

DOCUMENTO PROPUESTA DE AJUSTE DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL PARA COLOMBIA 2014

Desarrollado en el Marco del Componente de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas del Convenio de Cooperación Técnica 310/13 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Julio 15, 2014

EQUIPO CONSULTOR

Carlos José Parales Quenza

Psicólogo

Profesor Asociado, Universidad Nacional de Colombia

Director del Proyecto

Zulma Consuelo Urrego Mendoza

Médica Psiquiatra

Profesora Asociada, Universidad Nacional de Colombia

Edwin Herazo Acevedo

Médico Psiquiatra

Francisco David González Camelo

Sociólogo

ASISTENTES

Luis Alberto Arias Cohecha

Víctor Alfonso Ávila García

Cristhian Giovanni Parrado Rodríguez

Sandra Carolina Piña Hernández

Ana María Sánchez Supelano

Reconocimientos

Coordinación y orientación

Aldemar Parra Espitia

Coordinador de Grupo de Salud Mental y Drogas
Ministerio de Salud y Protección Social

Ana María Peñuela Poveda

Asesora de Despacho del Ministro
Ministerio de Salud y Protección Social

Carolina Pineda Castro

Consultora Nacional Salud Mental y Consumo de SPA
OPS/OMS- MSPS

Asistentes Primer Taller de Consulta y Concertación de la Propuesta de Ajuste de la Política Nacional de Salud Mental 2014, Girardot, Junio 19 y 20 de 2014

Viviana Andrea Calderón

Instituto Nacional de Salud

Ana Milena Montes

Edgar Muñoz

Fabiola Rey

Indira Caicedo Sarmiento

Jaime Collazos

Marcela Gordillo

Martha Velásquez

Rodrigo Lopera

Ministerio de Salud y Protección Social

Asistentes Segundo Taller de Consulta y Concertación de la Propuesta de Ajuste de la Política Nacional de Salud Mental 2014, Girardot, Julio 7, 8 y 9 de 2014

Olga Lucía Pedraza Linares

Asociación Colombiana de Neurología (ACN)

Edith Betty Roncancio

Liga contra el Autismo

Gloria Marina Nieto Gómez

Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y Familias (ACPEF)

Maritza Barroso

Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia

María Iraidis Soto Soto

Profesional independiente pensionada de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN)

Carlota Castro Quintana

Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN)

Manuel José Alejandro Baquero Sierra

Colegio Colombiano de Psicólogos

Diana María Agudelo

Asociación Colombiana de Facultades de Psicología

Carolina Cetina Zorro

María Edilia Méndez Monroy

Agencia Colombiana para la Reintegración

Sergio Daniel Ramos Estupiñán

Asociación Colombiana contra la Depresión y el Pánico (ASODEP)

José Abelardo Posada Villa

Consejo Nacional de Trabajo Social

Patricia Duque Cajamarca

Consejo Nacional para la Educación en Trabajo Social (CONETS)

Luz Marina Carrillo

Fundación Unidos Contra la Depresión (FUNIDEP)

Gustavo Adolfo Pérez Rodríguez

Colombia Diversa

Diana Lozano Ramírez

Asesora Grupo Convivencia Social y Ciudadana Ministerio de Salud y Protección Social

Jorge Arturo Noriega Rueda

Asociación Colombiana de Bipolares

Jairo González

Jefatura Nacional Residentes de Psiquiatría

Sandra Lucía Moreno Lozada

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Teniente Coronel José Alejandro García Romero

Dirección de Sanidad Policía Nacional

Yirliana Suárez Rueda

FUNDAAFECTIVOS

Patricia Rodríguez

Nodo Comunitario de Salud Mental y Convivencia

Luz Estela Novoa

Asociación Colombiana de Familias combatiendo la Epilepsia (ACOFACE)

Luis Enrique Sánchez

Red de Conciliadores en Equidad de Bogotá (REDCEB)

Orlando Leguízamo Herrera

Fundación Alzheimer Colombia

Diego Alveiro Restrepo

Universidad CES

Francene Rodríguez

Diana Milena Ramírez

Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional.

Asistentes Tercer Taller de Consulta y Concertación de la Propuesta de Ajuste de la Política Nacional de Salud Mental 2014, Cartagena, Julio 10 y 11 de 2014

Ingrid Carolina Duque Núñez

María Lucía Mesa Rubio

Maritza Velásquez Cubillos

Oscar Alejandro Marín Quintero

Ministerio de Salud y Protección Social

Rodrigo Córdoba

Asociación Psiquiátrica de América Latina

Jaider Barros

Juan Carlos Rojas Fernández

Asociación Colombiana de Psiquiatría

Bibiana Chiquillo

Consejo Nacional de Trabajo Social

Luis Eduardo Calambás Velasco

Autoridades Indígenas de Colombia

Napoleón Villareal

Secretaría Distrital de Integración Social de Bogotá

Maylin Becerro

Secretaría de Víctimas de Bolívar

Noemí Porras Torres

Mesa Departamental de Víctimas de Bolívar

Diego Alveiro Restrepo

Universidad CES

Diego Julián Jones

Luisa Mejía

Agencia Colombiana para la Reintegración (ACR)

Álvaro Cruz Quintero

Andrea Linares Guzmán

Silvia Lara Fajardo

Departamento Administrativo Distrital de Salud CRUE (DADIS)

Elizabeth Guerrero

Laura Baldrich

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

Carlos Arturo Cassiani Miranda

Mariana Herazo

Rubén Zarco Rivero

Zuleima Cogollo Milanés

Universidad de Cartagena

Amaury Montero

Corporación Mayaelo, Corporación para el Desarrollo del Ser y la Comunidad

Mayerli Paredes Rojas

Mesa Nacional de Víctimas

Adalberto Campo

Instituto de Investigación del Comportamiento Humano

Luz Estela Mejía Posso

Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS)

Karen Estefani Lagos

Uverleidy Salcedo López

Secretaría de Salud de Yopal

Cecilia Esther Payares Medina

Secretaría de Salud de Santander

Ángela María Guevara

Secretaría de Salud de Casanare

Eddy Marcela Martínez Guerrero

Secretaría de Salud de Putumayo

Luz Elcy Manrique González

Secretaría de Salud de Huila

Martín Orlando Barrera Cobos
Secretaría de Salud de Boyacá
Claudia Liliana Galindo Moreno
Secretaría de Salud de Guaviare
Amath Sandra Milena Oliveros
Secretaría de Salud de Santander
Luz Helena Rúa
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Gleidy Yulissa Mosquera Cetre
Secretaría de Salud de Chocó
Patricia Chaparro Cañón
Secretaría de Salud de Cundinamarca
Gloria Inés Saldarriaga Toro
Secretaría de Salud de Caldas
Sandra Patricia Caldas
Secretaría de Salud de Cauca
Yovanka Jones Steele
Secretaría de Salud de San Andrés
Diana Carolina Suárez
Luis Diego Galeano
Silvana Zapata
Secretaría de Salud de Medellín
Bibiana Restrepo Liscano
Secretaría de Salud de Pereira
Patricia Helena Pimienta Gallego
Secretaría de Salud de Risaralda
Alicia Soto
Secretaría de Salud de la Guajira
Trinidad Pacheco Puerto
Secretaría de Salud del Cesar
Ángela Caicedo
Secretaría de Salud de Mocoa
Flor Nayda Cuadros Otero
Secretaría de Salud del Valle
Alexander Serna
Secretaría de Salud de Norte de Santander
Patricia Mónica Martínez Hoyer
Secretaría de Salud de Barranquilla
Claudia Soraya Nivia Montenegro
Isabel Cristina Vélez
Pablo Alberto Isaza Nieto
Sindy Johanna Burbano Moreno
Secretaría de Salud de Quindío
Álvaro Solano Berrio
María Moreno Hernández
Victoria Eugenia Mesa Ruíz
Victoria Eugenia Rodríguez Solano
Secretaría de Salud de Córdoba
Angélica María Barragán
Sandra Milena Bedoya Valencia
Secretaría de Salud de Tolima

Juan David Restrepo Ávila
Secretaría de Salud del Amazonas
Lesvia María Borrero Rodríguez
María Paula Cortés Rojas
Secretaría de Salud de Caquetá
Ángela Armesto
Secretaría de Salud de Cartagena
María Teresa Parrado Blanco
Secretaría de Salud del Meta
Carmen Adriana Blanco Niño
Secretaría de Salud de Boyacá
María del Conde
Secretaría de Salud de Bolívar

Organizaciones participantes mediante el envío de documentos de posición

Andrea Parra
PAIIS - Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social. Facultad de Derecho – Universidad de los Andes
Mauricio Albarracín
Colombia Diversa

Personas que enviaron sus aportes, sugerencias bibliográficas y propuestas a través de correo electrónico

Jorge Arturo Noriega Rueda
Asociación Colombiana de Bipolares
Salam Gómez
FUNDAMENTAL COLOMBIA
Diego Alveiro Restrepo
Universidad CES
Clara Inés Rodríguez
Consejo Nacional de Trabajo Social
Fabio Alberto Escobar Díaz
Observatorio Nacional de Salud
María Eugenia Eraso
Instituto Departamental de Salud de Nariño
Olga Lucía Pedraza Linares
Asociación Colombiana de Neurología (ACN)
Carlota Castro Quintana
ACOFAEN

Contenido

1. PRESENTACIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES.....	2
3. JUSTIFICACIÓN	4
4. ESTADO DEL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD MENTAL.....	6
4.1. DEFINICIÓN POSITIVA DE SALUD MENTAL.....	7
4.2. LA PERSONA EN RELACIÓN CON LOS DEMÁS.....	8
4.3. COLOMBIA UN PAÍS EN TRANSFORMACIÓN	10
5. ENFOQUES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL.....	11
5.1. DETERMINANTES SOCIALES: UN ASUNTO DE URGENCIA PARA EL TRABAJO POR LA SALUD MENTAL.....	11
5.2. UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL CENTRADA EN DERECHOS.....	12
5.3. UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL PARA TODAS LAS EDADES.....	15
5.4. UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL QUE RECONOCE LA DIVERSIDAD	16
5.5. UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL QUE CONTEMPLA EL ENFOQUE PSICOSOCIAL	16
5.6. UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL BASADA EN EL TERRITORIO	17
5.7. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD COMO ESTRATEGIA BÁSICA PARA LOGRAR EL GOCE DEL MAYOR NIVEL POSIBLE DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA.....	17
6. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO	18
6.1. MANIFESTACIONES POSITIVAS DE SALUD MENTAL: CAPACIDADES INDIVIDUALES Y CONTRIBUCIÓN SOCIAL	19
6.2. VIOLENCIA Y SALUD MENTAL.....	20
6.3. PROBLEMAS QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL POR CLASE SOCIAL.....	24
6.4. PROBLEMAS QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL POR SEXO/ GÉNERO.....	25
6.5. PROBLEMAS QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL POR ETNIA.....	26
6.6. PROBLEMAS QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL, CON ENFOQUE DIFERENCIAL POR DISCAPACIDAD.....	27
6.7. PROBLEMAS QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL, SEGÚN ENFOQUE DEL CURSO DE LA VIDA.....	28
6.8. TRASTORNOS MENTALES.....	29
6.8.1. TRASTORNOS MENTALES EN POBLACIÓN GENERAL.....	29
6.8.2. TRASTORNOS MENTALES CON ENFOQUE DIFERENCIAL POR CLASE SOCIAL.....	33

6.8.3. TRASTORNOS MENTALES CON ENFOQUE DIFERENCIAL POR SEXO/ GÉNERO	34
6.8.4. TRASTORNOS MENTALES CON ENFOQUE DIFERENCIAL POR ETNIA.....	35
6.8.5. TRASTORNOS MENTALES CON ENFOQUE DIFERENCIAL POR DISCAPACIDAD	36
6.8.6. TRASTORNOS MENTALES SEGÚN ENFOQUE DEL CURSO DE VIDA.....	37
6.9. RESPUESTAS SOCIALES PARA LA SALUD MENTAL.....	38
6.9.1. PROMOCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL Y ATENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES.....	38
6.9.2. ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y SUPERACIÓN DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO.....	39
6.9.3. NECESIDADES ESPECIALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN UN PAÍS QUE RECONOCE Y VALORA LA DIVERSIDAD	40
6.9.4. EXPERIENCIAS REGIONALES Y LOCALES COLOMBIANAS PARA LA SALUD MENTAL.....	41
6.10. BALANCE SOBRE EL CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA	42
7. PRESTACIÓN DE SERVICIOS.....	44
8. VISIÓN	45
9. VALOR: CIUDADANÍA	45
10. PRINCIPIOS.....	46
Inclusión:.....	46
Participación:.....	46
Calidad:.....	47
Equidad:.....	47
Integralidad:.....	47
Universalidad:.....	47
Corresponsabilidad:.....	47
Intersectorialidad	48
Accesibilidad.....	48
11. OBJETIVOS.....	48
11.1. OBJETIVO GENERAL.....	48
11.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	48
11.2.1. PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE DERECHOS:	48
11.2.2. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL:.....	49
11.2.3. PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL:.....	49

11.2.4. ATENCIÓN INTEGRAL:	49
11.2.5. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS:	49
12. AREAS DE ACTUACIÓN	49
12.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, LA CONVIVENCIA Y LA CALIDAD DE VIDA	49
12.2. PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES Y DE LAS AFECTACIONES EN SALUD MENTAL POR LAS VIOLENCIAS	50
12.3. ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES Y DE LAS AFECTACIONES EN SALUD MENTAL POR LAS VIOLENCIAS	52
12.4. REHABILITACIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS Y COMUNIDADES	53
12.5. CAPACIDAD DE RESPUESTA SOCIAL, INSTITUCIONAL Y COMUNITARIA	54
12.6. GESTION DEL CONOCIMIENTO EN SALUD MENTAL Y CONVIVENCIA	54
12.7. TALENTO HUMANO	54
12.8. DIRECCIÓN	55
BIBLIOGRAFÍA	56

1. PRESENTACIÓN

La Política Nacional de Salud Mental está fundamentada en derechos. Responde a las obligaciones del Estado colombiano de garantizar la salud en condiciones de igualdad para todas las personas, grupos humanos, pueblos y comunidades que habitan el territorio nacional. Es una política participativa e inclusiva, que reconoce la salud mental como un emergente de condiciones y modos de vida digna, por lo cual se orienta por un enfoque de determinantes sociales.

2. ANTECEDENTES

En 1998 mediante Resolución 2358 del Ministerio de Salud se adoptó la primera Política Nacional de Salud Mental, en la que se establecieron objetivos, estrategias, y metas que propendían por el bienestar psicológico de los colombianos (Ministerio de Salud, 1998b). Fue expedida en el marco del nuevo sistema de seguridad social integral creado por la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993). La Ley 1616 de 2013 conocida como *Ley de Salud Mental* dispuso el ajuste de la Política Nacional de Salud Mental de acuerdo con los cambios epidemiológicos y normativos que han ocurrido en el país en los últimos quince años (Congreso de la República de Colombia, 2013).

La Política Nacional de Salud Mental de 1998 tuvo en cuenta desarrollos sobre salud mental en Colombia en sus aspectos conceptuales y de servicios, que se describen en producciones como los estudios macrodiagnósticos de salud mental y la serie *La salud a la luz de la salud mental* (Ministerio de Salud, 1974, 1982, 1992, 1998b). Esa política enfrentó diversas dificultades en el proceso de implementación, entre otras: expedición en un momento de cambio de gobierno nacional; modificaciones constantes de la normatividad correspondiente al Sistema General de Seguridad Social en Salud; fragmentación y segmentación del sistema de salud; falta de decisión política; problemas con la disponibilidad de recursos financieros y escasa divulgación. Todos estos factores impidieron la ejecución plena de la Política, que permaneció como documento de difícil operacionalización.

En años recientes se han hecho esfuerzos, desde la nación, los departamentos, distritos y municipios, por brindarle a los colombianos y colombianas una Política de Salud Mental integral, coherente y fundamentada en las necesidades de salud de todos y todas. El documento de Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia 2005 y la Política Nacional del Campo de la Salud Mental 2007 hacen parte de los antecedentes que la presente Política Nacional de Salud Mental retoma e integra con el objeto de construir sobre desarrollos previos (Ministerio de la Protección Social, 2005, 2007). *La Política Nacional de Salud Mental está edificada sobre contribuciones y aportes de los últimos 15 años, junto con avances del estado de conocimiento en salud mental pública.*

Colombia es hoy un país distinto. Si bien algunas de las consideraciones y propuestas de la Política de 1998 se mantienen vigentes según se desprende del análisis del contenido del documento, los cambios experimentados por la sociedad colombiana son de tal intensidad que han hecho necesario re-contextualizar la situación de la salud mental, modificar descripciones y análisis, y ajustar la Política Nacional de Salud Mental a las condiciones actuales con el fin de asegurar su implementación. *La salud mental es concebida por la Ley 1616 de 2013 como derecho, prioridad y asunto de interés nacional; los costos económicos, políticos, y humanitarios de los problemas de salud mental son alarmantes.*

Con respecto a lo económico, el costo que tiene para la sociedad no atender los problemas de salud mental es significativo (Prince et al., 2007). Problemas psicológicos desatendidos se traducen en pérdida de oportunidades para el desarrollo social y económico, desempleo, ausentismo laboral, y violencia; en el mundo los trastornos mentales representan alrededor del 14% de la carga de enfermedad. En el campo político, la convivencia pacífica exige acabar con ciclos de venganza y retaliación, impulsar el desarrollo de proyectos colectivos, la construcción de equidad como requisito para generar confianza y lograr relaciones sociales constructivas entre ciudadanos, y la elaboración colectiva de un pasado de violencia y atrocidad. En el campo de los derechos humanos, la atención de la salud mental tiene que ver con la dignidad humana. *Pocas condiciones producen tanto dolor, soledad, y discapacidad, como los problemas de salud mental no tratados.*

La política pública busca afrontar situaciones problemáticas como las descritas para el campo de la salud mental. La Organización Mundial de la Salud distingue entre políticas, planes y programas de salud (World Health Organization, 2006). Una política es un sistema de valores, principios y objetivos; un plan es la estructura de una serie de actuaciones definidas como prioritarias mediante el cual se implementan los principios y objetivos de la política. Un programa es un conjunto de intervenciones específicas.

La propuesta de ajuste de la Política Nacional de Salud Mental define una visión, un valor y unos principios y objetivos que representan aspiraciones y realidades de la sociedad colombiana, enmarcados desde enfoques de derechos, género, pertinencia étnica, psicosocial, de determinantes sociales, diferencial y territorial. Además, acoge el concepto de campo de la salud mental desarrollado en el documento de política propuesto para debate y discusión en 2007, a la vez que reconoce la importancia para la salud mental de la autonomía personal, el ejercicio de derechos, el respeto por las diferencias, y la demanda de justicia (Ministerio de la Protección Social, 2007). *Es una política centrada en derechos.*

El desarrollo del conocimiento nos ha proporcionado herramientas y estrategias efectivas para promover la salud mental. Muchos de los factores que la afectan tienen que ver con condiciones que se pueden cambiar. Procesos acelerados de urbanización, pobreza, desempleo, condiciones de exclusión y desventaja social, y conflicto armado, son todos determinantes de salud mental. Para la promoción efectiva, esta Política considera el estado de la investigación en salud mental en Colombia y acoge lineamientos técnicos de la Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud (OMS / OPS). *Es una Política basada en evidencias que reconoce saberes y prácticas tradicionales, populares, ancestrales, alternativas y complementarias para el mantenimiento, cuidado y recuperación de la salud.*

El ajuste de la Política es también resultado de un proceso de consultas y concertaciones con distintos segmentos de la sociedad: gobierno, representantes de organizaciones sociales, usuarios, profesionales, ciudadanos. *Es una Política participativa.* Además, retoma propuestas de la Política de 1998 ajustándolas e integrando aportes de esfuerzos de los últimos quince años

en el proceso de construcción de una política pública nacional de salud mental. *Es una Política con continuidad.*

La Política Nacional de Salud Mental es una guía general que orienta para el territorio nacional el desarrollo de estrategias y actuaciones que se han de diseñar en contextos locales de acuerdo con necesidades, prioridades y particularidades de cada uno de esos contextos. Por lo tanto, *esta Política es un marco general para orientar intervenciones concretas llevadas a cabo por autoridades, organizaciones y personas en el ámbito territorial.*

La Política Nacional de Salud Mental es una política integral que asume la salud como un todo, incluido el componente de salud mental; considera los niveles de promoción, prevención y rehabilitación como elementos relacionados, y asume la continuidad de la atención. Además, es coherente con la Constitución Política, las leyes de la República de Colombia, la legislación en materia de derechos humanos, con las normas y reglamentos en el campo de la salud, con los planes y programas de salud pública formulados por el Gobierno Nacional, y con los tratados internacionales ratificados por la Nación.

3. JUSTIFICACIÓN

- Existe mayor concientización de la importancia de la salud mental, fundamentada en el convencimiento de que *no se puede concebir la salud sin salud mental* (Organización Panamericana de la Salud, 2011). Este reconocimiento debe hacer parte de todos los componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Las investigaciones han comprobado que *los trastornos mentales representan una proporción importante de la carga de enfermedad*, por discapacidad y mortalidad (World Health Organization, 2005). No atender la salud mental es muy costoso.
- Los costos que generan los trastornos mentales y la insuficiente salud mental no se circunscriben a la prestación de servicios. También están representados en otras fuentes como discriminación y desempleo. *Se han demostrado relaciones entre salud mental y desarrollo socioeconómico.* (World Health Organization, 2004).
- Existen brechas entre oferta de servicios y demanda de atención; se trata de la brecha de tratamiento o demanda insatisfecha. Los problemas de salud mental producen un sufrimiento intenso que a menudo no es tratado. El dolor psicológico se describe con frecuencia como algo peor que el dolor físico. En nuestro país, es altamente preocupante la problemática de falta de acceso a servicios adecuados de salud mental centrados en la persona, así como la carencia de recursos destinados al bienestar mental

de la población. *Muchas personas con necesidades de atención no tienen el acceso o este se encuentra restringido* (Chisholm et al., 2007).

