

Capítulo IX:

Salud Mental

*Trapiche Panelero
Yolombó Antioquia*



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

CAPÍTULO IX PROFUNDIZACIÓN SALUD MENTAL

En las últimas décadas, ha habido un creciente reconocimiento en la importancia de la salud mental y el bienestar emocional. Se han implementado políticas y programas a nivel mundial para abordar los trastornos mentales, promover la salud mental en la población general y garantizar el acceso a la atención y los servicios de calidad.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: «...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 1946). De igual manera, definió la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, se deben promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial (OMS, 2008).

Uno de los logros más destacados de la OMS en relación con la salud mental ha sido la publicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). La CIE es un sistema utilizado a nivel mundial para diagnosticar y clasificar trastornos mentales y otros problemas de salud. La última edición de la CIE, la CIE-11, publicada en 2018, incorpora avances significativos en la comprensión de los trastornos mentales y refleja una visión más holística de la salud mental.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de las Naciones Unidas fue adoptado en 1966 y ratificado por el Estado colombiano el 29 de octubre de 1969, el PIDESC es un tratado de derechos humanos que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El PIDESC establece que los Estados deben tomar medidas progresivas para garantizar la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades mentales.

La Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina celebrada en Caracas, Venezuela en noviembre de 1990 y auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) marcó un hito histórico en el camino de la reforma y modernización de los servicios de salud mental en la región. La Declaración de Caracas enfatizó que la atención centrada en el hospital psiquiátrico debía ser sustituida por un modelo de base comunitaria, descentralizado, participativo e integral. El Consejo Directivo de la OPS/OMS, en sus reuniones de 1997 y 2001, instó a los Estados Miembros a priorizar la salud mental y desarrollar acciones en esa dirección.

En noviembre del 2005 se celebró en Brasilia la “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas”, auspiciada por la

OPS/OMS y el Gobierno de Brasil, para evaluar lo sucedido en este periodo, plantear los nuevos desafíos técnicos y culturales que los servicios de salud mental deben afrontar y las perspectivas para el futuro. Finalmente, el Consenso de Panamá (2010) llama en forma directa a los gobiernos y demás actores nacionales a fortalecer el modelo de salud mental comunitaria en todos los países de la Región, de manera que se asegure la erradicación del sistema manicomial antes del año 2020.

El Gobierno Nacional en cabeza del entonces presidente Juan Manuel Santos y acatando las directrices de las convenciones internacionales firma la Ley 1616 de 2013, que busca garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental. Esto permitió tener nuevos lineamientos nacionales en relación al abordaje de la salud mental en los diferentes cursos de vida.

De otro lado, la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto significativo en la salud mental de las personas en todo el mundo y por supuesto en Colombia en donde hasta mayo del 2023 se han contabilizado 6.367.600 casos confirmados, con 142.748 decesos, afectando al núcleo familiar principalmente; durante el 2020 y 2021 la preocupación por la posibilidad de contraer el virus, la incertidumbre sobre el futuro, el aislamiento social y las dificultades económicas contribuyeron a incrementar los niveles de ansiedad, estrés y otras patologías asociadas en personas que estuvieron expuestas o no directamente a la enfermedad, el confinamiento también aumentó el abuso de sustancias psicoactivas, como el alcohol, tabaco o marihuana, entre otras, como una forma de hacer frente al estrés y la ansiedad relacionados con la pandemia.

Así mismo en abril de 2021 el Departamento Nacional de Planeación publicó una nota sobre violencia en el hogar durante COVID – 19. En esta nota, reconoce que las medidas de confinamiento domiciliario, para evitar la propagación del virus, tuvieron consecuencias no deseadas sobre la convivencia en los hogares y precisa que “en Colombia las llamadas de emergencia por casos de violencia domestica aumentaron en un 112% desde noviembre de 2019 hasta el mismo mes de 2020”. La nota aclara que debido al alto subregistro de la violencia contra mujeres y niñas y que la convivencia hace aún más difícil la denuncia “estas cifras pueden ser más altas” (DNP, 2021)

Igualmente, la violencia en Antioquia, promovida por los grupos subversivos al margen de la ley, las milicias urbanas y otros grupos, han repercutido significativamente en la salud mental de las personas que son o fueron víctimas de sus ataques armados, desplazamientos, secuestros y

masacres. Los expertos en salud mental han descrito que las manifestaciones que prevalecen en las personas que han sufrido las guerras son: ansiedad, incertidumbre, sentimientos catastróficos, alteraciones del sueño, pérdida o aumento del apetito, baja autoestima, sensación de desprotección, pánico, ira, estado de alerta constante, dificultad para memorizar, frialdad afectiva, revivir constantemente el hecho violento, fobias, pérdida de la confianza en los demás, paranoia, disfunciones sexuales, dificultad para tomar decisiones y sentimientos de culpa. (Nieto, 2023)

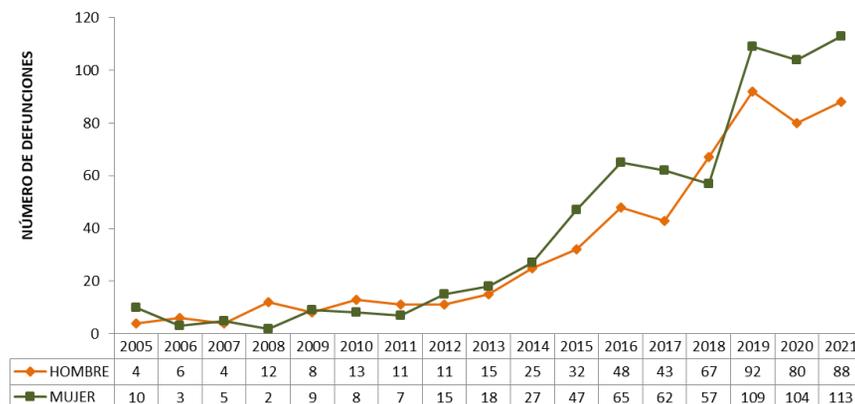
Al 2022 Antioquia se reconoce como el departamento con mayor número de víctimas y hechos victimizantes del país, con un total de 1.543.928 víctimas

9.1. Indicadores de Salud Mental en Antioquia

9.2. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, según sexo. Antioquia, 2005 – 2021

En Antioquia, de acuerdo con la información del Sistema Integral de Información de la Protección Social-SISPRO, se evidencia que las defunciones por trastornos mentales y de comportamiento en la última década presenta una tendencia incremental, presentando una pendiente mayor entre los años 2018 y 2019, en el año 2020 se observa una disminución en el número de defunciones por esta causa, en ambos sexos; no obstante persiste un mayor número de defunciones entre las mujeres; para el año 2021 se presenta un incremento en relación con el año inmediatamente interior tanto en género masculino como femenino.

Figura 272. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, según sexo. Antioquia, 2005 – 2021

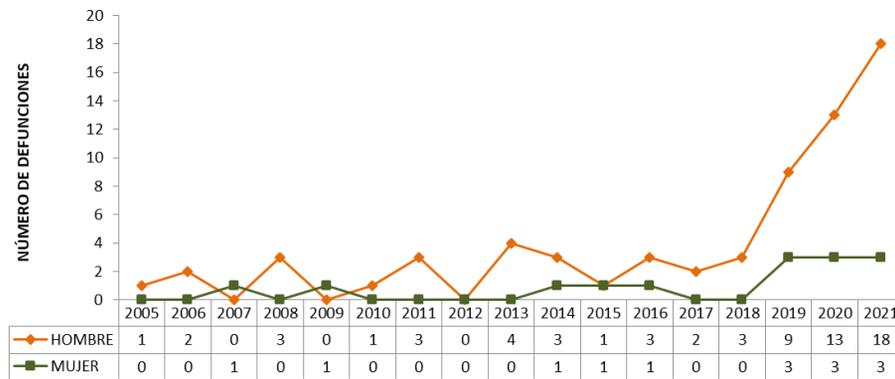


Fuente: SISPRO

9.2.1. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. Antioquia, 2005 – 2021

Para el Departamento, las muertes por el consumo de sustancias psicoactivas de las personas que sufren un trastorno mental y de comportamiento presenta un ascenso significativo en los últimos 3 años, un total de 49 fallecimientos entre población masculina y femenina. Es de especial interés el incremento en los decesos de la población masculina que para los últimos 3 años registraron un total de 40, cifra superior a los decesos presentados en los 13 años que le preceden. En relación a la población femenina se presentaron un total de 9 defunciones en los últimos 3 años. Si bien la cifra ha sido constante es mayor a la media histórica. Esto puede tener su origen en el incremento de consumo de sustancias como consecuencia del confinamiento dado por el gobierno nacional para enfrentar la pandemia COVID-19

Figura 273. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. Antioquia, 2005 – 2021

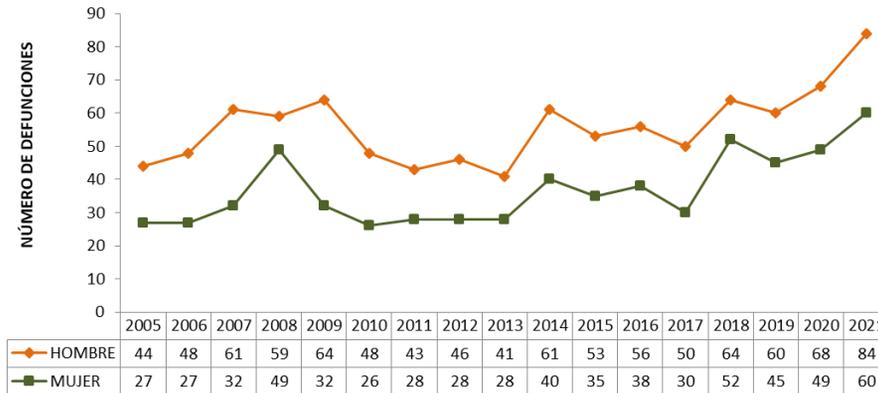


Fuente: SISPRO

9.2.2. Número de defunciones por epilepsia, según sexo. Antioquia, 2005 – 2021

Para los antioqueños la muerte por epilepsia ha presentado una oscilación en el comportamiento en el período comprendido entre 2005 y 2021 tanto en hombres como en mujeres, con una leve tendencia al aumento; los hombres presentan mayor número de personas fallecidas por este diagnóstico, lo que puede tener como explicación que son los hombres quienes presentan más casos de lesiones por causas externas y dentro de estas presentan mayor número de lesiones del sistema nervioso que dejen secuelas y una de ellas es la epilepsia. La Organización Mundial de la Salud - OMS, informa que la muerte prematura es tres veces más frecuente en personas con epilepsia.

Figura 274. Número de defunciones por epilepsia, según sexo. Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales – DANE.

9.3. Morbilidad específica en salud mental

El acceso a los servicios de salud mental desde los primeros niveles de atención es una prioridad en el plan de acción de la OMS, igualmente disponer de información oportuna y consistente, por tal razón se evidencia cuáles son las causas de consulta debidas a problemas de salud mental por las tres grandes causas (trastornos mentales y del comportamiento, trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y epilepsia), por ciclo vital y por sexo, es necesario aclarar que a través de esta medición podemos evidenciar la utilización de servicios por estas causas de morbilidad, no la morbilidad real por causas asociadas a patología mental en el Departamento y no se pueden hacer cálculos de incidencia o prevalencia.

Al evaluar la morbilidad atendida, por eventos relacionados con la salud mental, en el año 2022 se observa, que la mayor proporción de consultas se presentó por trastornos mentales y del comportamiento, siendo la primera infancia con 87.43% y la vejez con 87.09% los cursos de vida donde más se presentan estos trastornos, la adultez es donde se presenta una menor prevalencia con 78.11%.

En cuanto a las consultas por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, encontramos que los cursos de vida en los cuales se presentan un mayor porcentaje de consultas por esta causa son en su orden, la juventud y la adultez, con un 12.99% y un 10.69% respectivamente; en el primer grupo esta proporción aumentó con respecto a lo observado el año anterior.

En cuanto a las consultas relacionada con la epilepsia se observa que la primera infancia es el

grupo poblacional en el cual se puede observar una mayor proporción de consultas por esta causa, aumentado un punto en relación con el año anterior; en segundo lugar, está el grupo de infancia en el cual el 12.38% de las consultas estuvo relacionada con la epilepsia, en el curso de vida adultez y vejez se visualiza un incremento de las consultas.

En total para el Departamento de Antioquia en el período comprendido entre 2009 y 2022 se atendieron 9.105.442 consultas relacionadas a los tres grandes grupos de causas de salud mental; la causa que predomina son los trastornos mentales y del comportamiento con 7.521.449 de consultas, que equivale al 83% del total de consultas, seguido por la epilepsia con el 12% y trastornos mentales por uso de sustancias con el 6% del total.

