

**RETOS Y OPORTUNIDADES PARA LA FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN
DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL EN
EL MUNICIPIO DE PIEDECUESTA, SANTANDER**

**ELSA MENDOZA NIÑO
SANTIAGO TAMAYO MARTÍNEZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN PÚBLICA
BUCARAMANGA**

2017

**RETOS Y OPORTUNIDADES PARA LA FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN
DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL EN
EL MUNICIPIO DE PIEDECUESTA, SANTANDER**

**ELSA MENDOZA NIÑO
SANTIAGO TAMAYO MARTÍNEZ**

Monografía para optar al título de Especialista en Gestión Pública

**Director:
HECTOR MAURICIO ROJAS BETANCUR
PhD. en Ciencias sociales niñez y juventud**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN PÚBLICA
BUCARAMANGA**

2017

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. JUSTIFICACIÓN	14
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GENERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. METODOLOGÍA	17
4. MARCO TEÓRICO Y MARCO LEGAL	19
5. DIAGNÓSTICO EN CONVIVENCIA CIUDADANA Y SALUD MENTAL	32
6. PERFIL DE SALUD MENTAL DEL MUNICIPIO DE PIEDECUESTA A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MENTAL 2015	54
7. CONCLUSIONES	73
8. RECOMENDACIONES	76
BIBLIOGRAFÍA	79

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Pirámide Poblacional - Piedecuesta 2015	33
Gráfica 2. Comparativo homicidios 2011 – 2015	38
Gráfica 3. Comparativo suicidios 2011 – 2015	39
Gráfica 4. Comparativo violencia interpersonal 2011 – 2015	40
Gráfica 5. Comparativo violencia sexual 2011 – 2015	41
Gráfica 6. Comparativo violencia intrafamiliar 2011 – 2015	42
Gráfica 7. Comparativo prevalencias consumo alguna vez en la vida por tipo de sustancia psicoactiva en el departamento de Santander	45
Gráfica 8. Porcentaje de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol según sexo.	46
Gráfica 9. Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita según sexo	48
Gráfica 10. Inversión en el componente de Salud Mental – Plan de Intervenciones Colectivas, Piedecuesta 2011 – 2015	50

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Clasificación de los trastornos mentales DSM 5 (2013)	20
Tabla 2. Población piedecuestana por grupos etarios (2015)	33
Tabla 3. Muertes violenta año 2015	37
Tabla 4. Lesiones no fatales año 2015	37
Tabla 5. Comparativo violencia de pareja	43
Tabla 6. Síntomas más frecuente en población infantil según sexo en Colombia	59
Tabla 7. SRQ según tipo de síntomas en población colombiana de 12 a 17 años	61
Tabla 8. SRQ según tipo de síntomas en personas entre 18 y 44 años según sexo	62
Tabla 9. Eventos traumáticos y percepción de trauma psicológico asociado en adolescentes entre 12 y 17 años en Colombia	64
Tabla 10. Prevalencia de los trastornos mentales en los últimos 30 días y 1 años en población infantil entre 7 y 11 años por sexo en Colombia	66
Tabla 11. Prevalencia de los trastornos mentales en los últimos 30 días y 1 año en población adolescente entre 12 y 17 años por sexo en Colombia	67
Tabla 12. Prevalencia de los trastornos mentales en los últimos 30 días y 1 año en población adulta por sexo en Colombia	68
Tabla 13. Trastorno depresivo	69

RESUMEN

TITULO: RETOS Y OPORTUNIDADES PARA LA FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL EN EL MUNICIPIO DE PIEDECUESTA, SANTANDER*

AUTORES: ELSA MENDOZA NIÑO
SANTIAGO TAMAYO MARTÍNEZ**

PALABRAS CLAVE: Oportunidades, Implementación, política publica, convivencia social, salud mental

El Municipio de Piedecuesta no cuenta con un diagnóstico actualizado de las condiciones relacionadas con la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental del Plan Decenal de Salud Pública Nacional, que permitan la formulación, adopción e implementación de políticas públicas municipales en estos aspectos.

Razón por la cual se proponen diversas alternativas o estrategias (desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud mental) a tener en cuenta en la posterior formulación de la Política Pública en Convivencia Social y Salud Mental, de acuerdo a los factores relevantes identificados para reducir los efectos de la carga social y económica por problemas y trastornos mentales entre la población del municipio, y las diversas formas de violencia; apoyando la generación de capacidades y oportunidades de la comunidad piedecuestana, fomentando el disfrute de la vida y el desarrollo de las potencialidades individuales y colectivas para el fortalecimiento de la sana convivencia, la salud mental y el desarrollo humano y social en el Municipio.

Dentro del reto y la oportunidad prioritaria para la formulación democrática de la Política Pública de Convivencia Social y Salud Mental en el Municipio de Piedecuesta, es que la misma promueva y cuente con la participación activa de los diversos actores sociales y grupos de interés en el Municipio, en el mismo sentido a lo contemplado en el Plan Nacional Decenal de Salud Pública. Esto permitirá un mayor conocimiento y una mayor aceptación por parte de la misma ciudadanía de las políticas a implementarse potenciando los resultados de las mismas en el Municipio de Piedecuesta.

* Monografía

** Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Economía y Administración, Especialización en Gestión Pública. Director Hector Mauricio Rojas Betancur

ABSTRACT

TITLE: CHALLENGES AND OPPORTUNITIES FOR THE FORMULATION AND IMPLEMENTATION OF PUBLIC POLICY IN SOCIAL COEXISTENCE AND MENTAL HEALTH IN THE MUNICIPALITY OF PIEDECUESTA, SANTANDER*

AUTHORS: ELSA MENDOZA NIÑO
SANTIAGO TAMAYO MARTÍNEZ**

KEYWORDS: Opportunities, Implementation, public policy, social coexistence, mental health

The municipality of Piedecuesta does not have an actualized diagnosis on the conditions related to the Social Coexistence and Mental Health Dimension, contained in the National decennial plan of Public Health; which allows the formulation, adoption and the implementation of local public policies in these aspects.

In order to solve this situation, many alternatives are proposed from the perspective of the social determinants of mental health, to take in to account on the later formulation of the Municipal Public Policy on Social Coexistence and Mental Health, according to identified relevant factors to reduce the effects, the social and economic burdens due to mental problems or disorders among people in Piedecuesta; and diverse forms of violence; supporting the generation of capabilities and opportunities for the community encouraging life enjoyment y the development of personal and collective potentialities to encourage health coexistence, mental health, human and social development in the municipality.

Among the main challenges and opportunities identified for the formulation of the local Public Policy on Social Coexistence and Mental Health in Piedecuesta, outstands the democratic character of it, which consists on consulting and taking into account diverse social actors and interests groups in Piedecuesta Municipality, in this same sense as contemplated in the National National decennial plan of Public Health. This will allow a greater knowledge and a greater acceptance by the citizenship of the policies to implement, empowering their results in Piedecuesta.

* Monograph

** Faculty of Human Sciences, School of Economics and Administration, Specialization in Public Management. Director Hector Mauricio Rojas Betancur

INTRODUCCIÓN

El Municipio de Piedecuesta no cuenta con un diagnóstico actualizado de las condiciones relacionadas con la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental que permitan la formulación, adopción e implementación de políticas públicas en estos aspectos. Para solventar la problemática identificada, se propone mediante el desarrollo del presente trabajo de monografía, realizar el diagnóstico actualizado de las condiciones de Salud Mental; específicamente, de la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental del Plan Nacional de Salud Pública.

Adicionalmente, como resultado de la presente fase diagnóstica se propondrán diversas alternativas o estrategias a tener en cuenta en la posterior formulación de la Política Pública en Convivencia Social y Salud Mental, de acuerdo a los factores relevantes identificados para reducir los efectos de la carga social y económica por enfermedades generadas por eventos, problemas y trastornos mentales, y las diversas formas de violencia; apoyando la generación de capacidades y oportunidades de la comunidad piedecuestana, fomentando el disfrute de la vida y el desarrollo de las potencialidades individuales y colectivas para el fortalecimiento de la sana convivencia, la salud mental y el desarrollo humano y social en el Municipio.

El presente diagnóstico se desarrolla bajo los enfoques de género y de grupos etarios, que permiten identificar de una mejor manera aspectos claves para la formulación de una política pública municipal en salud mental de acuerdo a las necesidades específicas de cada uno de estos grupos poblacionales, potenciando su impacto entre la población. De igual manera, el enfoque de los determinantes sociales de la salud mental (Fisher, Baum 2010) representa el eje teórico central en torno al cual se implementa el siguiente diagnóstico municipal de las

condiciones de salud mental y convivencia ciudadana en el Municipio de Piedecuesta, Santander; en el marco del Plan Decenal Nacional de Salud Pública (Resolución 1841 de 2013) y la normatividad legal vigente en la materia

De acuerdo al Ministerio de Protección Social y Salud, se define la Salud Pública como una *"...responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida"*.¹ En todo caso las acciones de Salud Pública se formulan e implementan en función de la promoción y prevención en salud, estilos de vida saludable, y de la vigilancia y gestión en salud articuladamente con el Plan Decenal de Salud Pública a nivel Nacional y Planes Territoriales.

Por tanto, se evidencia que la responsabilidad en Salud Pública recae no solo sobre el gobierno Nacional y gobiernos Territoriales, sino también contempla la participación activa de la comunidad para potenciar sus beneficios. En este mismo sentido, Milton Terris (1992) define la Salud Pública como *"...la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad y la discapacidad, prolongar la vida y fomentar la salud física y mental y la eficiencia mediante esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del ambiente, control de enfermedades infecciosas y traumatismos, educación del individuo en principios de higiene personal, organización de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y para rehabilitación, y el desarrollo de la maquinaria social que asegurará a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud."*²

¹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Salud Pública [en línea]. [citado en 2 de Octubre de 2016]. Disponible en: <<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx>>

² TERRIS Milton. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En OPS (ed.). La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Pub. Cient. N° 540, p. 187–188. Washington, OPS; 1992

El Plan Decenal de Salud Pública y la Normatividad Legal vigente definen la Salud Mental como un *"estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad."*³; por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Salud Mental como *"un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar en forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad"*⁴

Por tanto, se construye el presente diagnóstico en Salud Mental y Convivencia Ciudadana para el Municipio de Piedecuesta a partir de una contextualización socio económica del Municipio que permita identificar las generalidades sociales y económicas que hacen parte de los determinantes sociales de la salud que le impactan; seguidamente, a través del análisis de los índices de violencia e intolerancia, así como de los indicadores de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas entre su población según datos y estadísticas expuestas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Forenses, así como por el Observatorio de Drogas de Colombia. Y por último, se construye en perfil de salud mental del municipio a partir de la Encuesta Nacional en Salud Mental 2015 del Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, para así presentar las conclusiones y recomendaciones propuestas para tenerse en cuenta al momento de la formulación de la Política Pública Municipal de Salud Mental y Convivencia Ciudadana de Piedecuesta.

³ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Enero de 2013.

⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud Mental: un estado de bienestar [en línea]. [citado en 2 de Octubre de 2016]. disponible en: <www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/>

1. JUSTIFICACIÓN

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) define las enfermedades mentales o los trastornos mentales y del comportamiento como un conjunto. *"Los síntomas varían sustancialmente, pero estos trastornos se caracterizan en términos generales por alguna combinación de anomalías de los procesos de pensamiento, de las emociones, del comportamiento y de las relaciones con los demás"*⁵, teniendo en cuenta que los orígenes y causas de los trastornos mentales se establecen a partir de la interacción de la persona con factores biológicos, psicológicos y sociales.

Fisher & Baum (2010) describen que el contexto socio-económico, político y cultural (gobierno, normas culturales y sociales, actividad económica, desigualdad económica, y políticas y programas sociales), al igual que la exposición a factores de estrés social (desempleo, bajos ingresos, violencia de género, aislamiento social, inestabilidad laboral, inseguridad, etc.) promueven la aparición de problemas y/o trastornos mentales entre la población; potenciados muchas veces por condiciones en la niñez, barreras culturales, económicas o de género para el acceso la salud mental, y el consumo de alcohol, tabaco y drogas entre otros.⁶

Por tanto, un bajo nivel de salud mental entre la población incrementa los índices de intolerancia y violencia dentro de la misma. Durante el año 2015, por ejemplo, se presentaron en Piedecuesta 12 casos de homicidios y 12 casos de suicidio entre su población (según cifras reportadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal, ampliadas más adelante durante el desarrollo del presente trabajo); reportandose una reducción durante en homicidios, pero un incremento en el

⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, 2001. p 10.

⁶ MATTHEW FISHER , FRAN BAUM. Op. Cit.

número de suicidios cometidos durante el periodo comprendido en el estudio. Adicionalmente, el Área Metropolitana de Bucaramanga, de la cual Piedecuesta hace parte integral, registra una tasa de 267,7 lesiones por cada 100.000 habitantes, muy superior a la media Colombiana de 76,5⁷ (Vanguardia Liberal, 2014) durante el año 2014 se presentaron 14 asesinatos de los 174 ocurridos en el A.M. de Bucaramanga según la Policía Metropolitana, dando cuenta de los altos niveles de violencia e intolerancia que afectan el Municipio.

A nivel nacional, se encuentra una prevalencia de trastornos mentales de 4,7% para los últimos 12 meses entre la población infantil (7 - 11 años), mientras que en población adolescente (12 - 18 años) se presenta una prevalencia de trastornos mentales de 7,2%; y de 9,1% en adultos durante los últimos 12 meses, los trastornos se presentan con mayor frecuencia entre la población femenina que entre la masculina⁸.

Así mismo, el desarrollo del presente tema de monografía le representa al Municipio de Piedecuesta grandes beneficios en materia de documentación para la formulación, sustentación y soporte la Política Pública Municipal de Salud Mental y Convivencia Ciudadana de una manera armónica con las necesidades y requerimientos específicos de la comunidad.

⁷ BUSTOS Edgar O. Personería lanza S.O.S. por alto índice de violencia Intrafamiliar. En: Vanguardia Liberal. (2 de Marzo 2014) [en línea] < <http://www.vanguardia.com/santander/area-metropolitana/249181-personeria-lanza-sos-por-alto-indice-de-violencia-intrafamiliar>>

⁸ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, COLCIENCIAS. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Bogotá 2015 p 214. ISBN: 978-958-8903-20-0

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GENERAL

Diagnosticar las condiciones de Salud Pública en su dimensión de Convivencia Social y Salud Mental en el Municipio de Piedecuesta en el periodo comprendido entre los años 2011 al 2015 para formulación de lineamientos de la política pública del Municipio.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contextualizar la situación social y económica de la población residente del Municipio de Piedecuesta, Santander.
- Implementar un análisis de los índices de tolerancia y convivencia ciudadana durante el periodo analizado.
- Resaltar las políticas y programas enfocados a la promoción de la salud mental y la convivencia pacífica durante el periodo objeto de estudio.
- De acuerdo a la información disponible, establecer un perfil de la Salud Mental del Municipio de Piedecuesta.
- Identificar y proponer lineamientos para la formulación e implementación de la Política Pública en Salud Mental del Municipio de Piedecuesta.

3. METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del presente tema de monografía se clasifica como de investigación descriptiva, con carácter bibliográfico y diagnóstico, ex-post-facto. Hernández, Fernández y Baptista (2010) definen la investigación o los estudios descriptivos como aquellos que propenden por identificar y detallar propiedades, características y perfiles de grupos poblacionales, comunidades, procesos o cualquier otro fenómeno susceptible de análisis; "es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas"⁹.

Adicionalmente, constituye una investigación diagnóstica y bibliográfica por que se alimenta de la revisión de la literatura existente, sin acudir a fuentes primarias para la recopilación, organización y valoración de la información con un fin concluyente y propositivo en relación a la salud mental en el municipio de Piedecuesta; y constituye una investigación finalmente ex-post-facto, puesto que no se cuenta con un control sobre las variables analizadas y se aguarda hasta que el fenómeno a analizar haya ocurrido de forma natural y espontánea, constituyendo un análisis retrospectivo¹⁰.

Pasando a lo particular y específico de la temática a tratar; para la construcción de un diagnóstico de las condiciones de Salud Mental y Convivencia Ciudadana en el Municipio de Piedecuesta, se establece un alcance temporal de cinco años

⁹ HERNANDEZ, Fernández y Baptista. La Metodología de la Investigación. V Edición. McGrawHill. ISBN: 978-607-15-0291-9. México. 2010.