- Las personas que enfrentan procesos de salud–enfermedad considerados como trastornos mentales son objeto de discriminación en todos los ámbitos; la reducción del estigma asociado a problemas de salud mental es un gran reto (Sartorius & Schulze, 2005). *El estigma asociado a problemas de salud mental constituye la barrera más importante para el acceso a los servicios.*
- Colombia ha sufrido una historia continua de violencia que ha tenido diversas presentaciones a lo largo de la historia. *En épocas recientes el conflicto armado, acuerdos y negociaciones de paz, procesos de reintegración, reconocimiento de víctimas, y reconstrucción del tejido social, hacen suponer un incremento considerable en la demanda de actividades destinadas a promover y atender la salud mental de los colombianos.* El conflicto armado colombiano ha dejado huellas de dolor psíquico en buena parte de la población (Grupo de Memoria Histórica, 2013). *La salud mental es un derecho fundamental y es indispensable para la paz.*
- El país atraviesa procesos de transformación social, política, y económica, acelerados. Los referentes y costumbres que orientan el curso de vida de los ciudadanos también han ido cambiando. La salud mental es muy sensible a transiciones y cambios sociales rápidos (Rutz, 2006). Las expectativas, aspiraciones, hábitos, y estilos de vida, se transforman; las tradiciones se reinventan y nuevos marcos de referencia para darle un sentido a vivir no emergen con la misma rapidez que desaparecen los antiguos. *La incertidumbre se convierte en un fenómeno que amenaza el bienestar psicológico.*
- El Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 mostró que el 40% de los colombianos presentó un problema de salud mental clínicamente significativo alguna vez en la vida (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005). Si tenemos en cuenta que la salud mental no es solamente ausencia de trastorno mental, y que la vida inevitablemente nos presenta problemas y retos que no siempre tenemos la posibilidad de asumir, es probable entonces que la proporción de personas que en algún momento requiera de ayuda sea mucho mayor. *Todos somos vulnerables a que nuestra salud mental se vea afectada en algún momento del curso de la vida.*
- El conocimiento sobre salud mental y sus problemas se ha expandido. Existen nuevos desarrollos y evidencias sobre la eficacia de las intervenciones (Organización Mundial de la Salud OMS, 2001). Los trastornos mentales se pueden prevenir y también se pueden modificar las maneras en las que la sociedad los entiende. Además de la disponibilidad de nuevos medicamentos, las investigaciones demuestran que las terapias psicológicas funcionan (Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010). *La inversión en salud mental se*

recupera con creces, puesto que se traduce en más oportunidades, más desarrollo, y mejor convivencia entre ciudadanos.

4. ESTADO DEL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD MENTAL

Conceptualizaciones y conocimientos sobre salud mental se han ampliado de manera considerable (Organización Mundial de la Salud OMS, 2001). Es un hecho que la salud mental trasciende la presencia o ausencia de trastornos mentales (Keyes, 2002). En perspectivas contemporáneas, la salud mental es un estado de bienestar individual y colectivo ligado al desarrollo de sociedades y comunidades.

Avances metodológicos y nuevos indicadores de impacto resaltan la importancia de la salud mental en la salud general. La Carga Global de Enfermedad, por ejemplo, demuestra el efecto que tienen problemas mentales y relacionados con el comportamiento tales como depresión mayor, accidentalidad, conflictos armados, violencia y suicidios, en términos de mortalidad y pérdida de calidad de vida (Murray & Lopez, 1997; Whiteford et al., 2013).

Al mismo tiempo, circunstancias sociales tales como conflictos armados, intervenciones militares, desplazamientos de población, movimientos sociales, desarrollos científicos y tecnológicos han configurado la importancia creciente de la salud mental para la sociedad. El impacto de las transformaciones sociales aceleradas tiene efectos cada vez más importantes y directos en las personas (Giddens, 2000); las relaciones entre transiciones socioeconómicas y salud mental son complejas (Almeida-Filho, 1998).

También existen modelos que tratan de dar cuenta de cómo condiciones socioestructurales y cambios sociales afectan la salud, relación en la que median una amplia serie de factores, entre ellos, las formas de integración y relaciones sociales (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000). Variables estructurales como pobreza, empleo, género, y violencia, se encuentran entre los determinantes más importantes de la salud mental de los colombianos (Harpham, Grant, & Rodriguez, 2004). *Desde la perspectiva de la salud mental pública, variables ligadas a condiciones sociales, políticas, y económicas, son los determinantes más relevantes de la situación de salud mental de las comunidades. Las acciones de promoción y prevención deben por lo tanto orientarse en primer lugar al mejoramiento de esas condiciones.*

Desde una perspectiva global, la salud mental, por el impacto que tiene para una sociedad, se ha ido posicionando como tema prioritario en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el desarrollo de campañas para conmemorar el Día Mundial de la Salud ha dirigido la atención directa o indirectamente hacia la salud mental. Este tipo de acciones han venido reforzando el interés por el tema, destacando su importancia habida cuenta de la vulnerabilidad del bienestar psicológico y social ante circunstancias y eventos, normales y extraordinarios, que se presentan en el transcurrir de la vida. *La difusión pública de temas de salud*

mental y la apertura de espacios de discusión en los medios de comunicación, es un componente esencial en la sensibilización y educación de las personas.

La investigación ha permitido profundizar el conocimiento sobre los problemas de salud mental y sobre estrategias para resolverlos. Sabemos por ejemplo, que muchos de esos problemas se originan en la infancia; que se expresan de manera distinta de acuerdo con la cultura, el tipo de sociedad, momento del transcurso vital, circunstancias históricas, y grupos sociales a los que se pertenece.

Sabemos también que la detección temprana es crítica, que las tasas de tratamiento son bajas, y que cuando no son tratados muestran una tendencia progresiva y de cronicidad. Cuando las manifestaciones clínicas no son bien evidentes, los problemas de salud mental pasan desapercibidos en la consulta de medicina general. Los datos también muestran que la comorbilidad con otros problemas de salud, es frecuente.

4.1. DEFINICIÓN POSITIVA DE SALUD MENTAL

Aunque es redundante hablar de salud mental positiva, tanto los documentos previos de 2005 y 2007 sobre política de salud mental para Colombia, como la Ley 1616 de 2013, asumen una orientación positiva de la salud mental. *Una definición positiva implica el cambio de una perspectiva centrada en los trastornos mentales por una perspectiva enfocada en la salud mental.*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “*un estado de bienestar en el que el individuo desarrolla sus capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de contribuir a su comunidad*” (World Health Organization, 2001). Esa es una definición positiva y tiene en cuenta dos ejes: el de la autonomía y capacidades de la persona por una parte, y el de la responsabilidad con la comunidad a la que se pertenece.

La salud mental está determinada por el conjunto de factores biológicos, culturales, sociales y ambientales. No es solo el resultado de procesos de naturaleza biológica, aún si esa es una de las explicaciones preferidas culturalmente. Es también una situación definida a partir de creencias y prácticas socioculturales.

La conceptualización de la salud mental debe superar el modelo de ausencia de enfermedad. Imponerse sobre concepciones tradicionales de la salud mental implica también el desarrollo de nuevos indicadores, diferentes a los convencionales, centrados en enfermedad. La prevalencia e incidencia de trastornos mentales se deben complementar con datos sobre, por ejemplo, cohesión social, participación, percepciones de coherencia social, relaciones socioafectivas, oportunidades de crecimiento personal, felicidad y satisfacción con la vida, entre otros.

Cualquier definición de salud mental debe tener en cuenta la integralidad de la salud. Desde la definición de salud de la OMS, se destaca que la salud es un todo que abarca los ámbitos físico, mental y social. La evidencia demuestra la entrañable relación entre lo psicológico y lo físico, separadas artificialmente como producto de circunstancias culturales, ideológicas, e históricas. Muchos problemas de salud que muestran prevalencias destacadas se relacionan con la forma como las personas experimentan y afrontan tensiones y problemas a lo largo de la vida. Se puede pensar por ejemplo en enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, diabetes y cáncer.

Es posible promover la salud mental de las personas y las comunidades. El trabajo de promoción debe considerar el contexto social y material y a partir del reconocimiento de la diversidad de circunstancias que intervienen en la situación de salud mental, aprovechar las posibilidades de la acción intersectorial. Dada la evidencia de las relaciones entre salud mental con variables como el nivel socioeconómico, condiciones medioambientales, exclusión y desventaja, es necesario darle a las actividades de promoción una orientación que contemple acciones en espacios más amplios a los tradicionalmente considerados.

La salud mental es un asunto político. Uno de los determinantes más importantes de salud mental se relaciona con condiciones de justicia e injusticia. *La salud mental se configura a partir del reconocimiento de derechos y libertades, y de procesos de toma de decisión.*

Para la presente política “*la salud mental se define 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*” (Congreso de la República de Colombia, 2013)

4.2. LA PERSONA EN RELACIÓN CON LOS DEMÁS

La sociedad colombiana es individualista (Cuellar, 2000; Oyserman, Coon, & Kemmelmeier, 2002). El individualismo es una expresión cultural en expansión (Twenge, Campbell, & Gentile, 2012). En algunas acepciones el término resulta despectivo porque lo contraponen a lo colectivo y a la vida en comunidad. El individualismo es, sin embargo, un rasgo cultural importante que puede apreciarse en la Constitución Nacional, el sistema legal, y en las creencias y prácticas sociales de los y las colombianas. Supone autonomía individual, igualdad, ejercicio de derechos y libertades, auto-determinación, y búsqueda de la realización personal por medio del logro de metas.

Si bien la autonomía y el crecimiento personal son aspectos valorados del bienestar psicológico individual, también lo es que la necesidad de pertenencia, aceptación e integración a una comunidad o grupo social es una dimensión primordial de la experiencia de vivir. Mientras ocurren cambios en las estructuras familiares y se incrementa el número de personas que viven

solas, las nuevas tecnologías de información y comunicación proporcionan el medio para desarrollar nuevas formas de interacción a través de redes sociales digitales.

En la paradoja de estar más conectados y más solos se pone en evidencia la lucha constante por lograr equilibrio entre independencia personal y motivación por pertenecer. Ese conflicto está moldeado por circunstancias socio-estructurales. La salud mental no es exclusivamente un problema individual; debe entenderse en un contexto particular en el que el sujeto, como lo señaló Martín-Baró (1990), “es un ser histórico cuya existencia se elabora y realiza en la telaraña de las relaciones sociales” (p.25).

La salud mental implica formas de relacionarse con el mundo que dependen de circunstancias históricas y materiales sobre las que se estructuran modos de solidaridad; las relaciones sociales se transforman en el tiempo, de la misma manera que lo hace el concepto de salud mental. Esto quiere decir que las circunstancias socioeconómicas determinan en buena medida las formas en las que interactúan las personas y en cómo se define el bienestar. *Estrategias orientadas a la educación ciudadana, promoción de la convivencia, creación de capital social y reconstrucción de tejido social estarán incompletas si de forma simultánea no se tienen en cuenta las condiciones materiales concretas en las que vivimos los colombianos. Esas condiciones comprenden empleo, vivienda, transporte, espacios públicos, infraestructura vial, nutrición, entre otras. Es por esto que la promoción efectiva de la salud mental requiere de intersectorialidad.*

Una de las áreas de investigación más vigorosas en el tema de los aspectos sociales de la salud es la que comprende relaciones y apoyo social. Su carencia predice mortalidad por todas las causas, se encuentra asociada con el estado de salud de las personas, y es además un factor determinante en el desarrollo de un país (Jaremka et al., 2013; Steptoe, Shankar, Demakakos, & Wardle, 2013). Esa relación es diferencial por género y momento del transcurso vital.

La soledad, por otra parte, es considerada un problema de salud pública en varios países (Roxby, 2012); un factor de riesgo importante para la salud y el bienestar de las personas más viejas (Victor & Bowling, 2012). La soledad se vive como algo doloroso (Cacioppo & Patrick, 2008); produce estrés, y desata reacciones fisiológicas cuya activación crónica conduce a enfermedad (Cacioppo et al., 2000), incluidos problemas cardiovasculares y cáncer (Hawkey & Cacioppo, 2003).

Promover relaciones sociales constructivas, recuperar tejido social y lograr convivencia pacífica, no es tarea fácil. Por razones históricas Colombia ha sido un país caracterizado por violencia e injusticia. La nación se construyó sobre fracturas etnoestructurales, y condiciones de exclusión y desigualdad que dificultaron en mucho la creación de un proyecto colectivo común (Múnera, 1998). Ese propósito colectivo, es decir, la nación como comunidad de ciudadanos, está inconcluso (Cuellar, 2000), por construir (Amaya Pulido & Ariza Ruiz, 2000), y fragmentado (Palacios & Safford, 2002).

Los programas de educación y pedagogía ciudadanas que buscan promover respeto y tolerancia son solo una estrategia parcial, en un país cuyas regiones avanzan a ritmos distintos y en el que en lugar de una sociedad nacional parecieran coexistir múltiples sociedades. *La reconstrucción de tejido social no es un asunto de voluntades individuales; no basta con compañías que inviten a la convivencia pacífica mientras persistan condiciones de desigualdad, injusticia, y exclusión.*

En condiciones de fragmentación social, el individualismo asume formas negativas. Una de ellas es el egoísmo, la condición en la cual las personas se orientan por sus propios intereses en detrimento del bien común y sin consideración por los demás. En dicha situación se gesta la dificultad para asumir las perspectivas de otros; de allí surge la intolerancia. Esa situación genera relaciones sociales competitivas que terminan por alterar la confianza entre ciudadanos, y entre estos y el Estado, creando un contexto de incertidumbre y violencia, además de ciudadanos hipervigilantes y con alta reactividad emocional. A esto se suma un sistema de normas y reglas en permanente cambio que dan la sensación de discontinuidad y falta de coherencia social.

La otra forma negativa es el narcisismo. En esta, las personas vuelcan el interés y la atención sobre sí mismas, como si no existieran los demás, bajo la idea de “*Como no me tuvieron en cuenta, ahora YO soy el centro de todo...*”. No hay que olvidar que la cultura colombiana es aspiracionista, que las expectativas de movilidad social ascendente son altas, y que estos procesos se llevan a cabo en un contexto de crecimiento económico y restricción en el acceso a recursos. Por lo tanto, ambos, egoísmo y narcisismo, generan una serie de fenómenos importantes a considerar desde la salud mental pública.

Debido a que los procesos constitutivos de identidad se generan en buena medida a partir de comparaciones sociales en el marco de expectativas y metas socioculturales globalizadas, que configuran explicaciones sobre éxito y fracaso, el interés excesivo de las personas en sí mismas termina provocando insatisfacción con la vida, sentimientos de aislamiento y soledad, y baja autoestima (Jordan et al., 2011). Dado que se trata de procesos culturales complejos y extensos, no se puede predecir o controlar la dirección que llevan. Es posible, sin embargo, mitigar sus efectos en la salud mental.

4.3. COLOMBIA UN PAÍS EN TRANSFORMACIÓN

Múltiples cambios muestran hoy un país distinto y en transformación. La Tabla 1 señala una sociedad con indicadores de salud más favorables, que envejece; con más acceso a recursos; más urbana, heterogénea, y diversa; con estructuras familiares distintas; y más conectada, con acceso inmediato a otras formas de ver el mundo.

Tabla 1. Indicadores Sociales para Colombia, años seleccionados 2000-2012			
	2000	2006	2012
Mortalidad Infantil (Tasa x1000)	21,3	18	15,1
Homicidios (Tasa x100 mil)	61	37,5	33,8
Mortalidad por Accidentes de tránsito (Tasa x100 mil)	15,5	12,9	13,2
Lesiones personales (Tasa x100 mil)	125	277	333,8
PIB per cápita (EU Dólares)	2.479	3.751	7.944
Desempleo (%)	13,3	12	10,4
Conexión a internet (%)	2,2	15,3	49
Pasajeros Aéreos (millones)	8,5	10,6	20,9
Población mayor de 65 años (%)	4,7	5,2	6,6
Suicidios (Tasa x100mil)	5,14	4,03	4,08
Mortalidad por SIDA (Tasa x100 mil)	4,7	5,4	4,8
Fuentes: Tabla construida a partir de los Indicadores del Banco Mundial (Banco Mundial, 2014), Forensis (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2001, 2007, 2013), PIB - Metodología Año Base 2005 (Banco de la República, n.d.) y Boletín Epidemiológico VIH/SIDA (Ministerio de Salud y Protección Social (2013a)).			

5. ENFOQUES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL

5.1. DETERMINANTES SOCIALES: UN ASUNTO DE URGENCIA PARA EL TRABAJO POR LA SALUD MENTAL

Los determinantes sociales de salud son condiciones que emergen de la estructura de una sociedad y de las circunstancias que crea; se trata de variables macro-sociológicas que determinan formas de organización y des-organización de la sociedad. El lugar que una persona ocupa en la estructura social, por ejemplo el estrato socioeconómico, origina la exposición a factores de riesgo, directa e indirectamente relacionados con problemas psicológicos, tales como estrés, discriminación, exclusión social, inequidad, condiciones laborales, desempleo, falta de apoyo social, malnutrición, y precarias condiciones de transporte, entre otros (Wilkinson & Marmot, 2003).

La presentación de problemas de salud mental en la población no ocurre al azar, por lo que existe interacción entre salud mental y condiciones socioeconómicas. *En general, son las personas más pobres, y aquellas sometidas a condiciones de exclusión y desventaja social, las más propensas a vivir experiencias que impactan negativamente la salud mental. Son también quienes tienen mayores dificultades en el acceso a la atención en salud.*

El papel de los determinantes socio-estructurales se articula con la desigualdad en el acceso a recursos, lo que se ha denominado *causas sociales fundamentales* (Link & Phelan, 1995). Entre las causas sociales fundamentales se destacan: clase social, género y etnia. Las causas sociales

fundamentales constituyen factores de riesgo básico y distal que actúan en la producción de enfermedad mental, bien sea directamente (por ejemplo, pobreza), bien favoreciendo la exposición a factores de riesgo más próximos (por ejemplo, violencia), o moderando el efecto de otros factores de riesgo (por ejemplo, depresión materna) (Wade & Cairney, 2006). *La inequidad constituye una de las variables más destacadas en la determinación de la situación de salud mental.*

5.2. UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL CENTRADA EN DERECHOS

Las políticas públicas deben reflejar las aspiraciones de una sociedad por lo que la Política Nacional de Salud Mental se fundamenta en la necesidad de garantizar los derechos y libertades de todos los colombianos y colombianas La salud mental es un derecho que se debe exigir.

Existe un amplio acervo jurídico, nacional e internacional, que garantiza los derechos de las personas con trastornos mentales. Algunos instrumentos son de carácter vinculante, por ejemplo la Declaración de Caracas de 1990 (González Uzcátegui & Levav, 1991), mientras que otros actúan como recomendaciones. Tal es el caso de la Resolución 46/199 de Naciones Unidas que expone los principios para la protección de los derechos de personas con enfermedades mentales. En todos los casos el llamado es a favorecer los programas de tratamiento en modelos basados en la comunidad, respetar autonomía y libertades individuales, evitar la discriminación y asegurar la protección de los derechos humanos.

Otros instrumentos relacionados con el tema a tener en cuenta son: la Ley 1618 de 2013, que desarrolla los contenidos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ratificada por Colombia el 10 de mayo de 2011; la Ley 1010 de 2006 sobre acoso laboral; la Ley 1098 de 2006 sobre infancia y adolescencia; la Ley 1257 de 2008 sobre no violencia contra las mujeres; la Ley 1448 de 2011 sobre víctimas del conflicto armado interno; la Ley 361 de 1997 sobre integración social de personas con limitaciones, en particular en sus artículos 2, 4 y 18 a 21; los Principios de Brasilia para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas; así como las demás disposiciones de la Constitución Política Nacional, las leyes y normas nacionales que tratan asuntos relativos al disfrute de derechos en el campo de la salud mental, los pronunciamientos de la Corte Constitucional sobre el tema, y los tratados internacionales sobre Derechos Humanos ratificados por Colombia que por ello hacen parte del bloque de constitucionalidad del país.

La Política Nacional de Salud Mental insta a instituciones y profesionales que prestan servicios en el campo de la salud mental, a favorecer programas de atención basados en la comunidad y a facilitar la integración de las personas al medio social al que pertenecen. Este tipo de abordajes tendrá preferencia sobre cualquier otro.

En concordancia con lo anterior, las prácticas de aislamiento social usadas históricamente para el tratamiento de los problemas de salud mental que causan grave deterioro en la calidad de vida y el disfrute de derechos de las personas deberán ser prevenidas y sancionadas.

La Ley 1616 de 2013 establece en el artículo 6° los derechos de las personas en el ámbito de la salud mental, ajustándose al ordenamiento jurídico de la República de Colombia y a las disposiciones internacionales que obligan al Estado colombiano. Adicionalmente, dicha Ley asume en su objeto la garantía del ejercicio del derecho a la salud mental para la población colombiana.

La OMS sustenta de manera detallada estándares técnicos para el tratamiento de personas con trastornos mentales desde una perspectiva de derechos (Freeman & Pathare, 2005). Las intervenciones psiquiátricas y psicológicas no pueden tener fines de control o seguridad del establecimiento, sino que deben hacerse exclusivamente en beneficio de las personas.