Tabla 178. Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental. Antioquia, 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total														Δ pp 2020-2021	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Primera infancia	Trastornos mentales y del comportamiento	58,54	58,37	64,54	64,40	70,00	68,70	73,00	73,76	73,91	75,73	77,05	73,95	80,60	79,35	-1,25	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,72	0,34	0,86	0,71	0,21	0,27	0,29	0,20	0,46	0,23	0,92	0,75	0,15	0,40	0,25	
	Epilepsia	40,74	41,29	36,80	36,89	29,79	31,03	26,71	26,04	25,62	24,04	22,03	25,30	19,25	20,25	1,00	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	74,50	76,71	78,84	81,33	85,06	84,89	85,69	90,35	88,78	90,16	89,92	85,91	87,33	87,43	0,10	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,38	0,23	0,22	0,18	0,16	0,13	0,24	0,20	0,18	0,18	0,24	0,14	0,08	0,19	0,12	
	Epilepsia	25,11	23,07	20,94	18,49	14,77	14,98	14,08	9,45	11,04	9,66	9,84	13,94	12,59	12,38	-0,22	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	69,45	70,62	71,70	74,02	76,36	77,70	79,84	82,01	80,57	80,70	84,19	81,94	86,62	86,14	-0,47	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,97	9,13	6,16	7,99	9,65	8,71	9,91	9,16	9,39	11,31	7,61	7,04	4,60	5,72	1,12	
	Epilepsia	24,58	20,25	22,14	17,99	13,98	13,59	10,25	8,83	10,04	7,98	8,20	11,02	8,79	8,14	-0,65	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	71,91	71,66	71,08	71,97	73,07	74,32	75,45	77,42	75,29	75,22	80,44	79,51	83,51	78,67	-4,84	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	6,00	10,56	10,22	11,39	12,11	12,04	14,17	11,99	11,01	14,47	10,39	9,74	8,43	12,99	4,56	
	Epilepsia	22,09	17,79	18,70	16,64	14,82	13,64	10,38	10,59	13,69	10,31	9,16	10,75	8,06	8,34	0,28	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,41	80,13	80,58	79,99	80,56	80,35	83,01	83,68	80,74	80,98	83,99	81,70	84,59	78,11	-6,48	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,21	4,46	3,63	4,77	5,11	5,34	6,86	5,77	5,23	7,85	5,80	5,37	5,48	10,69	5,21	
	Epilepsia	16,38	15,41	15,79	15,24	14,33	14,31	10,13	10,55	14,03	11,17	10,21	12,93	9,92	11,20	1,27	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	87,45	88,69	90,35	91,66	89,77	88,80	91,22	91,04	89,62	90,85	90,40	90,35	90,06	87,09	-2,97	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,73	1,17	1,30	0,89	1,94	1,49	1,88	1,84	1,54	1,67	2,10	1,36	1,62	3,51	1,99	
	Epilepsia	10,82	10,14	8,35	7,45	8,30	9,71	6,91	7,13	8,84	7,48	7,49	8,30	8,32	9,40	1,08	

Fuente: SISPRO

En Antioquia, las mujeres presentan el mayor número con 4.857.835 de consultas debido a los tres grandes grupos de causas de salud mental, siendo los Trastornos mentales y del comportamiento el mayor motivo de consulta con 4.219.220, esto corresponde al 86%; el segundo motivo de consulta es la epilepsia con 520.929 que corresponde al 10% y finalmente el trastorno mental y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas con 117.686 consultas, esto representa el 2%.

El trastorno mental y del comportamiento se presenta en mayor medida en la adolescencia y la adultez, mientras que el trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas se presenta en mayor medida en la juventud y adultez.

La epilepsia en población femenina tiene mayor prevalencia en población de primera infancia, seguido por infancia y adultez.

Tabla 179 Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental en Mujeres, Antioquia, 2009 – 2022

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2020-2022	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	55,10	50,28	57,84	58,14	63,07	64,19	64,54	66,93	66,21	67,44	70,24	67,30	73,61	70,59	-3,03	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,18	0,37	0,94	0,46	0,34	0,14	0,36	0,30	0,29	0,05	1,11	0,89	0,18	0,64	0,66	
	Epilepsia	44,73	49,36	41,22	41,41	36,59	36,67	35,10	32,78	33,50	32,51	28,65	31,81	26,21	28,77	2,55	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	68,23	69,90	71,86	72,76	79,80	78,39	78,95	86,49	85,45	86,49	85,92	80,94	84,03	85,38	1,35	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,12	0,19	0,36	0,18	0,27	0,12	0,36	0,20	0,19	0,06	0,41	0,13	0,06	0,16	0,00	
	Epilepsia	31,65	29,91	27,98	27,06	19,93	21,49	20,69	13,30	14,36	13,45	13,67	18,93	15,91	14,46	-1,45	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	72,22	72,14	72,82	76,50	79,76	80,16	82,01	84,48	83,74	84,93	87,80	85,40	90,31	89,84	-0,47	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,70	7,95	5,67	5,42	4,94	5,85	7,10	5,90	5,77	5,82	3,94	4,08	2,66	3,64	0,98	
	Epilepsia	22,08	19,91	21,71	18,07	15,29	14,00	10,90	9,62	10,50	9,25	8,26	10,53	7,03	6,52	-0,51	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	76,55	77,41	75,33	76,36	78,31	79,42	82,85	82,92	80,48	82,36	86,28	84,24	89,05	85,50	-3,55	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,81	5,03	6,17	4,51	5,50	4,89	6,61	4,82	4,53	5,72	4,22	4,64	3,47	6,02	2,54	
	Epilepsia	19,64	17,56	18,50	19,14	16,19	15,70	10,54	12,26	14,99	11,92	9,50	11,12	7,48	8,49	1,01	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	85,88	85,21	85,20	85,79	86,06	85,69	88,30	88,98	86,00	87,07	88,83	86,94	89,52	85,22	-4,30	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,36	1,92	1,51	1,99	1,53	1,76	2,94	2,14	2,01	2,85	2,25	2,43	2,16	4,57	2,41	
	Epilepsia	12,76	12,87	13,29	12,22	12,40	12,55	8,76	8,87	11,99	10,08	8,91	10,64	8,32	10,21	1,89	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	91,20	90,58	91,88	93,73	92,09	91,81	93,05	93,72	92,31	93,16	92,92	92,63	92,55	89,98	-2,57	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,79	0,37	0,54	0,45	0,65	0,66	1,09	0,80	0,71	0,88	1,04	0,74	0,96	2,11	1,32	
	Epilepsia	8,01	9,04	7,58	5,82	7,25	7,53	5,86	5,48	6,98	5,96	6,04	6,63	6,48	7,91	1,43	

Fuente: SISPRO

En relación a la población masculina en el departamento de Antioquia en el periodo 2009 – 2022 ha registrado un total de 4.171.436 consultas debido a los tres grandes grupos de causas de salud mental, el trastorno mental y del comportamiento registró en este periodo de tiempo un total de 3.239.858 lo que equivale al 77% de la consultas, el segundo grupo corresponde a la epilepsia con 543.494 consultas que corresponde al 13% y por último se encuentra el grupo de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas con un total de 388.084 que representa el 9% de las consultas.

El trastorno mental y del comportamiento se presenta en mayor medida en la infancia y en menor medida en adultez, mientras que la epilepsia se presenta mayormente en primera infancia; el trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas se presenta en mayor medida en la juventud y adultez.

Tabla 180 Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental en Hombres, Antioquia, 2009 – 2022

Curso de vida		Morbilidad en salud mental hombres														Δ pp 2020-2022	Tendencia
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Primera infancia	Trastornos mentales y del comportamiento	60,79	64,14	68,77	68,75	74,26	71,42	78,45	77,63	78,42	80,06	80,77	78,05	84,59	83,64	-0,95	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,07	0,32	0,80	0,88	0,13	0,35	0,25	0,15	0,56	0,32	0,81	0,66	0,13	0,28	0,35	
	Epilepsia	38,14	35,54	30,43	30,36	25,60	28,22	21,30	22,22	21,01	19,62	18,41	21,30	15,27	16,08	0,80	
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	77,78	80,03	82,32	85,56	87,61	88,01	88,92	92,19	90,43	92,05	91,98	88,52	89,16	88,52	-0,63	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,52	0,24	0,15	0,19	0,11	0,14	0,18	0,19	0,18	0,24	0,15	0,15	0,08	0,21	0,22	
	Epilepsia	21,70	19,73	17,52	14,25	12,28	11,85	10,90	7,62	9,40	7,70	7,86	11,33	10,76	11,27	0,51	
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	66,36	69,36	70,89	72,14	73,81	75,77	78,14	80,02	77,95	77,66	81,22	79,02	82,22	81,53	-0,69	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	6,26	10,12	6,59	9,93	13,19	10,94	12,11	11,77	12,39	15,26	10,62	9,54	6,90	8,31	1,34	
	Epilepsia	27,38	20,52	22,52	17,93	13,00	13,28	9,75	8,20	9,66	7,07	8,16	11,44	10,88	10,16	-0,72	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	65,59	66,09	66,79	68,39	68,96	70,51	69,46	73,47	71,33	70,73	76,04	75,73	78,46	72,98	-5,48	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	8,98	15,91	14,31	17,01	17,29	17,38	20,29	17,15	15,98	19,98	15,05	13,82	12,94	18,80	5,86	
	Epilepsia	25,42	18,00	18,90	14,60	13,75	12,10	10,26	9,38	12,70	9,29	8,91	10,46	8,60	8,21	-0,38	
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	69,79	71,72	72,90	71,22	72,45	72,87	75,15	76,27	73,39	73,71	77,77	75,20	78,21	70,72	-7,49	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	6,80	8,66	7,16	8,98	10,38	10,34	12,68	10,83	9,73	13,81	10,35	9,01	9,79	17,05	7,26	
	Epilepsia	23,41	19,62	19,94	19,80	17,17	16,79	12,17	12,89	16,88	12,48	11,87	15,78	12,00	12,23	0,23	
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,52	85,32	87,92	88,50	85,72	83,40	87,73	86,02	84,70	86,84	85,96	86,28	85,15	81,90	-3,25	
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,46	2,60	2,52	1,57	4,17	2,98	3,38	3,77	3,06	3,03	3,97	2,45	2,91	6,01	3,30	
	Epilepsia	16,02	12,08	9,56	9,94	10,11	13,62	8,89	10,21	12,25	10,13	10,07	11,27	11,94	12,09	0,35	

Fuente: SISPRO

9.4. Comportamiento del Intento de Suicidio en Antioquia

El intento de suicidio es una conducta autoinfligida, iniciada y realizada por un individuo con el uso de diferentes métodos, sin la intervención de otros, y sin resultado fatal. La existencia de intentos suicidas en el pasado es uno de los factores de riesgo más importantes para la ocurrencia del suicidio consumado en la población general.

En diferentes estudios se resalta el carácter multifactorial de la conducta suicida; entre los factores que se identifican con mayor frecuencia, está la presencia de trastornos psiquiátricos como la depresión y el uso/abuso de sustancias psicoactivas como el alcohol, toma de decisiones e impulsividad o agresividad.

El alto número de casos, los costos para los servicios de salud y la afectación de las familias y la sociedad en general, han hecho que éste se considere un problema de salud pública, objeto de vigilancia epidemiológica, frente al cual se han generado diferentes respuestas desde diferentes estamentos gubernamentales; no obstante, como puede verse en la siguiente figura, al evaluar el comportamiento del evento en los últimos 7 años las tasas de incidencia exhiben un comportamiento fluctuante, con un pico de 82 casos por 100.000 habitantes, en 2019, para luego descender hasta 66.3 por 100.000 habitantes en 2021, valor muy similar al observado el año anterior, teniendo en cuenta que estos dos años corresponden a un periodo en el cual se tomaron medidas de mitigación relacionadas a la pandemia por COVID-19. Posterior a ello, en el año 2022 se evidenció una tasa de 83,1 casos por cada 100.000 habitantes, superando las evidenciadas en los años anteriores.

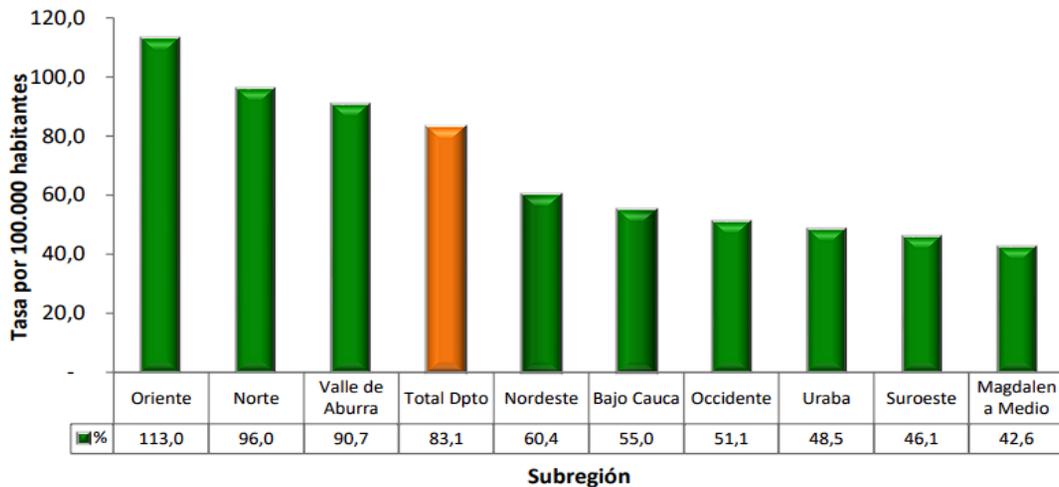
Figura 275. Tasa de incidencia intento de suicidio. Antioquia, 2005 – 2022



Fuente: Sivigila

Por subregión la tasa más alta se presenta en el Oriente 113 casos por 100.000 habitantes, seguida de Norte con 96 casos por 100.000 habitantes, Valle de Aburrá 90.7 por 100.000 habitantes, el Magdalena Medio y el Suroeste con 42.6 y 46.1 casos por 100.000 habitantes, respectivamente; presentan las tasas más bajas del departamento, situación que puede deberse a subregistro de la información. Estas tasas presentan un incremento significativo en todas las subregiones en comparación con el año anterior.