¹⁰ BISQUERRA, R. Métodos de investigación educativa: Guía práctica. 1ª. Ed. Pág. 65. Barcelona: CEAC. 1989 [en línea] disponible en: <http://dip.una.edu.ve/mead/metodologia1/Lecturas/bisquerra2.pdf>

comprendidos entre el 2011 y el 2015, y se orienta hacia el concepto de los determinantes sociales de la salud mental.

Inicialmente, se presenta una caracterización general del municipio y de su población mediante una contextualización socio-económica que permita identificar aspectos sociales que impacten la salud mental de sus pobladores; seguida de un análisis de la evolución de los indicadores de violencia e intolerancia, tales como los homicidios, suicidios, violencia interpersonal, violencia sexual y violencia intrafamiliar, entre otros. Adicionalmente, dentro de este aparte se evaluará el consumo de tabaco, alcohol y drogas en el Municipio a partir de las estadísticas departamentales.

Seguidamente, se presenta un compilado de los diversos programas y políticas de promoción y prevención en Salud Mental implementadas en el Municipio de Piedecuesta durante el periodo analizado. Igualmente, a partir de la información disponible se establece un perfil de las condiciones de salud mental en el Municipio, incluyendo la afectación entre la población de problemas y trastornos en salud mental según la metodología aplicada en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

Finalmente, y a partir de la recopilación y análisis de la información presentada, se exponen las principales conclusiones y se presentan las recomendaciones identificadas a tenerse en cuenta en la etapa de formulación y/o actualización de la Política Pública Municipal de Salud Mental del Municipio de Piedecuesta, Santander de la manera más articulada posible con el entorno y contexto socioeconómico actual, y las necesidades específicas en la materia a nivel local.

4. MARCO TEÓRICO Y MARCO LEGAL

Como se recalcó anteriormente, la Organización Mundial de Salud OMS, redefinió en 2013 el concepto de Salud Mental como *"un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar en forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad"*¹¹. Esta perspectiva se aleja cada vez más de la óptica tradicional reduccionista que se constituía a partir de la noción de la enfermedad psiquiátrica para abordar el impacto y la articulación de los diversos aspectos del ser humano; psicológicos, biológicos y sociales; es decir, pasa a considerar una multicausalidad de los trastornos mentales en las personas, y si a pesar de la ausencia de estos una persona se encuentra en incapacidad de convivir pacíficamente con su entorno y de realizar normalmente sus actividades cotidianas.

Pero no son estas recientes redefiniciones de la visión tradicional de la siquiatria las primeras en exponer los errores de la siquiatria como antiguamente se concebía. Existe una vertiente que niega la efectividad de la Psiquiatria y la existencia de las Enfermedades Mentales como se conciben desde la misma Psiquiatria, la denominada "Anti Psiquiatria", un término que se popularizó a partir de la década de los 60s entre cuyos principales exponentes se encuentran Thomas S. Szasz y Golffman Erving, quienes sustentan cómo los tratamientos psiquiátricos a las diversas condiciones de la salud mental, incluyendo los hospitales mentales, no contribuyen con recuperación del paciente, por el contrario proponen nuevas alternativas de tratamientos y énfasis en la promoción y la prevención.

¹¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud Mental: un estado de bienestar [en línea]. [citado en 2 de Octubre de 2016]. Disponible en: <www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/>

Szasz contempla en su artículo "El mito de la enfermedad mental" publicado en la revista Americana de Psicología en el año 1960, que las enfermedades mentales tales y como las concibe la psiquiatría tradicional son equívocas. *"Nuestros adversarios no son demonios, brujas, fe, o enfermedades mentales.... Lo que tenemos son problemas en la vida, independientemente estos sean biológicos, económicos, políticos o sociosicológicos"*¹².

Por tanto, en la actualidad prevalece el término trastorno sobre enfermedad en cuanto a problemas en salud mental se refiere y sus tratamientos difieren de los utilizados en bajo el esquema tradicional. El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría clasifica los diversos trastornos mentales en 22 categorías, de la siguiente manera:

Tabla 1. Clasificación de los trastornos mentales DSM 5 (2013)

DSM-5 (2013)
Principales categorías
1. Trastornos del neurodesarrollo
2. Trastornos de la eliminación
3. Trastornos neurocognitivos
4. Trastornos relacionados con sustancias y otras adicciones
5. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
6. Trastornos depresivos
7. Trastornos bipolares y trastornos asociados
8. Trastornos de ansiedad
9. Trastorno obsesivo Compulsivo y trastornos asociados
10. Trastornos relacionados con el trauma y estresores
11. Trastorno por síntomas somáticos y trastornos asociados
12. Trastornos disociativos
13. Trastornos de la alimentación

¹² SZASZ S. Thomas. The Myth of Mental Illness. The American Psychologist. Vol 15 No. 2 Febrero 1980. p 118.

14. Disfunciones sexuales
15. Trastornos paralílicos
16. Disforia de género
17. Trastornos del sueño-vigilia
18. Trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta
19. Trastornos de la personalidad
20. Otros trastornos mentales
21. Trastornos del movimiento inducidos por la medicación
22. Otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica

Fuente: American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5.

Otros de los conceptos esenciales para la comprensión del objeto y alcance de la presente investigación diagnóstica los constituyen el de política pública, convivencia social y salud mental y la promoción de la misma.

Política Pública es *"el conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos"*¹³. Pallares (1998) señala que las Políticas Públicas deben ser consideradas como un "proceso decisional". Tamayo, por su parte, detalla la política pública como *"el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios"*¹⁴, en este caso, la Salud Mental.

Convivencia Social y Salud Mental: Según el Ministerio de Salud y Protección social, es el *"espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la*

¹³ PALLARES, Francesc. Las Políticas Públicas. El Sistema Político en Acción. Revista de Estudios Políticos (Nueva Época) Num. 62. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. España, 1998. [en línea] disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=1166>

¹⁴ TAMAYO S. Manuel. El análisis de las políticas públicas. En: Bañón Rafael, Carrillo Ernesto. La nueva administración pública. Alianza Universidad. Madrid 1997. p 2

*transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos"*¹⁵.

Promoción de la Salud Mental y la Convivencia: Según el Ministerio de Salud y la Protección Social y lo contemplado en el Plan Decenal de Salud Pública, se define como "el conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales y comunitarias orientadas a proveer oportunidades que permitan el despliegue óptimo de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana, estableciendo relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común y el desarrollo humano y social"¹⁶.

En concordancia con lo expuesto, la perspectiva de los determinantes sociales en las condiciones de la salud (mental y física) de las personas sustenta la posibilidad de formular y adoptar medidas de amplio alcance en temas de promoción y prevención en Salud, máxime los probados beneficios que la aplicación de estas medidas conllevan; en este mismo sentido se pronuncian Fisher y Baum 2010 en su artículo "The social determinants of mental health: Implications for research and health promotion" ¹⁷ publicado en el Diario Australiano y Neo Zelandés de Psiquiatría.

¹⁵ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Plan Decenal de Salud Pública. Dimensión Convivencia Social y Vida Saludable. P. 1 [en línea] disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/convivenciasocial-ysalud-mental.pdf>

¹⁶ Ibid. Pag. 2

¹⁷ MATTHEW FISHER , FRAN BAUM. The social determinants of mental health: Implications for research and health promotion. Diario Australiano y Neo Zelandés de Psiquiatría. No. 44 2010

a. Determinantes Sociales de la Salud Mental

La Salud Mental constituye una parte integral y esencial del bienestar general en Salud de una persona. A su vez, la Salud Mental puede definirse bajo distintos enfoques; "como la ausencia de enfermedades mentales, como el estado de un organismo que le permite un completo rendimiento de sus funciones, o como un estado balanceado con uno mismo, y entre uno mismo con su entorno físico y social"¹⁸.

Como se observa en la definición anterior, la Salud Mental la constituye, entre otros factores, la capacidad de una persona de adaptarse y desenvolverse aceptablemente dentro de su entorno y en convivencia comunitaria pacífica. En este mismo sentido, la definición de adoptada en la legislación colombiana (Ley 1616 de 2013), esta (la salud mental) se concibe como "*un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales y cognitivos para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad*"¹⁹.

También se muestra en el mismo sentido la Organización Mundial de Salud y su definición de Salud Mental adoptada en el año 2013, la cual se expuso con anterioridad.

Los determinantes sociales de la salud mental constituyen entonces, una aproximación a la psiquiatría apartada del concepto tradicional. Se soporta en que

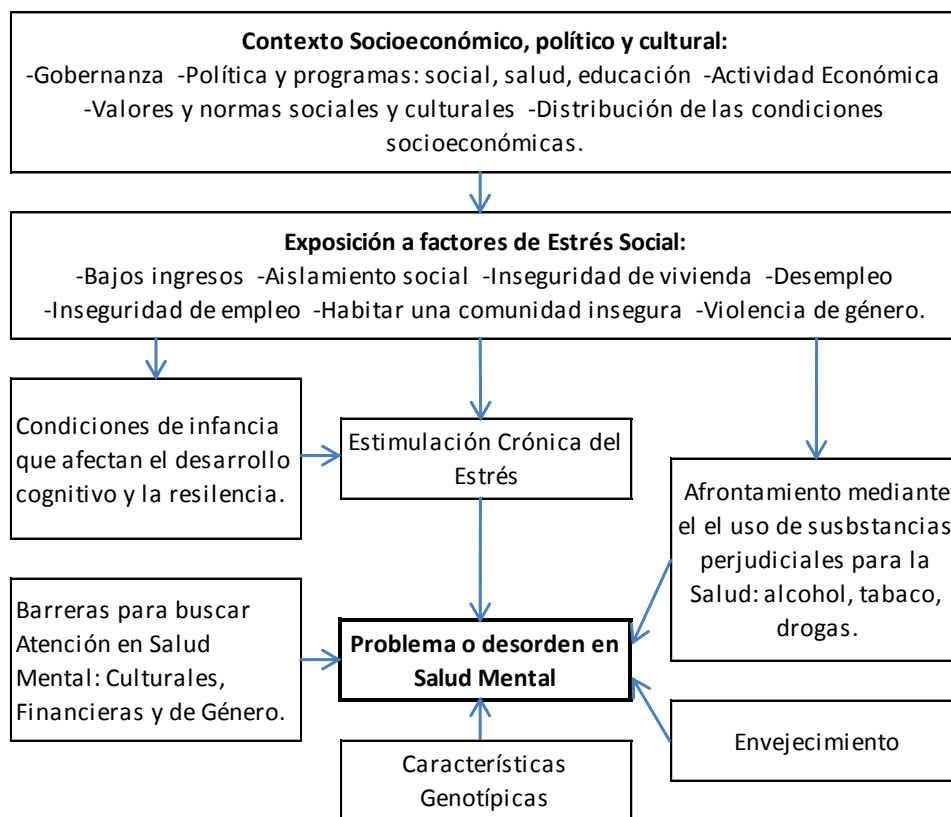
¹⁸ BHUGRA, Till, Sartorius. What is mental health? International Journal of Social Psychiatry (Vol 59). 2003. Pág.2. [en línea] disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Alex_Till/publication/235371865_What_is_mental_health/links/569296fc08aec14fa55d814e.pdf

¹⁹ COLOMBIA. CONGRESO DE REPUBLICA Ley 1616 de 21 de Enero de 2013. "Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones".

la prevalencia general de desórdenes o problemas en salud mental tienden a presentar un agravante social en la mayoría de los casos multicausal. Estudios recientes lo han demostrado, una mayor presencia de problemas o desórdenes mentales bajo condiciones sociales específicas, tales como la precariedad socioeconómica, el desempleo y la residencia en un entorno urbano, entre otras.

La gráfica a continuación, consolidada y adaptada por Fisher y Baum (2010), presenta y sintetiza los diversos factores que influyen en la salud mental de las personas durante su ciclo vital.

Figura 1. Factores que influyen en la aparición individual de un problema / trastorno de salud mental.



Fuente: FISHER y BAUM. The social determinants of mental health: Implications for research and health promotion.

Para el caso colombiano especialmente, otro de los factores sociales que afectan la salud mental y que se encuentra inmerso dentro de los factores sociales señalados con antelación, lo constituye la exposición a eventos traumáticos a raíz del conflicto armado y la problemática de narcotráfico que tradicionalmente ha afectado al país; principalmente el desplazamiento forzado constituye uno de los principales promotores de problemas o trastornos mentales entre la población colombiana, tal y como lo evidencian Sánchez y Jaramillo (1999):

*"El desplazado es sometido a una situación amenazante y traumática que debe asumir previamente, su única defensa es la huida y son lejanas las posibilidades de sanción social a los responsables, impunidad que juega un papel fundamental como herramienta que acrecienta el efecto psicológico al reforzar la desesperanza y el desamparo"*²⁰.

De acuerdo a lo expuesto, los Determinantes Sociales entonces juegan un papel esencial a la hora de identificar las causas de la problemática de Salud Mental que afecta a una comunidad en específico, así como para la formulación de programas y políticas para subsanarlas. Mientras la prestación de servicios médicos es importante para el tratamiento de desórdenes o problemas en Salud Mental, no lo son menos las decisiones de los gobiernos y las instituciones públicas en áreas ajenas a la cartera de salud, ya que estas pueden mitigar o potenciar la exposición al estrés de la población.

Finalmente, el enfoque de los determinantes sociales de la salud mental presenta grandes oportunidades para la formulación e implementación de medidas de prevención en salud a gran escala. Igualmente, se muestra de especial interés en la aplicación de políticas y programas que promuevan la resiliencia y la salud

²⁰ SANCHEZ Ricardo, JARAMILLO Luis Eduardo. Desplazados: Experiencias en Salud. Impacto del Desplazamiento sobre la Salud Mental. Revista Universitas Humanística. Vol. 47. 1999. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Sociales. Pág. 101

mental positiva, como una adecuada educación parental y la construcción de capital social entre la población de comunidades focalizadas.²¹

b. Marco Legal

En este aparte se presentan y describen brevemente las principales normas vigentes que se relacionan directamente con las políticas y programas en Salud Mental y las condiciones de prestación del servicio así como de las actividades de Promoción y Prevención en salud mental.

- Ley 100 de 1993. "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". Establece el derecho a la Seguridad Social y sus principios rectores. Entre otros componentes de la Seguridad Social, la Ley pretende garantizar la universalidad en aseguramiento en Salud de la Población a través de los regímenes contributivos y subsidiados en Salud que la misma reglamenta.
- Ley 715 de 2001. Establece las políticas relacionadas con los recursos del Sistema General de Participaciones y su distribución sectorial entre Salud, Educación y de propósito General; entre otras establece las competencias en cada uno de los sectores a nivel nacional y territorial.
- Ley 1450 de 2011, El Plan Nacional de Desarrollo está implementado según el Título XII, Capítulo 2, artículo 339 de la Constitución Política de Colombia, en la que describe que el Plan Nacional de Desarrollo está conformado por una parte general y un plan de inversiones de las entidades públicas del orden nacional; y a su vez dispone que las entidades territoriales elaborarán y adoptarán de manera concertada entre ellas y el gobierno nacional, planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de sus recursos y el

²¹ MATTHEW FISHER , FRAN BAUM. Op. Cit. Pág. 1062.

desempeño adecuado de las funciones que les hayan sido asignadas por la Constitución y la Ley.

- Ley 1616 de 2013 o Ley de Salud Mental, busca garantizar el ejercicio pleno del derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a la infancia y la adolescencia, a través de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ley 1751 de 2015 - "Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones". Entre otras disposiciones la Ley establece las obligaciones del estado en cuanto al derecho a la Salud, los principios del mismo, determinantes sociales en salud, derechos y deberes de las personas relacionadas con servicios de salud, mecanismos de protección, entre otras.
- La Resolución 1536 de 2015 contempla disposiciones sobre el proceso de Planeación Integral para la Salud; su objeto comprende las disposiciones para la planeación integral en salud en los diversos entes del orden territorial, así como establecer obligaciones que deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud - EPS, Entidades Administradoras de Riesgos Laborales - ARL y demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB.
- La Resolución 518 de 2015 dicta disposiciones relacionadas con la Gestión en Salud Pública y se establecen directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC); de la misma manera establece los usos de los recursos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.
- Resolución 1841 de 2013 - Adopción del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual incluye políticas sectoriales e intersectoriales en materia de salud

pública, establece las competencias de las entidades territoriales en relación al Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), proceso de implementación, monitoreo y evaluación.

