9). Obtenido de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/viewFile/22436/18574>
- Montoya, L., Gálvez, M. M., Cáceres, L. C., Sepúlveda, C. E., & Guillermo., J. (2018). Salud, malestar y padecimiento: la sociedad de lo peor. La democracia y la sociedad abierta en peligro. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 68-84.
- Mrazek, H. (1994). Reduciendo los riesgos para trastornos mentales: fronteras para la investigación de intervención preventiva. Washington: National Academy Press.
- Lluch Canut, M. T. (2000). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Universitat de Barcelona.
- NIMH. (2021). Acerca del Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH). Obtenido de: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/acerca-del-instituto-nacional-de-la-salud-mental>
- Nussbaum, M. C., Sen, A., & Mazzone, R. (1996). La calidad de vida.
- Opazo, G. G. (2016). Psicología comunitaria y políticas sociales para el “buen vivir” en Ecuador. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology (IJP)*, 50, 53-63.
- Organización Mundial de la Salud - OMS (1963). Enseñanza de la psiquiatría y de la salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud - OMS (1997). Declaración de Yakarta para la promoción de la salud.

- Organización Mundial de la Salud - OMS (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.*
- Organización Mundial de la Salud (2002). Salud mental: respuesta al llamamiento a favor de la acción. Recuperado de: <https://iris.who.int/handle/10665/81911>
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2006). *Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006.* Obtenido de Constitución de la organización mundial de la salud: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.* Obtenido de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2012). *Determinantes sociales de la salud: resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Río de Janeiro, Brasil, octubre de 2011).* Obtenido de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_16-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2020). Mental Health Atlas 2020. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- Organización Mundial de la Salud (2022). Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos, recuperado de: [https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Informe+mundial+sobre+salud+mental+para+todos.+OMS+2022\)&ie=UTF-8&oe=UTF-8](https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Informe+mundial+sobre+salud+mental+para+todos.+OMS+2022)&ie=UTF-8&oe=UTF-8)
- Organización Panamericana de la Salud (2009) *Determinantes sociales de la salud.* Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

- Organización Panamericana de la Salud - OPS (2001). Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, (MOPECE). Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Módulos%20de%20principios%20de%20epidemiología%20para%20el%20control%20de%20enfermedades.pdf>
- Pizarro Hofer, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. CEPAL.
- PNUD. (2014). *Informe sobre desarrollo humano: sostener el progreso humano, reducir vulnerabilidades y construir resiliencia*. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas.
- Profamilia. (2015). Encuesta nacional de demografía y salud. Bogotá: Ministerio de Salud. Obtenido de: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-TOMO-I.pdf>
- Quevedo, E. (1993). Historia social de la ciencia en Colombia. *Vol. 7, Medicina*. Bogotá: Colciencias.
- Restrepo, D. A. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a09.pdf>
- Rodríguez, J. J. (2010). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(2).
- Roth, A. (2002). *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Aurora.
- Rutter, M. (1985). Fortaleza contra la adversidad. *Publicación Británica de Psiquiatría*, 147, 598-561.
- Restrepo, D. A., & Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211.
- Vargas, C. S. (2012). La definición de política pública. *Bien común*, 18, 47-52.

- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, Ecuador. (2010). Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013. Quito: Gobierno de Ecuador.
- Sen, A. (1980). Equality of What? *Tanner Lectures on Human Values*. In *Cambridge and Salt Lake City: Cambridge University Press and University of Utah Press*, 197-220.
- Sen, A. (1993). *Capability and Well-being* en M. Nussbaum y A. Sen (eds.) *The*. Oxford: Clarendon Press.
- Sen, A. (2003). Pobre, en términos relativos. *Comercio Exterior*, 53(5), 413-416.
- Solar, O. & Irwin, A. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: WHO.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*.
- Suárez. (s.f.). *¿Por qué hay violencia en Colombia?* . Obtenido de: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Paginas/Por-que-hay-violencia-en-Colombia.aspx>
- Suesca, L. (13 de octubre de 2021). *Denuncias por violencia intrafamiliar y de género aumentaron en 21%*. Obtenido de https://caracol.com.co/radio/2021/10/14/nacional/1634165081_948392.html
- Superintendencia Nacional de Salud (julio-diciembre de 2013). Políticas en salud. Monitor estratégico. Caracterización del talento humano en salud: hacia el sistema de información del registro único nacional de talento humano en salud. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Caracterizacion-talento-humano-en-salud.pdf>
- Thoening, M. Y. (1992). Las políticas públicas. Ariel.
- Thompson, J. (1998). *Los media y la modernidad*. Barcelona: Paidós.

- Trull, T. y. (2002). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomson.
- Unesco (2007). *Perspectivas: revista trimestral de educación comparada*. Recuperado de: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000124971_spa
- Unesco (2023). *Entornos de aprendizaje seguros: prevención y tratamiento de la violencia en las escuelas y sus alrededores*. Recuperado de: <https://www.unesco.org/es/health-education/safe-learning-environments>
- Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas - UARIV (2021). *Víctimas del conflicto armado*. Obtenido de <https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Cifras/#!/infografia>
- Vélez, A. A. (1990). *Conceptos básicos del proceso salud enfermedad*. Vicerrectoría Académica. Facultad de Enfermería. Universidad de Caldas. Manizales: Fondo Editorial Monografías Universitarias.
- Vergara, M.C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*. 12, 41 – 50.
- Williner, A., & Martínez, M. F. (2023). *Políticas públicas integrales: el caso de las políticas de desarrollo territorial* (No. 68020). Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Meny, Y., Thoenig, J. C., & Morata, F. (1992). *Las políticas públicas*.
- Zabala, S. N., & Nadiesda, S. (2011). Derechos, violencias y construcción de paz desde las mujeres del Magdalena Centro. *Así vivimos la incidencia: Herramientas conceptuales y metodológicas de género*, 3- 108.

Este libro fue impreso
en julio de 2024 en Blanecolor.

Manizales, Colombia