Figura 276. Tasa de incidencia de intento de suicidio, según subregión de ocurrencia. Antioquia, 2022

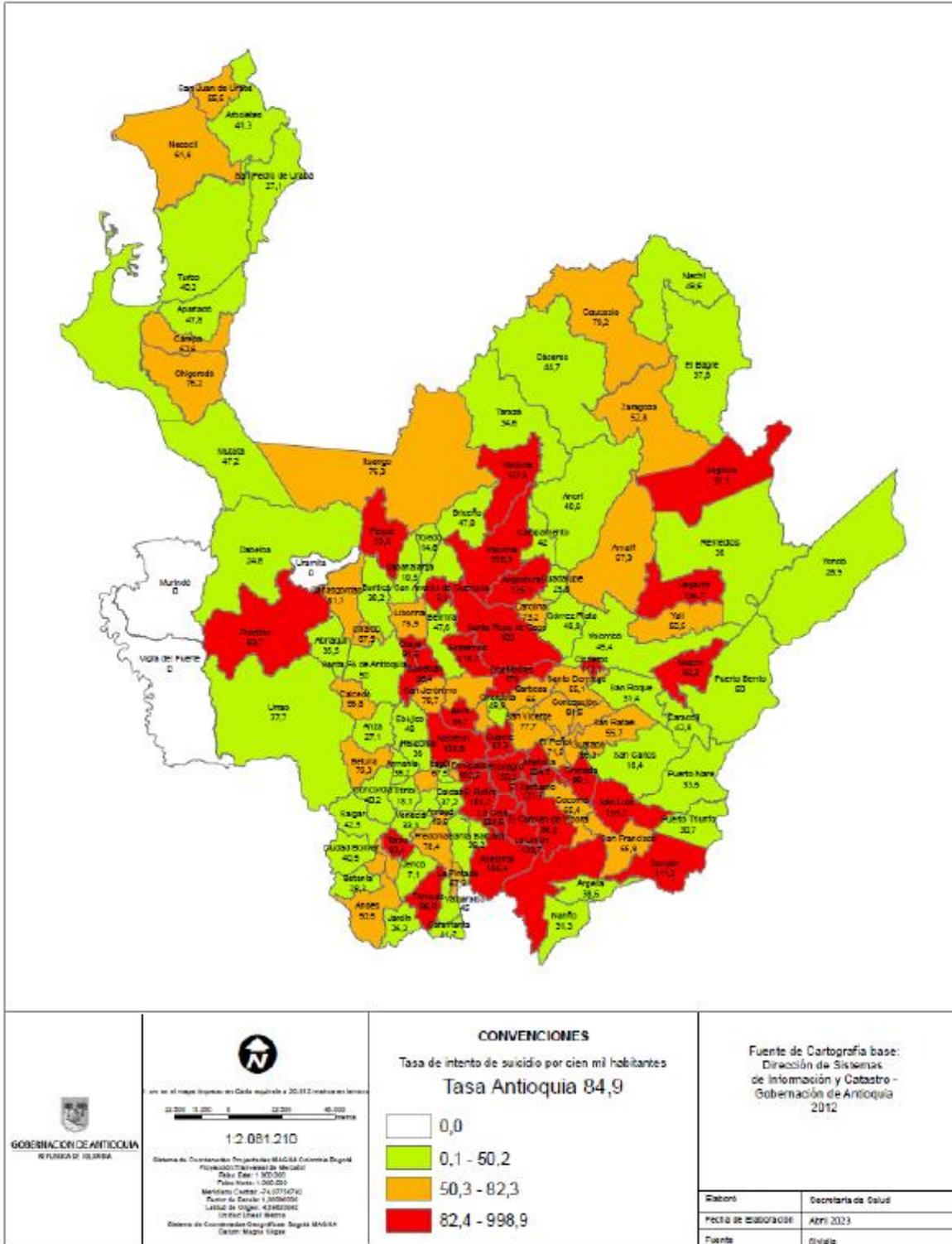


Fuente: Sivigila

Al georreferenciar el riesgo de intento de suicidio, se observa que el alto riesgo que corresponde a una tasa de 83 por 100.000 habitantes o más. Por su parte 30 municipios del departamento, presentan el riesgo más alto de intento de suicidio, dentro de los que se destacan los municipios de Yarumal (998,9 por 100 000), La Unión (438,9 por 100 000), Entrerriós (218,2 por 100 000), Marinilla (204,9 por 100 000), El Retiro (188,9 por 100 000) los cuales presentaron las tasas más altas de intento de suicidio durante el año 2022.



Mapa 43. Riesgo para Intento de suicidio. Antioquia 2022.



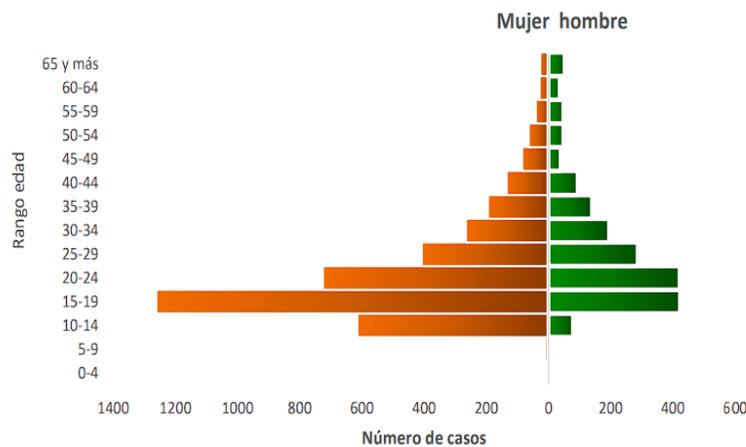
Fuente: Sivigila

Al analizar el comportamiento de intento de suicidio por sexo, es consistente con lo documentado en la literatura donde el mayor número de intentos de suicidio se presentan en las mujeres quienes utilizan métodos menos letales que los hombres, es por esta razón que los intentos de suicidios se repiten más en población femenina que masculina.

Las tasas más altas de intento de suicidio se presentaron en el grupo de adolescentes, seguido del grupo de jóvenes, en el año 2022, el riesgo de esta conducta aumento en estos dos grupos poblacionales pasando de una tasa de 175 a 240,2 casos por 100.000 adolescentes y de 161 a 204,1 intentos por 100.000 jóvenes (20 a 24 años).

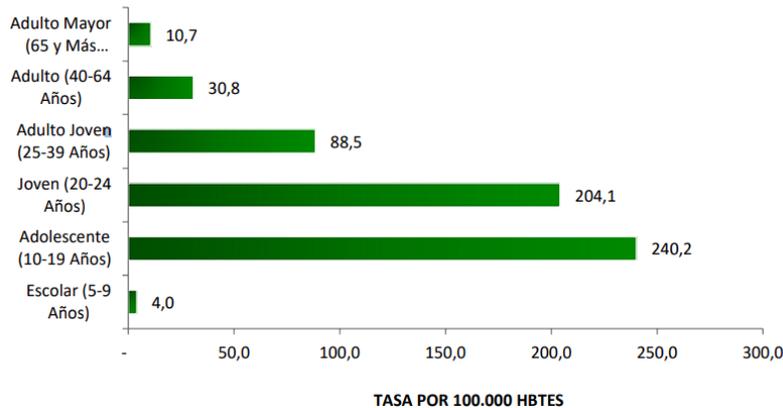
En cuanto al grupo de niños de 5 a 9 años, la tasa se incrementó con relación al año anterior pasando de 3 a 4 por 100.000 niños.

Figura 277. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, por sexo y grupo etario. Antioquia, 2022



Fuente: SIVIGILA

Figura 278. Distribución de los casos de intento de suicidio, por grupo de edad. Antioquia, 2022



Fuente: SIVIGILA

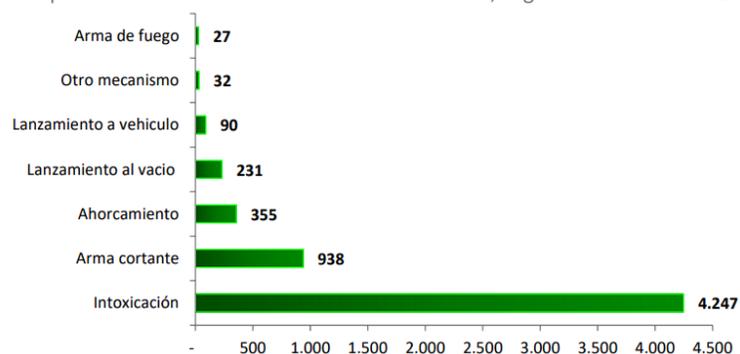
Al caracterizar los casos de intento de suicidio por los 5 grupos étnicos, se identifica que el 99% de las personas reportadas no se identificaron como pertenecientes a ninguna etnia priorizada en el país; el 0.5% (31 personas) se reconocieron afrodescendientes y se identificaron 9 casos en indígenas, 10 casos en población Rom/gitano, 6 casos en población Raizal. El 59.5% de las personas con intento suicida recibieron atención intrahospitalaria, lo que permite hacer seguimiento postgreso a través de la atención por psicología y psiquiatría con el fin de reducir el riesgo de otros intentos.

La mayor proporción de casos notificados pertenecían al régimen contributivo (58,2%), seguido del régimen subsidiado (35,9%). El 0,9% (49 casos) de los casos notificados o no estaban asegurados o fueron reportados como estado indeterminado, en cualquiera de los dos casos se trata de personas que por su estado de no aseguramiento se ve limitado su acceso a atenciones especializadas.

De los pacientes no asegurados que corresponde a 121, el 30,6% son migrantes venezolanos, al hacer la distribución de los casos en esta población por ciclo vital y sexo, se encontró que el comportamiento es similar a la población colombiana con una mayor proporción de casos en mujeres con un 64,4% y en adolescentes de 10 a 19 años un 40,59%, seguido de adultos jóvenes con un 29,7%; solo el 53,5% de los casos en población de nacionalidad venezolana, aparece reportado como migrante en la base de datos.

La intoxicación es el mecanismo más frecuente utilizado en los casos de conducta suicida aportante el 74,2% de los casos, el 16,4% fue por arma cortante y el 6,2% por ahorcamiento, constituyéndose estos en los tres mecanismos más frecuentemente utilizados; el arma de fuego fue el menos reportado.

Figura 279. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, según mecanismo utilizado. Antioquia, 2022



Fuente: SIVIGILA

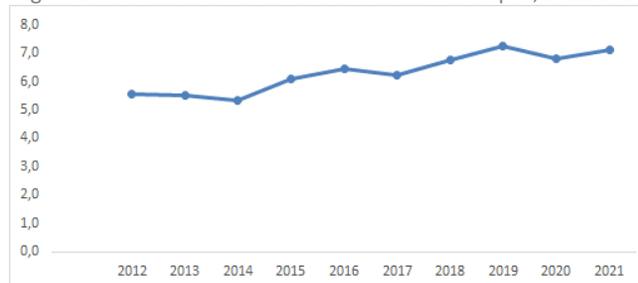
9.5. Comportamiento de Suicidio en Antioquia

En el mundo de acuerdo a la OMS, (Informe de septiembre del 2021), 1 de cada 100 fallecimientos se debe al suicidio, anualmente se presentan cerca de 700.000 suicidas, entre las personas de 15 a 29 años es la cuarta causas de muerte, los hombres se suicidan el doble que las mujeres (12.6 por cada 100.000 hombres, 5.4 por 100.000 mujeres) la tasa más alta en hombres se presenta en países de ingresos altos con una tasa de 12.6 por 100.000 hombres, las tasas más altas en mujeres se presentan en países de ingresos medios y bajos (7.1 por 100.000 mujeres). La tasa de suicidio en la región de África es de 11.2 por 100.000 habitantes en Europa 10.5 por 100.000 habitantes, en Asia sudoriental 10 por 100.000 habitantes, regiones que superan la tasa media mundial de 9 por 100.000 habitantes, .la tasa más baja es en la región del Mediterráneo Oriental con 6,4 por 100.000 habitantes. Entre el 2.000 y el 2020, las tasas de suicidio se han reducido en un entre un 17% en la región del Mediterráneo Oriental y 49% en la región del Pacífico Occidental.

En las Américas es la región donde más asciende la tasa de suicidios, incrementado en un 17%. A pesar de esto solo 38 de los países han implementado estrategias de prevención del suicidio. En Colombia, de acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social, durante los años 2010 a 2019 la tasa de suicidio osciló entre 4 y 5.7 por 100.000 habitantes, el 17% se presentó entre niños, niñas, adolescentes y jóvenes de 5-19 años, con tasas que van de 2.6 a 3.5 por 100.000 habitantes. Dos casos se presentaron entre menores de 4 años.

En Antioquia en los últimos 10 años se han presentado un total de 3.995 casos de suicidio, con un promedio de 399 casos por años y valores que oscilan entre 323 en 2014 y 483 en 2021; la tasa oscila entre 5.3 a 7.3 por cien mil habitantes, cifras superiores a las reportadas por el país, posterior al leve descenso observado el 2020, nuevamente el presente año se observa aumento del número de casos de suicidio, llegando a un número mayor al observado en al año 2020.