El PDSP se construyó bajo una aproximación de enfoques (de derecho, determinantes sociales de la salud, diferencial, de ciclo de vida, de género, étnico y poblacional). El PDSP se comprende de dimensiones prioritarias y transversales; dentro de las dimensiones prioritarias identificamos la Salud Ambiental, Vida Saludable y Condiciones no transmisibles, Convivencia social y salud mental, Seguridad alimentaria y nutricional, Derechos y sexualidad, vida saludable libre de enfermedades transmisibles, Salud Pública en emergencias y desastres.

Las dimensiones transversales por su parte las constituyen 1. La Gestión diferencial de poblaciones vulnerables y 2. Gestión para el fortalecimiento institucional y de los servicios en Salud. Más adelante profundizaremos en la dimensión del PDSP que nos ocupa, Convivencia social y Salud Mental.

- La Resolución 2358 de 1998 - "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Pública" que pretende mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases, así como, promover el desarrollo de la salud mental del país. Contempla las estrategias a implementarse orientadas a fortalecer la promoción de la Salud Mental, prevenir y detectar precozmente los trastornos mentales, al igual que fomentar la reorientación en la prestación del servicio, adoptando la calidad y la equidad como principios fundamentales de la atención en salud pública.

Otras estrategias implantadas por la Resolución 2358 de 1998 "Política Nacional de Salud Pública" son la coordinación de la gestión intra e

intersectorial, la prevención del consumo y abuso de sustancias psicoactivas, y el establecimiento de mecanismos de seguimiento y control en Salud Mental.

- La Ordenanza 31 de 2014 de la Asamblea de Santander establece lineamientos de política pública de salud mental y convivencia social en el departamento de Santander.

c. Dimensión Convivencia Social y Salud Mental - PDSP.

La Dimensión Convivencia Social y Salud Mental hace parte del Plan Decenal de Salud Mental 2012 - 2021 de Colombia (implementado mediante Resolución 1841 de 2013) y se define según el mismo como:

*"Espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de violencia, contribuyen al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos"*²².

Los objetivos de la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental consagrados en el PDSP son tres:

- Generar espacios que contribuyan al desarrollo de oportunidades y capacidades de la población que permitan el disfrute de la vida y el despliegue

²² MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012 - 2021. La Salud en Colombia la construyes tú. Pág. 101. ISBN: 978-958-57937-0-5. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá D.C. 2013.

de las potencialidades individuales y colectivas para el fortalecimiento de la salud mental, la convivencia y el desarrollo humano y social.

- Contribuir a la gestión integral de los riesgos asociados a la salud mental y la convivencia social, mediante la intervención de los factores de riesgo y el mejoramiento de la capacidad de respuesta institucional y comunitaria en esta temática.
- Disminuir el impacto de la carga de enfermedad generada por los eventos, problemas y trastornos mentales y las distintas formas de violencia, a través del fortalecimiento y la ampliación de la oferta de servicios institucionales y comunitarios en salud mental, que aumenten el acceso a quienes los requieren y permitan prevenir la cronificación y el deterioro y mitigar daños evitables.

Para lograrlo se vale de diversas estrategias e implementación de metas catalogadas en dos componentes distintos. El primer componente se denomina "Promoción de la Salud Mental y la Convivencia" y se ocupa del desarrollo de diversas estrategias que buscan promover y preservar buenas condiciones de Salud Mental entre la población, así como en la generación de entornos familiares, sociales y comunitarios favorables para la sana convivencia social.

El segundo componente dentro de la Dimensión lo constituye la Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia. *"En este componente se contemplan las estrategias dirigidas a la prevención y atención integral de aquellos estados temporales o permanentes identificables por el individuo y/o por otras personas en los que las emociones, pensamientos, percepciones o comportamientos afectan o ponen en riesgo el estado de bienestar o la relación consigo mismo, con la comunidad y el entorno, y alteran las habilidades de las personas para identificar sus propias capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera*

y contribuir a su comunidad"²³, adicionalmente contempla la prevención de la violencia en todos los ámbitos sociales y comunitarios, y la atención de su impacto sobre las condiciones de Salud Mental.

²³ IBID, Pág. 103.

5. DIAGNÓSTICO EN CONVIVENCIA CIUDADANA Y SALUD MENTAL

a. Contextualización Socio Económica

Piedecuesta es un Municipio del Departamento de Santander, Colombia. Ubicado en la Cordillera Oriental, su agreste geografía montañosa limita con los Municipios de Cepitá, Guaca, Santa Bárbara, Tona, Floridablanca, Girón y Los Santos. Fundada el 26 de Julio de 1776 por el párroco José Ignacio Zabala²⁴, con el nombre Original de Parroquia de San Francisco Javier, posteriormente en 1810 adoptó el nombre de Villa de San Carlos y posteriormente, por la legislación republicana de 1824 adoptó su actual nombre Piedecuesta. Se encuentra ubicado a 17 kilómetros de la capital del Departamento, Bucaramanga, y junto con ella, Girón y Floridablanca conforman el Área Metropolitana de Bucaramanga que aglomera una población de 1´132.339 para el año 2016, según proyecciones del DANE.²⁵

Dentro de los principales aspectos sociales y económicos, y factores de estrés social que afectan el estado de la Salud Mental de la población bajo el enfoque de los determinantes sociales de la salud mental (Fisher y Baum, 2010) de la población, los constituyen el desarrollo social, la pobreza, el desempleo, el conflicto armado o violencia, el envejecimiento, entre otros; como se evidenció en el gráfico 1.

El Municipio de Piedecuesta, por su parte, cuenta con una población de 152.707 habitantes a 2016; 74.232 hombres y 78.475. El 82% de su población se concentra en el casco urbano y el restante 18% en el sector rural. Su composición

²⁴ PÉREZ PINZÓN Luís Rubén. Ciencias Económicas de Piedecuesta Colección Historia Intensa de Piedecuesta, 2012. ISBN 978-958-46-0747-8 Registro Derecho Autor 10-335-165

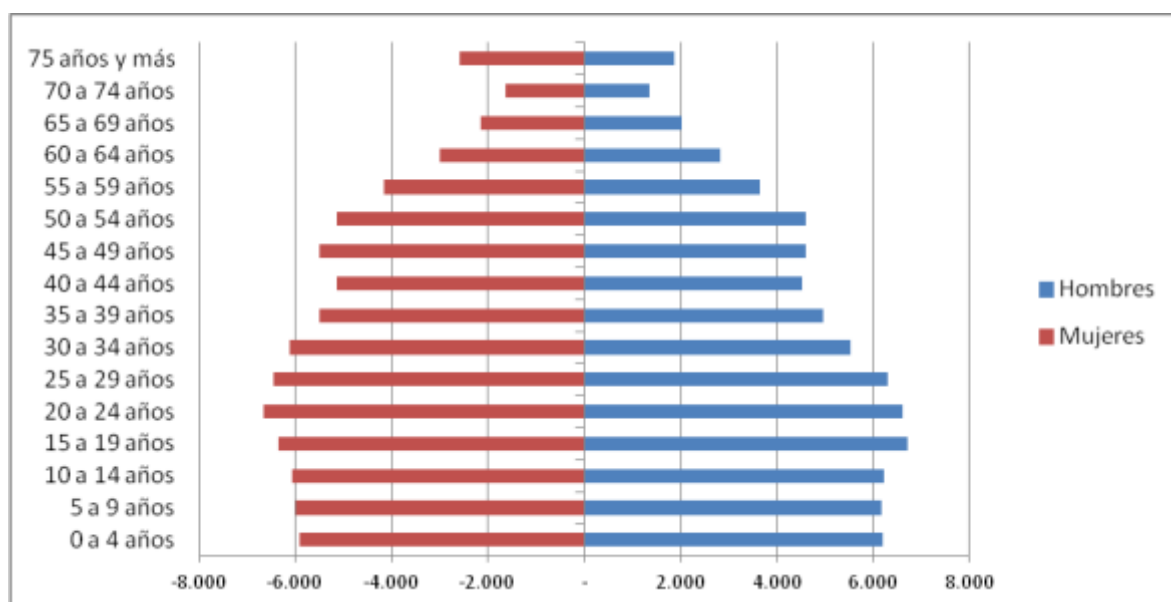
²⁵ DANE. Proyecciones de Población 2016 Total, por Sexo y Grupos de Edad.

por edades evidencia que existe mayor prevalencia de población menor de 26 años de edad, es decir, población infante, adolescente y joven. Además, el 11,44% de la población la componen mayores de 60 años, según proyecciones del DANE para el mismo año.

Tabla 2. Población piedecuestana por grupos etarios (2015)

	0 a 6 años	7 a 14 años	15 a 17 años	18 a 26 años	27 a 59 años	Mayor de 60 años	TOTAL
TOTAL	17.014	19.601	7.780	23.808	67.029	17.475	152.707
Hombres	8.686	9.919	4.006	11.929	31.606	8.086	74.232
Mujeres	8.328	9.682	3.774	11.879	35.423	9.389	78.475

Gráfica 1. Pirámide Poblacional



Fuente: DANE.

La población sisbenizada del municipio asciende a 112.065 personas, de los cuales 54.146 son hombres y 57.919 son mujeres; de igual forma en el nivel 1 se encuentran sisbenizadas 93.802 personas, 4.114 en el nivel 2 y en el nivel 3 se encuentran sisbenizadas 14.149. Sin embargo, son cifras que merecen poca confiabilidad ya que las personas al momento de afiliarse al Sisbén implementan

diversas estrategias para disminuir su puntaje de manera que le permita acceder a los diversos programas de asistencia social por parte del gobierno nacional y gobiernos locales.

Piedecuesta se proyecta en la actualidad como un territorio de expansión en el contexto metropolitano, lo que ha ocasionado un acelerado incremento de su población durante los últimos años, impactado por el conflicto armado y el desplazamiento de población que este genera.

De acuerdo al Plan de Desarrollo Municipal "Piedecuesta mi Plan 2016 - 2019", en Piedecuesta se presentan un registro de 4.185 centros del sector empresarial y de establecimientos de comercio²⁶. Dentro de las actividades económicas más importantes que generan empleo en el municipio se identifican la elaboración artesanal de tabacos, oficio que se conoce localmente con el nombre de "chicoteros" a quienes lo ejercen; la industria del calzado y la industria de la confección así como el comercio.

A diciembre de 2015, Piedecuesta, junto con el Área Metropolitana de Bucaramanga, reportaron una tasa de desempleo de 6,5%, para diciembre de 2014 de 8,1% y como referenciación a noviembre de 2016 la tasa de Desempleo reportada para el A.M.B. fue de 8,2%, según el DANE y sus publicaciones sobre la "Gran Encuesta Integrada de Hogares -GEIH- Mercado Laboral" para los periodos mencionados.²⁷

En cuanto a calidad de vida e indicadores de pobreza monetaria, pobreza extrema y pobreza multidimensional para el Municipio de Piedecuesta, cabe antes que nada exponer de manera sencilla en qué consiste cada una de estas definiciones.

²⁶ Municipio de Piedecuesta. Acuerdo Municipal 004 de 2016. PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL PIEDECUESTA Mi Plan 2016 - 2019, pág. 123.

²⁷ DANE. Gran Encuesta Integrada de Hogares - GIEH- Mercado Laboral. [en línea] disponible en: www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo#2016

Los conceptos de pobreza monetaria y de pobreza extrema se refieren exclusivamente a la medición de la variable ingresos. Es decir, se fijan unas líneas de pobreza y de pobreza extrema en torno a unos ingresos requeridos y quienes se encuentren por debajo de esta línea establecida se catalogan como pobres o pobres extremos monetariamente según corresponda

Según el Boletín Técnico "Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia 2015" del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE, la línea de pobreza para la vigencia 2015 es de \$245.856 y de \$99.071 para la pobreza extrema en las 13 principales ciudades o áreas metropolitanas del país.²⁸ Cabe resaltar que el DANE hace la medición total, para las 13 principales ciudades o áreas metropolitanas y para centros poblados dispersos. Al encontrarse Piedecuesta dentro de los municipios que conforman el Área Metropolitana de Bucaramanga, AMB, utilizamos esta medición como referencia para nuestros objetivos de la descripción de la situación social de Piedecuesta.

Según el boletín en el AMB, a diciembre de 2015 la pobreza monetaria afecta al 9,1% de la población y la tasa de pobreza extrema es del 1,3% en la población del AMB, incluido el municipio de Piedecuesta.²⁹ Aunque se mantienen como las menores tasas de pobreza monetaria y pobreza extrema en el país, no deja de ser preocupante teniendo en cuenta el incremento con respecto al año 2014, donde estas mismas cifras se ubicaban en 8,4% y 1,1% respectivamente. Vale la pena resaltar que a diciembre de 2011 (año de inicio del presente diagnóstico municipal en Salud Mental) la pobreza fue de 10,7 y la pobreza extrema de 1,1% según.³⁰

²⁸ DANE. Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia 2015. Bogotá D.C. Marzo 2 de 2016. [en línea] disponible en: www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_15_.pdf

²⁹ Ibíd. Pág. 37.

³⁰ Ibíd. Pág. 27

En relación al Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), este se calcula basado en cinco dimensiones básicas: *"las condiciones educativas del hogar, las condiciones de la niñez y la juventud, la salud, el trabajo y el acceso a los servicios públicos domiciliarios y las condiciones de la vivienda. Estas 5 dimensiones involucran 15 indicadores, y son considerados pobres los hogares que tengan privación en por lo menos el 33% de los indicadores"*³¹. Para la región Oriental, según el DANE, que incluye los Departamentos de Norte de Santander, Santander, Boyacá, Cundinamarca y Meta, el índice de pobreza Multidimensional señala que 17,5% de la población en 2015 y 18,0% en 2014 se encontraban en incapacidad de satisfacer al menos cinco de las necesidades de las diversas Dimensiones del IPM analizadas.³²

Resulta necesario agregar que en el Municipio de Piedecuesta, según la Secretaría de Desarrollo Social y Económico, residen 359 niños, niñas y adolescentes con alguna situación de discapacidad, de los cuales 40,95% son mujeres y el 59,05% son hombres (147 y 212 respectivamente).

b. Índices de violencia e intolerancia en Piedecuesta

Para la implementación de un análisis de los índices de violencia e intolerancia y su evolución durante el periodo 2011 - 2015 se utilizaron las cifras reportadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en sus publicaciones sobre "Datos Oficiales de la Violencia en Colombia - Forensis" disponibles en su página de Internet.

El Municipio de Piedecuesta, junto con el Área Metropolitana de Bucaramanga y el Departamento de Santander, gozan en general de índices de violencia e

³¹ ibíd., pág. 22.

³² ibíd., pag 23.

intolerancia por debajo de la media nacional, aunque se presentan registros alarmantes relacionados con los índices de violencia interpersonal.

Tabla 3. Muertes violenta año 2015

Muertes Violentas Año 2015							
	Accidental	Homicidio	Suicidio	Transporte	Indeterminada	total	Tasa*
Santander	150	281	97	323	65	916	44,44
Piedecuesta	7	12	12	24	2	57	38,19
Bucaramanga	15	92	23	53	20	203	38,45
Floridablanca	9	26	8	22	4	69	26
Girón	14	19	6	24	4	67	37,14

* Tasa de Muertes Violentas por cada 100 mil habitantes

Tabla 4. Lesiones no fatales año 2015

Lesiones no fatales Año 2015							
	Delitos sexuales	Accidental	Transporte	Violencia interpersonal	Violencia Intrafamiliar	total	Tasa*
Santander	1296	162	3272	7349	3871	15950	773,87
Piedecuesta	104	12	207	470	188	981	657,3
Bucaramanga	385	74	1797	2893	1296	6445	1220,85
Floridablanca	113	22	345	874	563	1917	722,29
Girón	98	10	137	581	305	1131	627,02

* Tasa de Lesiones No Fatales por cada 100 mil habitantes

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

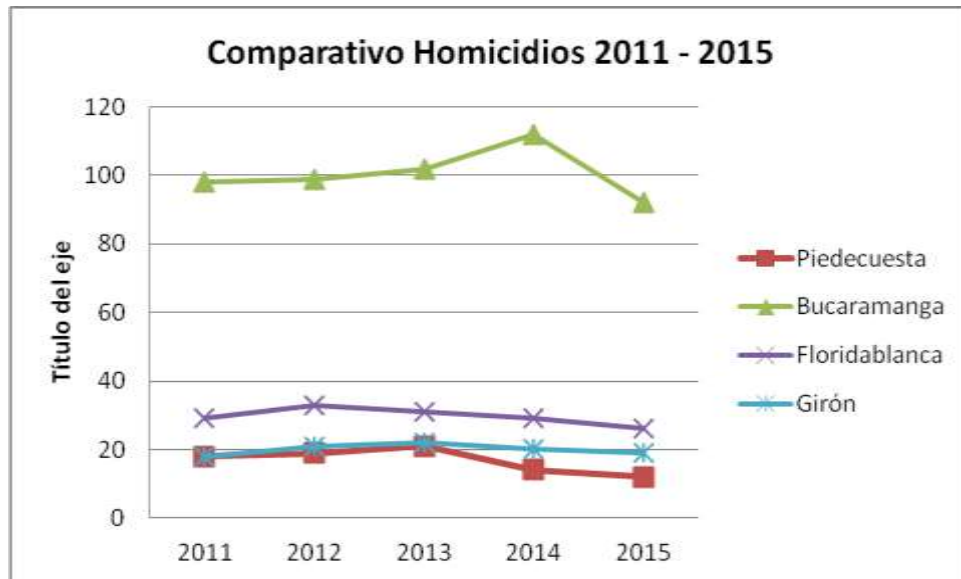
Como se demuestra en la Tabla 2, la principal causa de muertes violentas en el municipio de Piedecuesta lo constituye las muertes por accidentes de tránsito; se presentaron 12 homicidios y 12 suicidios durante el 2015, siendo las principales víctimas personas del sexo masculino.³³ Piedecuesta a su vez se consolida como el segundo Municipio del Área Metropolitana de Bucaramanga con menor tasa de muertes violentas por cada 100.000 habitantes después de Floridablanca.