Acorde con las normativas vigentes en el país, tales como la Ley 23 de 1981 y la Ley 1616 de 2013, entre otras, no se exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni se le someterá a tratamientos médicos o intervenciones que no se justifiquen; igualmente, se garantizará su derecho a recibir aquellas intervenciones que en cada caso resulten menos restrictivas de sus libertades individuales, y se solicitará su consentimiento informado para recibir cualquier tipo de tratamiento o intervención.

En relación con lo anterior, el artículo 3 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) consagra como principios de implementación la autonomía y no discriminación. El artículo 12 de la misma contiene el derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, según el cual éstas gozan de este derecho en igualdad de condiciones que las demás personas.

Deberán establecerse mecanismos para controlar el riesgo de incentivos económicos perversos para los prestadores de servicios de salud, que alienten la sobreutilización de ciertas modalidades de intervención o tratamientos, incluyendo las hospitalizaciones innecesarias.

El estatus político, socioeconómico, de pertenencia a un grupo racial o étnico, a un grupo cultural o religioso, la orientación sexual o identidad de género de las personas y las solicitudes de terceras personas, no pueden ser consideradas indicación para impartir intervenciones y procedimientos psiquiátricos y psicológicos.

Además de derechos fundamentales como confidencialidad, acceso a la información, y derecho a la no discriminación, la OMS especifica directrices sobre tratamiento involuntario, acciones policivas, y tratamientos especiales. En este sentido y de acuerdo con dichos lineamientos, y con las normativas vigentes en Colombia, se exhorta a profesionales, autoridades, y demás partes involucradas a:

- Considerar las admisiones involuntarias en instituciones y programas de tratamiento como casos extraordinarios. En Colombia, el 37% de las hospitalizaciones psiquiátricas son involuntarias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). La Convención de las

Naciones Unidas para las personas con discapacidad considera que el internamiento involuntario es una práctica violatoria de derechos humanos, en especial el derecho a la libertad, a la capacidad jurídica y a la integridad personal. No obstante, la normatividad colombiana vigente admite en casos excepcionales que se realice una admisión involuntaria, en las cuales se seguirán protocolos y procedimientos existentes, garantizando el respeto por los derechos de las personas. En casos de personas con discapacidad mental absoluta, la Ley 1306 de 2009 regula su protección, garantiza sus derechos fundamentales y establece procedimientos y plazos para el internamiento psiquiátrico. En situaciones de urgencias y emergencias, el equipo de salud tomará decisiones al respecto con base en el principio bioético de la beneficencia. En todos los casos, quien ordena la internación involuntaria deberá dar aviso al Comité de Ética Hospitalaria y a la Defensoría del Pueblo sobre la internación involuntaria en las primeras 24 horas siguientes. El Comité de Ética Hospitalaria deberá pronunciarse respecto a la pertinencia de la medida antes de 72 horas. Los tratamientos psiquiátricos hospitalarios deberán efectuarse preferentemente en hospitales generales, dando cumplimiento a lo contemplado en la Declaración de Caracas, y normas posteriores concordantes.

- Eliminar completamente cualquier procedimiento que tenga carácter de irreversible, incluidos procedimientos de esterilización.
- Limitar el uso de procedimientos invasivos, en particular el empleo de la Terapia Electroconvulsiva con Anestesia y Relajación (TECAR). Deberán establecerse mecanismos para controlar el riesgo de incentivos económicos perversos para los prestadores de servicios de salud que alienen la sobreutilización del TECAR. Cuando sea necesaria, en indicaciones médicas claramente establecidas y que no vulneren los derechos de las personas ni su dignidad, la TECAR se realizará con consentimiento libre, informado, exacto y entendible, de la persona interesada, y una vez que se le haya informado de los efectos secundarios y los riesgos que conlleva. En ningún caso se realizarán procedimientos de TECAR en menores de edad, ni con fines de castigo o control social de la diversidad política, sexo/genérica, ideológica, étnico/racial, o de capacidades, entre otras posibles situaciones de discriminación potencial por prejuicio que pudiesen alentar su uso indebido. La Terapia Electroconvulsiva (TEC) no modificada, es decir sin anestesia y relajación, está prohibida, ya que constituye una tortura o trato cruel, inhumano o degradante (Amnistía Internacional., 1997; Asamblea General de Naciones Unidas., 2008; Organización Mundial de la Salud., 2006; Rudorfer M, 2003). Las anteriores especificaciones están acordes con la Constitución Nacional en sus Artículos 12: prohibición de todo trato cruel, inhumano o degradante; y 13: principio de igualdad ante la ley.

En personas que por una sentencia de interdicción no puedan otorgar su consentimiento, es imprescindible no obstante tener su asentimiento informado, y el consentimiento informado de su representante legal. En situaciones controversiales y de personas sin capacidad para

otorgar un consentimiento informado que no hayan sido objeto de un proceso de interdicción, se recurrirá previamente al concepto de un Comité de Ética Hospitalaria.

Se prohíbe explícitamente la experimentación con personas con discapacidad mental, cognitiva y psicosocial, tal y como lo indica el artículo 14 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ratificado por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009; igualmente, la Ley 1616 de 2013 incluye en el Art. 6, que las personas colombianas afrontando procesos de salud – enfermedad en el campo de la salud mental, tienen derecho a no ser sometidas a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.

5.3. UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL PARA TODAS LAS EDADES

La Constitución Nacional establece que “Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás” (Artículo 44). La Ley 1616 de 2013 prioriza la atención a los niños, niñas y adolescentes (Artículo 4º). Esas consideraciones indican que la niñez y la juventud son valores culturales muy apreciados por la sociedad colombiana. Por lo tanto, la Política Nacional de Salud Mental se debe articular con otras políticas, planes, y programas gubernamentales dedicados a la infancia y adolescencia tales como la Política Pública Nacional de Primera Infancia, la Política Nacional de Juventud, y la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia.

En términos de la salud pública es importante destacar que los grupos de edad no se encuentran aislados los unos de los otros. De la misma manera que las personas se encuentran en permanente interacción, también las distintas generaciones comparten espacios y experiencias. Niños y niñas sanos dependen para su bienestar de adultos que les brinden amor y seguridad; que ofrezcan protección y apoyo, y en general, que puedan salvaguardar sus derechos y atender sus necesidades.

De conformidad con lo anterior y en cumplimiento de preceptos constitucionales y legales, se resalta que la promoción y atención integral de la salud mental de niños, niñas y adolescentes se encuentra ineludiblemente ligada a la situación de salud de la población general. *La Política Nacional de Salud Mental está orientada a promover el bienestar de todas las edades y generaciones. Reconoce también que la vida es una continuidad con cambios y por lo tanto se deben impulsar acciones específicas destinadas a las distintas etapas en el curso de la vida.*

Al mismo tiempo que se reconoce el valor preponderante que tienen la infancia y la juventud para los colombianos, también es indispensable reconocer el hecho de que la población colombiana envejece a un ritmo importante. En el 2050, veinte de cada cien colombianos serán mayor de 60 años (Centro de Psicología Gerontológica - CEPsIGER, 2004). La edad es una propiedad de la vida y una construcción sociocultural, cuya distribución en la sociedad moldea

en buena medida las necesidades en salud de la población. Cambios en la expectativa de vida van asociados con cambios en los perfiles de mortalidad.

La edad es también una de las categorías más proclives a la discriminación y a la generación de estereotipos, porque, por ejemplo, con frecuencia se asocia la vejez a deterioro y discapacidad. Estas concepciones se pueden desafiar y modificar por perspectivas positivas del envejecimiento y la vejez.

5.4. UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL QUE RECONOCE LA DIVERSIDAD

El reconocimiento de la diversidad se condensa en una propiedad muy importante de la salud mental: tolerancia. La aceptación de la diferencia es un indicador de funcionamiento social positivo y una señal de integración social en las democracias modernas. *Aceptar la diferencia es salud mental* porque implica relaciones satisfactorias con el mundo, permite la auto-aceptación, y además supone propiedades psicológicas apreciadas como apertura a nuevas experiencias, flexibilidad, y adaptabilidad, todas relacionadas con fortaleza de carácter (Peterson & Seligman, 2004).

Mediante el enfoque diferencial se reconocen las características particulares de las poblaciones en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad, y de ser víctimas de la violencia, para quienes se ofrecerán especiales esfuerzos y garantías en busca de la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación que les aquejan (Congreso de la República de Colombia, 2011).

5.5. UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL QUE CONTEMPLA EL ENFOQUE PSICOSOCIAL

El enfoque psicosocial reconoce los impactos psicológicos y sociales derivados de la violación de derechos en el contexto de la violencia por conflicto armado en Colombia (Ministerio de Protección Social, 2004). Se sustenta en el enfoque de derechos, el cual debe nutrir toda política pública, acción y medida de reparación a víctimas organizada desde una perspectiva psicosocial. La adopción de un enfoque psicosocial para la atención en salud mental confiere un significado especial a ésta última, dándole un sentido específico anclado en que el fin y sentido de la implementación de las acciones en salud mental es contribuir a la reparación de las víctimas (Arevalo, Serrato, & Rodríguez, 2011).

De acuerdo con los lineamientos de la Inter – Agency Standing Committee - IASC - para la atención de emergencias humanitarias, la intervención psicosocial es entendida como *“Aquella intervención dirigida a proteger y promover la integridad emocional y de las redes sociales. Habitualmente desarrollada desde los saberes y prácticas de las ciencias sociales. Complementaria a la atención en salud mental, con la cual no es intercambiable”* (Inter–Agency Standing Committee, 2010).

Todo proyecto y acción en salud con Enfoque Psicosocial dirigido a víctimas del conflicto armado está encaminado a contribuir con el ejercicio, restitución y reparación de derechos, especialmente de la dignidad e integridad de las personas, respondiendo al deber de reparación integral para las víctimas. En general, para dicho enfoque "se trata de acciones articuladas que posibilitan la construcción de identidades, el fortalecimiento social y sientan las bases para la recuperación económica, social y cultural de las personas y comunidades víctimas" (Gutierrez, 2004).

5.6. UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL BASADA EN EL TERRITORIO

El territorio puede ser aquí entendido como la manifestación espacial del poder, fundamentado en un entramado de relaciones sociales, enmarcadas en acciones y estructuras concretas y simbólicas (Schneider & Peyré, 2006). El territorio se entiende como una construcción social, donde interactúan actores, y aspectos económicos, históricos, culturales, ambientales y geográficos. Cuenta con dinámicas propias, las cuales además de derivarse de las relaciones sociales de poder ya descritas, se nutren a partir de la identidad, el afecto, la gestión y el dominio, entre actores o grupos que responden a diferentes percepciones, valoraciones, actitudes e intereses.

La noción de territorio sobrepasa al espacio geográfico, tomando un carácter intrínsecamente social, por cuanto está definido por la territorialidad en el ejercicio de poder que ejerce un actor individual o colectivo, sobre un espacio geográfico determinado (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., 2013).

El enfoque territorial en salud implica una noción que permite explicar el papel de los entornos en que están insertas las personas y las comunidades, y del espacio social, como determinante de su bienestar (Schneider & Peyré, 2006). A partir de allí, se comprende que la calidad de vida adquiere su mayor significado y concreción en los espacios de vida cotidianos de las personas, reflejando la cooperación entre todos los actores presentes en el territorio, y la garantía de derechos por parte del Estado en los contextos locales, regionales, y nacional (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., 2013).

5.7. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD COMO ESTRATEGIA BÁSICA PARA LOGRAR EL GOCE DEL MAYOR NIVEL POSIBLE DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA

El enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) entiende la salud como un derecho humano y subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos más amplios de la misma; para ello, un sistema de salud basado en la APS debe garantizar el entrelazamiento de sus elementos estructurales y funcionales a lo largo de todos los niveles de atención y la comunidad, así como la acción intersectorial a favor de la salud. De éste modo, pondrá énfasis

en la prevención y la promoción, y en la orientación familiar y comunitaria; proporcionará acceso y cobertura universal, brindará atención integral e integrada, apropiada a las necesidades existentes dentro de los territorios a su cargo (Congreso de la República de Colombia, 2011; Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), 2007).

La APS se constituye como una estrategia de coordinación intersectorial con el fin de garantizar la atención integral e integrada mediante redes de servicios de salud territorializadas, desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, y la rehabilitación de la persona en todos los niveles de complejidad, buscando conseguir para las personas y comunidades el disfrute del mayor nivel de salud posible. Para ello, la APS debe hacer uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyan a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud (Congreso de la República de Colombia, 2011).

6. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

Esta panorámica se realizó mediante una revisión bibliográfica bajo la metodología de *scoping review*, que permitió identificar documentos relevantes sobre el actual perfil epidemiológico complejo colombiano en salud mental (Archambault et al., 2013). Para ello, se utilizó una versión ajustada de la metodología clásica del *scoping review* planteada inicialmente por Arksey and O'Malley y posteriormente desarrollada por Levac et al (Arksey & O'Malley, 2005; Levac, Colquhoun, & O'Brien, 2010).

Con base en la metodología elegida, que puede consultarse en el anexo metodológico correspondiente, se identificó la totalidad de los artículos publicados en revistas científicas y documentos técnicos sobre salud mental, trastornos y problemas que afectan la salud mental, determinantes sociales, y respuestas sociales para la salud mental, publicados entre 1999 y 2014, que se recuperaron a partir de seis bases de datos, interdisciplinarias y de ciencias de la salud. Adicionalmente, se complementaron con documentos sugeridos por informantes clave.

Los resultados se organizaron a lo largo de cuatro componentes temáticos: manifestaciones de salud mental; problemas que afectan la salud mental; trastornos mentales, y respuestas sociales para la salud mental. Adicionalmente, se incluyeron como organizadores teóricos de la información seleccionada categorías clave provenientes de la perspectiva de salud mental positiva, y de los enfoques diferencial y de determinantes sociales de la salud, contemplados por esta política en respuesta a lineamientos normativos vigentes en el país.

6.1. MANIFESTACIONES POSITIVAS DE SALUD MENTAL: CAPACIDADES INDIVIDUALES Y CONTRIBUCIÓN SOCIAL

La percepción de bienestar que construyen los usuarios de un servicio psicológico, con edades entre 8 y 56 años, determinó que aquella suele configurarse a partir de la identificación de factores asociados a las siguientes dimensiones: personal (79.56% de las respuestas), social (10%) y estructural (2.21%). En la primera dimensión, los factores que permiten a las personas verificar su experiencia subjetiva de bienestar son las competencias psicológicas (31.94%) y el estado general autopercebido (32.64%). En la dimensión social, la mayor parte de las respuestas dan prioridad a las relaciones colectivas o interpersonales como productoras de bienestar psicológico (72.2%). La recreación (35.14%), la educación (30%), y los servicios de salud mental (5.3%) fueron los recursos ligados al bienestar que se incluyeron en el dominio de las condiciones estructurales (Ballesteros, Medina, & Caycedo, 2006).

En un estudio descriptivo realizado en la ciudad de Bogotá que contó con la participación de 7335 habitantes (31 años de edad media), se encontró que un 31% se percibía feliz y se identificó además una asociación directa entre dicha percepción y el acceso a una red de apoyo social significativamente amplia (OR: 6.6, IC de 95% de 5 - 9). Dios fue considerado la fuente más importante de apoyo percibida (91%) y, en su orden, le siguen *uno mismo* (77%), un amigo (60%), la madre (57%) y un hermano (50%) (González-Quñones & Restrepo-Chavarriaga, 2010).

Al indagar sobre factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana de 795 miembros de una comunidad universitaria capitalina, se encontró que, en tiempos de crisis económica, las relaciones afectivas positivas, la percepción de autoeficacia y las perspectivas afirmativas sobre el futuro y la vida, explicaban en buena medida tal reconocimiento subjetivo de bienestar (Gómez, Villegas de Posada, Barrera, & Cruz, 2007).

En un estudio con 30 participantes en situación de discapacidad física, se identificó que el 66.7% presentó niveles elevados de Salud Mental Positiva, ligada a procesos favorables de adaptación y equilibrio, y el 33.3% obtuvo una calificación media; asimismo, puede señalarse que la autonomía resultó ser uno de los factores de equilibrio emocional que ha permitido a estas personas construir una percepción adaptativa y satisfactoria de sus propias existencias (González, Astudillo, & Hurtado, 2012)

En el marco del conflicto armado interno, algunas comunidades colombianas, predominantemente rurales, han enfrentado la adversidad mediante la definición de mecanismos comunales de autoprotección no violentos, exigiendo ser excluidas del enfrentamiento y la posibilidad de configurar sus existencias al margen de los intercambios bélicos, es decir, sin asumir una postura particular que ponga en tensión la continuidad de sus formas de organización y de subsistencia. A pesar de las experiencias exitosas, debe señalarse

también que algunas de estas iniciativas han resultado contraproducentes, debido a la convergencia de hechos de vulneración y amenaza no previstos (Gray, 2012; Hunt, 2012).

En la ciudad de Medellín se demostró que los programas comunitarios que promueven la participación de personas adultas en actividades recreativas y deportivas, impactan positivamente variables relacionadas con el bienestar individual y colectivo, pues elevan el capital social, la probabilidad de organizar y ejecutar acciones grupales, y la posibilidad de pertenecer a una asociación de incidencia comunitaria. Se encontró también una mayor disposición a involucrarse en acciones de defensa de los derechos humanos, y niveles elevados de autoconfianza e intervenciones conversacionales más satisfactorias (Valencia & Salazar, 2010).

Los ejemplos anteriores muestran que en el marco de una perspectiva positiva de salud mental existen dos categorías generales importantes. Una que se relaciona con capacidades y habilidades individuales (ej., percepción de autoeficacia, autoestima, autoconfianza, autonomía, habilidades para solucionar problemas, etc.), y otra que se desprende de la pertenencia y responsabilidad con un grupo social (ej., relaciones interpersonales, apoyo social, relaciones afectivas positivas, capital social, coherencia social, tolerancia, etc.). Ambas categorías configuran la salud mental.

6.2. VIOLENCIA Y SALUD MENTAL

La violencia se ha configurado desde hace décadas como un problema creciente, con potencialidad para afectar de diversos modos la salud mental y general de los colombianos. Los homicidios aumentaron aceleradamente a partir de la mitad de la década de 1980, predominando en el sexo masculino y en los jóvenes. En el año 2001 por cada mujer fallecida por homicidio, había 12 hombres muertos de igual modo. Durante el último cuarto del siglo XX las tasas pasaron de 23 a 82 por 100.000 habitantes (Franco, 2003).

Las mujeres, por su parte, se ven afectadas además por otras formas de violencia distintas al homicidio. Para el año 2000 un 64.9% de las mujeres encuestadas por Profamilia refirió haber padecido alguna situación de control por parte de su esposo o compañero; 26% fue sometida a trato desobligante, 33.8% recibió amenazas, y 41% sufrió violencia física (Profamilia, 2000).

En el año 2010, las situaciones de control fueron referidas por 65% de las mujeres; el trato desobligante por 26%; amenazas fueron proferidas contra 32% de las mujeres alguna vez unidas; y 37.4 % recibió violencia física por sus compañeros o esposos (Profamilia, 2010). Lo anterior indica que, con excepción de una disminución del 3.6% en el indicador sobre violencia física y de 1.8% en las amenazas, los demás permanecieron prácticamente inalterados luego de un lapso de 10 años.

Junto con las mujeres, también otros grupos humanos se encuentran por diversas razones en situación de especial vulnerabilidad para violencias de género, intrafamiliar, y sexual, tal como

lo refleja la Tabla 2, correspondiente a un estudio llevado a cabo en la ciudad de Bogotá que abarcó localidades declaradas en situación de “emergencia social” en el año 2006 (F. Prieto, 2007).

Tabla 2. Indicadores Clave en SSR y Violencia Sexual, grupos más vulnerables de Bogotá D.C., 2006					
Indicador	Jóvenes	Mujeres	HSH	Prostitución	PPL
Cobertura en salud	85%	90%	90,2%	85%	90%
Desplazamiento	6,4%	8%	3,5%	12,5%	-
Relación de pareja	56,3%	73%	52,9%	20,8%	54,3%
Aborto	12%	30,8%	-	48% ¹	-
Antecedentes de ITS	8,4%	6,6%	28,4%	14%	9,2%
Prevalencia de VIH	0,4%	0,35%	5,6%	3,8%	1,4%
Diagnóstico para VIH	19%	21%	66%	82,8%	32,4%
Violencia de género	21%	35,4%	12,6%	25,3% ²	-
Violencia intrafamiliar	34%	53,8%		-	-
Abuso sexual	4,6%	12%	14,3%	31,5%	8,8%
HSH = Hombres que tienen sexo con otros hombres; PPL: Personas privadas de la libertad.					
Fuente: F. Prieto (2007).					

En efecto, la violencia sexual, suele ser ejercida con mayor frecuencia en contra de mujeres, niñas, niños, y personas con identidades sexuales no normativas. La tendencia de éste fenómeno en mujeres colombianas se describe en la Tabla 3.

¹ Para mujeres trabajadoras sexuales.

² Dentro del grupo de personas en situación de prostitución, este indicador solo se preguntó a las travestis trabajadoras sexuales.