Figura 280. Tendencia de la tasa de suicidio Antioquia, 2012-2021



Fuente: DANE. 2021
Información Preliminar

Procesa: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
Tabla 181. Distribución de los casos y tasas de Suicidios Antioquia 2012 - 2021

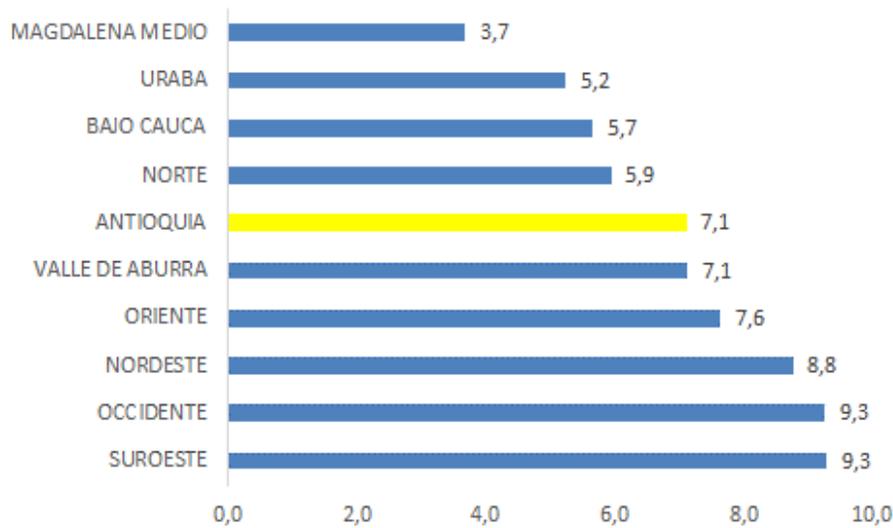
SUBREGION MUNICIPIO	AÑO																			
	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	casos	Tasa x cientí hótes.																		
TOTAL DEPARTAMENTO	330	5,6	330	5,5	323	5,3	374	6,1	400	6,4	392	6,2	434	6,8	476	7,3	453	6,8	483	7,1

FUENTE: DANE. 2021
Información Preliminar

Procesa: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Con relación a las subregiones las tasas de suicidio más altas se presentan en Occidente, Nordeste y Suroeste con una tasa de 9 suicidios por 100.000 habitantes; La subregión de Magdalena Medio tiene el indicador más bajo, 4 suicidios por 100.000 habitantes.

Figura 281. Tasa de incidencia suicidio por subregión, Antioquia 2021

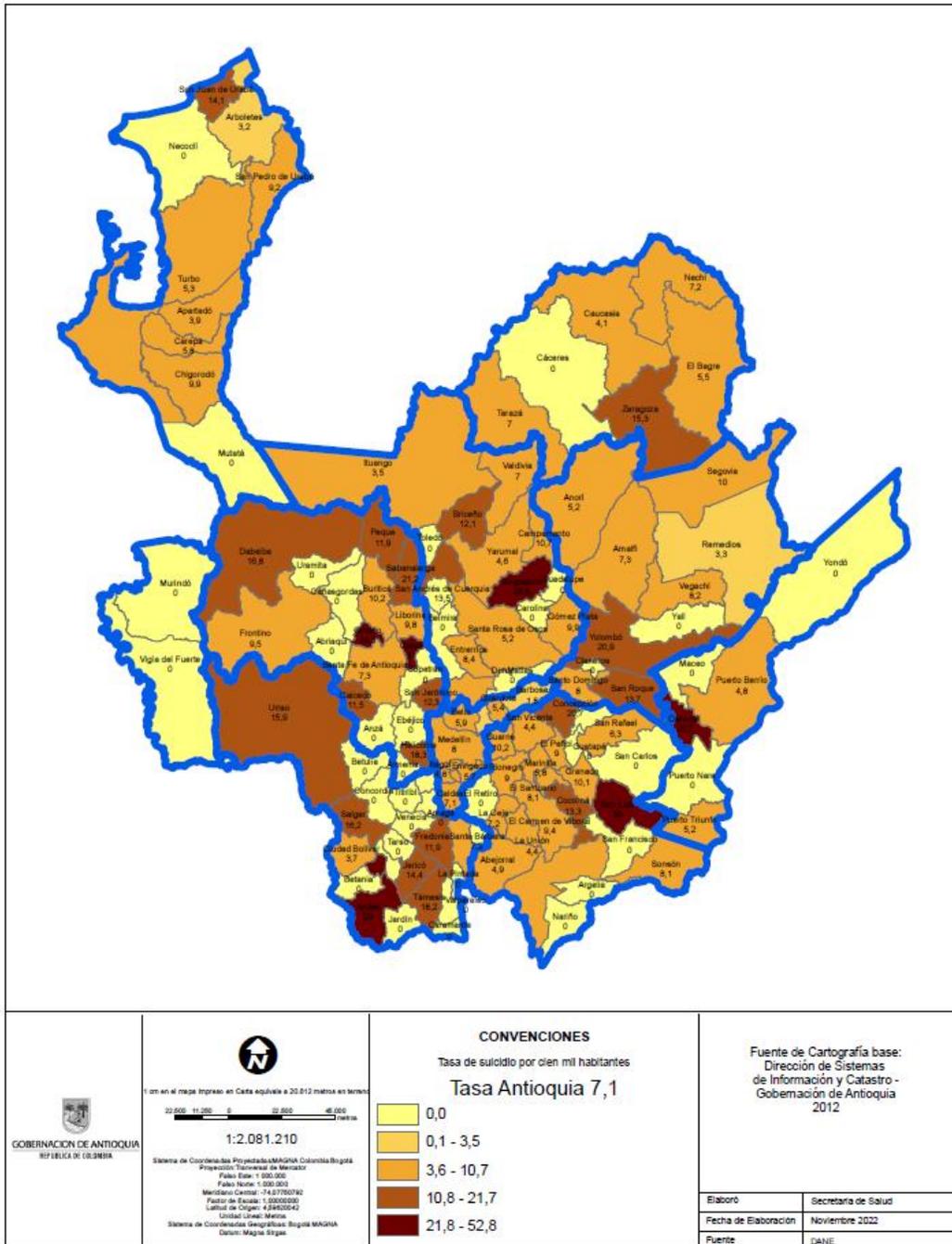


Fuente: DANE. 2021
Información Preliminar

Procesa Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

La georreferenciación de la tasa de suicidio permite identificar 8 municipios con el riesgo poblacional más alto de suicidios con tasas de 20 o más suicidios por 100.000 habitantes, en contraste se observan 44 municipios en los cuales no se presentaron suicidios el año 2021. En los municipios de Vigía del fuerte, Abriaquí, Valparaíso y Alejandría, no se han presentado casos, en los últimos 11 casos.

Mapa 44. Comportamiento del suicidio en Antioquia 2021.



Fuente. DANE. Información preliminar.

El año 2021 se presentaron 483 casos, de estos el 98% pertenecen a población no perteneciente a una de las etnias priorizadas en el país; 8 casos pertenecían a la población afro-colombiana y un

caso en indígenas.

Los grupos con más casos fueron el de 20 a 24 años y 25 a 29 años, con un 14% cada uno; se presentó un caso en el grupo de 5 a 9 años.

En cuanto al mecanismo utilizado la mayor proporción de caso (67%) fueron por ahorcamiento, el 12% por envenenamientos, el 6% por arma de fuego y en el 14% restante se utilizaron otros mecanismos.

En cuanto al mecanismo utilizado por grupo etaria, tenemos que el 48% de los casos de suicidio con mecanismo arma de fuego se presentaron entre personas de 25 a 39 años y el 18% de suicidios por envenenamiento se presentaron en personas entre 10 a 19 años.

9.6. Comportamiento de Violencia de Género en Antioquia

De acuerdo con la OMS, la Violencia de Género afecta a más de la mitad de la población mundial, y no puede ser ignorada. El Objetivo de Desarrollo Sostenible No 5, destinado a la igualdad de género, define las metas a conseguir, faltan 10 años para que ninguna mujer o niña se quede atrás en la carrera al desarrollo sostenible. 1 de 3 mujeres en el mundo ha sufrido violencia física, psicológica, sexual por parte de su pareja o expareja, o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. “Las estimaciones de la OMS, sobre la prevalencia de la violencia de pareja sufrida a lo largo de la vida van del 20% en la Región del Pacífico Occidental de la OMS, 22% en los países de ingresos elevados y la Región de Europa de la OMS y 25% en la Región de las Américas de la OMS, al 33% en la Región de África de la OMS, 31% en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS y 33% en la Región de Asia Sudoriental de la OMS”.

En Antioquia en el año 2022 se notificaron un total de 25379 casos sospechosos de violencia intrafamiliar, de género y sexual; 8690 casos más que el año anterior. Estos se distribuyeron según su naturaleza así: violencia física 11101 casos, violencia psicológica 4814 casos, negligencia y abandono 814 casos y violencia sexual 8616 casos.

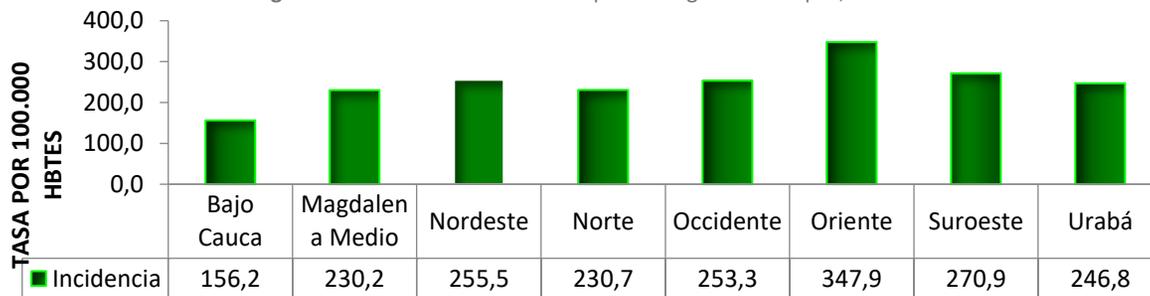
El comportamiento de la violencia de género e intrafamiliar en el departamento de Antioquia, sostiene la tendencia de una mayor frecuencia de casos reportados por violencia física presentando una tasa de 161,2 casos por cien mil habitantes, seguida de la violencia sexual con una tasa de 125,1 casos por cien mil habitantes, violencia psicológica y negligencia y abandono presentan unas tasas de 70,4 y 11,8 por cien mil habitantes respectivamente. La tasa de violencia



física, psicológica y negligencia incrementaron significativamente con respecto al año anterior. La tasa de violencia física, psicológica y negligencia incrementaron con respecto al año anterior; la tasa de violencia sexual aumentó pasando de 90.6 a 125,1 casos por 100.000 habitantes. La tasa de negligencia y abandono evidenció un incremento pasando de 10 a 11,8 casos por 100.000 habitantes.

La proporción de incidencia de violencia de género e intrafamiliar en el departamento de Antioquia fue de 368,5 casos por cada 100 000 habitantes, ninguna subregión superó la incidencia departamental.

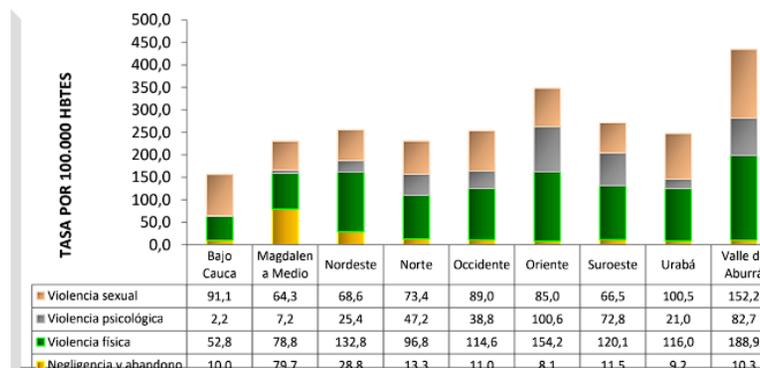
Figura 282. Incidencia de violencia por subregión. Antioquia, 2022



Fuente. SIVIGILA

Al comparar el riesgo de las diferentes modalidades de violencia por subregión, encontramos que la subregión Valle de aburra tiene la tasa más alta de violencia física con 188,9 casos por 100.000, seguido de Oriente con 154,2 casos por 100 000. Con relación a la violencia psicológica oriente presenta la tasa más alta (100,6 casos por 100.000) mientras magdalena medio presentó la tasa más alta de negligencia y abandono con 79 casos por 100.000 habitantes.