Para el objeto del estudio de la situación de Convivencia Ciudadana y Salud Mental en el Municipio de Piedecuesta, a continuación se analizan las principales causas de muertes violentas y lesiones no fatales, obviando aquellos casos

³³ INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL. Forensis 2015.

ocurridos accidentalmente, con causa indeterminada y por accidentes de transporte.

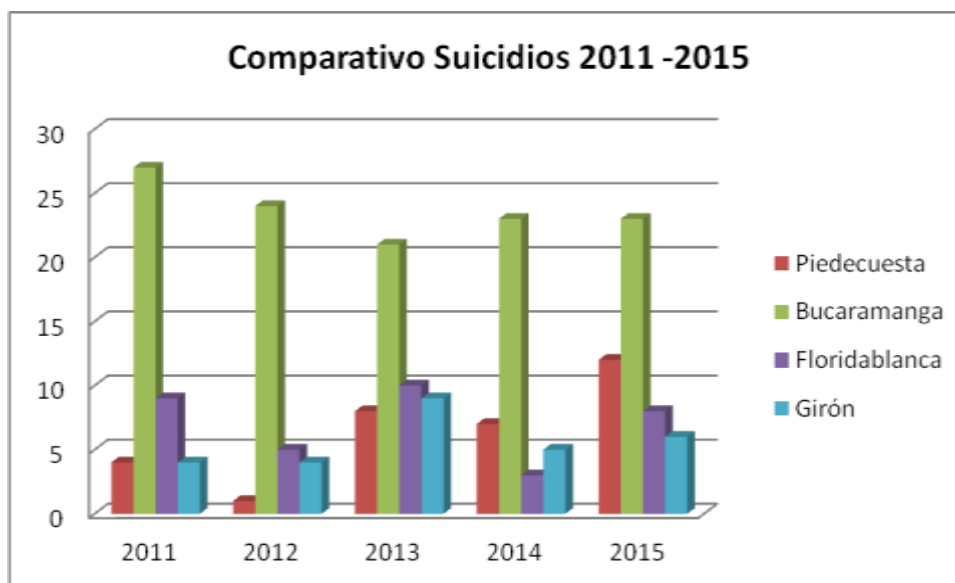
Gráfica 2. Comparativo homicidios 2011 – 2015



En general, los casos de homicidio en el municipio, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Forense, disminuyeron en 22,2% durante el periodo comprendido en el presente análisis, de 18 casos registrados en el año 2011, se llegó a un total de 12 homicidios durante el 2015; el pico se da en el año 2013 cuando se presentaron 21 homicidios.

En Piedecuesta, durante el 2015 los homicidios impactaron en mayor proporción a los hombres con un 66,6% de las víctimas reportadas. En el 2012 la totalidad de las víctimas de homicidio en el municipio fueron hombres, y en el 2011 el 94%. Cabe destacar un aumento paulatino en los casos de víctimas femeninas; adicionalmente, los casos de suicidio se presentan según el rango de edades principalmente entre jóvenes y adultos.

Gráfica 3. Comparativo suicidios 2011 – 2015

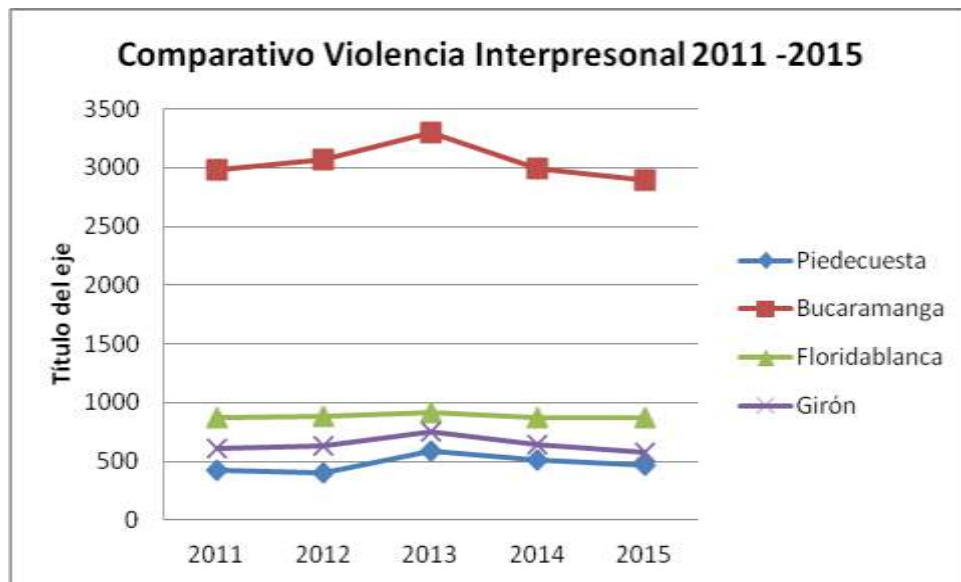


En contraposición a lo expuesto con los casos de homicidios que mostraron una disminución sostenida, en el caso de los suicidios se evidencia un incremento sostenido en el municipio de Piedecuesta durante el periodo analizado. Sin embargo, al igual que con los homicidios, los suicidios afectaron más a hombres; de los doce casos reportados en 2015, tres correspondieron a mujeres y los restantes ocho casos a suicidios de personas del sexo masculino.

Mientras en el 2011 la tasa de suicidios por cada 100.000 habitantes en Piedecuesta era 3,18; para 2015 esta tasa ascendió a 9,59 casos por cada 100.000 habitantes; la tasa nacional se encuentra en 5,22 casos por cada 100.000 habitantes.

A continuación se presenta el análisis de la evolución de los casos de lesiones no fatales expuestos en la Tabla 2, incluyendo la violencia interpersonal, intrafamiliar y la violencia sexual, esta última medida como el número de "exámenes médico-legales por presunto delito sexual, en concordancia a la información suministrada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Gráfica 4. Comparativo violencia interpersonal 2011 – 2015



La violencia interpersonal es otro de los aspectos de la intolerancia e inadecuada convivencia entre los habitantes de un territorio. En el Municipio de Piedecuesta, en el año 2015 se presentaron 470 casos de violencia interpersonal, es decir más de un caso al día en promedio.

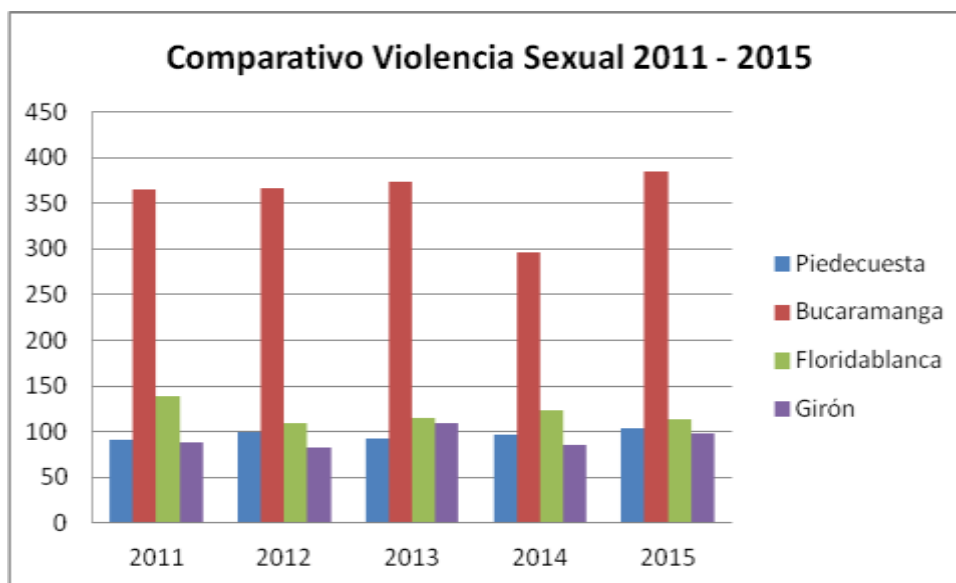
De acuerdo con el reporte Forensis 2015 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, al igual que los anteriores, la violencia interpersonal afecta principalmente a hombres, quienes representan el 75% de los implicados, principalmente adultos, seguidos por jóvenes. La tasa de violencia interpersonal de 314,91 casos por cada 100.000 habitantes muy superior a la media nacional de 263,06 casos por cada 100.000 habitantes, aunque por debajo de la medición departamental de 356,56.³⁴

En relación a la violencia sexual, el Instituto Nacional de Medicina Legal toma como referencia el número de exámenes médico legales por presunto delito

³⁴ INSTITUTO COLOMBIANO DE MEDICINA LEGAL. Op. Cit. P. 145 - 166.

sexual practicados, independiente de sus resultados, durante la vigencia correspondiente tal y como lo muestra el Gráfico 5, a continuación.

Gráfica 5. Comparativo violencia sexual 2011 – 2015



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

La ocurrencia de delitos sexuales, según el número exámenes médico legales por presunto delito sexual practicados, afecta en mayor proporción a mujeres que a hombres. Mientras en el 2011 el 80% de las presuntas víctimas a nivel nacional correspondieron a mujeres, durante el 2015 este porcentaje se mantuvo alrededor del 77%, similar a la tendencia reportada en el Municipio de Piedecuesta durante el periodo en cuestión. La mayor parte de las víctimas corresponden a personas en etapas de infancia, adolescencia y juventud.³⁵

Adicionalmente, durante el periodo 2011 - 2015 el número de exámenes médico legales por presunto delito sexual en Piedecuesta pasó de 91 en 2011 (con una

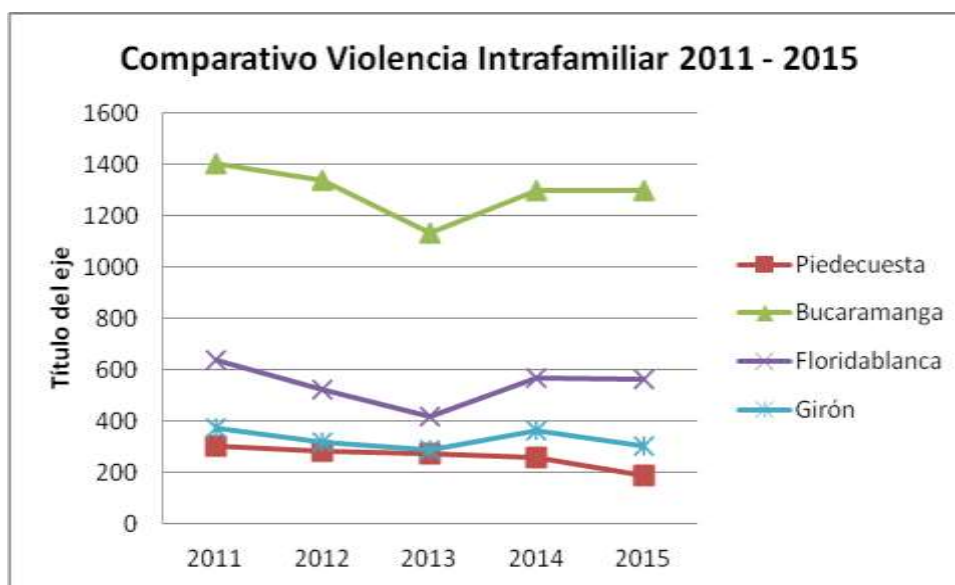
³⁵ Forensis 2015 Pág 359 - 361.

tasa de 66,95 por 100.000 habitantes)³⁶ a 104 casos en 2015 (con una tasa de 69,68 por cada 100.000 habitantes)³⁷.

De acuerdo a lo anterior, se evidencia entonces, en relación a los presuntos casos de delito sexual, un impacto cada vez mayor aunque aún minoritario entre hombres, al igual que un incremento leve pero sostenido de la tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes y el número de casos reportados, cifra que reportó un incremento de 14,2% durante el periodo comprendido en el análisis.

En todo caso, la incidencia de los presuntos delitos sexuales en el municipio se encuentra por encima de la tasa departamental de 62,88 y de la tasa nacional de 45,96 casos por cada 100.000 habitantes, según reporte Forensis para el año 2015, situación que precisa de especial atención.

Gráfica 6. Comparativo violencia intrafamiliar 2011 – 2015



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

³⁶ FORENSIS 2011. Pág 235

³⁷ FORENSIS 2015. Pág. 384

La violencia intrafamiliar durante el periodo estudiado mostró una tendencia decreciente, siendo Piedecuesta el Municipio con menor incidencia de este flagelo dentro del AMB. En general, el tipo de violencia intrafamiliar victimiza más a la mujer, al contrario de los datos expuestos anteriormente que afectaban más a la población masculina. En términos de edad, las principales víctimas son mujeres adultas, seguidas por jóvenes y adolescentes. Este índice que nos permite medir el nivel de tolerancia y convivencia pacífica de los piedecuestanos, evidencia que tanto Piedecuesta, como Santander y el AMB presentan mediciones superiores a la media nacional.

Dentro de la violencia intrafamiliar el informe Forensis del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses establece y clasifica los datos de acuerdo a la víctima; estos pueden ser niños, niñas y adolescentes, personas mayores, violencia de pareja y entre otros familiares. Se identifica como el de mayor impacto en esta categoría la violencia de pareja que representa cerca del 55% de los casos reportados de violencia intrafamiliar; le sigue la violencia entre otros familiares, la violencia en contra de niños, niñas y adolescentes y finalmente se encuentran los casos de violencia contra adultos mayores, según reporte Forensis del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses para el año 2015.

Tabla 5. Comparativo violencia de pareja

Comparativo Violencia de Pareja					
	2011	2012	2013	2014	2015
Santander	2831	2606	2212	2626	2379
Piedecuesta	198	182	165	161	103
Bucaramanga	904	882	716	844	827
Floridablanca	395	329	241	337	331
Girón	246	187	185	232	171

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

A pesar de que se expone una consolidada reducción de los casos de violencia de pareja durante el periodo 2011 - 2015, tanto en el Municipio de Piedecuesta, como

en el Departamento de Santander y a nivel nacional; este no deja de ser uno de los principales factores de riesgo y vulnerabilidad, al igual que la violencia sexual, por parte de las mujeres.

En el año 2011, el 92,4% de los casos reportados de violencia de pareja correspondían a mujeres como víctimas del mismo; esta cifra correspondió al 84,4% durante el año 2015; es decir, cada vez más los hombres son víctimas de la violencia de pareja en el Municipio.

En cuanto a la violencia entre otros familiares, las mujeres representan un índice de victimización del 67,8% de los casos reportados, mientras la violencia intrafamiliar en contra de adultos mayores afecta casi en su totalidad a varones en este rango de edad. Sin embargo, la violencia intrafamiliar en contra de niños, niñas y adolescentes afecta mayormente a los hombres en el municipio, sin que esto represente un comportamiento típico en el entorno, ya que no es la misma situación a nivel nacional y departamental donde las mujeres participan como víctimas en más del 50% de los casos reportados de violencia contra niños, niñas y adolescentes al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para el año 2015.