Tabla 3. Violencia Sexual contra Mujeres Colombianas de 13 – 49 años, Período 2000 – 2010						
% GRUPO	Violación por Desconocidos			Agresión Sexual por Cónyuge		
	Año 2000	Año 2005	Año 2010	Año 2000	Año 2005	Año 2010
<i>POBLACIÓN GENERAL*</i>	6.6	6.1	5.7	11	11.5	9.7
Urbana	6.9	6.2	5.9	11.6	11.6	10
Rural	5.8	5.9	5.2	9.2	11.3	8.8
	Año 2001	Año 2005	Año 2011	Año 2001	Año 2005	Año 2011
<i>POBLACIÓN MARGINADA**</i>	9.2	8.2	8.4	13.9	13.2	12.8
Desplazada por Conflicto Armado	7.9	8.1	9.1	11.8	12.9	13.9
Desplazada por Otras Causas	9.7	8.7	9.4	16	12.8	13.2
No Migrante	10.6	8.2	5.9	13.1	15.9	9.8
* Los datos corresponden al rango 15 – 49 años. ** Los dato corresponden al rango 13 – 49 años						
Fuentes: Elaboración propia a partir de Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, y de estudios de Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginales (Profamilia, 2000, 2010).						

Las niñas, niños y adolescentes suelen ser además víctimas frecuentes de diversas formas de violencia ejercidas habitualmente por personas conocidas o incluso miembros de su grupo familiar. Las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud han encontrado de manera sostenida que el castigo físico es considerado aceptable dentro de la crianza de los hijos por cerca de la mitad de las mujeres encuestadas, con una tendencia al incremento de esa actitud en el tiempo: para el año 2001 respondieron del modo descrito el 47.5% de las mujeres; en 2011 el 48.5% de las encuestadas se mantenían en esa convicción. Cuando la madre está unida, es frecuente que tanto ella, como su esposo o compañero, ejecuten acciones de castigo físico y/o psicológico hacia los hijos

Hay que contextualizar lo anterior en el marco del conflicto armado interno padecido por el país, desde donde no solamente se aportan modalidades específicas de violencia colectiva propias de índole bélica, sino que se establecen bases socio – culturales facilitadoras para que otras formas de violencia emerjan y se perpetúen en los contextos interpersonales y familiares. Se configura entonces una cotidianidad entrelazada con la guerra, que además de deteriorar las condiciones de vida en general, expone a las personas a eventos vitales estresantes, con el consiguiente aumento del riesgo de realizar conductas autolesivas.

Durante décadas el conflicto armado colombiano ha ocasionado perjuicios a la población, aunque se reconocen los efectos diferenciales que trae sobre la experiencia de grupos

particulares. Un estudio colombiano que revisó la producción académica de los psiquiatras del país en el campo de los estudios sobre violencia y salud, de acuerdo a las publicaciones de la Revista Colombiana de Psiquiatría durante el período 1993 – 2003, encontró que las principales problemáticas de salud mental relacionadas con violencia que han sido exploradas por los trabajos publicados fueron: duelo, trauma, crisis, estrés, miedo, eventos vitales estresantes, sufrimiento, impacto emocional, impacto psicológico, impacto psiquiátrico, psicopatología, enfermedad mental, trastorno mental, ansiedad, depresión y estrés postraumático (De Santacruz, Chams, & Fernández de Soto, 2006).

En el caso específico de la violencia sexual en el marco del conflicto armado interno, el estudio con base poblacional realizado por Oxfam para determinar la prevalencia de ésta modalidad de violencia contra mujeres en zonas afectadas por conflicto armado, incluyendo una muestra representativa de 407 municipios con presencia de fuerza pública, guerrilla, paramilitares, u otros grupos armados, encontró una prevalencia de la problemática del 17.58% (Oxfam, 2012).

Se realizó un estudio en tres municipios de Cundinamarca con niveles diferenciales de exposición al conflicto armado colombiano: Sin Exposición Directa, Exposición Crónica y Hostigamiento Armado Reciente; evaluó la prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en una muestra de 493 niños y niñas entre los 5 y los 14 años. La prevalencia del TEPT fue de 1,2%, 16,8% y 23,2%, respectivamente. En aquellos municipios con mayores índices de exposición a actos bélicos, se descubrió un riesgo más alto de TEPT y las probabilidades se elevaban si el niño o la niña se encontraba en la calle durante la ocurrencia del evento. Se encontró además una correlación positiva entre la aparición de TEPT bélico y la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H) y de los trastornos psicossomáticos asociados con ansiedad y estrés (Pérez-Olmos, Fernández-Piñeres, & Rodado-Fuentes, 2005).

Las personas que han sido obligadas a desplazarse por el conflicto armado reconocen cuando llegan a Bogotá haber experimentado *estrés, intranquilidad, preocupación y tensión*; afrontan cambios en el estado de ánimo, suelen atravesar por estados auto-percibidos de melancolía, frustración e impotencia, y los jóvenes parecen mostrarse menos tolerantes hacia los demás miembros de su núcleo familiar. Los adultos mayores manifiestan pocos deseos de seguir viviendo luego de haber perdido a algunos de sus seres significativos y sus referentes cotidianos (Vázquez Navarrete, Mogollón Pérez, & García Gil, 2003).

En Sincelejo, se determinó la prevalencia de trastornos mentales comunes (TMC) en una población de personas desplazadas que habitan algunos barrios marginales de la ciudad. Se encontró que, para una muestra de 904 personas, la prevalencia de TMC medida a través del Cuestionario de Declaración de Síntomas SRQ (*Self-Reporting Questionnaire*) de la Organización Mundial de la Salud fue 27,2%, siendo mayor en el caso de las mujeres (31%, hombres: 20%) y directamente proporcional a la edad. Asimismo, el 11.3% de los sujetos manifestó haber experimentado ideaciones suicidas durante los 30 días anteriores a la encuesta y el 13.6%

señaló la ocurrencia de algún inconveniente asociado al consumo de alcohol durante el mismo periodo (Puertas, Ríos, & Del Valle, 2006).

Se ha encontrado que los eventos adversos que enfrentan habitualmente las personas en nuestro país están correlacionados positivamente con la conducta suicida. Un estudio de casos de suicidio urbano en Medellín halló que los eventos vitales adversos, como la ruptura con la pareja afectiva, las dificultades económicas y el desempleo aumentan el riesgo de suicidio, independientemente de la presencia de otros factores (García-Valencia et al., 2008). Aquellas relaciones familiares insatisfactorias y problemáticas también predisponen el desarrollo de depresión en población adolescente y adulta joven universitaria (Gaviria, Rodríguez, & Álvarez, 2002).

En cuanto a poblaciones especiales, constituidas más bien por agresores que por víctimas de la violencia, un estudio adelantado en la cárcel La Cuarenta de Pereira evaluó la frecuencia de enfermedad mental y de Trastorno de Personalidad Antisocial en una muestra de 46 sujetos que fueron condenados por la comisión de un homicidio. El 44% de la muestra tenía un diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial y el 50% manifestó rasgos psicopáticos durante la entrevista psiquiátrica. Debe resaltarse que el 82% de los sujetos consumían alcohol con alguna frecuencia, y en el 39% de los casos existían antecedentes familiares de consumo abusivo de dicha sustancia. El 50% refirió haber sido maltratado durante la niñez y el 22% recibió algún tipo de atención quirúrgica ocasionada por un hecho de violencia (Echeverry Chabur, Escobar Córdoba, Martínez, Garzón, & Gómez, 2002). Esto sugiere la existencia de un nodo explicativo entre la violencia y la salud mental, que requeriría una exploración adicional para reconstruir los mecanismos a partir de los cuales se interpretan e intervienen los fenómenos sociales en Colombia.

6.3. PROBLEMAS QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL POR CLASE SOCIAL

La clase social es el determinante de salud más importante puesto que se relaciona con condiciones de vida, acceso a recursos, problemáticas como desempleo, malnutrición, carencia de vivienda adecuada, entre otros. Las personas que viven en condiciones de pobreza son más vulnerables a sufrir problemas de salud mental. Las circunstancias de seguridad financiera tienen también un impacto muy importante en el bienestar psicológico de la población.

El proceso de privatización de la salud en Colombia, inserto en el despliegue y consolidación de políticas neoliberales, ha generado enorme sufrimiento en la población trabajadora; también ha motivado la emergencia de movimientos de resistencia como respuesta social organizada a la crisis de los sectores afectados.

En el caso del sector salud, un estudio determinó que las personas que trabajaban en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, durante la introducción de las reformas y ajustes neoliberales a éste sector en Colombia, identificaron dicho proceso como un período de transición laboral brusca e incierta. Los momentos de cierre de hospitales y clínicas fueron descritos como los episodios causantes de mayor sufrimiento emocional, asociados también a las diversas manifestaciones de violencia, física y emocional, implicadas en tales acontecimientos (Abadía, Pinilla, Ariza, & Ruíz, 2012). Se encontró en ese caso una relación entre el neoliberalismo y la violencia ejercida sobre los trabajadores/as de la salud, que supone la expansión del proceso de acumulación de capital a expensas de la mercantilización del derecho y la sobreexplotación del personal sanitario, lo cual compromete de manera perniciosa el bienestar de quienes componen esta fuerza laboral (Abadía et al., 2012).

La precariedad padecida debido a la implementación de mecanismos que agudizan las desventajas en el mercado laboral, está ligada además a la intersección de relaciones jerárquicas raciales y de género. Por ejemplo, las mujeres que trabajan en los sectores económicos informales suelen tener historiales de segregación o exclusión educativa; perciben ingresos inferiores al salario mínimo legal, están expuestas a condiciones laborales que comprometen perjudicialmente su salud, y además cumplen largas jornadas que, junto con sus exacerbadas cargas domésticas y familiares, les impiden participar en procesos formativos o de ampliación y reconversión de la subjetividad y las perspectivas existenciales. De este modo, debe explorarse la interacción entre salud mental y factores de riesgo psicosocial a los que están expuestas estas mujeres en particular (Sotelo, Quiroz, Mahecha-Montilla, & López-Sánchez, 2012).

6.4. PROBLEMAS QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL POR SEXO/ GÉNERO

En el caso de la salud mental de las mujeres y las niñas, se han documentado eventos relacionados con su sexualidad, y las funciones reproductivas, que podrían impactar negativamente su salud mental. Aunque en Colombia se ha despenalizado parcialmente la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en tres condiciones concretas (violencia sexual, riesgo para la salud de la mujer, y malformación fetal incompatible con la vida), aún se obstaculiza el acceso a dicha práctica médica mediante la imposición de barreras, la ejecución de conductas violentas y de estigmatización hacia las mujeres que solicitan una IVE, y la inducción forzada a continuar con embarazos no deseados, lo cual supone la alteración de sus proyectos personales, el deterioro en la calidad de vida, desequilibrios y trastornos mentales, e inclusive la muerte por suicidio (Amado, García, Cristancho, Salas, & Hauzeur, 2010; A. C. González, 2012; Ortiz, 2009).

Las mujeres y las niñas son víctimas frecuentes de violencia sexual en el país. Se ha encontrado que antecedentes familiares de violencia y enfermedad mental son factores de riesgo asociados con la posible exposición a violencia sexual en quienes acuden a peritajes médico-legales por esa razón en Colombia (Dallos, Pinzón-Amado, Barrera, Mujica, & Meneses, 2008).

Igualmente prevalentes son otras formas de violencia contra las mujeres, como los ataques que perpetran sus parejas. (Vásquez Londoño, 2012)

Algunos estudios han demostrado que la violencia doméstica contra las mujeres contribuye, de manera significativa, a perpetuar círculos de pobreza en los que ellas se insertan de manera particular mediante, por ejemplo, el riesgo elevado de embarazos no deseados y la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual (Friedemann-Sánchez & Lovatón, 2012; Pallitto & O'Campo, 2004). Con respecto a estas últimas, las mujeres son más vulnerables porque su situación les inserta en un ciclo de señalamientos y juzgamientos que afecta su autoestima y su bienestar psicológico (Piñeros, Hernández-Suárez, Orjuela, Vargas, & Pérez, 2013).

En cuanto a población LGTBI, los estudios recientes señalan que los procesos de autorreconocimiento ocurren de manera más temprana, lo cual predispone la aparición de hechos o circunstancias de aislamiento, miedo, estigma, angustia, acoso y rechazo familiar, que pueden ocasionar graves problemas de salud mental. Se ha demostrado que el estigma impuesto en razón de la identidad o preferencia sexual y de la expresión disidente de algunos códigos de género, deteriora la imagen construida sobre sí mismo y puede elevar la prevalencia de, por ejemplo, ciertos trastornos alimentarios. Adicionalmente, pueden experimentarse episodios de sufrimiento emocional, acompañados por confusión, culpa y vergüenza. Por su parte, las personas adultas mayores que se nombran con categorías sexuales no normativas, suelen experimentar soledad, aislamiento, ausencia de redes de apoyo y carencia de seguridad social, lo cual induce un deterioro físico y emocional. Las personas *trans* se exponen con mayor frecuencia al aislamiento social, la violencia física, el rechazo familiar, la estigmatización y el temor (Bernal, 2010).

Los hombres también afrontan afectaciones diferenciales a causa de ciertas situaciones características del contexto nacional que pueden poner en riesgo su salud mental. Por ejemplo, se ha trazado un vínculo entre la pertenencia a grupos armados irregulares y las historias masculinas de desarraigo, abandono y pobreza, al que puede subyacer la búsqueda de poder y de sentido existencial, a través de la reproducción y la reafirmación de los parámetros de masculinidad que circulan en el contexto de la guerra (De la Espriella & Falla, 2009).

6.5. PROBLEMAS QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL POR ETNIA

Los grupos étnicos señalan la existencia de prácticas sistemáticas de segregación racial en los servicios de salud, que suelen tener además una disposición restrictiva e impositiva de intervención (Ariza-Montoyay & Hernández-Álvarez, 2008). Por su parte, los afrocolombianos constituyen el grupo demográfico con menores niveles de aseguramiento en salud, aunque reconocen una mayor cantidad de necesidades en este campo (Ariza-Montoyay & Hernández-Álvarez, 2008). las mujeres palenqueras parecen tener una mayor probabilidad de reportar un estado negativo de salud (Agudelo-Suárez et al., 2012). En cuanto a los raizales, algunos

autores informan que suelen no ser incluidos como población étnica diferenciada en los sondeos demográficos sobre acceso a servicios de salud (Ariza-Montoyay & Hernández-Álvarez, 2008).

La violencia por conflicto armado ocasiona daños específicos a las minorías étnico-raciales en Colombia. Los indígenas colombianos representan el 3.3% de la población del país, pero constituyen el 18.45% de las personas víctimas de desplazamiento forzado. Por su parte, los afrocolombianos conforman el 10.27% de la población total, aunque son el 40% de las y los colombianos que son obligados a desplazarse por el conflicto armado interno.

Uno de los efectos de la expulsión y el desplazamiento forzado, ligado al desarraigo, es la ruptura del vínculo que estas comunidades construyen con sus territorios, en cuanto referente cultural e identitario (Balladelli, Guzmán, Korc, Moreno, & Rivera, 2008). Esto se relaciona con la necesidad de atención en salud mental que señalan enfáticamente los habitantes de ciertas zonas de conflicto. Por ejemplo, todas las 241 personas afrodescendientes que participaron en una encuesta sobre barreras y determinantes de acceso a servicios de salud, manifestaron haber padecido alguna alteración mental durante los 10 días previos a la indagación, lo cual tiene que ver con el hecho de que todas vivían en un territorio afectado por la guerra (Florez, Campo, Trochez, & Peña, 2012). Tal percepción de necesidad contrasta con la ausencia de servicios especializados en salud mental orientados bajo un enfoque diferencial, en los lugares que habitan esas poblaciones, con respecto a lo cual convergen además las abundantes y frecuentes barreras de acceso a los servicios de salud de primer nivel, los prolongados tiempos de espera, y las atenciones que consideran sólo parcialmente oportunas con relación a las problemáticas de salud por las cuales consultan (Florez et al., 2012).

En cuanto al pueblo Rom, son elevadas las tasas de homicidio, desaparición o victimizaciones múltiples ligadas a las incursiones de los actores armados que participan en el conflicto colombiano. El confinamiento forzado les ha afectado sustancialmente, pues ha mermado sus posibilidades de subsistir a través de los oficios que tradicionalmente han desempeñado en medio de sus prácticas ancestrales de itinerancia. Asimismo, han sido expuestos al desplazamiento forzado interno y externo. Por ejemplo, durante el año 2005, un 1.9% de los Rom manifestó haber tenido que cambiar de sitio de vivienda por una amenaza que ponía en peligro su vida. Por otro lado, el reclutamiento de jóvenes para prestar el servicio militar obligatorio o su incorporación forzada a las filas de grupos armados ilegales, afecta también el bienestar individual y colectivo de este pueblo, dada su oposición cultural a la intervención/participación militar de los hombres (A. Gómez, 2010).

6.6. PROBLEMAS QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL, CON ENFOQUE DIFERENCIAL POR DISCAPACIDAD

En Colombia, el número de personas en situación de discapacidad se ha elevado significativamente según el Departamento Nacional de Estadística (DANE). La discapacidad

puede ser entendida como una forma particular de funcionamiento con respecto a las propias capacidades, las estructuras corporales y las expectativas del entorno social (Botero & Londoño, 2013). En una muestra de 78 personas, entre 18 y 51 años de edad en situación de discapacidad física, se encontró que tenían un nivel medio de calidad de vida objetivo y percibido, un buen estado de salud y condiciones económicas satisfactorias asociadas a circunstancias generales de estabilidad laboral; no obstante, reportaban pautas limitadas de participación en actividades colectivas de esparcimiento y escasas redes de apoyo social (Botero & Londoño, 2013).

Para el año 2005, se encontró que alrededor de un 2% de los niños y niñas colombianos menores de cinco años presentaban algún tipo de discapacidad cognoscitiva, física, sensorial o emocional (Atuesta, Vásquez, & Urrego, 2008; UNICEF, 2006). El bajo rendimiento académico es un motivo de consulta frecuente a los servicios de salud mental por parte de niños, niñas, y adolescentes, y suele relacionarse con la presencia de un coeficiente intelectual limítrofe y discapacidades sensoriales, entre otros factores. También han sido reportadas otras problemáticas psicosociales asociadas con la condición de coeficiente intelectual limítrofe: una mayor frecuencia de embarazos durante la adolescencia, desescolarización temprana, accidentes frecuentes, agresividad y dificultades en la socialización (Atuesta et al., 2008).

Un estudio llevado a cabo en Bogotá, en el cual se exploraron las representaciones sociales sobre salud sexual y sexualidad entre adolescentes sordos, encontró que en tal población son frecuentes las situaciones de confusión y desinformación en tales temas, el acceso restringido a servicios de salud y programas educativos correspondientes, lo cual les hace más vulnerables a enfermedades y embarazos tempranos no deseados. Asimismo, suelen ser víctimas de violencia sexual, pues los agresores aprovechan las dificultades que tienen estas personas para manifestar sus experiencias (Collazos, 2012).

6.7. PROBLEMAS QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL, SEGÚN ENFOQUE DEL CURSO DE LA VIDA

Colombia es el país latinoamericano con la tasa más elevada de Plena Transición (PT) demográfica, es decir, una natalidad descendente y una mortalidad moderada o baja. La población mayor ha empezado a asentarse predominantemente en entornos urbanos o citadinos. No obstante, los adultos mayores que habitan las zonas rurales son quienes más viven en condiciones de pobreza, en todo el subcontinente (Del Popolo, 2001).

Para 2005, el 12.52% de las personas mayores de 65 años tenía limitaciones para caminar o moverse, el 3.35% no podía garantizar su propio cuidado y el 2.35% presentaba dificultades para comunicarse verbalmente. Cuando las personas superaban los 80 años de edad solían percibir de manera pesimista su propio estado de salud, en comparación con las personas de otros grupos de edad que poseían valoraciones más positivas (Ministerio de Salud y Protección Social, n.d.).

Con respecto a sus prácticas sexuales, los y las jóvenes tienen pautas aleatorias de protección, lo cual les expone a las enfermedades de transmisión sexual y a embarazos no previstos, que suelen estar asociados a prácticas abortivas inseguras que ponen en riesgo la vida de las adolescentes (Torres de Galvis et al., 2012). En una muestra de 1520 adolescentes de 13 a 17 años, habitantes urbanos de 25 departamentos del país, se encontró que la cohesión familiar es altamente valorada; no obstante, se identificó también la existencia de antecedentes fraternales de consumo de sustancias psicoactivas, experiencias de maltrato y cuadros de ansiedad y depresión (Torres de Galvis et al., 2012).

6.8. TRASTORNOS MENTALES

6.8.1. TRASTORNOS MENTALES EN POBLACIÓN GENERAL

Diversos estudios locales, regionales, y nacionales, han señalado la manera en que los síntomas de ansiedad y depresión, junto con el consumo de sustancias psicoactivas múltiples, configuran situaciones que alteran la salud mental de la población colombiana, y sus patrones epidemiológicos son un asunto urgente de salud pública.

Aunque es difícil comparar los resultados de los Estudios Nacionales de Salud Mental realizados en Colombia en los años 1993³ (Ministerio de Salud, 1994), 1997⁴ (Torres de Galvis, 2000), y 2003⁵ (Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña, & Gómez, 2004), debido al uso de instrumentos y criterios diferentes para identificar las principales problemáticas a nivel nacional (Urrego, 2007), y a la no publicación oficial de los hallazgos del estudio de 1997⁶, se presenta un cuadro comparativo (Tabla 4), que muestra la evolución de la sintomatología ansiosa – depresiva que afectó a las y los colombianas en el período comprendido entre 1993 y 2003:

³ Fueron utilizadas las escalas de Zung para detectar sintomatología clínica de ansiedad y depresión.

⁴ Se empleó el instrumento Composite International Diagnostic Interview - Segunda Versión (CIDI-2) en Español, para detectar trastornos de ansiedad y depresión.