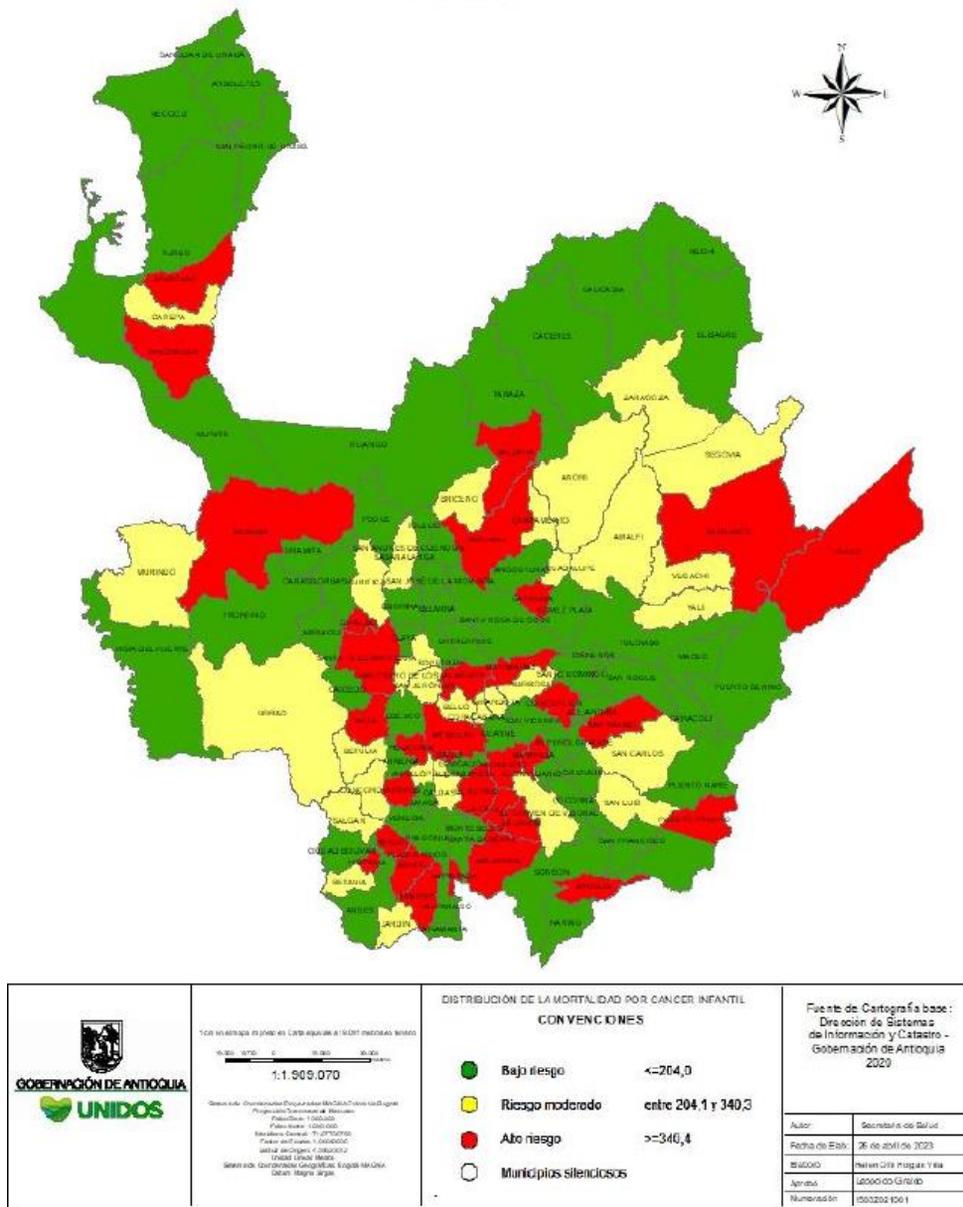
Figura 283. Tasa de incidencia de violencia de género, según naturaleza de la violencia y subregión. Antioquia, 2022



Fuente. SIVIGILA

En el mapa de riesgo del comportamiento de la violencia de género, sexual e intrafamiliar en el departamento de Antioquia durante la vigencia 2022, se visualizan 32 municipios con tasas que están por encima de la departamental (368.5 casos por 100.000 habitantes). Los tres municipios con las tasas más altas son: El Retiro, Yarumal, Marinilla, (1708,2, 1771,7 y 966,7 casos por 100.000 habitantes respectivamente). Con tasas inferiores al indicador departamental se encuentran 74 municipios; las tasas más bajas se observan en los municipios de: San Andrés de Cuerquia, Ebéjico y Abriaquí, con tasas de: 7,7, 16, y 35,5 casos por 100.000 habitantes.

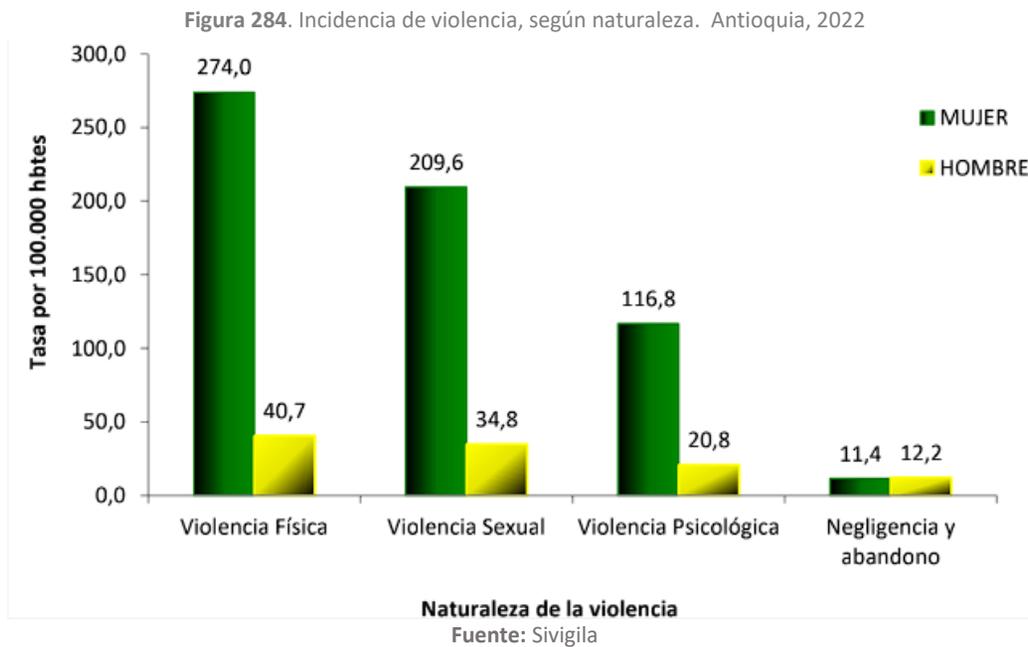
Mapa 45. Georreferenciación de la Violencia de Género, Antioquia 2022



Fuente: SIVIGILA

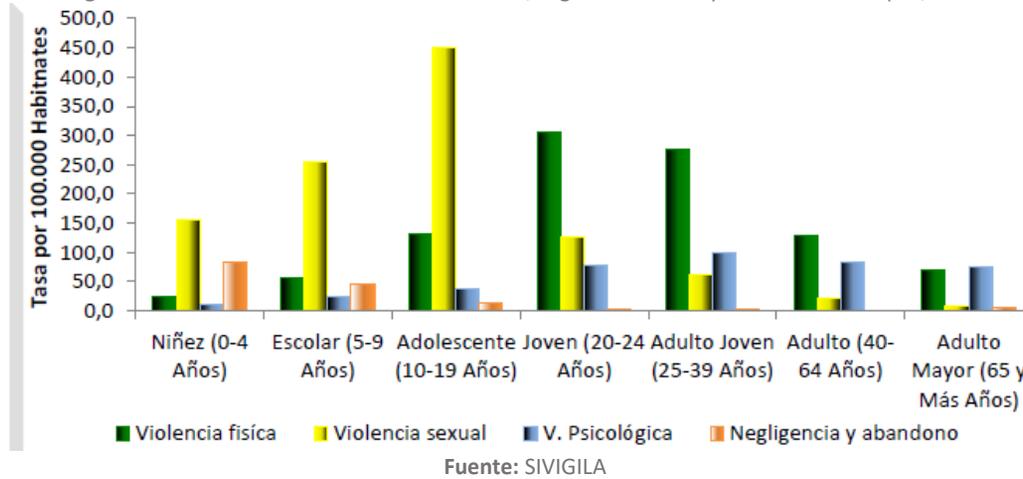
La población femenina es la más afectada en todas las modalidades de violencia, con una representación del 86% de los casos, con una tasa de 611,9 casos por 100.000 mujeres, mientras se presentan 108,5 casos por 100.000 hombres. Para la vigencia se observó un incremento significativo en la tasa para ambos sexos.

La violencia de género e intrafamiliar se categoriza en cuatro modalidades, si bien se presentan casos en ambos géneros, las tasas son significativamente más altas en las mujeres, en las modalidades física (274,0 por cada 100.000 mujeres y 40,7 por cada 100.000 hombres), psicológica (116,8 por cada 100.000 mujeres y 20,8 por cada 100 000 hombres) y sexual (209 por cada 100 000 mujeres y 34,8 por cada 100.000 hombres); frente a la negligencia y el abandono la dan otras variables como la edad, por lo cual las tasas acá son muy similares para ambos sexos.



En todos los ciclos vitales se presentan violencias de todos los tipos, pero puede observarse que el riesgo es diferencial de acuerdo al ciclo vital del ser humano, así; los niños de 0 a 4 años tienen la tasa más alta de negligencia y abandono con 81,7 casos por 100.000; en los adolescentes es la violencia sexual, expresado en una tasa de 451,7 casos por 100.000; en los jóvenes la violencia física con una tasa de 305,7 casos por 100.000 y en los adultos jóvenes la violencia psicológica con una tasa de 99,6 por 100.000. Así mismo, en menores de 20 años predominan los casos de violencia sexual, mientras que para personas mayores de 20 años predominan los casos de violencia física.

Figura 285. Incidencia de violencia intrafamiliar, según naturaleza y ciclo vital. Antioquia, 2022



9.7. Fortalecimiento de la salud mental en Antioquia

Colombia dando cumplimiento al Plan de Salud Mental establecido por la OMS, implementa la Ley 1616 de 2013, donde establece la salud mental como interés y prioridad nacional.

En el departamento de Antioquia aplicando lo establecido en la ley y con base en el análisis de la situación de salud en el Departamento, y para dar respuesta a los efectos en la salud mental ocasionados por la pandemia por el COVID-19, además con el fin de alcanzar las metas de salud mental, definidas en el Plan de Desarrollo de Antioquia “Unidos por la Vida 2020-2023”, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia desde el año 2020 ha fortalecido todas y cada una de las estrategias para abordar la problemática de la salud mental no solo desde la promoción, prevención y reducción, sino impulsando una red de atención que favorezca el acceso oportuno estructurado y especializado para que toda la población prevenga las condiciones y mantenga en control de las ya diagnosticadas.

El Plan de Desarrollo, en la Línea 4: Nuestra Vida, define el Proyecto: Salud Mental, Convivencia Social, Salud Para el Alma Antioquia, el cual ha estructurado tres componentes, el primero se denomina “Intervenciones colectivas” que propende por la creación de una “Red protectora” la red está conformada por gestores comunitarios y gestores institucionales que buscan identificar y gestionar cada uno de los casos en el territorio y canalizar al servicio de salud cuando se requiera, para las intervenciones se utilizan una serie de estrategias que tienen en cuenta el curso de vida, los entornos, la población diferencial y la territorialidad; el segundo componente es la “Prestación de servicios” que busca la intervención oportuna de los casos que requieren atención básica o especializada de los servicios de salud y el último y tercer componente denominado “Inclusión social” que acompaña el seguimiento de los casos, fomenta la psicoeducación y aborda la reducción del estigma en relación a la salud mental.

Para el fortalecimiento del talento humano que atiende la salud mental en el Departamento se estructuró el Diplomado de programa de acción que busca superar las brechas en salud mental-MHGAP auspiciado por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social y operado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.



Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021

9.8. Estrategias de Promoción, Prevención y Reducción de Daño.

Para la caracterización de salud de las personas con riesgos individuales y colectivos en salud mental, se implementaron estrategias territoriales de información, educación y comunicación, con el fin de gestionar mecanismos de intervención y canalización a los servicios de salud mental de manera prioritaria, colocando en conocimiento de la población las líneas telefónicas de orientación en salud mental, promoviendo la capacitación de líderes comunitarios en dispositivos comunitarios en primera ayuda psicológica y gestionar de manera intersectorial la atención integral e inclusión social tanto educativa, laboral, cultural, deportiva, de vivienda para las personas que presentaron alteración o trastorno en salud mental

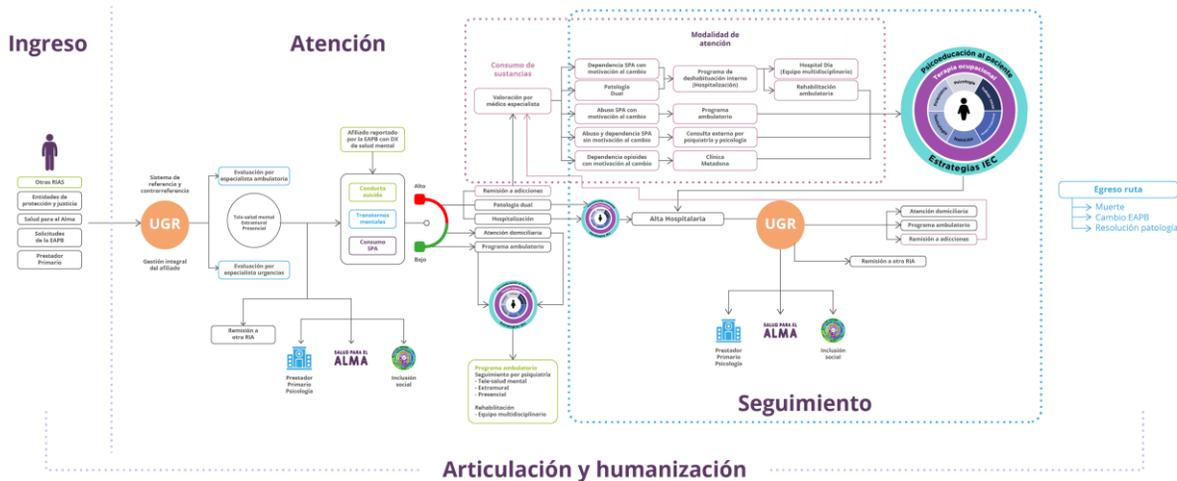
Los Dispositivos comunitarios son una estrategia social y de salud dirigida la “comunidad en general”, su alcance es de “orientación y apoyo”, escucha activa, promueve espacios de confianza y seguridad emocional, promueven la ayuda mutua, la ayuda social y comunitaria. Los dispositivos comunitarios, apoyan la identificación y detección temprana, el abordaje inicial, la gestión de casos, y la derivación a procesos de apoyo específico como la Rehabilitación Basada en Comunidad.