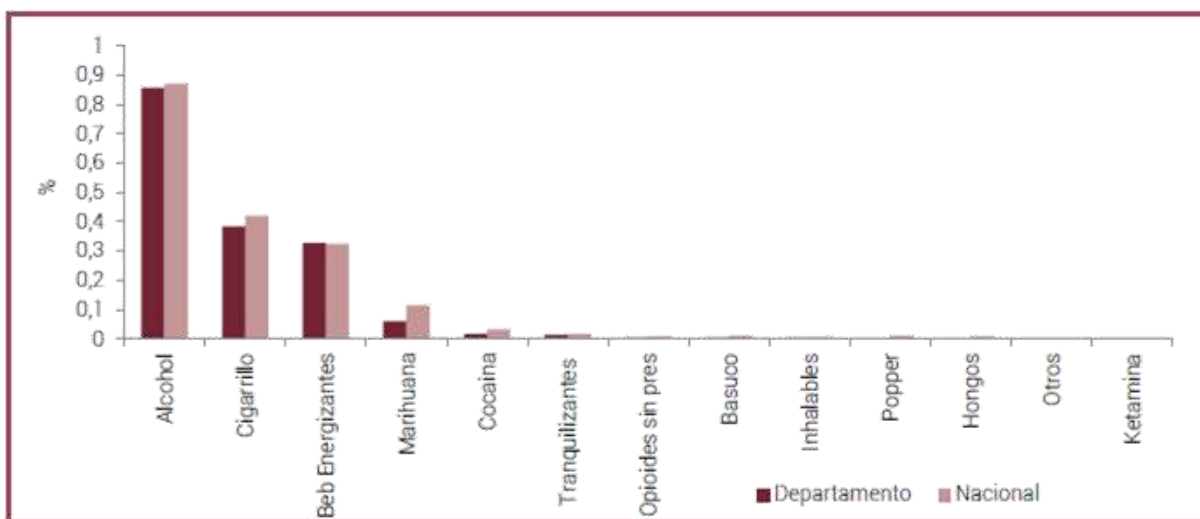
c. Consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas

A partir del informe "Caracterización Regional de la problemática asociada a las drogas ilícitas en el Departamento de Santander" del Ministerio de Justicia y del Derecho y de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito 2015³⁸ se expone la situación del consumo de drogas y alcohol en el Municipio de Piedecuesta, y el Departamento de Santander.

³⁸ OBSERVATORIO DE DROGAS DE COLOMBIA. Caracterización Regional de la problemática asociada a las drogas ilícitas en el departamento de Santander. [en línea} disponible en: <http://www.odc.gov.co/REGIONALIZACI%C3%93N/Caracterizaci%C3%B3n/Documentos>

De acuerdo a dicho informe, en Piedecuesta y el Departamento de Santander prevalece el consumo de Alcohol por sobre cualquier otra sustancia alucinógena; de su población "el 85,7% han consumido alcohol alguna vez en la vida, 38,5% cigarrillo, 32,8% bebidas energizantes, 1,4% tranquilizantes y 0,5% opioides. El 7,6% de las personas respondieron haber consumido alguna sustancia ilícita, en cualquier momento de su vida, de las cuales el mayor consumo lo presentó marihuana con el 6,1 %, seguido por cocaína 1,7% y basuco 0,5%."³⁹

Gráfica 7. Comparativo prevalencias consumo alguna vez en la vida por tipo de sustancia psicoactiva en el departamento de Santander



Fuente: Estudio Nacional de Consumo de SPA en Colombia 2013. Cálculos propios

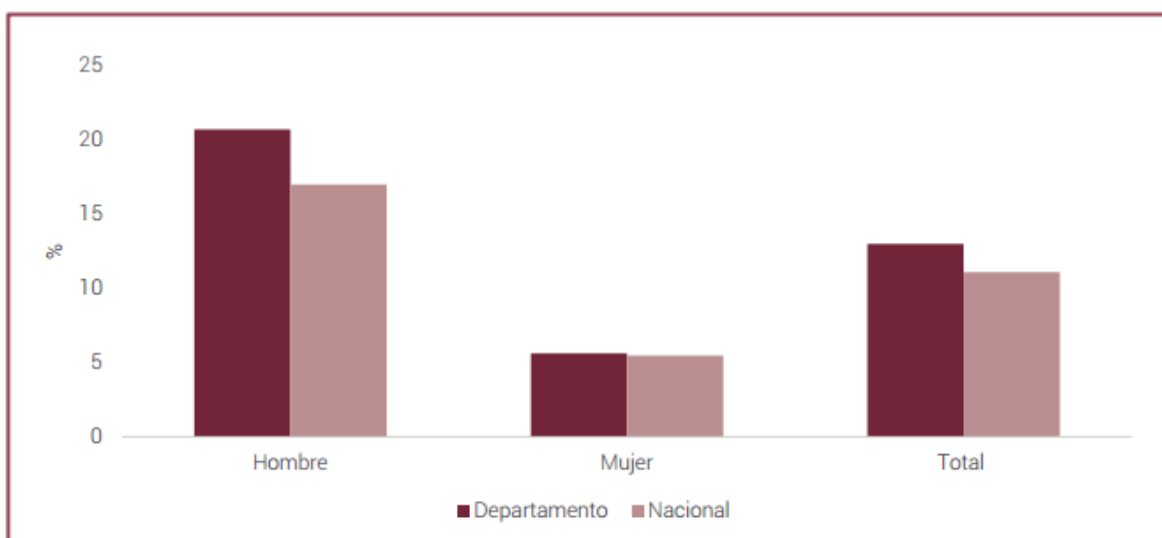
La incidencia en el consumo de alcohol y en general en el consumo de sustancias psicoactivas es mayor entre hombres que entre mujeres. Por ejemplo, el 90,5% de los hombres manifiesta haber consumido alcohol al menos una vez en su vida, mientras el 81,5% de las mujeres afirma lo mismo. El mayor consumo se presenta entre las edades comprendidas entre los 18 y los 34 años de edad, encontrándose

³⁹ ibíd. Pág. 108

el promedio de consumo de alcohol por encima del promedio nacional en cuanto al consumo durante el último año y el último mes.⁴⁰

Adicionalmente, relacionado con el consumo riesgoso o perjudicial de alcohol, también se evidencia que el consumo es mayor en Santander que el promedio nacional; mayor entre hombres que mujeres, como se evidencia en el gráfico 8 a continuación.

Gráfica 8. Porcentaje de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol según sexo.



Fuente: Estudio Nacional de Consumo de SPA en Colombia 2013. Cálculos Propios

El consumo perjudicial, o excesivo de bebidas alcohólicas tiene un mayor impacto entre la población entre los 18 a 24 años de edad, seguida de la población entre los 25 y 34 años "con el 22,7% superior cerca de cuatro puntos porcentuales al valor nacional para este grupo de edad (18,8%)"⁴¹

⁴⁰ ibíd., Pág. 111 - 112.

⁴¹ Ibíd., Pág. 115

En relación al consumo de tabaco, *"el 38,5 % de los encuestados en Santander declaró haber fumado tabaco alguna vez en la vida, con un porcentaje del 54,5 % para los hombres y del 23,3% para las mujeres"*.⁴² El consumo de tabaco afecta en mayores proporciones a la población entre los 18 y los 34 años de edad, en general el consumo de tabaco en el Departamento es menor al promedio nacional.

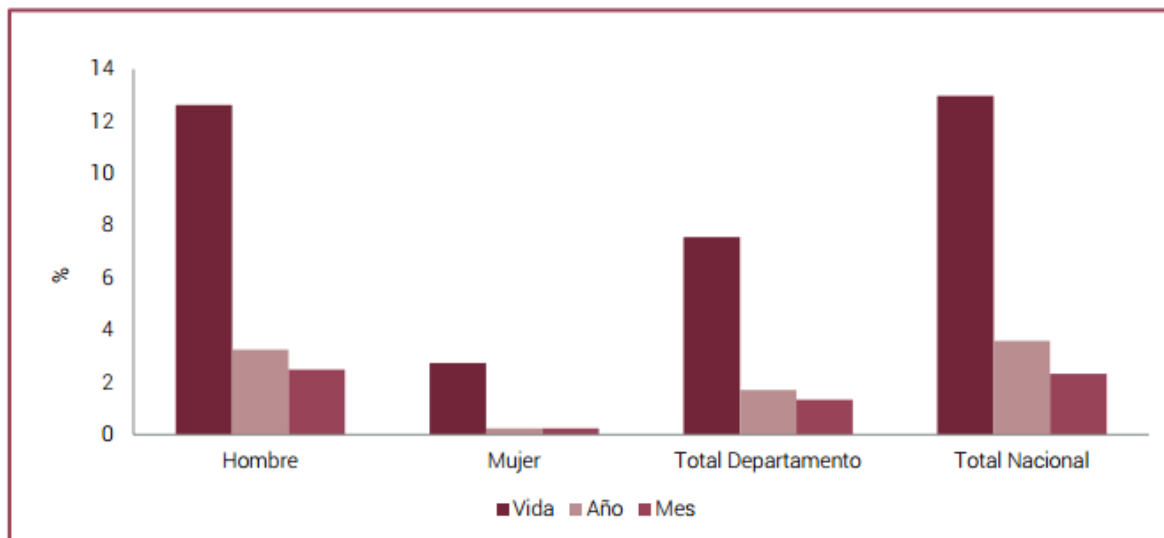
Finalmente, en relación al consumo de sustancias ilícitas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, metanfetamina, metadona sin prescripción médica e heroína entre otros) se evidencia que prevalece más entre hombres, *"el 7,6% de las personas declaró haber consumido alguna sustancia ilícita al menos una vez en la vida, con una prevalencia superior en hombres más de cuatro veces con relación a las mujeres,"* y el mayor impacto se da en la población entre los 18 a 24 años de edad.⁴³

Por parte del consumo de sustancias psicoactivas ilegales, se presenta en Santander una menor incidencia en comparación a las estadísticas nacionales de consumo. Sin embargo se mantiene la tendencia de mayor consumo entre hombres.

⁴² ibíd., Pág. 110

⁴³ ibíd., Pág. 115

Gráfica 9. Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita según sexo



Fuente: Estudio Nacional de Consumo de SPA en Colombia 2013. Cálculos Propios

El Gráfico 9 evidencia esta situación. De acuerdo a la Caracterización Regional de la Problemática a Drogas Ilícitas en Santander, en el departamento aproximadamente el 6,1% de los encuestados aceptó haber fumado marihuana al menos una vez en su vida, mientras el consumo reciente, durante el último año se ubica en 1,7%; de la misma manera, el consumo de cocaína en el Departamento se presenta por debajo de la media nacional, con mayor prevalencia entre hombres, mayoritariamente entre los 18 y 24 años de edad, aproximadamente el 1,7% de las personas en Santander han consumido cocaína al menos una vez en su vida⁴⁴.

Unas de las principales causas que fomentan el consumo de estas sustancias, según expone el Observatorio Nacional de Drogas, las constituyen la disfuncionalidad familiar y la ausencia de oportunidades para un aprovechamiento adecuado del tiempo libre a través del desarrollo de las capacidades personales,

⁴⁴ Ibíd., Pág. 118-119

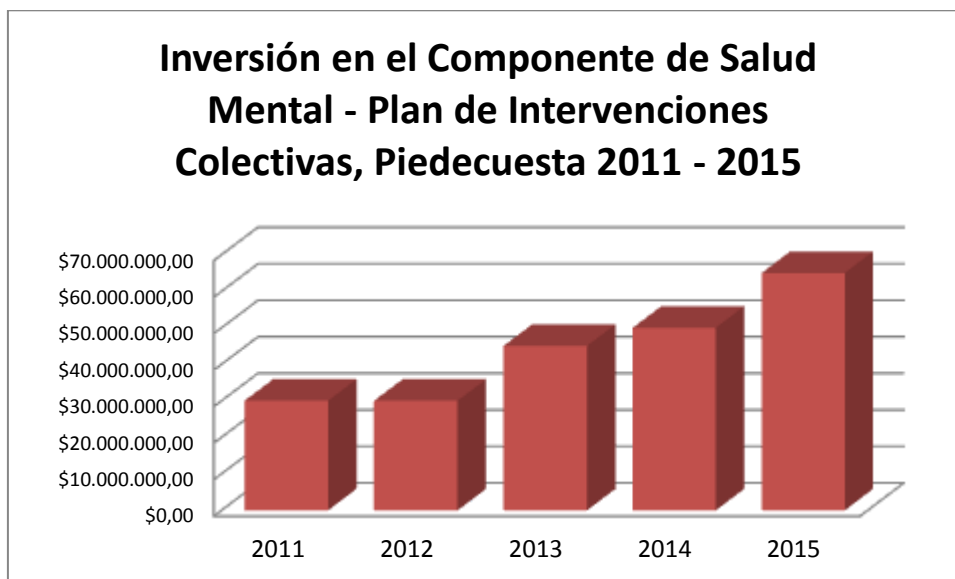
por ejemplo, por medio de la práctica recreativa, deportiva, artística, cultural y/o vocacional.

En el otro extremo, dentro de las principales consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas, especialmente entre la población en edad escolar, que a su vez es la que presenta mayor prevalencia del consumo, la constituye la deserción escolar; esta a su vez porque los jóvenes se ven estigmatizados y segregados por la sociedad incrementando las posibilidades de verse envueltos en actividades ilícitas, por ejemplo el pandillismo, la prostitución, robo, alistamiento en grupos armados ilegales, atraco, etc.

d. Políticas y programas de Salud Mental en el Municipio periodo 2011 - 2015

A partir del análisis de los Planes Operativos Anuales de Inversión en Salud Mental durante el periodo comprendido en el estudio, se presenta un compilado de las diversas acciones implementadas y la inversión ejecutada en el Municipio de Piedecuesta. Evaluar el impacto de la implementación de dichos programas y políticas en Salud Mental no resulta posible ya que sus consecuencias se evidencian en el largo plazo, sin embargo se presenta en otro aparte del presente trabajo de monografía la evolución en el Municipio de los índices de Violencia e Intolerancia, y de consumo de Alcohol y Drogas, aspectos sobre los cuales repercuten directamente lo implementado.

Gráfica 10. Inversión en el componente de Salud Mental – Plan de Intervenciones Colectivas, Piedecuesta 2011 – 2015



En términos de inversión, durante el periodo del análisis se evidenció un incremento del 116,67% al pasar de \$ 30'000.000,00 en 2011 a \$ 65'000.000,00 en 2015; lo que resulta bastante positivo teniendo en cuenta el mayor alcance y cobertura de los programas implementados.

Dentro de las políticas y programas en promoción de la Salud Mental de acuerdo a los Planes Operativos Anuales de Inversión se identifican entre las principales las siguientes:

- Estrategia "Habilidades para la Vida"
- Estrategia de Tamizaje en Salud Mental
- Política Nacional "Haz Paz"
- Política Nacional "También Soy Persona"
- Estrategia "Pactos por la Vida"
- Componente Comunitario
- Atención psicosocial población víctima del desplazamiento.
- Formulación e implementación Plan Municipal de Salud Mental.

La Estrategia "Habilidades para la Vida" hace referencia a una propuesta de la Organización Mundial de la Salud - OMS en su división de Salud Mental que data del año 1993 y se relaciona con la promoción de las destrezas psicosociales de niños y adolescentes que fomenten la prevención de riesgos psicosociales como el consumo de sustancias psicoactivas, la promoción de la convivencia social y el desarrollo humano, entre otros.

En el municipio de Piedecuesta, en el año 2011 se aplicaba la estrategia "Habilidades para la Vida" en 2 instituciones educativas y en el 2015 ya se había logrado implementar en al menos 12 instituciones educativas del municipio. Consiste básicamente en la formación a través de capacitaciones a los docentes en la aplicación de la estrategia durante el proceso de enseñanza a sus estudiantes; posterior seguimiento, evaluación y retroalimentación de la implementación de la estrategia en cada Colegio o Institución Educativa beneficiada.

El Tamizaje en Salud Mental, por su parte, es una estrategia que consiste en la aplicación de cuestionarios a usuarios de las Instituciones Prestadoras de Salud, la cual se implementa con el objeto de identificar personas que se encuentren en riesgo de padecer algún trastorno, orientarlos y facilitarles el acceso a los servicios de atención en Salud Mental. En el Municipio esta estrategia se encuentra implementada en sus dos principales Institutos Prestadores de Salud.

Sin embargo, aunque es deseable realizar el análisis de la información generada del proceso de tamizaje en salud mental, el acceso a la misma no es sencillo en tanto que no se permitió el acceso por parte de la administración municipal a estos datos.