⁵ Fue usado el instrumento Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, Versión Computarizada (CIDI - CAPI, versión certificada 15) para detectar trastornos de ansiedad y depresión. El resultado anotado corresponde a la sumatoria de lo referido por el estudio de manera individual para cada uno de los trastornos depresivos que consideró.

⁶ No obstante, sí fueron difundidos en presentaciones académicas y a través del texto de la Política Nacional de Salud Mental de 1998 (Ministerio de Salud, 1998a; Torres de Galvis, 2000).

Tabla 4. Prevalencia de Sintomatología o Trastornos del Espectro Ansioso y Depresivo en Población General Colombiana, 1993 – 2003			
Tipo Síntomas o Trastornos	1993 (%)	1997 (%)	2003 (%)
Depresivos	25.1 (+)	19.6 (*)	15 (&)
Ansiosos	9.6(+)	15.1 (**)	19.3 (&&)
Conductas Suicidas	4.5	4.7 (#)	4.9
Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de los Estudios Nacionales de Salud Mental colombianos (Ministerio de Salud, 1994, 1998a; Posada-Villa et al., 2004; Torres de Galvis, 2000). (+) Indican la prevalencia de sintomatología clínicamente significativa de ansiedad o depresión; (*) Indica la prevalencia de trastorno depresivo mayor, (**) Corresponde a la sumatoria de prevalencias reportadas de trastorno por estrés postraumático, fobias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, y trastorno de ansiedad generalizada. (&) Muestra prevalencia de trastornos del estado de ánimo que pueden tener síntomas depresivos, entre ellos el trastorno depresivo mayor aportó 12.1%; e (&&) indica sumatoria de las prevalencias de los trastornos de ansiedad explorados, inclusive fobias. (#) Corresponde a ideación suicida, asociado en un 1.7% a intentos suicidas			

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas en la población general, en 1993 se reportó que un 16.7% de las y los colombianos tenían un alto riesgo de alcoholismo o alcoholismo instaurado (Ministerio de Salud, 1994). En el estudio nacional del año 2003, la edad de inicio para el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas se ubicó entre los 18 y 26 años; el porcentaje de quienes tenían algún problema por consumo de sustancias psicoactivas fue del 10.6%, con predominio del alcohol (9% para trastorno por abuso o dependencia) sobre algunas sustancias ilegales (Posada-Villa et al., 2004). En el estudio nacional de salud mental de 1997, se reportó una prevalencia nacional de trastorno por dependencia al tabaco del 28.3%, y el abuso/dependencia al alcohol afectó en aquel período al 16.6% de la población (Torres de Galvis, 2000).

El Estudio Nacional de Salud Mental realizado en el año 2003, con un diseño probabilístico multietápico y estratificado para cinco regiones del país, y una muestra de personas, entre los 18 y 65 años de edad, no institucionalizadas que contaban con un hogar fijo urbano, encontró que el 40.1% de la población reportó haber sufrido, alguna vez en la vida, uno o más de 23 trastornos clasificados en el DSM-IV, el 16% de la muestra afirmó haber vivido una situación análoga durante los últimos 12 meses y el 7.4% en los 30 días previos a la indagación (Posada-Villa et al., 2004).

Los trastornos reportados con mayor frecuencia, en algún momento de la vida, fueron los de ansiedad (19.3%), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (15%) y los asociados al uso de sustancias psicoactivas (10.6%). El 4.9% de la población estudiada ha intentado suicidarse alguna vez en la vida y el 1.3% lo intentó durante los treinta días anteriores al estudio (Posada-Villa et al., 2004).

En Colombia, las enfermedades neuropsiquiátricas aportan el 21% de los Años de Vida Saludable Perdidos por enfermedad prematura y discapacidad (AVISAS totales); mientras que los homicidios y la violencia aportan el mayor número de años de vida saludable perdidos por discapacidad (Sanchez, 2005), siendo equivalentes a un 8% los AVISAS totales dependientes de las lesiones de toda índole, intencionales y accidentales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b).

La depresión mayor unipolar aportó 47.304 AVISAS totales (46.302 AVISAS por discapacidad y 0.001 por mortalidad), siendo la segunda causa de aporte a los años de vida perdidos por discapacidad en el país después de la cardiopatía hipertensiva. A su vez, las agresiones aportaron 14.795 AVISAS totales (0.082 por discapacidad y 14.713 por mortalidad), y otras lesiones no intencionales 2.027 AVISAS totales (en su totalidad por mortalidad) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b).

Los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos por control de impulsos y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas son, en su orden, las principales patologías psiquiátricas diagnosticadas, de acuerdo al Estudio Nacional de Salud Mental 2003. La niñez, la adolescencia y la adultez temprana son los períodos de la vida en los que existe una mayor probabilidad de padecer un trastorno mental (Arango-Dávila, Rojas Fernández, & Moreno, 2008).

Cuatro de cada diez personas han sufrido un trastorno mental en su vida; y en los usuarios que, a causa de estos cuadros, visitan con frecuencia los servicios de atención primaria, la prevalencia de los trastornos mentales puede alcanzar el 70%, y una gran proporción no recibe un diagnóstico oportuno (Rodríguez et al., 2012).

En Medellín, se evaluó el riesgo de juego patológico en 3486 estudiantes de secundaria entre 10 y 19 años de edad y se encontró que el 13.8% de los jóvenes posiblemente son jugadores patológicos, y el 37.6% se encuentra en riesgo o presenta algunas conductas asociadas. El 71.4 de los jugadores patológicos probables son hombres y el 52.1% de quienes están en riesgo son mujeres. El estatus de jugador patológico probable está asociado de manera significativa a la impulsividad, la ansiedad, el comportamiento violento, la irritabilidad, e incluso al riesgo de suicidio. Existe también una correlación fuerte entre el juego patológico, actual y potencial, y la dependencia al alcohol (Zapata, Torres de G., & Montoya, 2011).

En una muestra de 100 estudiantes en la misma ciudad, con edades entre los 13 y los 17 años y pertenecientes a los estratos socio-económicos 1 y 2, se identificó que la depresión está asociada significativamente con el funcionamiento familiar y el suicidio (Tobón Marulanda, López Giraldo, & Ramírez Villegas, 2013).

La Encuesta Multinacional de Salud y Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud, realizada en 32 municipios de 14 departamentos de Colombia entre 2000 y 2001, señala que el 10% de

las personas encuestadas experimentó un episodio depresivo durante los 12 meses previos a su participación y el 8,5 % lo padeció durante el último mes. La proporción de mujeres que reconocía haber sufrido un episodio depresivo duplicó la cantidad de hombres que manifestó la misma experiencia, y también fueron ellas quienes presentaron síntomas más graves. El grupo poblacional con mayores índices de depresión fue el de 46 a 60 años y los factores asociados más preponderantes fueron los problemas de salud, el consumo de alcohol, calmantes o marihuana, y las dificultades emergentes en las relaciones interpersonales (Gómez-Restrepo et al., 2004).

Con relación al consumo de sustancias, la región Pacífica y la zona central del país son los territorios que presentan mayores índices de trastornos vinculados, y el Distrito Capital manifiesta una tendencia superior al promedio nacional. Según el Estudio Nacional de Salud Mental 2003, 3 de cada 100 personas tuvieron algún inconveniente por consumo de sustancias psicoactivas durante los 12 meses anteriores a la realización de dicho estudio, siendo el alcohol la droga más abusada por la población colombiana (Arango-Dávila et al., 2008). Es preciso señalar además que existe una mayor tendencia a consumir medicamentos no formulados, en comparación con las tasas de abuso de la marihuana y la cocaína. Se ha demostrado que los niños y los jóvenes, despliegan un patrón progresivo de consumo de sustancias que inicia con el alcohol, cambia progresivamente hacia el tabaco, los medicamentos y la marihuana, y desemboca finalmente en la cocaína. El abuso de alcohol y otras sustancias ocasiona el 10% de los períodos de discapacidad, originados por factores neuro-psiquiátricos vinculados (depresión, dependencia y psicosis, entre otros), accidentes automovilísticos y demás eventos que comprometen el estado físico de las personas (Arango-Dávila et al., 2008).

En una muestra de 1.005 pacientes que fueron diagnosticados con algún trastorno mental severo y presentaron una o varias recaídas durante los 12 meses anteriores a la realización del estudio entre 2006 y 2007, se evidenció que el trastorno bipolar presenta un riesgo de recaída superior (31%) en todos los centros hospitalarios analizados a nivel nacional y en el caso de la esquizofrenia u otras psicosis, por ejemplo, las recaídas serían totalmente prevenibles si se desplegaran mecanismos oportunos de intervención anticipada (Caycedo B., Herrera, & Jiménez, 2011).

El 51.4% de una muestra de 490 jóvenes que han accedido a los servicios de atención psicológica de distintos centros universitarios del país, padece algún trastorno mental, y los de mayor prevalencia son el trastorno depresivo mayor (26.3%) y el de ansiedad generalizada (17.8%) (Londoño et al., 2010). Para el primero, los factores de riesgo asociados son los problemas de vivienda y de acceso a servicios de asistencia en salud, y las dificultades familiares, económicas y laborales. Por su parte, los problemas económicos y académicos predisponen la aparición de un trastorno de ansiedad generalizada. En un grupo de 106 usuarios (26.8 años de edad promedio) del servicio de consulta externa en psicología de la Universidad de San Buenaventura, en Medellín, se encontró que el trastorno depresivo mayor y

el trastorno de angustia son los más prevalentes, y ambos afectaron en mayor proporción a los hombres, 20 y 30 % respectivamente (Marín, Londoño, Juárez, Giraldo, & Ramírez, 2010).

El Primer Estudio Poblacional de Salud Mental de Medellín (Grupo de Investigación en Salud Mental - Universidad CES & Secretaría de Salud de Medellín - Grupo de Salud Mental, 2012) señala una mayor prevalencia actual y anual del Trastorno de Ansiedad Generalizada en las mujeres y afirma que el espacio, urbano o rural, es un factor que modula la aparición de dicho trastorno. En el caso del Trastorno por Estrés Postraumático, los hombres no padecieron ningún síntoma asociado durante los 30 días anteriores al estudio. Por su parte, las mujeres también podrían experimentar con mayor frecuencia los parámetros diagnósticos del Trastorno de Depresión Mayor y este no parece constituir una condición significativamente prevaleciente en los entornos rurales del municipio de Medellín. Destaca además que la prevalencia -y la interacción alarmante de múltiples variables como la edad, la clase social y el sexo/género- del abuso de alcohol entre la población le otorgaría al fenómeno un carácter prioritario al cual deben responder los programas de intervención. Por último, este mismo estudio evidencia que, en Medellín, la anorexia parece ser un trastorno que se presenta más frecuentemente en mujeres con edades entre los 19 y los 29 años, al igual que la bulimia.

6.8.2. TRASTORNOS MENTALES CON ENFOQUE DIFERENCIAL POR CLASE SOCIAL

Durante el año 2008, en las consultas médicas realizadas por salud mental en Bogotá, se halló una marcada distinción entre la población no afiliada a la seguridad social y las personas cotizantes, pues las personas en situación de desempleo o con empleos informales presentan mayores problemas de salud mental⁷ (García-Ubaque, Riaño-Casallas, & Benavides-Piracón, 2012).

Los diagnósticos que marcan diferencia entre los grupos de afiliados y no afiliados a la seguridad social son los "trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas", la "esquizofrenia, *los* trastornos esquizotípicos y *los* delirantes", que se presentan con una frecuencia 5 veces mayor entre la población no afiliada, en comparación a quienes realizan sus aportes a la seguridad social. Por su parte, los "síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos", los "trastornos neuróticos, *los* relacionados con el estrés y *los* somatomorfos", suelen ser más frecuentes en quienes se encuentran afiliados (García-Ubaque et al., 2012).

La investigación adelantada por Arango-Dávila et al. (2008) (Arango-Dávila et al., 2008) resalta la necesidad de reconstruir comprensivamente la salud y la enfermedad mental en Colombia, a

⁷ Aunque podría concluirse que las personas con un diagnóstico de enfermedad mental se encuentran excluidas del mercado laboral formal.

partir de la consideración analítica de la pobreza y la violencia como factores causales que, junto a la farmacodependencia, organizan conceptualmente el fenómeno y deben orientar las iniciativas de atención e intervención.

Los habitantes de calle constituyen uno de los grupos excluidos que contempla la Organización Mundial de la Salud, cuya condición definitoria es el acceso restringido a redes de salud, familiares y comunitarias de apoyo; debe señalarse además que desde los años noventa, las Líneas de Pobreza e Indigencia han mostrado una tendencia al aumento (Quintero, 2008). En Bogotá, el Departamento Administrativo de Bienestar Social creó en 2001 un proyecto para integrar a los habitantes de calle, tratando de reducir sus factores de vulnerabilidad, la ejecución de acciones delincuenciales y la ruptura definitiva de los lazos familiares (Quintero, 2008). Por otro lado, las representaciones sociales suelen asociar la adicción a las condiciones de vida en calle, particularmente al inicio y a la permanencia en las mismas: cada uno de los esfuerzos cotidianos están orientados por la consecución de sustancias que alteran la conciencia; asimismo, los habitantes de calle construyen explicaciones en torno a los estados de salud-enfermedad, atravesadas por sus estilos de vida y por las respuestas que configuran para proveerse un tratamiento: le temen a la tuberculosis, por ejemplo, porque les sume en períodos de inactividad, debilidad y decaimiento, e incluso les hace buscar asistencia profesional y renunciar al consumo de sustancias psicoactivos en los espacios institucionales de atención (Correa et al., 2012).

6.8.3. TRASTORNOS MENTALES CON ENFOQUE DIFERENCIAL POR SEXO/ GÉNERO

En términos generales, a las mujeres colombianas les es diagnosticado con mayor frecuencia un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad, y los hombres presentan una tendencia más elevada a sufrir cuadros ligados al control de impulsos (Arango-Dávila et al., 2008). Sin embargo, no debe suponerse que existe una tendencia innata, esencial, intrínseca e incluso eminentemente biológica, que permita explicar la distribución sexual de los trastornos mentales, porque esto implicaría desconocer los procesos culturales y sociales que crean las relaciones de género y otorgan posiciones y roles particulares a quienes son socializados y nombrados *hombres* y *mujeres*.

Las niñas, las mujeres y las personas que materializan identidades sexuales no normativas, son víctimas frecuentes de violencia sexual; los trastornos de ansiedad, depresión y del comportamiento, son las secuelas mentales más prevalentes en quienes afrontan este tipo de victimización (Dallos et al., 2008). En relación con lo anterior, las mujeres universitarias manifiestan usualmente más síntomas depresivos que los hombres con los que comparten los espacios académicos (Agudelo, Casadiegos, & Sánchez, 2008; Gaviria et al., 2002).

Una investigación realizada en Bucaramanga señala que el 1,4% de 1740 mujeres abusa del alcohol, el 6,3% fuma diariamente y el 15,7% se ubica bajo el umbral de los trastornos

mentales comunes (TMC). Los dos comportamientos mostraron una asociación fuerte con la última condición, y las enfermedades físicas podrían constituir un factor de riesgo para los TMC (Campo-Arias, Herazo, Barros-Bermúdez, Rueda-Jaimes, & Díaz-Martínez, 2011).

En población LGBTI, se ha documentado un riesgo de suicidio alto durante la adolescencia, en comparación con sus pares heterosexuales; además, podrían tener un riesgo de adicciones o de padecer problemas de ansiedad o depresión seis veces mayor. Las personas *trans* parecen sufrir cuadros depresivos y ansiosos vinculados al señalamiento del que son objeto, y también suelen ejecutar conductas de autocastigo y suicidio. El abuso de sustancias psicoactivas es frecuente entre personas *trans* y entre adolescentes LGBTI (Bernal, 2010).

Desde un punto de vista psicopatológico, los hombres en proceso de reintegración de grupos armados irregulares presentan habitualmente síntomas asociados al trastorno por estrés postraumático (PTSD), que adoptan formas particulares de difícil reconocimiento: además de la alta comorbilidad con consumo de sustancias psicoactivas y con los trastornos de personalidad con predominio del cluster B, estas personas también suelen desplegar múltiples mecanismos de defensa mayoritariamente primitivos (e.g., negación y disociación). De manera comparativa, los soldados regulares colombianos presentan cuadros clásicos y fácilmente identificables de PTSD (De la Espriella & Falla, 2009).

6.8.4. TRASTORNOS MENTALES CON ENFOQUE DIFERENCIAL POR ETNIA

En algunos grupos de personas afrodescendientes expuestos a actos de guerra, se ha documentado una prevalencia del 37% del trastorno por estrés postraumático. El Trastorno Depresivo Mayor fue prevalente en el 37% de personas que no desarrollaron PTSD, mientras que entre quienes sí lo padecieron, la prevalencia del mismo trastorno (depresivo) fue de 38%. Además, la concomitancia del riesgo de suicidio fue de 37% y 67%, respectivamente, y el Trastorno de Ansiedad Generalizada se identificó en el 47% de personas que no presentaron síntomas de PTSD y el 38% de quienes sí lo desarrollaron. Los índices de prevalencia se ubicaron muy por encima de los promedios detectados por las encuestas nacionales de salud mental realizadas en períodos cercanos y con poblaciones no expuestas a acciones directas de confrontación bélica (Londoño et al., 2005).

Son escasos los estudios que proporcionan información sobre los trastornos mentales que podría padecer la población Rom colombiana. No obstante, se reconoce que en los últimos 20 años, el consumo de alcohol se ha elevado entre los hombres Rom, lo cual parece tener un vínculo analítico con la progresiva conversión a la religión evangélica de la comunidad: buscan reducir dicho consumo y el "malgenio" de los hombres del grupo (Mateus, 2010).

En cuanto a los pueblos indígenas, la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) reportó en el 2004 incremento en casos de suicidio infantil y adolescente en los

grupos Embera y Wounaan, y otras fuentes han documentado el aumento de este fenómeno entre la población Nasa del Valle del Cauca (Arias & Blanco, 2010). Este fenómeno ha sido reportado en buena parte de los pueblos indígenas del país, sin que sin embargo sean muchos los estudios publicados a la fecha sobre el tema. Asimismo, en una muestra de 184 indígenas habitantes de algunas áreas de ingresos bajos y medios de Bogotá, el 45.7% reportó un problema de consumo de alcohol, con una prevalencia entre hombres del 61% y para las mujeres del 27.4% (Arévalo et al., 2013).

6.8.5. TRASTORNOS MENTALES CON ENFOQUE DIFERENCIAL POR DISCAPACIDAD

El trastorno de hiperactividad con déficit de atención, la depresión, la ansiedad, los trastornos del aprendizaje y del lenguaje, y el trastorno oposicional desafiante, fueron los diagnósticos más frecuentes encontrados en un grupo de niños, niñas y adolescentes con coeficiente intelectual limítrofe que fueron atendidos por un servicio de psiquiatría infantil en la ciudad de Bogotá (Atuesta et al., 2008).

En población adulta a nivel mundial, la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, y la dependencia al alcohol y otras sustancias psicoactivas se encuentran entre las 13 primeras causas de discapacidad (C. Gómez, 2006). Algunos estudios realizados en Colombia muestran que, dentro de la distribución de la carga de enfermedad por subgrupos de causas para el período 1989-1991, los trastornos mentales ocasionaron el 4.0 % del número de años de vida saludables perdidos - AVISAS (A. Prieto, 2002).

En el año 2005 se llevó a cabo un análisis de la carga de enfermedad en nuestro país y se encontró que la carga global de enfermedad estimada fue de 280 AVISAS totales por cada mil personas, 207 atribuibles asociadas a discapacidad y 73 por mil personas a mortalidad. Para las mujeres de todas las edades, se ubicó como primera causa de AVISAS x 1000 personas la depresión mayor unipolar; en el lugar 11 estuvo ubicada la esquizofrenia; en el 15 las agresiones y en el 20 la epilepsia. En el caso de los hombres de todas las edades, la depresión unipolar ocupó el segundo lugar en el aporte de AVISAS x 1000 personas, las agresiones se ubicaron en el cuarto lugar, los trastornos bipolares en el noveno, los accidentes de tránsito en el undécimo lugar, y los trastornos mentales y del comportamiento en la posición número 14. Para ambos sexos, la depresión mayor unipolar ocupó el primer lugar en aporte de AVISAS por cada mil personas, mientras que las agresiones se ubicaron en el quinto lugar y la esquizofrenia en la posición número 17 (García, Acosta, Peñaloza, & Rodríguez, 2008)

6.8.6. TRASTORNOS MENTALES SEGÚN ENFOQUE DEL CURSO DE VIDA

Los antecedentes familiares de enfermedad mental y el maltrato infantil son factores asociados, durante la niñez, a los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, y al consumo de sustancias psicoactivas (Torres de Galvis et al., 2012).

Según datos estadísticos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses con respecto a los suicidios en personas entre los catorce y los diecisiete años de edad, son las niñas (19%) quienes más conductas suicidas ejecutan (los niños representan el 11%) (Alvarado, 2011).

Se ha documentado para Colombia que muchos de los trastornos mentales más prevalentes suelen aparecer a edades muy tempranas; aproximadamente la mitad de los casos empiezan antes de los 14 años de edad y tres cuartas partes ya habrán comenzado a los 24 años ; no obstante, los niños, niñas y adolescentes que los afrontan, suelen demorar en su mayoría hasta 10 años antes de la primera consulta a servicios de salud mental (Posada, 2006).