En relación de los dispositivos se tiene:

- Centros de Escucha CE: Constituyen una opción de organización de la escucha comunitaria para afrontar la salud mental y problemáticas asociadas, y generar opciones de respuesta con presencia de los actores comunitarios y las redes de recursos. Buscan dar una

respuesta inmediata a demandas y necesidades procedentes de la población de una comunidad local con riesgo o gravemente excluida y en particular de los integrantes del grupo objetivo.

- Las Zonas de Orientación (ZO): Se constituyen en un espacio relacional y en ocasiones físico en donde se establecen servicios y acciones de orientación a la comunidad educativa (escolar o universitaria) con el propósito de reducir la exclusión social y la deserción escolar, mejorar la calidad de vida de los actores que la integran, y prevenir situaciones de vulnerabilidad y riesgo en salud mental y consumo de SPA.
- Estrategias de Promoción y Prevención Municipales, redes para fortalecer el trabajo comunitario, con redes que soportan la Promoción y cuidado de la salud y prevención y reducción de daños y riesgos desde el enfoque de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)
- Redes Integradas de atención en salud mental, se diseñó la ruta de atención integral, del nivel primario al complementario o especializado, con el fin de garantizar acceso, oportunidad y continuidad en la atención de personas con diagnósticos con patología mental y otras problemáticas relacionadas a la salud mental.



Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021

En materia de desarrollo de capacidades y oferta de formación para el fortalecimiento de habilidades del talento humano y el componente comunitario están:

- El Curso virtual tutores de resiliencia que integra temas como: Aspectos generales salud mental positiva, Factores de riesgo y factores de protección, Modelo de intervención y resiliencia, Rehabilitación basada en la comunidad, con temas como temas como: (de formación de capacidades para la promoción de salud mental, Primeros auxilios psicológicos, Habilidades para la vida).
- Procesos comunitarios de resiliencia en jóvenes, Estrategias de trabajo con comunidades,

Comunicación audiovisual y multimedia, Manejo de software para diseño y edición de videos

- Procesos de formación en el curso de MHGAP, Diplomado Virtual MHGAP, 90 horas para profesionales de la salud que puedan fortalecer capacidades en la atención seguimiento y acompañamiento adecuado de trastornos mentales y del comportamiento, trastornos neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.
- SAMU: es un aplicativo que permite a los equipos psicosociales, maestros, psicólogos, investigadores, profesionales de la salud, etc. tamizar la situación en salud mental, determinando los niveles de riesgo. SAMU identifica riesgos en la salud mental de niños entre los 8 y 17 años y en adultos de todos los grupos de edades. SAMU evalúa el estado emocional de los adultos y la resiliencia en niños y niñas. Los profesionales de diferentes ramas, pueden descargar el aplicativo y evaluar al número de personas que lo deseen y obtendrán resultados de manera inmediata.

9.9. Resultados preliminares del Proyecto de Salud Mental, Convivencia Social, Salud para el Alma.

Fortalecimiento de la oferta institucional

A través de la articulación de la oferta departamental para el 2022, se brindaron 1002 asesorías y asistencias técnicas a demanda y 4593 por oferta en las 4 líneas del proyecto, dirigida a los actores municipales de los 125 municipios. Acompañamiento a 124 municipios para la adopción de la política pública de salud mental.

Entorno comunitario

Creación de 125 redes protectoras, con un total de 9013 gestores territoriales formados en salud mental desde la implementación del Programa Salud para el Alma, estos gestores comunitarios e institucionales propenden por la detección temprana de casos en salud mental y activación de rutas de atenciones en salud.

En el entorno del hogar

Se desplegó la línea de base de involucramiento parental en asocio con la Facultad Nacional de Salud Pública, luego se aplicó el modelo a 400 familias identificadas de mayor de riesgo durante la línea de base hizo el montaje de la plataforma JUGAR que es herramienta de ayuda para las familias con ayudas lúdicas para fortalecer el involucramiento parental. La estrategia ha beneficiado a más de 3500 familias hasta noviembre de 2023.

En el entorno educativo

Se implementó el programa de prevención en el entorno escolar denominado “La Jugada” que tiene como fin último retrasar la edad de inicio del primer consumo de sustancias psicoactivas, brindar herramientas en habilidades para la vida y resiliencia, además, aumentar el involucramiento parental por parte de los padres de familia y/o cuidadores, durante el año 2023 se han brindado 1561 asesorías a padres de familia en prevención del consumo; además, 3582 docentes han sido formados en la estrategia “Ser, saber y hacer en prevención”

Línea telefónica

Atendida por personal APH (Atención pre-hospitalaria) y personal psicosocial, para las personas que presentaron alteración o trastorno en salud mental durante la pandemia COVID-19 y pospandemia se activó la Línea de Atención en salud mental 6045407180 – 018000-413838 en la que expertos dan acompañamiento psicosocial, asesoría familiar y activación de rutas de atención con el respectivo seguimiento, con el fin de hacer intervenciones en forma temprana, para prevenir deterioro del estado de salud mental de las personas beneficiarias se ha atendido más de 28.000 llamadas, 10.000 remisiones a psicología y un total de 8008 vidas salvadas.

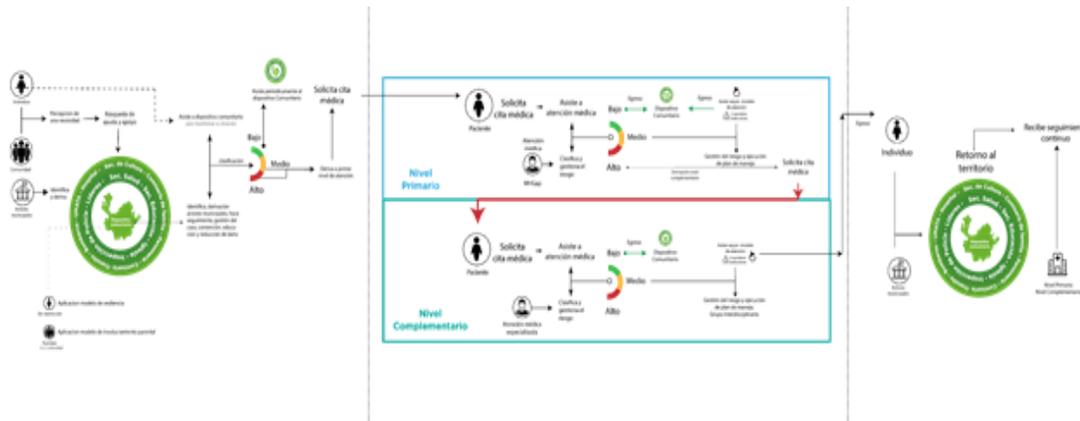
Programa en televisión, de Salud mental, Convivencia Social, Salud para el alma

Emitido los miércoles, con la participación de profesionales de salud mental en temas estratégicos y cruciales de salud mental como; elaboración del duelo, la depresión la esquizofrenia, la identificación precoz de los niños que pueden desencadenar trastornos mentales entre otros. Para el año 2023 se realizó un cambio en el nombre del programa, pasando a denominarse “Con el alma” con una emisión quincenal a través del canal regional.

9.10. Estructuración del modelo de la ruta para la atención en salud mental

En articulación con el Hospital Mental de Antioquia (HOMO) y la ESE Carisma, se inició el proceso de planeación y estructuración de la ruta para la atención especializada de las personas identificadas en el nivel primario, con el fin de fortalecer la accesibilidad y la oportunidad de la atención de las personas con diagnósticos relacionados con la salud mental.





Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021

Para avanzar en identificar con mayor profundidad la situación de salud mental de la población antioqueña, se han realizado tres estudios con base en los cuales se fortalecen y estructuran nuevas estrategias desde el proyecto de Salud Para el Alma.

Resiliencia

Resultados de la Línea base de resiliencia en la población escolar matriculada en establecimientos públicos entre 6 y 11 grado de bachillerato del departamento de Antioquia 2018, Contrato N° 4600008614, con el fin de disponer de línea base para programas de intervención. Autores: Grupo de Investigación en Salud Mental, Grupo de Demografía y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

En Antioquia predominó la resiliencia media, 53,9%. Los escolarizados de las subregiones Oriente, Suroeste y Norte fueron los que obtuvieron los puntajes más altos de resiliencia, con 57,1%, 53,9% y 50,6%, respectivamente, y los de las subregiones Magdalena Medio, Urabá y Bajo Cauca los menores. En el Valle de Aburrá la resiliencia fue media: 44,2%.

El 41,7% de los estudiantes manifestaron que vivían con más de cinco personas en su casa, aunque cuando se indagó acerca de quién ejercía la autoridad, la mayoría respondió que ambos padres (40,6%) y la madre (39,4%); la principal actividad, tanto del padre como de la madre, era el trabajo (69% vs. 54,2%), aunque el 37,2% de las mujeres se dedicaban al hogar.

En el 43,8% de los casos, la persona que le daba más cariño al estudiante eran ambos padres, seguidos por el que les profesaba la madre (38,7%); es importante resaltar que el 14,5% manifestó llevar a cabo labores por dinero fuera de sus actividades lectivas.

Funcionalidad familiar: Para Antioquia, los escolarizados de la zona urbana cuyas familias eran funcionales, es decir, aquellas en las cuales la comunicación efectiva, la disciplina y el apoyo

emocional y afectivo son relevantes, constituyeron el 39,2%. Fue en las subregiones Oriente, Suroeste, Norte, Nordeste y Valle de Aburrá donde predominaron las familias funcionales (47,8%, 47,3%, 45,7%, 39% y 39%, respectivamente). Las subregiones donde prevalecieron las familias con algún grado de disfuncionalidad fueron Bajo Cauca, Magdalena Medio, Urabá y Occidente.

Con relación a la autoestima: El 30,5% de los escolarizados calificaron su autoestima como adecuada, en contraste con el 14,4% y el 1,4%, quienes afirmaron que su autoestima era deficiente o severamente deficiente. Las subregiones donde prevalecieron los estudiantes con problemáticas relacionadas con su autoestima fueron Magdalena Medio, Bajo Cauca y Suroeste.

La Asertividad para Antioquia de los escolarizados fue del 29,9%, mientras que el 20,2% y 3,2%, en ese orden, afirmaron ser esporádicamente asertivos o para nada asertivos. El asertividad predominó en los estudiantes de las subregiones Occidente (37,6%), Suroeste (33,7%), Oriente (31,8%) y Valle de Aburrá (31,3%), en contraste con el poco asertividad de los escolarizados del Bajo Cauca, Nordeste y Urabá: 6,6%, 4,6% y 4,5%, respectivamente.

Para Antioquia la adaptabilidad reportó que el 20,9% de los escolarizados indicaron que se adaptaban adecuadamente a las situaciones. Fue en Urabá, Nordeste y Occidente donde los escolarizados más refirieron que su adaptación a las situaciones que les deparaba la vida era severamente inadecuada.

Creatividad en Antioquia, la mayoría de los escolarizados manifestó que era entre creativo o moderadamente creativo. Fue en las subregiones Suroeste, Oriente, Occidente y Valle de Aburrá donde predominaron los escolarizados creativos (49,4%, 47,8%, 46,3%, 46,2%, respectivamente); las subregiones donde prevalecieron los estudiantes con problemáticas de creatividad fueron Nordeste, Bajo Cauca, Urabá, Magdalena Medio y Norte.

Capacidad de pensamiento crítico: Para Antioquia, en el 27,1% de los estudiantes se reveló pensamiento crítico, en contraposición con el 14,2% y el 0,7% en quienes se encontró pensamiento poco crítico o acrítico, en ese orden. En las subregiones Suroeste, Magdalena Medio y Oriente prevalecieron los estudiantes con pensamiento crítico (37,4%, 30,4%, 29%, respectivamente); las subregiones que sobresalieron con estudiantes de pensamiento poco crítico fueron Urabá, Occidente y Bajo Cauca.

Impulsividad, el Departamento, la proporción de escolarizados no impulsivos fue del 37,6%, quienes predominaron en las subregiones Norte, Bajo Cauca y Oriente (47,7%, 46,7% y 46,1%, respectivamente); las subregiones donde prevalecieron los estudiantes con algún grado de impulsividad fueron Occidente, Valle de Aburrá, Magdalena Medio y Urabá.