Otra de las estrategias implementadas en el Municipio de Piedecuesta en materia de Promoción y Prevención de la Salud Mental de sus habitantes la constituye la

"Política Nacional para la construcción de paz y convivencia familiar - Haz Paz" aprobada mediante Conpes 3077 del año 2000. La política tiene por objetivo el "contribuir a la construcción de paz y convivencia familiar y a la consolidación de familias democráticas tolerantes a las diferencias, respetuosas de la dignidad y de los derechos de sus miembros sin distingos de condición, edad, género, cultura, y capacidad física e intelectual".⁴⁵

En Piedecuesta, las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas en su componente de Salud Mental y en materia de la Política Nacional Haz Paz se han enfocado al seguimiento al cumplimiento y articulación de la implementación de la política con el ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) y la Red de Apoyo Social, según los Planes Operativos de Acción en Salud Mental del Municipio durante el periodo comprendido en el estudio.

Por su parte, la estrategia en Salud Mental denominada "También soy Persona" es un programa que busca empoderar a los padres o cuidadores de niños y niñas en edades tempranas para mejorar los aspectos psicosociales de la crianza y cuidado de estos mismos. Es decir, el programa busca brindar, principalmente a las madres, las herramientas para mejorar la calidad de tiempo y de interacción con el niño o la niña, potenciando su desarrollo integral promoviendo su salud mental. La competencia de la autoridad Municipal en Salud durante el periodo en estudio se enfoca en el acompañamiento, seguimiento y evaluación del programa.

Otra de las estrategias implementadas en Promoción y Prevención en Salud Mental en el Municipio durante el periodo analizado la constituye la denominada "Pactos por la Vida". Como propuesta del Ministerio de Salud y Protección Social, esta estrategia se enfoca principalmente en la prevención y reducción del

⁴⁵ REPÚBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes 3077. Política Nacional para la Construcción de Paz y Convivencia Familiar - Haz Paz. Bogotá D.C., Junio de 200.

consumo moderado y el consumo problemático de alcohol, es decir el consumo excesivo por parte de los habitantes del Municipio.

La estrategia "Pactos por la Vida" se centra, como su nombre lo indica, en la búsqueda e implementación de pactos o acuerdos entre las diversas instancias sociales que juegan un papel importante relacionado con la producción, comercialización y consumo de bebidas alcohólicas, con el objeto de hacer que su consumo se dé bajo condiciones que no afecten la integridad de los consumidores y sus círculos sociales.⁴⁶

En lo relacionado con la formulación e implementación del Plan Municipal de Salud Mental, a pesar de que se invirtieron recursos a lo largo del periodo analizado, no fue sino hasta la vigencia 2015 que el documento se perfeccionó e institucionalizó; y el mismo servirá como insumo durante la etapa posterior de formulación e implementación del documento de la política pública municipal en salud mental, al igual que el presente documento.

⁴⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Pactos por la Vida: Fundamentación, principios y estructura de una estrategia para reducir el consumo problemático de alcohol. Septiembre de 2013

6. PERFIL DE SALUD MENTAL DEL MUNICIPIO DE PIEDECUESTA A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MENTAL 2015

En relación al perfil de Salud Mental del Municipio de Piedecuesta se debe tener en cuenta que no existe información disponible, ni en la Alcaldía municipal, ni en la Secretaría Departamental de Salud referente a la prevalencia de enfermedades de Salud Mental en el Municipio ni para el Departamento.

A partir de las fuentes de información disponible se presenta un reporte de la situación actual en relación a la Salud Mental del Municipio desde el enfoque de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 del Ministerio de Salud y Colciencias, y sus inferencias para el caso piedecuestano.

Como estrategia de fomento y promoción de la Salud Mental entre la población, la Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñó la iniciativa de la encuesta nacional. Esta tiene por objeto el de "*Brindar información actualizada acerca de la salud mental, los problemas y los trastornos mentales y el acceso a los servicios en población colombiana mayor de 7 años, privilegiando su comprensión desde los determinantes sociales y de la equidad*"⁴⁷. Para lograrlo, la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (ENSM-2015) se valió de un estudio observacional descriptivo de corte transversal, para el ámbito poblacional. La población de interés es la población civil, no institucionalizada, a través de la aplicación de diversas encuestas.⁴⁸

Para la elaboración de la encuesta, el equipo investigador se valió de diversos insumos, como aquellas aplicadas en las Encuestas Nacionales de Salud Mental

⁴⁷ MINISTERIO DE SALUD, Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo 1. ISBN: 978-958-8903-20-0. Impresión Javergraf, Bogotá D.C. 2015. Pág 35.

⁴⁸ ibíd. Pág. 39.

anteriores, de instrumentos internacionales y de otra bibliografía en temas específicos y experiencia de los integrantes del grupo investigador.

Los instrumentos internacionales seleccionados fueron: el Índice Multidimensional de Pobreza (IMP); APGAR Familiar; Health and Work Performance Questionnaire (HPQ); Composite International Diagnostic Interview, computer assisted (CIDI-CAPI); Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC IV-P); Self Report Questionnaire (SRQ); Reporting Questionnaire for Children (RQC); Alcohol Use Disorders Identification Test, versiones corta y completa (AUDIT-C, AUDIT-A); Mini Mental State Examination (MMSE); Euroqol Five-Dimension Questionnaire (EQ5D); Time Trade-off; se tuvieron en cuenta con modificaciones: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST); Posttraumatic Stress Disorder Checklist, versión C (PCL-C); algunas preguntas del The Eating Attitudes Test (EAT), y Bulimia Testa (BUILT).

Se tomaron algunos elementos de cuestionarios nacionales, así: Encuesta Nacional de Salud 2013: Módulo 1: encuesta a hogares; Módulo 3: niños menores de 6 años; Módulo 4: personas de 18 años y más, del Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) Bogotá. También se consultaron otros documentos y la experiencia de grupos en temas específicos.⁴⁹

Uno de los aportes de la ENSM-2015 desde la perspectiva de la promoción y la prevención en salud pública y su enfoque en la salud mental lo constituye el establecimiento y aceptación del efecto de lo social en las condiciones de salud mental de la población mediante la búsqueda de sus determinantes, destacando

⁴⁹ Ibíd., Pág. 41

diferencias de género, condiciones económicas, sociales, de generaciones y de los contextos socio-económicos.

De la misma manera, el estudio establece que en términos generales la población goza de un alto nivel de felicidad y optimismo; la mayor parte de las personas también se autoperciben en una situación deseable, aprecian la vida a pesar de las adversidades, disfrutan de lo cotidiano, actúan premeditadamente, ayudan a los que sufren y aceptan la ayuda requerida. Sin embargo, *"esas representaciones ideales muestran fisuras al elegir, a la par, respuestas de obtener lo que se pretende sin importar las consecuencias y a todo costo; o vinculadas con la anulación de los sentimientos, la desconfianza y la distancia emocional"*⁵⁰.

En referencia al capital social y el apoyo familiar, la ENSM-2015 identifica que la población en general siente el apoyo de su entorno social cuando se enfrenta a algún tipo de dificultad o problema, aunque esta percepción disminuye a mayor edad. La familia constituye la fuente primaria de apoyo, seguido de los amigos, pareja, vecinos y compañeros de trabajo. El estudio identifica a nivel nacional una autopercepción de disfuncionalidad familiar del 11,2% en relación a población entre los 12 y 18 años de edad, del 14,5% entre personas entre los 18 y 44, y de 16,3% entre personas mayores de 45 años de edad. La participación de la población de diversos grupos sociales por áreas de interés es baja en el país ya que más de la mitad de la misma no participa de ninguno, mientras tan solo el 40% aproximado participa en actividades o grupos para el beneficio comunitario. Igualmente la percepción de discriminación afecta alrededor de un 18% de la población siendo las mujeres quienes más sufren de esta condición.⁵¹

La ENSM-2015 también analiza los eventos críticos y el curso vital al igual que el impacto de la violencia en la sociedad medido en número de casos y tasas de

⁵⁰ Ibid., Pág. 118

⁵¹ Ibid., Pág. 119

victimización por violencia e intolerancia, algo que se expuso en aparte anterior incluyendo su implicación en el municipio de Piedecuesta y el área Metropolitana de Bucaramanga.

En relación a los eventos críticos y el curso vital, se identifica que el 51,5% de los niños entre los 7 - 11 años conviven con sus padres biológicos; cuando alguno de los dos está ausente, cerca del 60% corresponde al padre y del 27% a la madre biológica y el 31% de esta población ha contado con figuras sustitutas; sin embargo, la comunicación con los hijos, el compromiso y el aporte económico para su sostenimiento es menor entre los padres biológicos que entre sus madres; por tal motivo, la infancia presenta carencias afectivas y económicas lo que genera un impacto negativo en el proceso de desarrollo de la infancia que debe ser considerado a la hora de la formulación e implementación de políticas en Salud Mental.⁵²

Durante la etapa comprendida entre los 12 y 18 años de edad, los principales eventos críticos los constituyen aquellos sucesos provocadores de sufrimiento emocional tales como la enfermedad y/o muerte de seres queridos, modificaciones vitales significativas, dificultades económicas, problemas familiares principalmente. Entre adultos tales eventos se concentran principalmente en las limitaciones en la expresión afectiva, maltrato o condiciones de precariedad.

Otras temáticas fundamentales que expone el estudio nacional de salud mental las constituyen los problemas en salud mental; trastornos mentales en niños, adolescentes y adultos; accesos a servicios de salud, entre otros. A continuación se presentan las conclusiones más significativas en relación a la construcción de un perfil de Salud Mental del Municipio en concordancia con los resultados de la ENSM-2015.

⁵² Ibíd., Pág. 120.

a. Problemas de Salud Mental

El estudio a continuación expone los problemas o síntomas que no necesariamente constituyen un trastorno psiquiátrico entre niños, adolescentes y adultos sujetos de análisis.

Problemas de salud Mental en la población infantil.

La salud mental en la población infantil se logra cuando se consiguen los niveles esperados de desarrollo integral; cognitivo, social y emocional; en contraposición, los trastornos mentales corresponden a desviaciones considerables con respecto al desarrollo esperado. Para la medición de la prevalencia de síntomas de trastornos mentales entre la población infantil, la ENSM-2015 implementó un cuestionario aplicado al cuidador(a) del menor.

La tabla 4, a continuación, expone los nueve síntomas asociados a la posible presencia de trastornos mentales entre infantes y su prevalencia en el país de acuerdo a los resultados del estudio.

Tabla 6. Síntomas más frecuente en población infantil según sexo en Colombia

Síntomas en niños según el RQC	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Lenguaje anormal	19,1	16,4-22,2	20,2	17,2-23,5	19,6	17,6-21,9
Dormir mal	6,3	4,4-8,9	5,6	3,8-8,1	5,9	4,6-7,7
Convulsiones o caídas al suelo sin razón	2,4	1,7-3,5	*	*	2,6	2,0-3,5
Dolores frecuentes de cabeza	8,2	6,4-10,4	11,2	9,1-13,8	9,7	8,3-11,4
Haber robado cosas de la casa	*	*	*	*	2,1	1,4-3,0
Asustarse o ponerse nervioso sin razón	11,2	9,1-13,8	13,5	11,0-16,4	12,4	10,7-14,3
Parecer retardado o lento para aprender	9,2	7,0-12,0	5,5	4,2-7,3	7,3	6,0-8,9
Jugar poco con otros niños	10,0	7,7-12,8	9,0	7,1-11,5	9,5	8,0-11,3
Orinarse o defecar en la ropa	*	*	*	*	2,9	2,0-4,2

Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial dado que tienen un CVE mayor al 20%.

Nota 2: no se presenta la estimación de haber huido de la casa por ser imprecisa.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental, Colombia, 2015.

Entre más presencia de los síntomas en un infante, más posibilidades de padecimiento de trastorno mental. En Colombia, "el 27,6 % de la población infantil presenta un síntoma; el 10,5 %, 2 síntomas; el 3,4 %, 3 síntomas, y el 3,2 %, 4 o más síntomas... Al desagregar por regiones observamos que la región Oriental y Pacífica reportaron un menor porcentaje de población infantil con uno o más síntomas" ⁵³. Así mismo, la prevalencia de síntomas mentales afectó en aproximadamente el doble a la población infantil en situación de pobreza que a aquella en situación de no pobreza.

De acuerdo a la ENSM-2015, otros de los síntomas mentales que afectan a la población infantil los constituyen los problemas para aprender matemáticas con un 19,4% de incidencia; problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse que afecta al 15,9% de la población en esta edad; problemas para aprender a leer o escribir a un 13,1% seguido de quejas repetidas de dolores de extremidades, de

⁵³ Ibíd., Pág. 129 - 130.

estómago, mareos u otras dolencias sin explicación médica; comer en exceso o comer muy poco, entre otros. En relación al consumo de sustancias psicoactivas entre la población entre los 11 y 12 años de edad, la muestra arrojó una prevalencia de consumo de alcohol de alrededor del 20%, 2,8% de cigarrillo y 3,1% de cualquier sustancia ilícita durante el último año.⁵⁴

La exposición a eventos traumáticos y el riesgo de generación de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es otro aspecto relacionado con la Salud Mental de la población infantil, especialmente en países con tradición de violencia y conflicto como Colombia. "El 11,7% de la población infantil entre 7 y 11 años ha estado expuesta a algún evento traumático, de ellos el 38,6% podrían tener algún problema psicológico secundario(...) Un 9,2 % de población infantil presenta algún riesgo de TEPT con una prevalencia ligeramente más alta para niñas 10,6 % vs. 8,2 %."⁵⁵

Problemas de Salud Mental en Adolescentes y Adultos

Los jóvenes y adolescentes son un grupo poblacional que presenta una alta prevalencia de síntomas psicopatológicos, no necesariamente de trastornos mentales. Esto se da principalmente por cambios hormonales y físicos por la pubertad, la identificación con sus pares y la experimentación sexual, entre otros. Entre la población adulta los síntomas psicopatológicos obedecen más a causas tales como la presencia de problemas económicos, de pareja y/o problemas de familia, también en aspectos profesionales y laborales, y la problemática socioeconómica del país.

Entre otros factores asociados que potencian el desarrollo de trastornos mentales entre adolescentes y adultos; en este caso, el padecimiento de alguna

⁵⁴ Ibíd., Pág. 132 - 133.

⁵⁵ Ibíd. Pág. 140.

enfermedad, haber experimentado algún desastre natural, la exposición al maltrato físico o psicológico y los problemas económicos.

La ENSM-2015 se vale del test SRQ para evaluar los diversos problemas que afectan la Salud Mental en el país. El SRQ *"es un instrumento diseñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte de un estudio colaborador sobre estrategias para extender los servicios de salud mental. El instrumento señala psicopatología probable sin esbozar el diagnóstico. Ello permite situar de mejor manera la problemática en salud mental sin basarse exclusivamente en el diagnóstico de patologías"*.⁵⁶ A continuación se presentan los aspectos más relevantes de los resultados de la aplicación de la misma tanto para el grupo poblacional adolescente, como para los adultos.

Tabla 7. SRQ según tipo de síntomas en población colombiana de 12 a 17 años

SRQ como indicador de trastorno mental	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
SRQ positivo para algún trastorno mental	11,2	9,0-13,9	13,2	10,9-15,9	12,2	10,6-14,1
SRQ ansiedad						
Ningún síntoma	53,6	49,7-57,4	40,7	37,0-44,5	47,1	44,4-49,8
Número bajo de síntomas ansiosos (1 a 2)	33,6	30,1-37,4	40,5	36,8-44,3	37,1	34,5-39,7
Número medio de síntomas ansiosos (3 a 4)	10,1	7,9-12,8	13,0	10,7-15,8	11,6	9,9-13,5
Número alto de síntomas ansiosos (más de 5)	*	*	5,8	4,4-7,7	4,3	3,3-5,4
SRQ depresión						
Número bajos de síntomas bajo depresión (1 a 3)	81,6	78,4-84,4	79,0	75,8-81,9	80,3	78,0-82,4
Número medio de síntomas depresión (4 a 6)	15,0	12,5-18,0	16,6	14,0-19,6	15,8	14,0-17,9
Número alto de síntomas depresión (más de 7)	*	*	4,4	3,1-6,1	3,9	3,0-5,1
SRQ psicosis						
Uno de dos síntomas indicadores de psicosis positivo	8,9	6,9-11,3	11,4	9,2-14,0	10,1	8,6-11,8
SRQ epilepsia						
Un síntoma indicador sugestivo de epilepsia positivo	*	*	*	*	2,0	1,4-2,9

Nota: Estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial dado que tienen un coeficiente de variación expandido (CVE) mayor al 20 %.