En una muestra de 1520 adolescentes de 13 a 17 años, habitantes urbanos de 25 departamentos del país, se halló que el 7.7% ha sufrido un trastorno de ansiedad en algún momento de la vida, el 5.5% lo padeció durante los 12 meses previos a la realización del estudio y el 2.5% en los 30 días anteriores. Se resalta además que por cada hombre afectado, hubo siempre dos mujeres expuestas a dichos cuadros sintomáticos. El 7.5% de los y las encuestadas ha padecido un trastorno afectivo. Con respecto a los trastornos por uso de sustancias, el abuso de alcohol y de drogas son las dos circunstancias que mayor incidencia tienen sobre la vida de los adolescentes (Torres de Galvis et al., 2012).

Un estudio sobre la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en una muestra de 857 jóvenes entre los 12 y los 20 años en Cundinamarca, identificó que el 44,8% de adolescentes pertenecientes al rango de edad de 15 a 17 años cumplía los criterios diagnósticos de un TCA; los trastornos depresivos y de ansiedad fueron las comorbilidades más frecuentes, y existe además un vínculo con la conducta suicida. Por último, debe resaltarse que quienes tenían un diagnóstico de TCA solían percibir sus relaciones familiares en términos más pesimistas (Piñeros Ortiz, Molano Caro, & López de Mesa, 2010).

La Encuesta Nacional de Salud Nutricional (ENSIN) de 2005, encontró que la mayor proporción de personas con alteraciones en la autopercepción del peso corporal se encontraban en el grupo de adolescentes y jóvenes: 18.2% de 13 – 17 años; 19.9% de 18 – 29 años. En la ENSIN del año 2010, el 36.4% de las personas entre 13 – 17 años que son delgadas según el Índice de Masa Corporal (IMC), se percibió normal o con exceso de peso (Profamilia - Instituto Nacional de Salud - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - Ministerio de la Protección, 2010).

Con respecto a los adultos mayores, se ha encontrado que la depresión en las personas mayores de 60 años tiene una prevalencia del 25.2% mientras que para la población general dicho indicador corresponde al 19.6%. El 1.9% de las personas en ese mismo rango de edad presentó un cuadro ansioso durante el año inmediatamente anterior a la realización de un estudio exploratorio en 1998, y el 2.3% lo experimentó alguna vez en la vida (Organización Panamericana de la Salud & Universidad de Antioquia, 2003)

En una muestra de 100 personas mayores de 60 años en Bucaramanga, se descubrió la presencia de sintomatología depresiva, aunque no se identificaron marcadores diagnósticos específicos de un trastorno afectivo. Se evidenció además que existe correlación entre el trastorno depresivo y el deterioro cognitivo; los participantes reconocieron haber experimentado estados de melancolía o tristeza, que no diferían significativamente de los patrones emocionales que desplegaban las personas de otros grupos de edad (Cerquera Córdoba & Meléndez Merchán, 2010).

Un estudio que evaluó las funciones cognoscitivas y factores de riesgo de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y demencia en un grupo de adultos mayores, con una edad promedio de 68 años, autónomos y funcionales, evidenció que el 33% presentó DCL y el 17% alguna forma de demencia; determinó además que las condiciones que elevaban el riesgo asociado fueron: diabetes mellitus (14%), consumo de alcohol (16%), depresión (19%), obesidad (23%), dislipidemia (34%), sobrepeso (35%), consumo de tabaco (37%), hipertensión arterial (47%) y baja escolaridad (63%) (Pedraza, Plata, Arévalo, Montalvo, & Sánchez, 2014).

6.9. RESPUESTAS SOCIALES PARA LA SALUD MENTAL

6.9.1. PROMOCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL Y ATENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Ante el panorama esbozado, se sugiere la introducción de estrategias que permitan al sector salud optimizar y ampliar la oferta de servicios existentes, logrando dar una respuesta oportuna y pertinente a los problemas descritos.

Colombia presenta uno de los indicadores de violencia más altos del mundo y constituyen una de las principales causas de muerte. También debe señalarse que las secuelas psíquicas de aquellos actos de violencia que no ocasionan la muerte de sus víctimas, han sido poco exploradas (Arango-Dávila et al., 2008).

Con respecto a los tratamientos de los trastornos mentales, es preciso construir mecanismos que faciliten el acceso a servicios especializados en salud mental y atención psicosocial a quienes lo requieren, superando las barreras de acceso persistentes en la actualidad. Para ilustrar los efectos de tales barreras, un estudio epidemiológico nacional señala que sólo una de cada 10 personas con un trastorno mental, y sólo una de cada 5 con dos o más trastornos

mentales diagnosticados, recibió algún tipo de atención durante el año anterior a la investigación. Esto representa un reto para el sistema de salud y demuestra la necesidad de destinar recursos a la prevención integral, la promoción específica y el tratamiento oportuno de la enfermedad mental en el país (Posada-Villa et al., 2004).

6.9.2. ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y SUPERACIÓN DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO

A pesar del avance que supuso la promulgación de la Ley de Víctimas en el año 2011, el país enfrenta aún el reto de generar y consolidar servicios de atención en salud mental y psicosocial sensibles y atentos a las necesidades de todas las víctimas del conflicto armado interno.

Cualquier intento por restaurar la salud de las víctimas de la guerra debe tener en cuenta que dos de los principales problemas de salud reconocidos por esta población (incluidas las víctimas en situación de desplazamiento) son las alteraciones de salud mental y la inestabilidad psicosocial (Mogollón, Vásquez, & García, 2003).

Como respuesta al mandato de la Corte Constitucional colombiana, en el año 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social propuso una “Ruta de Atención Integral en Salud para personas, familias y/o comunidades indígenas y afrocolombianas víctimas y desplazadas por la violencia”, que configuró una estrategia de atención en salud con un carácter inmediato. En el caso de los indígenas, esta ruta debe estar debidamente articulada al desarrollo e implementación del Sistema Indígena en Salud Propio e Intercultural – SISPI.

La propuesta pretende superar las limitaciones del sistema de salud con respecto a la introducción de un enfoque psicosocial y a la formación para la atención intercultural, consolidando así mecanismos de respuesta que perciban y comprendan la multitud de diferencias identitarias de un territorio nacional reconfigurado por el conflicto. La incorporación de un componente psicosocial en toda atención en salud dirigida a estas poblaciones, es un factor determinante que podría recomponer su situación global de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011).

Una mención especial requieren los servicios de atención integral en salud de la violencia sexual y otras formas de violencia basada en género. Si bien fue promulgado un Modelo y Protocolo para la Atención Integral en Salud en el año 2012 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, hace falta aún una adecuación diferencial de los contenidos del protocolo que integre las necesidades de las víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado, que incluya también las particularidades de la experiencia al interior del mismo proceso de victimización bélica de quienes expresan identidades sexuales no normativas o pertenecen a minorías étnico-raciales, y que potencie además las capacidades instaladas en los diversos territorios de la geografía nacional para atender debidamente a las víctimas (Ortiz, 2013).

Otro tipo de servicio de salud requerido, teniendo en cuenta los diálogos de paz que se adelantan actualmente, entre el gobierno colombiano y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), debe dar respuesta y tratamiento a las secuelas psicosociales y mentales de quienes han combatido en los diversos grupos que convergen en la confrontación armada. *Al respecto, es muy importante recordar que dentro de tales servicios, la protección de la seguridad física y mental de los funcionarios de salud que trabajan con personas pertenecientes a aquellos grupos en proceso de reintegración debe convertirse en una prioridad, pues el riesgo de incidentes violentos en dicho contexto parece ser elevado* (De la Espriella & Falla, 2009).

6.9.3. NECESIDADES ESPECIALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN UN PAÍS QUE RECONOCE Y VALORA LA DIVERSIDAD

La adecuación de los servicios de salud mental a las necesidades específicas de los grupos étnicos minoritarios del país es un asunto de gran importancia, que debe además resolverse anticipando la posible resolución concertada del conflicto armado. A manera de ilustración, sólo hasta el año 2004 el Estado colombiano, a través del Acuerdo 273 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, adicionó lineamientos específicos para la afiliación de la población ROM al sistema general de seguridad social en salud, incorporando instrumentos de identificación propuestos por los portavoces de las Kumpainas (Bustamante, 2012).

Se han implementado algunas experiencias de atención psicosocial dirigidas específicamente a pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes, pero estas iniciativas todavía no hacen parte de la oferta habitual de servicios de salud mental e intervención integral (Balladelli et al., 2008).

Adicionalmente, y como ya ha sido mencionado en secciones anteriores, los mecanismos de promoción de la salud mental y atención a los trastornos y otras alteraciones, deben adecuarse a las necesidades concretas de los niños, niñas y adolescentes, de las mujeres, y de las personas que despliegan identidades sexuales disidentes.

En Bogotá, varias entidades públicas del sector salud, a partir del Plan de Intervenciones Colectivas en el ámbito escolar y de los componentes de salud mental y salud sexual y reproductiva, promueven los derechos sexuales y reproductivos y reivindicadores de las orientaciones sexuales e identidades de género diversas, y han participado además en la formulación de políticas públicas específicas.

Es necesario resaltar que deben introducirse cambios en los currículos académicos que orientan la formación de los profesionales de la salud en el país, para ampliar las perspectivas y los conocimientos que permitirían abordar las situaciones de salud y enfermedad mental con un enfoque diferencial responsable y comprometido con la realidad nacional. Por ejemplo, esta necesidad ha sido corroborada cuando las personas LGBTI, en general, y los adolescentes de dicha población, en particular, acuden a los servicios de salud para buscar atención a sus

predicamentos y se encuentran con estructuras discriminatorias y segregacionistas (Prada, Gutiérrez, & Hurtado, 2013).

Una investigación que exploró la interacción entre dos tipos de prejuicios en estudiantes de medicina en Bucaramanga, halló una correlación positiva estadísticamente significativa entre la homofobia y el racismo, y una asociación entre las dos formas de discriminación ideológica y discursiva, lo cual sugeriría que reflejan un ordenamiento social en el que las múltiples relaciones de opresión se intersectan y construyen posiciones particulares de subordinación (Campo-Arias, Oviedo, & Herazo, 2014a).

Se ha demostrado que los estigmas y los prejuicios con los que se marcan y discriminan a las personas LGBTI no son anulados por un proceso de formación profesional en salud, y suelen persistir mediante la reproducción de categorías y representaciones que otorgan un estatus patológico e inhumano a las prácticas e identidades de dicho grupo poblacional. Asimismo, las intervenciones de los profesionales en salud constituirían un dispositivo adicional de reafirmación de una cultura heterodominante que segrega y explota la alteridad (Campo-Arias, Oviedo, & Herazo, 2014b).

6.9.4. EXPERIENCIAS REGIONALES Y LOCALES COLOMBIANAS PARA LA SALUD MENTAL

Es preciso resaltar la existencia de Políticas, Planes, Programas Modelos Departamentales de Salud Mental que señalan los esfuerzos territoriales de prever y reorientar la interacción entre las condiciones históricas y sociales y los aspectos individuales subyacentes a la configuración de estados dinámicos de salud. Estas iniciativas conceptuales, técnicas, políticas, y metodológicas, abordan los hechos de salud mental más relevantes que son identificados a través de los diagnósticos situados, y además facilitan la configuración de vínculos dialógicos entre los lineamientos nacionales y territoriales de respuesta en el campo de la salud mental. Debe reconocerse que, además del esfuerzo nacional de construcción de una Política de Salud Mental, los territorios han desarrollado ejercicios de legislación descentralizada que evalúan, anticipan y dan respuesta a los factores subyacentes a las condiciones de bienestar cotidiano de las personas.

Por ejemplo, la propuesta de Plan Departamental de Salud Mental del Departamento de Córdoba 2011-2014 establece conceptualmente una estructura estratégica centrada en la coordinación y colaboración entre diferentes actores para asegurar la provisión de servicios de salud pertinentes, transparentes e interconectados. El Plan Departamental de Salud Mental Casanare 2010-2013 reivindica el enfoque comunitario para comprender la salud mental, y define la apertura de servicios interconectados que permitan la participación de los usuarios y las familias y otorguen un rol predominante a las organizaciones municipales; su propuesta de atención comunitaria permitiría superar la perspectiva asistencialista de la oferta estatal y la distribución geográfica ampliada de los recursos disponibles. Por su parte, el objetivo del Plan

Departamental de Salud Mental y Reducción del Consumo de SPA del Departamento de Caldas 2010-2015 señala el mejoramiento de las condiciones de existencia de los habitantes a través de la promoción de actitudes que reduzcan la amenaza en materia de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. En Quindío, se pautó la Implementación de un Modelo de Atención Primaria en Salud Mental en el Departamento 2013-2014, cuyo fundamento es el talento humano, de las IPS públicas y privadas, capacitado en atención de trastornos mentales.

La Política Pública de Salud Mental para el Municipio de Medellín de 2005 resalta la importancia de la atención a la persona y su grupo familiar/comunitario de manera transversal a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. Asimismo, la Política Pública de Salud Mental Popayán busca garantizar los derechos y facilitar la emergencia de relaciones equitativas e incluyentes que reduzcan el sufrimiento y restauren el bienestar emocional de los habitantes. La Política Distrital de Salud Mental de Bogotá enfatiza el rol del Estado y la Sociedad Civil en la creación de intervenciones transectoriales y sectoriales asociadas con una repuesta social efectiva, sostenible, solidaria y equitativa.

Estos esfuerzos regionales evidencian las dificultades reales que encuentran las poblaciones para acceder a los servicios de salud mental que necesitan, a pesar de las normativas existentes.

Las experiencias exitosas obtenidas a partir de lo descrito, y de otros desarrollos regionales existentes, deben ser estudiadas sistemáticamente para su replicación en otros lugares del territorio nacional.

6.10. BALANCE SOBRE EL CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA

Con base en los hallazgos epidemiológicos presentados en la sección anterior como diagnóstico del perfil en salud mental colombiano, se realizó un análisis de situación de salud mental participativo cuyos resultados principales se presentan en ésta sección.

Existen al menos tres modalidades posibles para realizar un análisis de situación de salud – ASIS: institucional, participativo, o mixto. El presente análisis de situación de salud (ASIS) fue realizado con base en su modalidad participativa –ASIS Participativo –, adaptando la metodología propuesta por Añez y colaboradores (Añez et al., 2010). A continuación, se exponen los resultados y conclusiones principales del proceso realizado, y su detalle puede ser consultado en los anexos metodológicos correspondientes.

De acuerdo con la evidencia epidemiológica publicada sobre Colombia en el período 1999 - 2014, podemos afirmar que las capacidades psicológicas individuales ligadas a la vivencia de salud mental por parte de las personas colombianas, se ven favorecidas por un contexto que

garantice el disfrute efectivo de los derechos a servicios de salud, educación, recreación, trabajo, y todos aquellos otros a través de los cuales se consigue la existencia en un marco de condiciones cotidianas acordes con la vida digna y con calidad, dentro de territorios saludables, en donde las personas tengan además la oportunidad de desarrollar experiencias de pertenencia a grupos sociales que les brinden su apoyo y les permitan definir su identidad en colectividad.

Diversas formas de violencia vienen afectando el bienestar de las personas colombianas, produciendo afectaciones diferenciales en virtud de la pertenencia a una etnia, sexo y género, clase social, grupo de edad, o condición de discapacidad; ello reclama de parte del Estado y de la sociedad en general respuestas diferenciadas para aliviar y reparar el sufrimiento infligido, preparando las condiciones que permitan a futuro la superación efectiva de la adversidad vivida.

Además de las violencias, otras problemáticas psicosociales y trastornos mentales se encuentran poniendo en riesgo el pleno disfrute del derecho a la salud mental en nuestro país, exigiendo la implementación de acciones coordinadas desde todos los sectores implicados en garantizar el bienestar de la población, junto a aquellas respuestas específicas desde el sector salud que se requieran para responder a las necesidades diferenciadas de promoción, prevención, atención, y rehabilitación integral orientadas hacia las personas y grupos humanos afectados.

En conjunto, los mayores índices de discapacidad relacionadas con alteración de la salud mental pueden ser atribuidas en Colombia al trastorno depresivo unipolar; también ocupan un lugar importante dentro de ese espectro los trastornos por abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas, la esquizofrenia, los trastornos bipolares, junto con situaciones clínicas que generan diversos grados de discapacidad mental cognoscitiva y psicosocial, tales como el retardo mental, trastornos del espectro autista, o la demencia, entre otras.

En poblaciones especiales, afectadas por la violencia, adicionalmente adquieren importancia aquellos trastornos del espectro de la ansiedad, que de no ser detectados y atendidos oportunamente, podrían evolucionar hacia la cronicidad y el deterioro progresivo en la funcionalidad y las capacidades relacionales de quienes enfrentan procesos de salud - enfermedad mental.

La conducta suicida aporta a la carga de mortalidad nacional, afectando a una amplia capa de la población general colombiana de manera sostenida durante el período observado. En algunos grupos poblacionales, tales como las personas adolescentes y adultas jóvenes pertenecientes a los pueblos indígenas, o las personas adolescentes LGBTI, ésta problemática se registra con niveles muy superiores a la población general, poniendo en evidencia la necesidad de implementar acciones específicas y acordes con las necesidades diferenciales de las y los afectados.

Es necesario reconocer que la investigación en el campo de la salud mental en nuestro país requiere aún importantes desarrollos, que permitan adentrarse en la comprensión de la salud mental positiva, los determinantes sociales de la salud mental, así como de las diversas problemáticas que la afectan, y de los trastornos mentales en sí mismos, con un enfoque diferencial y orientado hacia la construcción de respuestas sociales culturalmente apropiadas y costo – efectivas, para lidiar con las principales necesidades evidenciadas.

Con base en la información epidemiológica revisada, se identifica que las respuestas organizadas desde el Estado, la sociedad civil, las comunidades organizadas, y las personas, deben tomar en cuenta el cubrimiento de las siguientes necesidades presentes en la sociedad colombiana en el campo de la salud mental, entre otras: intervenciones que refuercen redes sociales primarias y secundarias, a favor de la salud mental; intervenciones que promuevan condiciones y modos de vida dignos para todas y todos; programas y servicios de promoción, prevención, tratamiento, y rehabilitación en salud mental y psicosociales, con enfoque diferencial, así como con pertinencia étnica y cultural; acceso efectivo a programas y servicios para la atención integral en salud, dirigidos a población general y específicas.

Las áreas problemáticas priorizadas para la acción a partir del ejercicio de ASIS fueron las siguientes: violencia y convivencia; trastornos mentales comunes; y trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

Los objetivos, áreas de actuación, campos estratégicos y acciones específicas que fueron priorizadas y consensuadas en los ejercicios de ASIS para enfrentar las necesidades percibidas en salud mental, se reflejan en los elementos incluidos al respecto dentro del presente documento de política y su plan de acción correspondiente.

7. PRESTACIÓN DE SERVICIOS

De acuerdo con la Política Nacional de Salud Mental 1998, que cita el Estudio Nacional de Salud Mental efectuado en el año 1997 en Colombia, un 13.6% de las personas encuestadas manifestaron necesidades de consulta por problemáticas relacionadas con su salud mental (Ministerio de Salud, 1998b).

El último Estudio de Salud Mental realizado en Colombia en el año 2003 mostró que, pese a la existencia de importantes necesidades de atención para las alteraciones y trastornos mentales, así como de promoción de la salud mental en general, son pocas las personas que logran un acceso efectivo a tal tipo de servicios.

Al tener en cuenta los datos de dicho estudio con respecto al acceso de personas encontradas positivas para cualquiera de los 23 trastornos psiquiátricos explorados, solo el 11% logró acceder a algún tipo de servicio de salud para la atención de su proceso (Tabla 5). Las brechas de tratamiento en América Latina y el Caribe oscilan entre el 40 y el 70%, de acuerdo con el

tipo de trastorno. Los datos del estudio del 2003 indicarían que en Colombia, esos porcentajes serían incluso mayores (Kohn et al., 2005; Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005):

Tabla 5. Acceso a atención en salud mental por tipo de servicio.						
Trastorno	Psiquiatra (%)	Otro Salud Mental (%)	MD General (%)	Servicios Humanos (%)	MD Tradicional (%)	Cualquiera (%)
Afectivo	2.2	9.5	5.2	3.7	3.5	14.2
Ansiedad	1.9	6.3	5.6	1.4	3.9	12.0
Sustancias	1.6	3.7	0.0	1.5	1.2	5.3
Cualquiera	2.1	6.2	4.1	1.7	2.5	11.0
Fuente: Ministerio de la Protección Social and Fundación FES Social (2005).						

De acuerdo con los resultados del estudio de Evaluación de los servicios de salud mental en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012), los servicios de salud mental en Colombia se encuentran concentrados en el centro del país (Región Andina), los cuales no suelen funcionar en red integrada de servicios y su personal evidencia necesidades insatisfechas de capacitación en salud mental. La mayoría de los servicios de salud mental investigados en el estudio muestra una baja cobertura de atención a niñas, niños y adolescentes, y de pertinencia étnico-racial, reflejada en la existencia de sólo un 10% de intérpretes para comunicación con los grupos étnicos minoritarios que lo requieren.

8. VISIÓN

A 2021 el país logra el goce efectivo del derecho a la salud mental mediante su posicionamiento en la agenda pública y la respuesta social organizada desde diferentes sectores, bajo la responsabilidad indelegable del Estado.

9. VALOR: CIUDADANÍA

La ciudadanía como valor, al tiempo que establece libertades y derechos individuales, comprende responsabilidad hacia la comunidad. Trata los mismos aspectos que abarca la definición de salud mental, pero además los relaciona con los principios de justicia, democracia, y solidaridad.