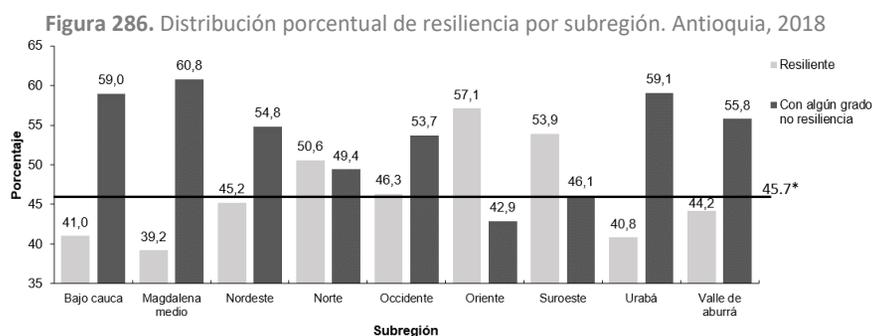
Afectividad: En Antioquia, la proporción de afectividad estimada por parte de los estudiantes fue del 53,2%, en contraste con el 17,6% y el 2,4% cuyas respuestas al dominio relacionado con la afectividad revelaron que eran afectivos ocasionalmente o no afectivos, respectivamente. Por subregión se destacaron Oriente (61,6%), Suroeste (57,2%) y Norte (58,4%) como aquellas en las cuales la valoración de la afectividad, en el sentido positivo, predominó; las subregiones donde prevalecieron los estudiantes con problemáticas relacionadas con la afectividad fueron Magdalena Medio, Occidente y Valle de Aburrá.

La Valoración de la resiliencia en los estudiantes de los colegios públicos de la zona urbana del departamento de Antioquia, observó como resiliencia media (53,9%), en contraste con el 0,3%, en la cual esta fue baja, los escolarizados del Oriente, Suroeste y Norte los que obtuvieron los mejores resultados, con resiliencia alta: 57,1%, 53,9% y 50,6%, en ese orden. La resiliencia media prevaleció en el Magdalena Medio y Bajo Cauca con el 60,3% y el 59%. Se identificó que para los escolarizados residentes en las subregiones Urabá, Occidente y Nordeste hubo una resiliencia baja del 2%, 1,2% y 1,2%, respectivamente.

Tabla 182. Distribución porcentual de los niveles de resiliencia por subregión. Antioquia 2018.

Resiliencia	Bajo Cauca	Magdalena Medio	Nordeste	Norte	Occidente	Oriente	Suroeste	Urabá	Valle de Aburrá	Antioquia
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Alta	41,0	39,2	45,2	50,6	46,3	57,1	53,9	40,8	44,2	45,7
Media	59,0	60,3	53,5	49,0	52,5	42,4	46,1	57,1	55,8	54,0
Baja	0,00	0,40	1,20	0,40	1,20	0,40	0,00	2,00	0,00	0,30

Fuente. Grupo de Demografía y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia



Fuente. Grupo de Demografía y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

Resiliencia vs. Variables demográficas, familiares y de vulnerabilidad social. En Magdalena Medio, Urabá y Bajo Cauca, los estudiantes presentaron mayores oportunidades de algún grado de no resiliencia con respecto a los que provenían del Valle de Aburrá, aunque sin diferencias

estadísticas. En las demás subregiones, las oportunidades de algún grado de no resiliencia fueron menores que las de los escolarizados del Valle de Aburrá, con variaciones entre un 4%, para el Nordeste, y de un 41%, para el Oriente.

En cuanto a la edad del estudiante, cuando se consideraron como referencia los escolarizados de 12 años, los que tenían 14 años mostraron mayor oportunidad de no resiliencia del 10%, y en las demás edades se reflejó que dichas posibilidades fueron menores: del 30% para los de 13 años y del 10% para los de 15 a 17 años con relación a los de 12 años.

Con respecto al sexo, la jornada académica, la zona de dónde provenía el estudiante, el grado y el nivel socioeconómico, fueron menores las oportunidades de algún grado de no resiliencia en un 20%, 30%, 40% y 10% en los hombres que estudiaban en la jornada de la mañana, que vivían en la zona urbana, que cursaban el grado décimo y cuyo nivel socioeconómico era bajo o medio en comparación con las mujeres que estudiaban en la jornada de la tarde, que vivían en la zona rural, que cursaban el grado sexto y que tenían nivel socioeconómico alto.

Tabla 183. Distribución de la resiliencia según variables demográficas, familiares y de vulnerabilidad social en escolarizados. Antioquia, 2018-2019

Variables y categorías	No Resilientes	Resilientes	Prevalencia	RP (IC 95% RP) †
	N	N		
Variables sociodemográficas y escolares				
Sexo				
Hombres	787	472	62,5	1,13 (1,06 - 1,20)
Mujeres	939	760	55,3	1*
Zona de residencia				
Urbano	1054	631	62,6	1,18 (1,11 - 1,27)
Rural	672	601	52,8	1*
Jornada académica				
Tarde	371	427	46,5	0,74 (0,68 - 0,80)
Mañana	1355	805	62,7	1*
Grado escolar				
Sexto	334	322	50,9	0,87 (0,78 - 0,98)
Séptimo	444	129	77,5	1,33 (1,22 - 1,46)
Octavo	292	255	53,4	0,92 (0,82 - 1,03)
Decimo	236	174	57,6	0,99 (0,88 - 1,11)
Once	166	167	49,8	0,86 (0,75 - 0,98)
Noveno	254	185	57,9	1*
Actividad fuera colegio por dinero				
No	1373	1008	48,9	0,94 (0,87 - 1,04)
Sí	353	224	58,3	1*
Número de eventos de vulnerabilidad vividos				
Algún evento	418	194	68,3	1,22 (1,14 - 1,30)
Ningún evento	1309	1037	55,8	1*
Variables familiares				

Variables y categorías	No Resilientes	Resilientes	Prevalencia	RP (IC 95% RP) †
	N	N		
Tipo de familia				
Otro tipo de familia	409	233	63,7	1,10 (1,09 – 1,18)
Monoparental	683	537	56	0,96 (0,90 - 1,03)
Nuclear	634	462	57,8	1*
¿Cuál es la persona que le da más cariño?				
Madre	821	551	59,8	1,14 (1,04 – 1,19)
Padre	195	132	59,6	1,14 (1,02 – 1,27)
Otros	316	188	62,7	1,20 (1,09 – 1,32)
Ambos padres	394	361	52,2	1*
Actividad principal de la madre				
Desempleada	86	37	69,9	1,12 (0,95 - 1,27)
Se dedica al hogar	464	491	48,6	0,78 (0,72 – 0,84)
Jubilada/Pensionada	15	15	50	0,80 (0,56 - 1,15)
Se desconoce	76	39	66,1	1,06 (0,92 - 1,22)
Negocio familiar	82	37	68,9	1,32 (0,91 - 1,93)
Trabaja	1003	613	62,1	1*
Actividad principal del padre				
Desempleado	88	51	63,3	1,04 (0,91 - 1,19)
Se dedica al hogar	15	21	41,7	0,68 (0,24 – 0,91)
Jubilado/Pensionado	22	64	25,6	0,42 (0,29 – 0,60)
Se desconoce	454	342	57	0,94 (0,80 - 1,02)
Negocio familiar	20	15	57,1	0,87 (0,45 - 1,70)
Trabaja	1127	739	60,4	1*
¿Quién tiene la autoridad en la casa?				
Padre	87	61	58,8	1,22 (1,05 – 1,42)
Madre	822	526	61	1,26 (1,17 – 1,37)
Otros	364	156	70	1,45 (1,33 – 1,58)
Ambos padres	453	489	48,1	1*

Fuente. Grupo de Demografía y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Cuando se consideraron aspectos familiares, los escolarizados con familia monoparental (padre), monoparental (madre) o consanguínea tuvieron mayor oportunidad de algún grado de no resiliencia (1,8, 1,5 y 1,2 veces) con respecto a escolarizados cuya familia era nuclear. Nótese que, si la autoridad en la casa la tenían ambos padres, la oportunidad de que el escolarizado mostrara algún grado de no resiliencia disminuyó en un 40% frente a si la autoridad la ejercía el padre.

También, la oportunidad de no resiliencia disminuyó en un 10% y 30% cuando la madre se dedicaba a un negocio familiar o al hogar en comparación con madres cuya actividad principal era trabajar por fuera de la casa; asimismo, en el caso de los hombres llamó la atención que la oportunidad de algún grado de no resiliencia fuera de 2,1 veces cuando su padre se dedicaba al hogar en comparación con aquellos que trabajaban. Los estudiantes que afirmaron que nadie les daba cariño incrementaron su oportunidad de algún grado de no resiliencia 6,0 veces con relación

a aquellos estudiantes que afirmaron que ambos padres, sin distinciones, los trataban afectivamente. El número de personas que habitaban en la casa del escolarizado, y que formaban parte de su familia, no influyó en la resiliencia, aunque si este ejecutaba alguna actividad por dinero, la oportunidad de algún grado de no resiliencia se incrementaba en un 30%

Con relación a características que referían la vulnerabilidad social de los escolarizados, para los estudiantes que dijeron que tenían alguna discapacidad, eran migrantes, habían tenido algún embarazo o eran población LGTBTIQ+, la oportunidad de no resiliencia fue de 1,1 - 2,6 - 1,5 y 4,1 veces frente a aquellos que dijeron que no habían vivido circunstancias en su vida como las indicadas. Nótese que la oportunidad de algún grado de no resiliencia fue menor en los estudiantes que afirmaron que eran desplazados y en los que dijeron que eran víctimas del conflicto en un 20% y un 1%.

En Antioquia, estudiar en la jornada de la tarde, pertenecer a una familia diferente a la nuclear o monoparental, ser hombre y donde la afectividad era diferencial de los padres hacia sus hijos, fueron factores con mayor contribución a la no resiliencia.

Involucramiento Parental

Resultados de la medición del Involucramiento Parental, en el departamento de Antioquia en población de 3 a los 17 años, 2021, participantes de Instituciones educativas, Secretarías de Educación y Salud de los municipios. Docentes y Rectores. Padres, madres, cuidadores, niños, niñas y adolescentes, medición con el fin de tener una línea de base e implementar un modelo de intervención para la promoción del involucramiento parental y medir el impacto de las intervenciones en el departamento. Investigación realizada bajo el Contrato Interadministrativo Gobernación de Antioquia – Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública. (Contrato # 4600011717). Autores: Grupo de Investigación en Salud Mental, Grupo de Demografía y Salud.

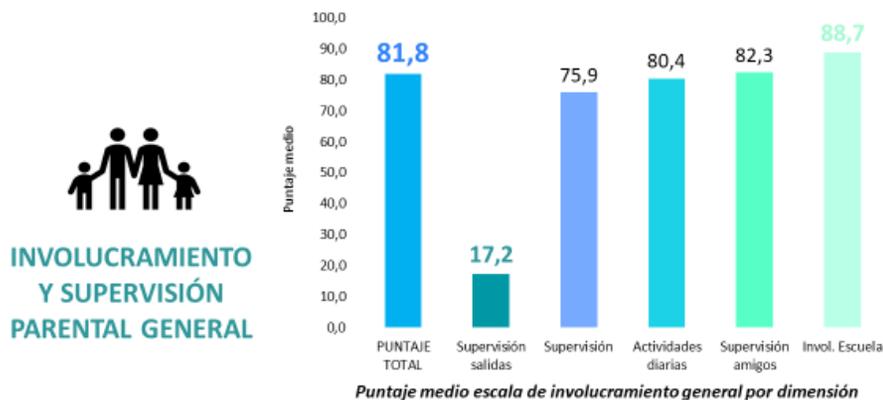
Con relación al involucramiento parental es necesario comprender que: Familia desde una concepción tradicional, se puede observar que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros” (Carbonell, José et al 2012. P.4) Desde su origen, la familia tiene varias funciones que podríamos llamar universales, tales como: reproducción, protección, la posibilidad de socializar, control social, determinación del estatus para el niño y canalización de afectos, entre otras. La forma de desempeñar estas funciones variará de acuerdo con la sociedad en la cual se encuentre el grupo familiar. (Pérez Lo Presti, A y Reinoza Dugarte, M, 2011. P. 629).

El desarrollo de los niños, niñas y adolescentes es un proceso dinámico de diferenciación, desenvolvimiento, maduración y transformación hacia mayores y más complejos niveles de



organización y adquisición de habilidades, incluye aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, cultural y social¹⁰⁴. En este proceso es fundamental el ambiente familiar y escolar¹⁰⁵. En este sentido, el involucramiento parental y las prácticas de crianza juegan un papel importante. El involucramiento parental consiste en una serie de actividades que el acudiente, padre o madre emprende para satisfacer las necesidades y establecer un adecuado diálogo para comprender la necesidad de los niños, niñas o adolescentes, esto abarca atender actividades escolares, participar activamente en la escuela, revisar las tareas y escuchar atentamente sus necesidades y sus actividades diarias¹⁰⁶.

El puntaje total de involucramiento parental osciló entre 80,3 en Occidente y 83,0 en Valle de Aburrá. Este fue más bajo en el estrato alto (77,9), entre los acudientes hombres (80,4), mayores de 50 años (79,6) y entre quienes no asistieron a la escuela o solo estudiaron primaria, respectivamente 73,5 y 78,6. En el Departamento se encontró un 38% de bajo involucramiento, en el Magdalena Medio y Occidente se encontró el porcentaje más alto de bajo involucramiento (43,4% y 43,0% respectivamente).



¹⁰⁴Ministerio del Protección Social. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 Años. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2000.

¹⁰⁵Shonkogg JP, Garner AS. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on early childhood. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics. 2012;129(1):e232-e46.

¹⁰⁶Georgiou SN. Parental involvement: Definition and outcomes. Social Psychology of Education. 1996;1(3):189-209.