⁵⁶ Ibíd. Pág. 146

Entre los adolescentes, tal y como se evidencia en la tabla 5, se presentó un resultado positivo en trastorno mental del 12,2%, siendo mayormente prevalente entre las mujeres, en similar sentido, los síntomas indicadores de psicosis fueron mayores entre el grupo de adolescentes femenino, y son quienes presentan mayor número de síntomas de ansiedad y depresión.⁵⁷ A pesar que la Región Oriental, que incluye el Departamento de Santander, presenta un menor impacto respecto del resto de país en la presencia de entre 1 y 4 síntomas y SRQ positivo para algún trastorno mental, se encuentra solo por debajo de la región central en prevalencia de 4 a 6 síntomas de depresión.

Entre adultos la tendencia de los resultados de la SRQ es similar a los resultados entre la población adolescente. Se observa mayor presencia de síntomas de trastorno mental, ansiedad, depresión y psicosis entre la población femenina.

Tabla 8. SRQ según tipo de síntomas en personas entre 18 y 44 años según sexo

Síntomas de SRQ	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
SRQ indicador de trastorno mental	7,9	6,7-9,2	10,8	9,7-12,1	9,6	8,8-10,5
SRQ ansiedad						
Ningún síntoma	62,5	60,2-64,6	39,6	37,7-41,5	49,2	47,7-50,6
Número de síntomas bajo de ansiedad (1 a 2 síntomas)	26,4	24,5-28,5	35,8	34,0-37,7	31,9	30,5-33,3
Número de síntomas medio de ansiedad (3 a 4 síntomas)	7,8	6,6-9,1	15,6	14,3-17,0	12,3	11,4-13,3
SRQ depresión						
Número de síntomas bajo depresión (1 a 3 síntomas)	84,9	83,2-86,5	76,9	75,2-78,5	80,2	79,0-81,4
Número de síntomas medio depresión (4 a 6 síntomas)	11,9	10,5-13,5	18,2	16,8-19,8	15,6	14,6-16,7
Número de síntomas alto depresión (más de 7 síntomas)	3,2	2,5-4,1	4,9	4,1-5,8	4,2	3,6-4,8
Número de síntomas alto de ansiedad (más de 5 síntomas)	3,3	2,6-4,3	9,0	8,0-10,2	6,7	6,0-7,4
SRQ psicosis						
1 de 2 síntomas indicadores de psicosis positivo	6,2	5,27,4	7,7	6,8- 8,8	7,1	6,4-7,9
SRQ epilepsia						
Un síntoma indicador sugestivo de epilepsia positivo	*	*	1,3	0,9-1,8	1,2	1,0-1,6

Nota 1: Estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial dado que tienen un CVE mayor al 20%.

Nota 2: Las estimaciones de los indicadores de ningún síntoma dentro de SRQ depresión no se incluyen en la tabla porque no se encontró ninguna frecuencia.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

⁵⁷ ibíd., Pág 147.

Entre población adulta se desdibuja una menor incidencia de síntomas indicadores de trastorno mental, de psicosis, epilepsia, y en menor medida de depresión. Sin embargo, las cifras de presencia de síntomas relacionados con la depresión y la ansiedad presentan cifras muy similares, de la misma manera acontece en relación a la población mayor de 45 años de edad.

Otro resultado de la ENSM-2015 evidencia la incidencia de los problemas con el acto de comer o trastornos del comportamiento alimentario (TCA). Los resultados muestran que 9,5 % de los varones y el 8,8 % de las mujeres adolescentes encuestadas reporta algún tipo de comportamiento de riesgo alimentario. *"Sin embargo, la proporción de adolescentes con dos o más conductas alimentarias de riesgo desciende a 2,7 %, es decir, una cifra más cercana a la prevalencia de la enfermedad. De manera específica, los adolescentes de ambos sexos no reportan en forma significativa comportamientos restrictivos o de dieta ni malestar con el acto de comer. En contraste, y de forma llamativa, los adolescentes hombres reportan tener más atracones de comida que las mujeres".*⁵⁸

En relación a la población mayor de 45 años, la incidencia de factores de riesgo de padecimiento de TCA presenta un comportamiento similar al presentado entre adolescentes, sin embargo es mayor la prevalencia entre la población femenina. Otros factores de riesgos asociados a la ocurrencia de trastornos mentales entre la población los constituyen el consumo de alcohol y de otras drogas psicoactivas, temática que se trató con anterioridad, y la exposición a eventos traumáticos que puede degenerar en trastornos de estrés postraumáticos (TEPT).

Una situación traumática se define como "una situación que pone en peligro la vida o constituye una amenaza para la integridad física de una persona. La exposición al evento traumático puede darse de forma directa, en el que la

⁵⁸ IBID, Pág 159.

persona la experimenta, o indirecta, cuando es testigo o le ocurre a alguien cercano"⁵⁹.

Tabla 9. Eventos traumáticos y percepción de trauma psicológico asociado en adolescentes entre 12 y 17 años en Colombia

Eventos traumáticos e Indicadores de gravedad de la experiencia	Hombres		Mujeres		Total	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Por lo menos un evento traumático	30,7	27,3-34,4	27,9	24,7-31,5	29,3	26,9-31,8
Solo un evento traumático	24,6	21,4-28,0	21,7	18,8-25,0	23,1	20,9-25,5
Dos eventos traumáticos	3,7	2,5-5,3	4,2	2,9-6,1	3,9	3,0-5,2
Tipo de experiencia traumática						
Accidente de tránsito	14,8	12,3-17,8	13,2	10,8-16,0	14,0	12,2-16,0
Ahogamiento	*	*	*	*	1,9	1,3-2,8
Robo o atraco	12,6	10,3-15,3	8,7	6,8-11,1	10,6	9,1-12,4
Ataque de un animal	*	*	*	*	2,9	2,2-4,0
Enfermedad grave o potencialmente mortal	*	*	4,3	3,0-6,1	3,6	2,7-4,8
Algún otro evento o experiencia estresante	*	*	4,0	2,7-5,8	3,5	2,6-4,7
Gravedad de la experiencia traumática						
Reporte de fallecimiento de alguna persona por evento traumático	31,8	25,7-38,5	33,6	27,2-40,6	32,6	28,2-37,5
Percepción de trauma psicológico	88,9	83,5-92,7	87,3	81,7-91,4	88,1	84,4-91,1

Nota 1: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial dado que tienen un CVE mayor al 20%.

Nota 2: las variables: tres eventos traumáticos o más eventos traumáticos, exposición a explosión o incendio y desastre natural y la presencia de discapacidad por el evento no se presentan porque los resultados totales y por sexo son imprecisos.

Fuente: ENSM-2015

Aproximadamente el 30% de la población entre los 12 y 17 años de edad ha sufrido y/o evidenciado al menos un evento traumático en su vida; principalmente relacionados con accidentes de tránsito, robos o atracos, problemas graves de salud, entre otros. Entre las personas entre los 18 y 44 años de edad, el 40,2% afirma haberse visto envuelto en al menos un evento traumático a lo largo de su vida. Los principales reportados son accidentes de tránsito, delincuencia organizada o común, conflicto armado y violencia intrafamiliar, entre otros.⁶⁰

Los síntomas más frecuentes de la existencia de TEPT los constituyen la presencia de pensamientos, imágenes y recuerdos relacionados con el evento traumático; la negación del hecho evitando pensar, hablar o sentir en relación al

⁵⁹ ibíd., Pág. 177

⁶⁰ ibíd., Pág. 183

mismo; sentirse muy molesto cuando algo le recuerda al evento traumático, problemas de concentración; pesadillas, y el mantenerse en estado de alarma, entre otros.

b. Trastornos Mentales en Niños, Adolescentes y Adultos

Otro de los aspectos esenciales en los que enfatiza la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 lo constituye el impacto de trastornos mentales entre la población infantil, adolescente y adulta; al igual que en los factores expuestos con anterioridad, los resultados se obtienen a partir de la implementación de encuestas especialmente diseñadas para este fin.

La estrategia se implementó con el fin de concluir la prevalencia de trastornos de acuerdo al grupo de edad; *"para la población infantil de 7 a 11 años se incluyen: depresión mayor, ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno de la conducta. Para los adolescentes (entre 12 y 17 años) se abordan los trastornos depresivos (depresivo mayor, menor y distimia), el trastorno afectivo bipolar (I y II) y los trastornos de ansiedad, generalizada, pánico y fobia social"*⁶¹; para la población adulta se establecen los mismos trastornos evaluados en la población adolescente.

⁶¹ ibíd.; pág. 206

Tabla 10. Prevalencia de los trastornos mentales en los últimos 30 días y 1 años en población infantil entre 7 y 11 años por sexo en Colombia

Trastornos mentales en la población infantil entre 7 y 11 años	Hombres		Mujeres		Total	
	30 días	1 año	30 días	1 año	30 días	1 año
Cualquier trastorno mental	2,7%	3,8%	3,2%	5,6%	3,0%	4,7%
Cualquier trastorno de comienzo habitual en la infancia	2,4%	2,9%	2,7%	3,6%	2,5%	3,2%
TDAH de cualquier Tipo	2,1%	2,6%	2,4%	3,3%	2,3%	3,0%
Cualquier trastorno de ansiedad	1,1%	1,6%	0,9%	2,3%	1,0%	2,0%
Ansiedad de separación	0,9%	1,6%	0,6%	2,0%	0,7%	1,8%
Ansiedad generalizada	0,5%	0,5%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%
Negativista desafiante	0,5%	0,6%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%
De la conducta	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%
Cualquier trastorno depresivo	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
Depresivo mayor	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental - 2015

Entre la infancia se observa una mayor prevalencia de trastornos mentales en la población femenina con un 5,6%; mayor en 1,8% a la afectación en la población masculina. Los trastornos más frecuentes son los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDH), seguido del trastorno de ansiedad y la ansiedad de separación.⁶²

Entre población adolescente igualmente se identifica una mayor presencia de trastornos mentales entre la población femenina con una incidencia mayor al 100% respecto de la población masculina; sin embargo, los porcentajes de afectación son menores a los reportados entre la población infantil. Principalmente entre la población adolescente colombiana se presenta mayor incidencia de trastornos de ansiedad, dentro de los cuales el de más impacto la constituye la fobia social tal y como se observa en la tabla a continuación.

⁶² Ibíd.; pág

Tabla 11. Prevalencia de los trastornos mentales en los últimos 30 días y 1 año en población adolescente entre 12 y 17 años por sexo en Colombia

Trastornos mentales en la población infantil entre 12 y 17 años	Hombres			Mujeres			Total		
	30 días	1 año	Toda la vida	30 días	1 año	Toda la vida	30 días	1 año	Toda la vida
Cualquier trastorno mental	1,5%	2,4%	4,6%	3,4%	6,3%	9,7%	2,5%	4,4%	7,2%
Depresión mayor	0,1%	0,2%	1,0%	0,1%	1,4%	2,9%	0,1%	0,8%	2,0%
Depresión menor	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	0,3%	0,6%	0,0%	0,2%	0,4%
Distimia	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,3%	0,3%	0,0%	0,2%	0,2%
Cualquier trastorno Depresivo	0,1%	0,4%	1,4%	0,1%	1,7%	3,4%	0,1%	1,0%	2,4%
Trastorno Bipolar I	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,1%	0,4%
Trastorno Bipolar II y otros.	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%
Cualquier trastorno afectivo	0,2%	0,6%	2,1%	0,2%	1,8%	3,6%	0,2%	1,2%	2,9%
Fobia social	1,4%	1,9%	3,0%	3,2%	4,9%	6,6%	2,3%	3,4%	4,8%
Trastorno de pánico	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%
Trastorno de ansiedad generalizada	1,4%	0,0%	0,0%	3,2%	0,0%	0,6%	2,3%	0,0%	0,3%
Cualquier trastorno de ansiedad	1,5%	1,9%	4,6%	3,4%	5,0%	9,7%	2,5%	3,5%	7,2%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental - 2015

Adicionalmente, los trastornos afectivos como la bipolaridad constituyen el segundo, siendo la depresión el tercer factor de incidencia entre los colombianos, según la ENSM-2015.

Finalmente, en general entre la población adulta se observa la menor incidencia de trastornos mentales en comparación con la población infantil y adolescente si se analizan las estadísticas para el corto y mediano plazo, a excepción de la población masculina que presenta un incremento leve compensado por una menor incidencia de trastornos mentales entre la población femenina.

La tabla 8 expone esta situación, al igual deja en evidencia que son los trastornos afectivos los que principalmente afectan a la población en edad adulta, seguidos por los trastornos de ansiedad y trastornos depresivos.

Tabla 12. Prevalencia de los trastornos mentales en los últimos 30 días y 1 año en población adulta por sexo en Colombia

Trastornos mentales en la población adulta	Hombres			Mujeres			Total		
	30 días	1 año	Toda la vida	30 días	1 año	Toda la vida	30 días	1 año	Toda la vida
Cualquier trastorno mental	1,2%	3,2%	8,2%	2,1%	4,8%	10,1%	1,6%	4,0%	9,1%
Depresión mayor	0,2%	0,9%	3,2%	0,8%	2,3%	5,4%	0,5%	1,6%	7,7%
Depresión menor	0,0%	0,2%	1,1%	0,1%	0,4%	1,0%	0,0%	0,3%	1,0%
Distimia	0,0%	0,3%	0,4%	0,2%	0,4%	0,5%	0,1%	0,4%	0,5%
Cualquier trastorno Depresivo	0,2%	1,2%	4,4%	0,9%	2,7%	6,4%	0,5%	1,9%	5,4%
Trastorno Bipolar I	0,1%	0,6%	1,9%	0,1%	0,3%	0,6%	0,1%	0,4%	0,3%
Trastorno Bipolar II y otros.	0,1%	0,1%	0,3%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
Cualquier trastorno afectivo	0,4%	1,9%	6,3%	1,0%	3,0%	7,1%	0,7%	2,4%	6,7%
Fobia social	0,8%	1,4%	2,3%	1,1%	1,8%	3,1%	0,9%	1,6%	2,7%
Trastorno de pánico	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%	0,1%	0,2%
Trastorno de ansiedad generalizada	0,1%	0,2%	0,7%	0,2%	0,7%	1,9%	0,1%	0,5%	1,3%
Cualquier trastorno de ansiedad	0,9%	1,6%	2,9%	1,3%	2,5%	4,9%	1,1%	2,1%	3,9%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental - 2015

La zona oriente, que incluye el Departamento de Santander, presenta unos datos dentro del promedio nacional, la mayor incidencia de trastornos mentales se presenta en Bogotá D.C. y la zona pacífica.⁶³ Otro factor de riesgo que potencia la incidencia de trastornos mentales entre la población colombiana según la ENSM-2015, la constituye la condición de pobreza y locación rural de la residencia como lo presenta la tabla 13.

⁶³ ibíd., Pág. 243.

Tabla 13. Trastorno depresivo

Cualquier trastorno depresivo	Toda la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Edad (años)									
18 a 44	5,7	9,2	4,7-6,8	2,4	13,3	1,8-3,1	0,6*	24,2	0,4-1,0
45 y más	5,0	11,5	4,0-6,2	1,3	17,3	1,0-1,9	0,4*	34,2	0,2-0,9
Total	5,4	7,2	4,7-6,2	1,9	10,8	1,6-2,4	0,5	19,8	0,4-0,8
Región									
Central	4,6	13,1	3,6-6,0	1,6	18,8	1,1-2,3	0,4*	39,4	0,2-0,9
Atlántica	2,2	18,2	1,6-3,2	0,9*	35,4	0,4-1,7	0,6*	47,5	0,2-1,5
Bogotá	9,4	16,5	6,7-12,8	2,9*	27,5	1,7-4,9	0,2*	43,0	0,1-0,5
Oriental	4,5	14,3	3,4-6,0	1,8*	25,2	1,1-3,0	0,7*	49,3	0,3-1,8
Pacífica	7,1	13,6	5,4-9,3	2,9	16,6	2,1-4,0	0,8*	27,5	0,5-1,4
Total	5,4	7,2	4,7-6,2	1,9	10,8	1,6-2,4	0,5	19,8	0,4-0,8
Zona									
Urbana	6,0	8,0	5,1-7,0	2,1	11,9	1,7-2,7	0,6*	21,1	0,4-0,9
Rural	3,3	13,7	2,5-4,3	1,3*	24,3	0,8-2,1	0,4*	52,6	0,2-1,2
Total	5,4	8,0	5,1-7,0	1,9	10,8	1,6-2,4	0,5	19,8	0,4-0,8
Pobreza									
No	5,4	7,5	4,7-6,3	1,9	12,0	1,5-2,4	0,5*	23,0	0,3-0,8
Sí	5,4*	22,9	3,4-8,4	2,4*	24,1	1,5-3,9	0,9*	37,4	0,4-1,8
Total	5,4	7,2	4,7-6,2	1,9	10,8	1,6-2,4	0,5	19,8	0,4-0,8

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra dado el valor del coeficiente de variación (CVE) alto.