La ciudadanía como valor central de la Política Nacional de Salud Mental incluye los siguientes elementos:

- Autonomía
- Participación
- Bienestar

La ciudadanía es un valor porque tiene que ver con relaciones entre las personas y el Estado, y con formas de comportarse entre sí, que son deseables socialmente y preferibles a otras formas de comportarse y de vivir. También es un valor porque como tal configura actitudes, orienta lo que anhelamos como personas y las maneras en las que actuamos. Nos permite evaluar, juzgar y justificar nuestras propias acciones y las de los demás (Rokeach, 1968).

Se invita a los ciudadanos y ciudadanas a participar en todos los procesos decisivos que comprometan la salud mental y bienestar, y a colaborar en la protección de su salud y la de la comunidad a la que pertenecen, bajo la rectoría y responsabilidad indelegable del Estado.

10. PRINCIPIOS

Inclusión:

- No habrá trato discriminatorio negativo por edad, sexo, género, raza, etnicidad, creencias, clase social, discapacidad, exposición a violencias, identidad de género ni orientación sexual, en ninguna actividad de salud mental.
- Se protegerá la satisfacción de necesidades especiales en salud mental asociadas con edad, sexo, género, raza, etnia, clase social, discapacidad, exposición a violencias, identidad de género y orientación sexual.

Participación:

- Se fomentará la contribución de los ciudadanos y sus organizaciones en la toma de decisiones, en todos los niveles de atención.
- Las comunidades participarán activamente en la transformación de condiciones sociales que afectan la salud mental bajo el liderazgo y la responsabilidad del Estado.
- Para que una política pública sea exitosa requiere de la participación de todos y todas en las distintas fases del proceso: desde la formulación, hasta la implementación y evaluación.
- La Política Nacional de Salud Mental se ha elaborado con la participación de entidades gubernamentales, representantes de organizaciones de la sociedad civil, profesionales, y ciudadanos en general. La participación es importante porque implica integración social y valoración de las contribuciones que todos podemos hacer para fortalecer proyectos comunes. La participación social es una propiedad de la salud mental; nos hace sentir

personas útiles y apreciadas. *La Política Nacional de Salud Mental requiere que la participación social continua sea un componente de todas las actividades de promoción.*

Calidad:

- Las actuaciones en salud mental estarán basadas en evidencia y de acuerdo con estándares nacionales e internacionales; así como en medios, saberes y prácticas tradicionales, alternativos, y complementarios; igualmente serán respetuosas de la pertinencia étnica y cultural; todo lo anterior, acorde con lo normado para Colombia.
- Se desarrollarán programas de capacitación y actualización para el personal que presta sus servicios en el campo de la salud mental en los distintos niveles de atención.

Equidad:

- El mejoramiento del acceso a servicios de salud mental es una forma de proteger y disfrutar los derechos humanos y de actuar sobre círculos de enfermedad y pobreza.
- Los problemas de salud mental están relacionados con condiciones socioeconómicas que favorecen la exposición a factores de riesgo. El fortalecimiento de personas, grupos, y comunidades contribuye a la consecución de metas de justicia social.

Integralidad:

- La integralidad tiene que ver con la continuidad e interdisciplinariedad de las actividades en salud que garantizan el derecho a la vida y el respeto por la dignidad humana.
- El cubrimiento integral de las necesidades en salud mental es un factor que acredita la calidad de la atención.

Universalidad:

- La equidad en el acceso a las acciones de salud mental es señal de no discriminación.
- El principio de universalidad también comprende la oportunidad de acceder al conjunto de acciones como totalidad, destinadas a preservar y restablecer la salud mental.

Corresponsabilidad:

- Si bien el eje fundamental de la Política Nacional de Salud Mental es el ejercicio de derechos y libertades, cuyo garante y responsable fundamental es el Estado, también se deben reconocer la responsabilidad de las personas y de la sociedad en la promoción de la salud mental y la convivencia y en su preservación.
- La corresponsabilidad, como lo señaló en 2007 la “Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Documento Propuesta para discusión y acuerdos” (Ministerio de la Protección Social, 2007), el cuidado de la salud es una obligación compartida entre Estado, comunidad, y persona, reconociendo niveles de responsabilidad diferenciales entre ellos acorde con su posibilidad de ejercicio del poder y sus capacidades.

Intersectorialidad

- Las acciones en salud mental de diferentes entidades, instituciones, y sectores del país que estén dirigidas a fortalecer los factores protectores y a intervenir en los factores de riesgo, permitirán alcanzar soluciones integrales, aprovechar los recursos disponibles, y garantizar el derecho a la salud.
- El trabajo coordinado y complementario de diferentes sectores, instituciones y organizaciones de la sociedad, garantizará que se atiendan necesidades específicas a toda la población en temas de empleo, educación, justicia social y demás condiciones necesarias para el pleno disfrute del derecho a la salud mental.

Accesibilidad

- Deberá garantizarse el acceso efectivo a los servicios integrales para la salud mental a todas las personas. El Estado deberá dar garantía de disponibilidad de servicios de salud mental en todo el territorio nacional, en especial en zonas marginadas o de baja densidad poblacional, en especial aquellas zonas con población rural dispersa y expuestas al conflicto armado interno. Se realizarán los ajustes razonables que sean necesarios para no imponer una carga desproporcionada o indebida a las personas con discapacidad mental, cognitiva y psicosocial para el goce efectivo de su derecho a la salud mental en condiciones de equidad con las demás personas. Igualmente, se incorporarán las adecuaciones socio-culturales necesarias en los programas y servicios dispuestos para poblaciones étnicas específicas.
- La accesibilidad en salud mental también tiene que ver con la posibilidad de hacer uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones, facilitando el disfrute de la salud mental en todas las dimensiones.

11. OBJETIVOS

11.1. OBJETIVO GENERAL

- Garantizar plenamente el disfrute efectivo del derecho a la salud mental mediante su posicionamiento en la agenda pública y la generación de acciones transectoriales de protección y promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación integral de los problemas y trastornos relacionados con la salud mental.

11.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

11.2.1. PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE DERECHOS:

- Garantizar el disfrute y protección de los derechos que permitan el goce efectivo de la salud mental para todas las personas, pueblos, grupos humanos, y comunidades; promoviendo el posicionamiento del tema en la agenda pública.

11.2.2. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL:

- Promover la salud mental mediante programas de fortalecimiento de sus factores protectores, con énfasis en la acción intersectorial.

11.2.3. PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL:

- Prevenir la aparición y desarrollo de problemas y trastornos de salud mental mediante acciones tendientes al control de factores de riesgo y la atención oportuna y adecuada a las personas, pueblos, grupos humanos y comunidades.

11.2.4. ATENCIÓN INTEGRAL:

- Asegurar la atención integral, integrada, continua, y basada en evidencia, saberes y prácticas ancestrales, tradicionales, alternativas y complementarias, para el mantenimiento y restablecimiento de la salud mental a toda la población colombiana.
- Garantizar la atención integral en salud mental para los pueblos indígenas, afrocolombianos, raizales, palenqueros, Rom y otras minorías étnico-raciales reconocidas en el país, acorde con sus cosmovisiones, usos y costumbres, respetando sus formas de organización y gobierno, a través de programas y acciones que sean consultadas, concertadas y efectuadas con la comunidad de cada territorio y bajo el acompañamiento de la organización nacional que los represente.
- Garantizar la atención integral en salud mental para víctimas del conflicto armado interno y otras formas de violencia, poblaciones rurales dispersas, minorías sexuales, personas con discapacidad, y otros sujetos de especial protección, a través de programas y acciones que sean incluyentes, fácilmente accesibles, amigables y acordes con sus características y necesidades distintivas.

11.2.5. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS:

- Asegurar en todo el territorio nacional el talento humano y recursos financieros, físicos, y demás necesarios para el desarrollo de las actividades previstas en la presente Política y en los planes y programas de salud que se desarrollen.

12. AREAS DE ACTUACIÓN

12.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, LA CONVIVENCIA Y LA CALIDAD DE VIDA

Se busca promover la salud mental mediante el afianzamiento de factores protectores y la colaboración intersectorial. Se da preferencia a las acciones genéricas, es decir, aquellas que impacten más de un problema de salud pública de forma simultánea; así como también, a aquellas actividades que involucren la transformación positiva de determinantes sociales de salud mental. Estas acciones incluyen, entre otras, actividades de fortalecimiento de redes

sociales y comunitarias, promoción de la participación social, promoción de las interacciones sociales positivas (generación de confianza y capital social), promoción de la lactancia materna, vínculos afectivos tempranos, acciones de empoderamiento, y promoción de derechos humanos.

Campos estratégicos:

- **Educación en derechos humanos** a prestadores de servicios de salud mental, usuarios, y población general.
- **Fortalecimiento** de la movilización social para fomentar la exigibilidad del derecho a la salud mental.
- **Difusión de conocimiento sobre salud mental y problemas relacionados**, utilizando para ello estrategias de información, educación, y comunicación, con el fin de reducir el estigma asociado a problemas y trastornos mentales.
- **Aseguramiento de la equidad de género y respeto por la diversidad sexual** mediante programas de comunicación que conduzcan al cumplimiento de las normas legales vigentes.
- **Integración de la promoción de la salud mental** en todas las actividades de promoción de la salud.
- **Favorecimiento de la formación de vínculos afectivos** desde la primera infancia a través de actividades como la promoción de la lactancia materna, la práctica del juego y el desarrollo de actividades artísticas, entre otras, que fortalezcan formas de apego positivas.
- **Promoción de contextos laborales saludables** con pleno reconocimiento y respeto por los derechos de los trabajadores formales e informales.
- **Integración de acciones de salud mental en estrategias de salud sexual y reproductiva**, con énfasis en poblaciones sujetas de especial protección.
- **Integración de acciones de salud mental en estrategias generales de promoción de la salud** en personas que ejercen actividades de cuidado (cuidadores y cuidadoras de personas en etapa de primera infancia, mayores de 65 años de edad, personas viviendo enfermedades crónicas y trastornos mentales severos y trabajadores del campo de la salud mental).
- **Promoción de la convivencia social** a través del fomento de espacios públicos para la interacción social positiva.

12.2. PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES Y DE LAS AFECTACIONES EN SALUD MENTAL POR LAS VIOLENCIAS

Mediante actuaciones preventivas, se persigue la eliminación de factores de riesgo o la disminución de su impacto negativo en la salud mental. Es un hecho que todos los factores de

riesgo para la salud están atravesados por vulnerabilidad socioeconómica. Las causas de los trastornos mentales son múltiples; usualmente factores de orden social, ambiental, y biológico interactúan en la producción de enfermedad.

La violencia contra niñas, niños, adolescentes, y personas mayores de 65 años, los embarazos en adolescentes o no deseados, bajo peso al nacer, tabaquismo y abuso de otras sustancias durante el embarazo, exposición a violencia y a eventos vitales con potencial traumatizante, enfermedades crónicas, soledad, pobre planeación financiera y alto endeudamiento personal y familiar, desempleo y pobres condiciones de empleo, entre otros, son considerados factores de riesgo importantes que ameritan el desarrollo de acciones preventivas por parte de las autoridades nacionales y territoriales.

Es importante tener en cuenta que reacciones de tristeza o ansiedad ante circunstancias vitales complicadas, o el manifestar preocupación por aspectos de la vida personal, familiar, o social, no constituyen trastornos mentales. La Política Nacional de Salud Mental advierte sobre el riesgo de medicalizar y patologizar las reacciones humanas ante eventos adversos y los problemas que ello acarrea.

Campos Estratégicos:

- **Identificación de factores de riesgo psicosocial en mujeres gestantes y puérperas**, con el fin de implementar intervenciones tempranas.
- **Diseño de programas de prevención de violencia escolar.**
- **Prevención de trastornos de la conducta en niñas, niños y adolescentes** con involucramiento y participación de cuidadores y el desarrollo de programas de aprendizaje emocional en la escuela.
- **Detección temprana e intervención oportuna integral** en casos de violencia sexual.
- **Educación a la comunidad** en la detección de conductas suicidas.
- **Educación al personal de salud** en la identificación temprana de problemáticas psicosociales relevantes para la salud mental.
- **Diseño e implementación de acciones de prevención específica** en torno al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas desde la Atención Primaria en Salud.
- **Capacitación del personal de salud** en la detección temprana de trastornos psicóticos.
- **Formulación de programas de educación** para el manejo de las finanzas personales y familiares.
- **Detección temprana de ansiedad y depresión en el contexto de la Atención Primaria en Salud.**
- **Desarrollo de programas para la prevención del aislamiento social en personas mayores de 65 años.**

- **Fomento de la detección temprana e intervención oportuna** en casos de acoso laboral y riesgo psicosocial en el contexto del trabajo.

12.3. ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES Y DE LAS AFECTACIONES EN SALUD MENTAL POR LAS VIOLENCIAS

Tiene preferencia la prestación de servicios de salud mental en contextos de atención primaria y con orientación a la comunidad en todos los casos. La consulta de medicina general es con frecuencia el primer contacto entre la persona con necesidad de atención y el servicio de salud. Esto es evidente en trastornos de ansiedad, depresión, abuso y dependencia de sustancias, y problemas del desarrollo. Se buscará que la prestación de servicios de salud mental esté integrada a programas específicos de salud, en particular, materno-infantil, salud sexual y reproductiva, y enfermedades crónicas. La atención tendrá como característica la garantía de acceso, continuidad asistencial, la colaboración entre prestadores de servicios, y el fomento del autocuidado en corresponsabilidad con el Estado y demás actores sociales involucrados.

Campos Estratégicos:

- **Atención psicosocial** e intervención en salud mental a personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles: cardiovasculares, respiratorias crónicas, diabetes, y cáncer.
- **Atención psicosocial** e intervención en salud mental a personas que viven situaciones problemáticas en salud sexual y reproductiva que puedan poner en riesgo la salud mental, tales como violencia sexual, interrupción voluntaria del embarazo, e infecciones de transmisión sexual.
- **Aseguramiento del acceso oportuno y efectivo a intervenciones integrales en salud mental y psicosocial** con enfoque diferencial para víctimas del conflicto armado interno, minorías étnico-raciales y sexuales, personas en situación de discapacidad, mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes, población rural dispersa, población carcelaria, y personas en situación de calle.
- **Atención psicosocial** e intervención en salud mental a personas que viven situaciones problemáticas en salud mental y trastornos mentales prevalentes, tales como ansiedad y depresión.
- **Se prefieren los tratamientos basados en estrategias de desarrollo social inclusivo.** Se privilegia la atención ambulatoria frente a la hospitalización. El tratamiento integral de los trastornos mentales comunes no podrá basarse exclusiva ni prioritariamente en la psicofarmacoterapia; deben incluirse estrategias de intervención psicológica y social.
- **La atención en salud mental deberá estar integrada al hospital general.** Al menos el 5% de las camas en hospitales generales deberán estar destinadas a la atención de personas con problemas relacionados con la salud mental; deberá preverse el incremento

progresivo de ésta proporción acorde con las necesidades locales identificadas. Se dispondrá de servicios ambulatorios y basados en la comunidad para dar continuidad a las fases hospitalarias del tratamiento, en el marco de redes integrales territorializadas de servicios de salud.

- **Se garantizará el acceso oportuno y efectivo a las intervenciones integrales, psicosociales y en salud mental, con enfoque diferencial.** Deberán introducirse ajustes razonables a las intervenciones psicosociales y en salud mental, acorde con las necesidades especiales planteadas por motivos de discapacidad mental, cognitiva y psicosocial; así mismo se deberán adecuar las intervenciones a las necesidades particulares derivadas de la exposición a violencias; la pertenencia a un sexo, a la orientación sexual o identidad de género o la pertenencia étnico/racial.
- En ese sentido, **se asegurará la pertinencia de las intervenciones integrales, así** como el respeto a los conceptos, cosmovisiones, medios, saberes y prácticas ancestrales y tradicionales, y sistemas de salud propios de las personas pertenecientes a pueblos o grupos étnicos reconocidos. Se tomarán en cuenta los conocimientos propios de la medicina alternativa y complementaria, en el marco del diseño de intervenciones integrales, y acorde con las normativas nacionales que regulan su práctica.
- **Se asegurará la disponibilidad y accesibilidad de servicios de atención en salud mental integrales** para la población rural dispersa o ubicada en zonas de difícil acceso, personas en situación de calle y población privada de la libertad.

12.4. REHABILITACIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS Y COMUNIDADES

El desarrollo social inclusivo implica el conjunto de acciones de promoción, prevención, atención, y rehabilitación, que fortalecen la integración de personas con discapacidad mental, cognitiva, y psicosocial, en la comunidad y en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana. En esta perspectiva es fundamental la integración de niños, niñas, y adolescentes al sistema educativo regular y de adultos al ámbito laboral y educativo. Se debe tener en cuenta la construcción de contextos facilitadores que incluyen la transferencia de bienes y servicios, redes de apoyo social, acceso a tecnología e infraestructura necesarias para que las personas y grupos con discapacidad gocen de salud mental.

Campos Estratégicos:

- Inclusión de niños, niñas y adolescentes con discapacidad mental, cognitiva, y psicosocial, al sistema educativo regular.
- Inclusión de personas con discapacidad mental, cognitiva, y psicosocial en el ámbito laboral.

12.5. CAPACIDAD DE RESPUESTA SOCIAL, INSTITUCIONAL Y COMUNITARIA

Promover, fortalecer y desarrollar las capacidades y potencialidades de las personas, comunidades, instituciones, del Estado y la sociedad en general, constituidos en el capital social disponible para construir una respuesta social organizada que afronte la salud mental desde la visión, valor, principios y objetivos planteados en el documento de propuesta de ajuste a la Política Nacional de Salud Mental.

12.6. GESTION DEL CONOCIMIENTO EN SALUD MENTAL Y CONVIVENCIA

Se busca fortalecer el desarrollo de programas y proyectos de investigación que permitan construir conocimiento sobre intervenciones efectivas, social y culturalmente apropiadas y relevantes, para la salud mental y la convivencia. Por lo tanto, es importante que se disponga de los recursos necesarios para impulsar la investigación de la salud mental en Colombia, reforzando la investigación sobre aspectos positivos de la salud mental, enfoques con pertinencia étnica, y enfoques diferenciales por etapa del ciclo vital, sexo, orientación sexual e identidad de género, clase social, discapacidad.

Campos estratégicos:

- Definición de áreas prioritarias de investigación, de acuerdo con los resultados de los estudios nacionales de Salud Mental y lo que indiquen otros estudios relevantes en el campo.
- Fomento de la investigación aplicada en salud mental, con el fin de identificar intervenciones útiles, eficientes, pertinentes, relevantes y culturalmente apropiadas.

12.7. TALENTO HUMANO

El cuidado de la salud mental requiere talento humano debidamente entrenado y disponible en las regiones y territorios. La disponibilidad de personal contribuye a que mejore la oportunidad de atención en salud mental. Las intervenciones del equipo de salud mental serán sensibles a la diversidad en todas sus manifestaciones y se ajustarán a las particularidades de los contextos y las personas, pueblos y grupos humanos con los que se relacionen. Es necesario capacitar al personal de salud mental en aspectos tales como Derechos Humanos, reducción del estigma, enfoque de género, e interculturalidad y enfoque de atención primaria en salud.

Campos estratégicos:

- Aumento de servicios de salud mental en el territorio nacional acorde con lo descrito y según las necesidades y particularidades de los contextos, personas, pueblos y grupos humanos.
- Formación en Derechos Humanos, reducción del estigma, enfoque de género, interculturalidad y enfoque de atención primaria en salud.

12.8. DIRECCIÓN

Creación de la Dirección de Salud Mental en el Ministerio de Salud y Protección Social que lidere y oriente procesos de implementación de políticas, desarrollo de planes, diseño de programas, planeación de servicios y coordinación de actividades de salud mental para todo el territorio nacional.

BIBLIOGRAFÍA

- Abadía, C., Pinilla, M., Ariza, K., & Ruíz, H. (2012). Neoliberalismo en salud: la tortura de trabajadoras y trabajadores del Instituto Materno Infantil de Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 14 sup(1), 18 - 31.
- Agudelo-Suárez, A., Martínez-Herrera, E., Posada-López, A., Rocha- Buevas, A., Agudelo-Suárez, L. M., Parra- Zapata, A., & Meneses-Gómez, E. (2012). *Diferencias en indicadores de salud auto-percibida según origen étnico*. Paper presented at the Convención Internacional de Salud Pública, La Habana.
- Agudelo, D., Casadiegos, C., & Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34 - 39.
- Almeida-Filho, N. (1998). Becoming modern after all these years: social change and mental health in Latin America. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22(3), 285-316.
- Alvarado, H. (2011). Los problemas de salud mental en los adolescentes, el derecho a la salud en la actual política de salud, y el papel profesional de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imágen y Desarrollo*, 13(1), 79 - 92.
- Amado, E. D., García, M. C. C., Cristancho, K. R., Salas, E. P., & Hauzeur, E. B. (2010). Obstacles and challenges following the partial decriminalisation of abortion in Colombia. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 118-126. doi: 10.2307/25767367
- Amaya Pulido, P. J., & Ariza Ruiz, E. D. (2000). *Colombia, un País Por Construir: Problemas y Retos Presentes y Futuros*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Amnistía Internacional. (1997). *Armas para los torturadores: tortura mediante la aplicación de descargas eléctricas y extensión de los aparatos de inmovilización*. Disponible en: <http://www.amnesty.org/es/library/asset/ACT40/001/1997/es/4ba688d6-eab8-11dd-9f63-e5716d3a1485/act400011997es.html> (Consultado: 12/07/2014): Amnistía Internacional.
- Añez, E., Dávila, F., Gómez, W., Hernández, T., Reyes, I., & Talavera, J. (2010). *Manual para la elaboración de un análisis de situación de salud*. Maracay: Instituto de Altos Estudios en Salud Pública "Arnoldo Gabaldón" - IAES-.
- Arango-Dávila, C. A., Rojas Fernández, J. C., & Moreno, M. (2008). Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 538-563.
- Archambault, P., van de Belt, T., Grajales, F., Faber, M., Kuziemy, C., Gagnon, S., . . . Gagnon, M. (2013). Wikies and collaborative writing applications in health care: a scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 15(10), e210.
- Arevalo, L., Serrato, L., & Rodriguez, C. (2011). *Guía de intervención en salud mental comunitaria específica y diferencial por crímenes de lesa humanidad para las víctimas del conflicto armado desde un marco de reparación*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social - Organización Internacional para las Migraciones (Documento final de consultoría no publicado).
- Arévalo, N., Beltrán, S., Chavarro, Y., Medina, A., Herazo, E., & Campo-Arias, A. (2013). Prevalence of Alcohol Problem Drinking Among the Indigenous Population in Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(4), 320-323.
- Arias, E., & Blanco, I. (2010). Una aproximación al entendimiento del suicidio en comunidades rurales y remotas de América Latina. *Estudios Sociológicos*, 28(82), 185-210.
- Ariza-Montoyay, J., & Hernández-Álvarez, M. (2008). Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007. *Revista de Salud Pública*, 10(supl. 11).