Fuente: ENSM-2015

7. RETOS Y OPORTUNIDADES EN LA FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA MUNICIPAL DE SALUD MENTAL Y CONVIVENCIA CIUDADANA

A continuación se exponen los aspectos más relevantes (retos y oportunidades) a tomarse bajo consideración durante las etapas de formulación e implementación de la Política Pública Municipal en Convivencia Social y Salud Mental en el Municipio de Piedecuesta, Santander de acuerdo lo expuesto a lo largo del desarrollo de la temática propuesta y al Plan Decenal de Salud Pública del nivel Nacional.

Antes que nada, se considera como el reto y la oportunidad prioritaria la formulación democrática de la Política Pública de Convivencia Social y Salud Mental en el Municipio de Piedecuesta, esto es; que la misma promueva y cuente con la participación activa de los diversos actores sociales y grupos de interés en el Municipio, en el mismo sentido a lo contemplado en el Plan Nacional Decenal de Salud Pública. Esto permitirá un mayor conocimiento y una mayor aceptación por parte de la misma ciudadanía de las políticas a implementarse potenciando los resultados de las mismas.

Otros retos y oportunidades en la formulación e implementación de la Política Pública en Convivencia Social y Salud Pública los constituyen los siguientes:

- Priorizar e implementar programas y estrategias para la prevención del suicidio, la violencia en contra del adulto mayor, violencia interpersonal y violencia sexual como factores de intolerancia y violencia que se incrementaron entre el periodo 2011- 2015 en Piedecuesta.
- Priorizar e implementar políticas de empoderamiento de la mujer para la prevención y promoción de la denuncia de casos de violencia intrafamiliar y violencia sexual que principalmente las impacta; de la misma forma entre

hombres mayores de 60 años, quienes son los más susceptibles a la violencia en contra de la tercera edad en el Municipio.

- Priorizar e implementar políticas de empoderamiento del género masculino para la prevención de homicidio, el suicidio y la violencia interpersonal que son los que principalmente los victimiza, así como en la prevención de la violencia intrafamiliar y violencia sexual que principalmente originan.
- Diseñar e implementar estrategias y programas para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta que las de mayor incidencia entre la población las constituyen, en su orden, el alcohol, el cigarrillo, las bebidas energizantes, marihuana, cocaína y los tranquilizantes; que su consumo se da principalmente entre la población entre los 18 y 34 años (el consumo de SPA entre los 12 y 24 años) de edad afectando en mayor proporción a la población masculina.
- Ampliar la cobertura en la atención sicosocial a la población desplazada y víctima de la violencia en el Municipio, ya que esta constituye una de las fuentes de estrés social, según el modelo de determinantes sociales de la salud mental, que afectan al país en general dada su condición histórica de conflicto armado. De la misma forma a personas en condición de pobreza, desempleo y/o sin estabilidad laboral.
- Promover la eliminación de barreras de acceso a los servicios de atención en salud mental; gestionando, o por cuenta propia, el municipio debe garantizar la prestación de este servicio a los piedecuestanos dentro de su mismo territorio.
- Garantizar la formación y capacitación del personal médico en convivencia social y salud mental, así como la actualización de rutas de atención y protocolos médicos, de acuerdo a las prevalencias de los distintos trastornos de acuerdo a los resultados de la ENSM2015 y demás información estadística disponible.
- Priorizar las políticas de promoción de la Salud Mental entre la población infantil, joven y adulta joven, entre la población urbana y población en

condición de pobreza quienes presentan mayores riesgos en salud mental de acuerdo a la ENSM 2015. Sin embargo no se deben desatender otros grupos etarios y/o sociales quienes, aunque en menor proporción, también presentan riesgos.

Los retos y oportunidades expuestos, así como las recomendaciones a continuación; serán inalcanzables en la medida en que los esfuerzos destinados a la dimensión Convivencia Social y Salud Mental, del PDSP incrementen el presupuesto disponible para la inversión en esta materia, lo que se logra priorizando la inversión destinada del Sistema General de Participaciones o por recursos propios del municipio.

8. CONCLUSIONES

Con la elaboración de esta monografía se pudo establecer un diagnóstico actualizado para la aplicación de la política pública en Convivencia Social y Salud Mental en el Municipio de Piedecuesta – Santander.

Se pudo tener claridad sobre qué es una política pública a través de diversas aproximaciones conceptuales y cómo a partir de un buen diagnóstico se potencia el resultado de su formulación e implementación, especialmente en el caso de la Salud Pública y Salud Mental.

Se expusieron diversas definiciones de la Salud Mental, todas estas apuntan a la capacidad de los individuos de interactuar de manera armoniosa con su entorno de manera pacífica y proactiva, de desarrollar sus capacidades cognitivas y mentales que le permitan convivir, trabajar y aportar al bienestar de la comunidad.

En este mismo sentido se contempla en el Plan Decenal de Salud Mental y su Dimensión sobre Convivencia Social y Salud Mental, que constituye la carta de navegación de las diversas políticas y programas transectoriales a formularse e implementarse desde las distintas entidades territoriales para la promoción y prevención en Salud Mental y convivencia entre la población.

El Municipio de Piedecuesta, a lo largo del periodo objeto del presente análisis, ha incrementado ostensiblemente (más del 100%) la inversión en Salud Mental dentro de sus planes anuales de Salud Pública, implementado diversas políticas en Salud Mental, dentro de las principales se advierten diversas estrategias como "Habilidades para la Vida", estrategia de Tamizaje en Salud Mental y estrategia "Pactos por la Vida"; políticas tales como "Haz Paz" y "También soy Persona".

Políticas y Estrategias direccionadas desde el Ministerio de Salud y Protección Social.

El impacto de la aplicación de los diversos programas y estrategias mencionados en Salud Mental se miden en relación a la evolución de los índices de intolerancia, violencia, así como en el abuso de sustancias psicoactivas.

La evolución de los índices de violencia e intolerancia en el Municipio durante el periodo 2011 - 2015 ha mostrado una tendencia estable hacia la baja en los casos reportados de homicidios, violencia intrafamiliar, violencia de pareja y violencia en contra de niños, niñas y adolescentes; sin embargo las cifras también exponen un incremento en los casos reportados de suicidios, violencia contra el adulto mayor, violencia interpersonal y un leve pero constante incremento en los índices de violencia sexual.

Se evidenció mejoría en los indicadores relacionados con homicidios, violencia intrafamiliar, violencia de pareja y violencia contra niños, niñas y adolescentes; sin embargo, en otros indicadores se evidenció un alarmante incremento en número de casos y tasas reportadas durante el periodo analizado (suicidios, violencia en contra adultos mayores y violencia interpersonal); los casos de violencia sexual presentaron un comportamiento estable aunque este indicador se incrementó un 12,5% durante el periodo 2011 - 2015 en el Municipio de Piedecuesta.

Relacionado con el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, según el Observatorio de Drogas de Colombia, se encontró que este se presenta con mayor frecuencia entre hombres; alrededor del 20% de los hombres Santandereanos han consumido cigarrillo durante el último mes, mientras el porcentaje de mujeres es de alrededor del 5%; 50% contra 20% en el consumo de alcohol durante el último mes; y el consumo de sustancias ilícitas durante el último año de 1,7% viéndose la afección entre hombres más de 10 veces mayor a

la de las mujeres. Las edades que reportan mayor consumo de las mismas son entre los 18 y 34 años de edad.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, a este año en el Municipio al menos el 1,8% de la población ha sufrido de algún trastorno mental durante el último año y 0,7% durante el último mes; lo que para una población estimada en 2015 según DANE representa alrededor de 2.700 personas que han requerido de los servicios en Salud Mental durante los últimos 12 meses. Sin embargo, el Municipio no cuenta con los servicios en Salud Mental habilitados para la atención oportuna de los pacientes piedecuestanos que lo requieran. Presenta mayor riesgo de sufrir algún trastorno de Salud Mental la población femenina en edades infantil y adulta; se presentan igualmente mayores riesgos entre la población en condición de pobreza y entre aquella del sector urbano por encima del sector rural.

9. RECOMENDACIONES

Adicional a los retos y oportunidades identificados para la formulación e implementación de la Política Pública Municipal en Convivencia Social y Salud Mental del Municipio de Piedecuesta, Santander; se proponen diversas estrategias que permitirán potenciar los resultados y el beneficio percibido por la comunidad del mismo.

Dar continuidad y ampliar las coberturas de la oferta de programas institucionales enfocados al sano aprovechamiento del tiempo libre a través de la práctica y disfrute de actividades deportivas, recreativas, artísticas, culturales y vocacionales.

Construcción, mejoramiento y dotación de infraestructura para el aprovechamiento del tiempo libre mediante el fomento de la práctica recreativa, deportiva, artística y cultural (parques, centros para la práctica deportiva, bibliotecas, museos y teatros entre otros).

Fortalecer los programas existentes tanto en Salud Mental como en aprovechamiento del tiempo libre (continuidad y cobertura) e implementar programas para el aprovechamiento de tiempo libre como escuelas artísticas y deportivas y variadas disciplinas. La Coordinación en Salud Mental del Municipio debe articular los diversos esfuerzos municipales en Arte y Deporte de manera de potenciar el efecto de los mismos en la prevención de trastornos mentales entre la población.

Garantizar el acceso oportuno a los servicios de diagnóstico y tratamiento de cualquier tipo de trastorno mental. Gestionar ante las Entidades prestadoras de Salud - EPS, o mediante esfuerzo propio, la oferta de servicios de atención en salud mental en el Municipio que permita la eliminación de barreras para el acceso

oportuno, el diagnóstico y tratamiento por cuenta de la necesidad de desplazamiento en largos trayectos para obtener la atención cuando es requerida por parte de algún paciente.

Ofrecer y/o fortalecer programas de capacitaciones al personal médico de las diversas instituciones de salud en el municipio que les permita identificar y direccionar oportunamente pacientes con riesgo de trastorno mental de manera que estos accedan a los servicios adecuados.

Adicionalmente, se identifica que hace falta que los gobiernos tanto Municipales, Departamentales y Nacionales, consoliden información sobre las prevalencias de trastornos mentales, lesiones, muertes y enfermedades producidas por causa de convivencia social y salud mental y sean llevados a una estadística tanto departamental como nacional y permanezcan en esos sitios y sean publicadas en páginas web para obtener esa información cuando se requiera, porque según visitas a la Secretaría de Salud Departamental no se encontró información sobre estos casos para el Municipio de Piedecuesta y la información contenida en el actual sistema de vigilancia epidemiológica "Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA" carece de información suficiente en Salud Mental.

En este mismo sentido, se sugiere que al momento de documentar y formular la Política Pública Municipal en Salud Mental y Convivencia Ciudadana, se analice y contemple la información referente al ejercicio implementado de tamizaje en salud mental para tener un diagnóstico más completo de la situación local (información que no se encontró disponible al momento de la formulación del presente trabajo diagnóstico)

Finalmente, y con el objeto de potenciar la efectividad de las diversas estrategias y programas en promoción de la salud mental y la convivencia en Piedecuesta, incluidas las estrategias información, educación y comunicación (IEC) en salud

mental, es necesario que estas se hagan de forma masiva, a través de diversos canales (radio, televisión, prensa, vallas, impresos, movilizaciones, visitas, etc.) y canales innovadores que incrementen la exposición de la población a los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

ARDILA R Euclides. El 80,7% de los asesinatos se dió por casos de intolerancia en Bucaramanga. 26 de Noviembre 2013 [en línea] disponible en: <<http://www.vanguardia.com/santander/bucaramanga/235535-el-807-de-los-asesinatos-se-dio-por-casos-de-intolerancia-en-bucaramang>>

BHUGRA, Till, Sartorius. What is mental health? International Journal of Social Psychiatry (Vol 59). 2003. Pág.2. [en línea] disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Alex_Till/publication/235371865_What_is_mental_health/links/569296fc08aec14fa55d814e.pdf

BISQUERRA, R. Métodos de investigación educativa: Guía práctica. 1ª. Ed. Pág. 65. Barcelona: CEAC. 1989 [en línea] disponible en: <http://dip.una.edu.ve/mead/metodologia1/Lecturas/bisquerra2.pdf>

BUSTOS Edgar O. Personería lanza S.O.S. por alto índice de violencia Intrafamiliar. En: Vanguardia Liberal. (2 de Marzo 2014) [en línea] <<http://www.vanguardia.com/santander/area-metropolitana/249181-personeria-lanza-sos-por-alto-indice-de-violencia-intrafamiliar>>

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Enero de 2013.

COLOMBIA. CONGRESO DE REPUBLICA Ley 1616 de 21 de Enero de 2013. "Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones".

DANE. Gran Encuesta Integrada de Hogares - GIEH- Mercado Labora. [en línea] disponible en: www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo#2016

DANE. Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia 2015. Bogotá D.C. Marzo 2 de 2016. [en línea] disponible en: www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_15_.pdf

DANE. Proyecciones de Población 2016 Total, por Sexo y Grupos de Edad.

FORENSIS 2011. Pág 235

HERNANDEZ, Fernández y Baptista. La Metodología de la Investigación. V Edición. McGrawHill. ISBN: 978-607-15-0291-9. México, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL. Forensis 2015, información estadística sobre violencia en Colombia. [en línea] disponible en: http://www.medicinalegal.gov.co/el-instituto/-/asset_publisher/4Of1Zx8ChtVP/content/forensis-2015-informacion-estadistica-sobre-violencia-en-colombia

MATTHEW FISHER , FRAN BAUM. The social determinants of mental health: Implications for research and health promotion. Diario Australiano y Neo Zelandés de Psiquiatría. No. 44 2010

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Plan Decenal de Salud Pública. Dimensión Convivencia Social y Vida Saludable. P. 1 [en línea] disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/convivenciasocial-ysalud-mental.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, COLCIENCIAS. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Bogotá 2015 p 214. ISBN: 978-958-8903-20-0
Ministerio de Salud y Protección Social. Pactos por la Vida: Fundamentación, principios y estructura de una estrategia para reducir el consumo problemático de alcohol. Septiembre de 2013

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012 - 2021. La Salud en Colombia la construyes tú. Pág. 101. ISBN: 978-958-57937-0-5. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá D.C. 2013.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Salud Pública [en línea]. [citado en 2 de Octubre de 2016]. Disponible en: <<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx>>

MINISTERIO DE SALUD, Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo 1. ISBN: 978-958-8903-20-0. Impresión Javergraf, Bogotá D.C. 2015.

OBSERVATORIO DE DROGAS DE COLOMBIA. Caracterización Regional de la problemática asociada a las drogas ilícitas en el departamento de Santander. [en línea} disponible en: <http://www.odc.gov.co/REGIONALIZACION/Caracterizaci%C3%B3n/Documentos>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, 2001. p 10.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud Mental: un estado de bienestar [en línea]. [citado en 2 de Octubre de 2016]. disponible en: <www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud Mental: un estado de bienestar [en línea]. [citado en 2 de Octubre de 2016]. Disponible en: <www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/>

PALLARES, Francesc. Las Políticas Públicas. El Sistema Político en Acción. Revista de Estudios Políticos (Nueva Época) Num. 62. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. España, 1998. [en línea] disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=1166>

PÉREZ PINZÓN Luís Rubén Ciencias Económicas de Piedecuesta Colección Historia Intensa de Piedecuesta, 2012. ISBN 978-958-46-0747-8 Registro Derecho Autor 10-335-165

PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL PIEDECUESTA Mi Plan 2016 - 2019, pág. 123.

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes 3077. Política Nacional para la Construcción de Paz y Convivencia Familiar - Haz Paz. Bogotá D.C., Junio de 200.

SANCHEZ Ricardo, JARAMILLO Luis Eduardo. Desplazados: Experiencias en Salud. Impacto del Desplazamiento sobre la Salud Mental. Revista Universitat Humanística. Vol. 47. 1999. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Sociales. Pág. 101

SZASZ S. Thomas. The Myth of Mental Illness. The American Psychologist. Vol 15 No. 2 Febrero 1980. p 118.

TAMAYO S. Manuel. El análisis de las políticas públicas. En: Bañón Rafael, Carrillo Ernesto. La nueva administración pública. Alianza Universidad. Madrid 1997. p 2

TERRIS Milton. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En OPS (ed.). La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Pub. Cient. Nº 540, p. 187–188. Washington, OPS; 1992