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19 - 32.
- Asamblea General de Naciones Unidas. (2008). *A/63/175. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. 28 de julio. "La tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes"*.
- Atuesta, J., Vásquez, J., & Urrego, Z. (2008). Aspectos psicopatológicos del coeficiente intelectual limítrofe. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(2), 182 - 194.
- Balladelli, P., Guzmán, J., Korc, M., Moreno, P., & Rivera, G. (2008). *Equidad en salud para las minorías étnicas en Colombia. Experiencias de acción intersectorial en Colombia para la Equidad en Salud de las Minorías Étnicas*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud
- Ballesteros, B., Medina, A., & Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica*, 5(2), 239 - 258.
- Banco de la República. (n.d.). PRODUCTO INTERNO BRUTO TOTAL Y POR HABITANTE (a precios corrientes) Metodología Año Base 2005. Sitio Web Banco de la República, Estadísticas, PIB. Metodología año base 2005.
- Banco Mundial. (2014). Indicadores. Retrieved 10 de julio de 2014, 2014
- Berkman, L., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine*, 51(6), 843-857.
- Bernal, M. (2010). *Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas)*. Bogotá: Colombia Diversa.
- Botero, P. A., & Londoño, C. (2013). Factores psicosociales predictores de la calidad de vida en personas en situación de discapacidad física. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(2), 125-137.
- Bustamante, J. (2012). *El pueblo Rrom (gitano) y la Kriss Rromaní en el ordenamiento jurídico colombiano, 1998 - 2010*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Cacioppo, J., Ernst, J. M., Burleson, M. H., McClintock, M. K., Malarkey, W. B., Hawkley, L. C., . . . Hugdahl, K. (2000). Lonely traits and concomitant physiological processes: the MacArthur social neuroscience studies. *International Journal of Psychophysiology*, 35(2), 143-154.
- Cacioppo, J., & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*: WW Norton & Company.
- Campo-Arias, A., Herazo, E., Barros-Bermúdez, J. A., Rueda-Jaimes, G. E., & Díaz-Martínez, L. A. (2011). Common Mental Disorders in Colombian Women. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(2), 244-250.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H., & Herazo, E. (2014a). Correlación entre homofobia y racismo en estudiantes de medicina. *Psicología desde el Caribe*, 31(1), 25-37.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H., & Herazo, E. (2014b). Estigma y discriminación a profesional de la salud transgénero. *Revista Facultad de Medicina*, 62(1), 41-45.
- Caycedo B., M. L., Herrera, S., & Jiménez, K. O. (2011). Descripción de los factores de riesgo para recaída en pacientes con diagnóstico de trastorno mental. *Revista Ciencias de la Salud*, 9(2), 141-158.
- Centro de Psicología Gerontológica - CEPsIGER. (2004). *Envejecimiento, comunicación y política*: Ministerio de Comunicaciones y CEPsIGER.
- Cerquera Córdoba, M., & Meléndez Merchán, C. (2010). Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento. *Pensamiento Psicológico*, 7(14), 63-72.

- Collazos, J. (2012). *Representaciones sociales sobre la salud sexual y la sexualidad de adolescentes sordos y oyentes en Bogotá, Colombia*. (Doctorado), Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Santafé de Bogotá, D.C.: Ministerio de Trabajo y Seguridad Integral.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Diario Oficial 47957 de Enero 19.
- Congreso de la República de Colombia. (2013). *Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial.
- Correa, M., Orozco, M., Uribe, M., Barraza, T., Zapata, A., Villa, C., & Correa, C. (2012). Habitantes de la calle y tuberculosis: una realidad social en medellín. *Revista Eleuthera*, 6, 101-126.
- Cuellar, M. M. (2000). *Colombia: un proyecto inconcluso. Valores institucionales y capital social*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Chisholm, D., Flisher, A. J., Lund, C., Patel, V., Saxena, S., Thornicroft, G., & Tomlinson, M. (2007). Scale up services for mental disorders: a call for action. *The Lancet*, 370(9594), 1241-1252.
- Dallos, M., Pinzón-Amado, A., Barrera, C., Mujica, J., & Meneses, Y. (2008). Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 56 - 65.
- De la Espriella, R., & Falla, J. (2009). Reflexiones sobre atención en salud mental de desmovilizados de grupos armados en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 230 - 247.
- De Santacruz, C., Chams, W., & Fernández de Soto, P. (2006). Colombia: violencia y salud mental. La opinión de la psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV(1), 30 - 49.
- Del Popolo, F. (2001). *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina*. Santiago de Chile: Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas)
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*: American Psychological Association.
- Echeverry Chabur, J., Escobar Córdoba, F., Martínez, J. W., Garzón, A., & Gómez, D. (2002). Trastorno de personalidad antisocial en condenados por homicidio en Pereira, Colombia. *Investigación en Salud*, IV(2).
- Florez, S., Campo, C., Trochez, M., & Peña, C. (2012). *Barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios de salud para la comunidad afrocolombiana en Quilcá, Cauca*. 2012. (Especialización), Universidad EAN - Universidad del Cauca, Popayan. Google Académico database.
- Franco, S. (2003). Momento y contexto de la violencia en Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 18-36.
- Freeman, M., & Pathare, S. (2005). *WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*: World Health Organization.
- Friedemann-Sánchez, G., & Lovatón, R. (2012). Intimate Partner Violence in Colombia: Who Is at Risk? *Social Forces*, 91(2), 663-688. doi: 10.2307/23361105
- García-Ubaque, J., Riaño-Casallas, M., & Benavides-Piracón, J. (2012). Informalidad, desempleo y subempleo: un problema de salud pública. *Revista de Salud Pública*, 14 sup(1), 138 - 150.

- García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C., Diago, J., Zapata, C., López, G., Ortiz, J., & López, M. (2008). Eventos adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 11 - 28.
- García, J., Acosta, N., Peñaloza, R., & Rodríguez, J. (2008). *Carga de enfermedad en Colombia 2005: Resultados Alcanzados Documento Técnico ASS/1502-08*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana - Cendex.
- Gaviria, S., Rodríguez, M., & Álvarez, T. (2002). Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia, 2000. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 41 - 46.
- Giddens, A. (2000). *Runaway world : how globalisation is reshaping our lives*. New York: Routledge.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto Masis, D., Gil Laverde, J. F. A., Rondón Sepúlveda, M., & Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(6), 378-386.
- Gómez, A. (2010). *El pueblo Rrom - Gitano de Colombia: Haciendo Camino al Andar*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Gómez, C. (2006). Aportes desde la residencia a la psiquiatría y la salud mental. *Universitas Médica*, 47(2), 107 - 109.
- Gómez, V., Villegas de Posada, C., Barrera, F., & Cruz, J. (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 311 - 325.
- González-Quinones, J., & Restrepo-Chavarriaga, G. (2010). Prevalencia de felicidad en ciclos vitales y relación con redes de apoyo en población colombiana. *Revista de Salud Pública*, 12(2), 228 - 238.
- González, A. C. (2012). "The health exception": a means of expanding access to legal abortion. *Reproductive Health Matters*, 20(40), 22-29. doi: 10.2307/41714974
- González, P., Astudillo, E., & Hurtado, E. (2012). Salud mental positiva y apoyo social percibido en personas con discapacidad física (Vol. 9). Bogotá: Colombia: Revista Cultura del Cuidado.
- González Uzcátegui, R., & Levav, I. (1991). *Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Gray, V. J. (2012). Nonviolence and Sustainable Resource Use with External Support: A Survival Strategy in Rural Colombia. *Latin American Perspectives*, 39(1), 43-60. doi: 10.2307/23238967
- Grupo de Investigación en Salud Mental - Universidad CES, & Secretaría de Salud de Medellín - Grupo de Salud Mental. (2012). *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012*. Medellín.
- Grupo de Memoria Histórica. (2013). *¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Gutierrez, S. (2004). Lineamientos Intervención Psicosocial de la población en condición y situación de desplazamiento por la violencia y el conflicto armado en Colombia (pp. 20): Ministerio de la Protección Social - Dirección General de Promoción Social - Grupo de Apoyo Familiar Especial.
- Harpham, T., Grant, E., & Rodriguez, C. (2004). Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Social science & medicine*, 58(11), 2267-2277.
- Hawkey, L., & Cacioppo, J. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain Behavior and Immunity*, 17 sup(1), 98-105.

- Hunt, S. L. (2012). Everyday Engagement in Spectacular Situations: popular participation in Colombian security provision. *Third World Quarterly*, 33(7), 1305-1321. doi: 10.2307/41698786
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2001). *Forensis 2000. Datos para la vida*. Bogotá.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2007). *Forensis 2006. Datos para la vida*. Bogotá.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2013). *Forensis 2012. Datos para la vida*. Bogotá.
- Inter-Agency Standing Committee. (2010). Guías del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes (pp. 206): IASC.
- Jaremka, L. M., Fagundes, C. P., Glaser, R., Bennett, J. M., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Loneliness predicts pain, depression, and fatigue: Understanding the role of immune dysregulation. *Psychoneuroendocrinology*, 38(8), 1310-1317.
- Jordan, A. H., Monin, B., Dweck, C. S., Lovett, B. J., John, O., & Gross, J. (2011). Misery Has More Company Than People Think: Underestimating the Prevalence of Others' Negative Emotions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(1), 120-135.
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 207-222.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., . . . Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 229-240.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Science*, 5(69), 5-69.
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 80-94.
- Londoño, N., Marín, C. A., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B., . . . López, I. C. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17(1), 59-68.
- Londoño, N., Muñiz, O., Correa, J., Patiño, C., Jaramillo, G., Raigoza, J., . . . Rojas, C. (2005). Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(4), 493 -
- Marín, C. A., Londoño, N. H., Juárez, F., Giraldo, F., & Ramírez, V. (2010). Prevalencia de trastornos mentales y estresores psicosociales en usuarios de consulta externa en psicología de la Universidad de San Buenaventura, Medellín – Colombia. *El Ágora USB*, 10(1), 19-35.
- Martín-Baró, I. (1990). Introducción. In I. Martín-Baró (Ed.), *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. San Salvador: UCA Editores.
- Mateus, J. (2010). Estados del Arte desde el Campo de la Cultura sobre las Prácticas Culturales del Pueblo Rrom-Gitano en Bogotá, D.C. (pp. 154).
- Ministerio de la Protección Social. (2005). Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia: Ministerio de la Protección Social - Fundación FES.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Documento Propuesta para Discusión y Acuerdos*. Bogotá: Dirección General de Salud Pública & Asociación Colombiana de Psiquiatría.
- Ministerio de la Protección Social, & Fundación FES Social. (2005). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. In Asociación Colombiana de Psiquiatría (Ed.): Ministerio de la Protección Social-Fundación FES Social.

- Ministerio de Protección Social. (2004). *Lineamientos de Política de Intervención Psicosocial con víctimas de la violencia y el desplazamiento forzado 2004-2012*. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Ministerio de Salud. (1974). *Macrodiagnóstico de Salud Mental*. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (1982). *Macrodiagnóstico de Salud Mental: Subsector Oficial Directo*. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (1992). *La Salud a la luz de la Salud Mental*. Época.
- Ministerio de Salud. (1994). *Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia, 1993*.
- Ministerio de Salud. (1998a). *Resolución 2358 del 18 de junio. Política Nacional de Salud Mental*.
- Ministerio de Salud. (1998b). *Resolución número 2358 de 1998. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*. Diario Oficial.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Informe Diagnóstico de la Situación de Salud de la Población Indígena y Afrocolombiana en Situación de Desplazamiento y Plan Acelerado de Superación de Falencias en la Atención en Salud y Saneamiento Básico para Estas Poblaciones Protegidas por los Autos 04 y 05 de 2009 y 382 de 2010 de la Corte Constitucional. Orden Vigésima Novena, Auto 219 de 2011*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Evaluación de los servicios de salud mental en Colombia*. Presentación en Power Point.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). *Boletín Epidemiológico, Situación del VIH/SIDA. Colombia 2013*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). *Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021: La Salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (n.d.). *Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Mogollón, A., Vásquez, M., & García, M. (2003). Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 257 - 266.
- Múnera, A. (1998). *El fracaso de la Nación. Región, clase y raza en el caribe Colombiano: 1717 -1810*. Bogotá: Banco de la República, El Ancora Editores.
- Murray, C., & Lopez, A. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349(9064), 1498-1504.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre salud mental. Derechos Humanos y Legislación. Si a la atención, no a la exclusión*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2007). *Renovación de la Atención Primaria en Salud en Las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/ OMS*. Washington.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Marco de Referencia para la implementación de la Estrategia Regional de Salud Mental: OPS Washington^ eDC DC*.
- Organización Panamericana de la Salud, & Universidad de Antioquia. (2003). *Hacia un plan Operativo de Salud Mental para Antioquia*. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia.
- Ortiz, A. (2009). Causal Salud: Interrupcion Legal de Embarazo, Ética y Derechos Humanos. *Reproductive Health Matters*, 17(33), 181-182. doi: 10.2307/40647623

- Ortiz, A. (2013). *Seguimiento a la implementación y cumplimiento del protocolo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual*. Bogotá: OXFAM.
- Oxfam. (2012). *Primera encuesta de prevalencia Violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano, Colombia 2001-2009*. Bogotá: Oxfam.
- Oyserman, D., Coon, H. M., & Kimmelmeier, M. (2002). Rethinking individualism and collectivism: evaluation of theoretical assumptions and meta-analyses. *Psychological bulletin*, 128(1), 3-72.
- Palacios, M., & Safford, F. (2002). *Colombia: País Fragmentado. Sociedad dividida*. Editorial Norma.
- Pallitto, C. C., & O'Campo, P. (2004). The Relationship between Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy: Analysis of a National Sample from Colombia. *International Family Planning Perspectives*, 30(4), 165-173. doi: 10.2307/1566490
- Pedraza, O., Plata, S., Arévalo, I., Montalvo, C., & Sánchez, E. (2014). *Prevalencia y caracterización de factores de riesgo del deterioro cognitivo leve (DCL) y la demencia en una muestra de adultos mayores de Bogotá, 2012- 2014*. Hospital Infantil Universitario de San José-Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS).
- Pérez-Olmos, I., Fernández-Piñeres, P. E., & Rodado-Fuentes, S. (2005). Prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático por la Guerra, en Niños de Cundinamarca, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 7(3), 268-280.
- Peterson, C., & Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. New York: Oxford University Press/American Psychological Association.
- Piñeros, M., Hernández-Suárez, G., Orjuela, L., Vargas, J., & Pérez, G. (2013). HPV knowledge and impact of genital warts on self esteem and sexual life in Colombian patients. *BMC Public Health*, 13, 272 - 280.
- Piñeros Ortiz, S., Molano Caro, J., & López de Mesa, C. (2010). Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 313-328.
- Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Magaña, C., & Gómez, L. (2004). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIII(3), 241 - 262.
- Posada, J. (2006). Las enfermedades mentales comienzan en la juventud. *Revista Fundamentos*, 24, 12 - 14.
- Prada, N., Gutiérrez, A., & Hurtado, C. (2013). *Diagnóstico de situación de niñas, niños, y adolescentes con orientaciones sexuales o identidades de género no normativas*. Bogotá D.C.: Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Prieto, A. (2002). Salud Mental: Situación y Tendencias. *Revista de Salud Pública*, 4(1), 74 - 88.
- Prieto, F. (2007). *Los matices de la vulnerabilidad. Factores asociados a la salud sexual y reproductiva en grupos priorizados de localidades en emergencia social de Bogotá D.C.*: Editorial Scripto.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859-877.
- Profamilia - Instituto Nacional de Salud - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - Ministerio de la Protección. (2010). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 - ENSIN. Resumen*. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Profamilia. (2000). *Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000*. Bogotá: Profamilia.
- Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*.
- Puertas, G., Ríos, C., & Del Valle, H. (2006). Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 20(5), 324-330.

- Quintero, L. (2008). La exclusión social de "habitantes de la calle" en Bogotá: una mirada desde la bioética. *Revista Colombiana de Bioética*, 3(1), 101-144.
- Rodríguez, M. R., Rincón H., H. G., Velasco P., M. M., Hernández A., C. A., Ramos, M. L., & González, J. A. (2012). Prevalencia de trastornos mentales en una población que demanda servicios de salud en una IPS de baja complejidad y su asociación con la ideación suicida y la discapacidad percibida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 141-151.
- Rokeach, M. (1968). The Role of Values in Public Opinion Research. *Public Opinion Quarterly*, 32(547-549).
- Roxby, P. (2012). Loneliness is 'major health issue'. Retrieved 17 marzo 2014
- Rudorfer M, H. M., Sackeim H., (2003). Electroconvulsive Therapy. In A. K. y. L. Tasman (Ed.), *Psychiatry. Segunda edición, vol. 1, secc. VI, cap. 92* Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Rutz, W. (2006). Social psychiatry and public mental health: present situation and future objectives. Time for rethinking and renaissance? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(s429), 95-100.
- Sanchez, N. (2005). La carga de la enfermedad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(2), 298-304.
- Sartorius, N., & Schulze, H. (2005). *Reducing the stigma of mental illness: a report from a global association*. Cambridge University Press.
- Schneider, S., & Peyré, I. (2006). Territorio y Enfoque Territorial: de las referencias cognitivas a los aportes aplicados al análisis de los procesos sociales rurales. In M. Manzanal, G. Neiman & M. Lattuada (Eds.), *Desarrollo Rural. Organizaciones, Instituciones, y Territorio* (pp. 71 - 102). Buenos Aires: Ed. Ciccus.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. (2013). *Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012 - 2016*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
- Sotelo, N., Quiroz, J., Mahecha-Montilla, C., & López-Sánchez, P. (2012). Condiciones de salud y trabajo de las mujeres en la economía informal. Bogotá, 2007. *Revista de Salud Pública*, 14 sup(1), 32 - 42.
- Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797-5801.
- Tobón Marulanda, F. A., López Giraldo, L. A., & Ramírez Villegas, J. F. (2013). Características del estado de salud mental de jóvenes en condiciones vulnerables. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(3), 462-473.
- Torres de Galvis, Y. (2000). Epidemiología de los trastornos psiquiátricos: estudio nacional Colombia. Comunicación presentada en: 1er. Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2000. www.psiquiatria.com. Febrero-Marzo de 2000. URL persistente: <http://hdl.handle.net/10401/1208>; URL editor: http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa9/conferencias/9_ci_c.htm (Consultado: 04/05/2014): Interpsiquis.
- Torres de Galvis, Y., Posada Villa, J., Bareño Silva, J., Berbesi Fernández, Y., Sierra Hincapie, G., Montoya Velez, L., & Mejia Montoya, R. (2012). Salud Mental en Adolescentes en Colombia. *Revista del Observatorio Nacional de Salud Mental-Colombia*, 1(1), 17 - 27.
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Gentile, B. (2012). Increases in individualistic words and phrases in American books, 1960–2008. *PloS one*, 7(7).
- UNICEF. (2006). *Colombia por la primera infancia. Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años*. Bogotá: UNICEF.

- Urrego, Z. (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974 - 2004. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI(2), 308 - 319.
- Valencia, M., & Salazar, J. (2010). Evaluación del impacto de acciones de bienestar sobre una comunidad en Colombia usando un modelo para datos correlacionados. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(1), 64-72.
- Vásquez Londoño, C. (2012). *Clasificación por categorías térmicas de las plantas medicinales, en el sistema tradicional de salud de la Comunidad Afrodescendiente de Palenque San Basilio, Bolívar, Colombia*. (Maestría en Medicina Alternativa), Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Vázquez Navarrete, M. L., Mogollón Pérez, A. S., & García Gil, M. (2003). Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Revista Española de Salud Pública*, 77(2), 257-266.
- Victor, C. R., & Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *The Journal of psychology*, 146(3), 313-331.
- Wade, T. J., & Cairney, J. (2006). Sociological contributions. In M. Hersen, J. C. Thomas & R. T. Ammerman (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (Vol. 3, pp. 47-63). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Whiteford, H., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A., Ferrari, A., Erskine, H., . . . Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575 - 1586.
- Wilkinson, R. G., & Marmot, M. G. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). *Strengthening mental health promotion: mental health is not just the absence of mental disorder*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2005). *Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2006). *Política, planes y programas de salud mental* (Versión revisada. ed.). Madrid: Editores Médicos, S.A./EDIMSA.
- Zapata, M. A., Torres de G., Y., & Montoya, L. P. (2011). Riesgo de Juego Patológico. Factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín - Colombia. *Adicciones*, 23(1), 17-25.