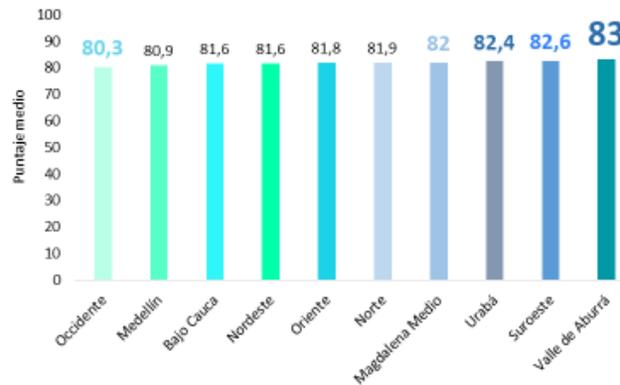


INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL GENERAL

MUNICIPIO	PUNTAJES
Campamento	76,6
Caicedo	77,3
Yolombó	78,1
Caucastra	79,5
Granada	79,5
Puerto Nare	79,5
Itagüí	79,8
Nariño	79,9



INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL GENERAL



Puntaje medio escala de involucramiento general por región



Por su parte, el involucramiento parental en la escuela en Antioquia osciló entre mínimo 49,2 en el Valle de Aburrá y máximo 56,7 en el Urabá. El menor involucramiento en la escuela se observó entre los acudientes con estudios de primaria (50,1), mayores de 50 años (48,7), hombres (49,0) y de estrato socioeconómico medio (49,5). El bajo involucramiento en la escuela fue de 21,3% en todo el Departamento, en las regiones varió entre 13,6% en Nordeste y 28,6% en el Valle de Aburrá.



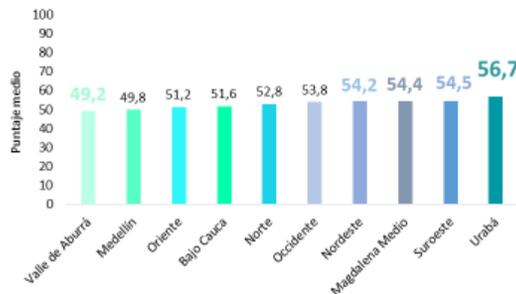
INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL EN LA ESCUELA



Puntaje medio escala de involucramiento en la escuela por dimensión



INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL EN LA ESCUELA



Puntaje medio escala de involucramiento en la escuela por región



Los puntajes de comunicación con los acudientes y niños(as) y adolescentes variaron entre 68,2% en Occidente y 74,8% en el Valle de Aburrá. La baja comunicación entre acudientes y estudiantes se presentó en proporciones superiores al 65% en todas las regiones. El castigo en el hogar estuvo entre 17,7 puntos en el Bajo Cauca y 21,3 en el Magdalena Medio. El alto castigo en el hogar se presentó en porcentajes inferiores al 10% en todas las regiones. Las pautas de educación y crianza puntuaron 41,8% en todo el Departamento, variando entre 38,9% en Medellín y 47,3% en Occidente. El porcentaje de bajas pautas de educación y crianza más alto se observó en Medellín, Valle de Aburrá y Oriente con porcentajes superiores al 30%. Los niveles de comunicación y afecto variaron entre 68,2% en Occidente y 74,8% en el Valle de Aburrá. El bajo afecto y comunicación fue de 15,5% en todo el Departamento, oscilando entre 10,9% en el Suroeste y 21,1% en Occidente.



INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL EN LA ESCUELA

MUNICIPIO	PUNTAJE
Copacabana	46,5
Itagüí	47,3
Ciudad Bolívar	47,6
Barbosa	47,9
Girardota	48,1
El bagre	48,3
Granada	48,9
La Ceja	49,2
Entrerrios	49,4
Amagá	49,4



Se concluyó que se requiere:

- Trabajo conjunto con los acudientes de ambos sexos, con énfasis en los hombres, los cuales presentan el menor involucramiento parental general y en la escuela.
- Apoyar procesos que mejoren la participación de acudientes en las actividades escolares para padres.
- Trabajar en la reducción de castigo físico, psicológico y verbal.
- Fomentar entre las acudientes adecuadas prácticas de educación y crianza, y lograr que se vinculen a estos procesos.
- Incentivar entre las familias la participación a mecanismos que faciliten procesos de comunicación asertiva con sus hijos e hijas o los niños, niñas o adolescentes a cargo.
- Política Pública de Salud Mental Departamental (PPSMD), Análisis de los determinantes sociales de la salud, Mesas subregionales de salud mental

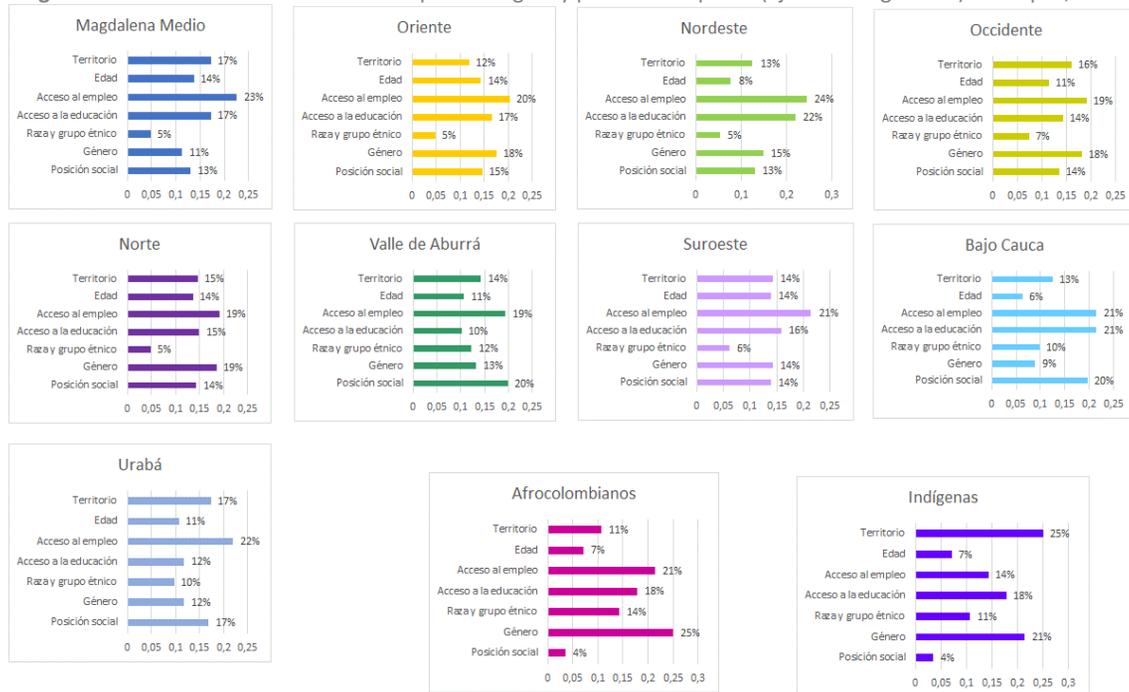
Resultados del análisis de los determinantes sociales y la salud mental, ejercicio realizado con la creación de las nueve mesas subregionales de la Política Pública de Salud Mental Departamental desde el 14 de agosto hasta el 14 de octubre del 2021. Participantes alcaldes, secretarios de despacho, directores locales de salud, coordinadores de salud, personeros municipales, comisarios de familia, gerentes de IPS, psicosociales y comunidad en general. 88 municipios representando las nueve subregiones de Antioquia. Diagnóstico realizado como insumo para la implementación de la Política Pública de Salud Mental departamental. Realizado en el marco de la ejecución del contrato interadministrativo No. 4600011801 de 2021, suscrito con la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y el Hospital Mental de Antioquia – HOMO. Línea de política pública, Libia Amparo Hernández Martínez.

El análisis de los determinantes sociales de la salud se basó en el trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS de la OMS (2008). Descansa en dos pilares principales:

El concepto del poder social como elemento fundamental de la dinámica de la estratificación social, y el modelo de la producción social de la enfermedad, concebido por Diderichsen y sus colegas (Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T (ed.) Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action. Oxford: Oxford University Press; 2011).

La metodología utilizada fue la adaptación de los patrones funcionales de salud como guía para establecer el “como” recopilar lo datos y establecer el proceso planificado de recoger la información e interpretarla, buscando en cada municipio “quienes” tendrían el mayor grado de evidencia y las respuestas integrales a los problemas de salud mental que se presentan en cada territorio (Álvarez Suarez, J. L., del Castillo Arévalo, F., Fernández Fidalgo, D., & Muñoz Meléndez, M. (2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. En J. L. Álvarez Suarez, F. del Castillo Arévalo, D. Fernández Fidalgo, & M. Muñoz Meléndez, Manual de Valoración de Patrones Funcionales (págs. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Área Sanitaria V – Gijón (Asturias): Comisión de Cuidados, Dirección de Enfermería de Atención Primaria).

Figura 287. Determinantes estructurales por subregión y población especial (ejes de desigualdad) Antioquia, 2021



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

La configuración para el análisis de los DSS se hizo con base en la Resolución 4886 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, que hace referencia a la Política Nacional de Salud Mental. En esta configuración realizada entre el 24-08-14-10-del 2021 participaron 88 municipios correspondiente al 70.4%.

Al analizar el peso de los determinantes sociales se evidencia que hay tres determinantes claros que son los de mayor peso en todas las subregiones del Departamento, como son el acceso al empleo, el acceso a la educación y la posición social, encontrándose algunas subregiones donde el orden de estos tres determinantes se invierte, en la subregión del Valle de Aburrá donde la posición social tiene un peso mayor al acceso al empleo. En la subregión de Urabá el peso da igual para el territorio y posición social, situación que se debe a que en esta región los dueños son pocos, y son grupos de personas del país y de otros países como dueños del territorio.

Entre Oriente y el Norte, hay un cruce por capacidad de pago en Oriente, debido a que en Oriente ya no es productivo en lo relacionado a los cultivos y se trasladan a arrendar la tierra del Norte para los cultivos principalmente el tomate, desplazando las personas del Norte y trasladando campesinos del Oriente a esta nueva zona de cultivo. En otro orden de ideas la mujer fundamentalmente genera ingresos a través de su postura cuidadora, por ejemplo, se ve que es la mujer quien prepara la alimentación en los territorios del Norte donde están los arrendatarios del Oriente.

Al analizar estos determinantes en dos grandes etnias como son afrodescendientes e indígenas se evidencia claramente como el territorio para los nativos tienen el mayor peso sobre los otros determinantes, seguido del género y acceso a la educación, para los afros predomina el género, seguido del acceso al empleo y en tercer lugar el acceso a la educación.

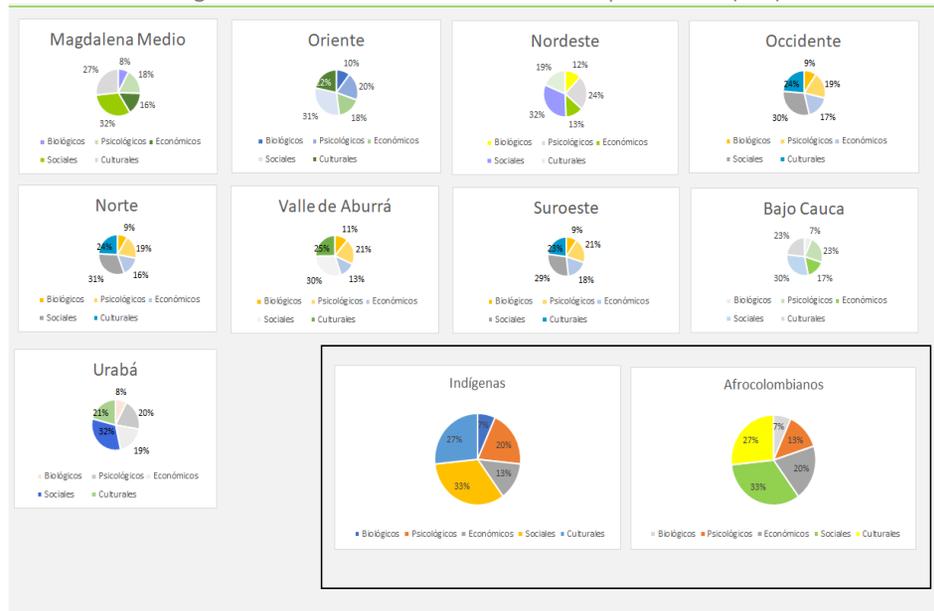
Figura 288. Determinantes intermedios (factores conductuales y biológicos, por subregión y población especial).



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Como resultado de la configuración de los determinantes intermedios, conductuales y biológicos se evidencia que por región el peso del factor de consumo de alcohol como factor de riesgo en todas las regiones es reconocido como el primer determinante de la salud, oscila entre el 23% y 27%, pero al configurarlo con enfoque étnico tanto en los indígenas como en los afros este factor aumenta a un 29%. Al revisar el consumo de sustancias psicoactivas este oscila entre el 20% y 25%, y en las etnias el 24%, si se agrupara los dos factores se estaría diciendo que se reconoce el consumo de “alcohol como sustancia lícita” y las Sustancias Psicoactivas-SPA que son reconocidos como factores de riesgo conductuales en el 50% de las subregiones. El consumo de tabaco ocupa un tercer lugar en las subregiones, reconocido entre el 12% a 18%, pero este no tiene el mismo peso en los dos grupos étnicos que solo lo reconocen entre el 5% en indígenas y el 10% en la población afro. La actividad física no se reconoce de forma homogénea como factor protector oscilando entre un 6% en la subregión del Valle de Aburrá.

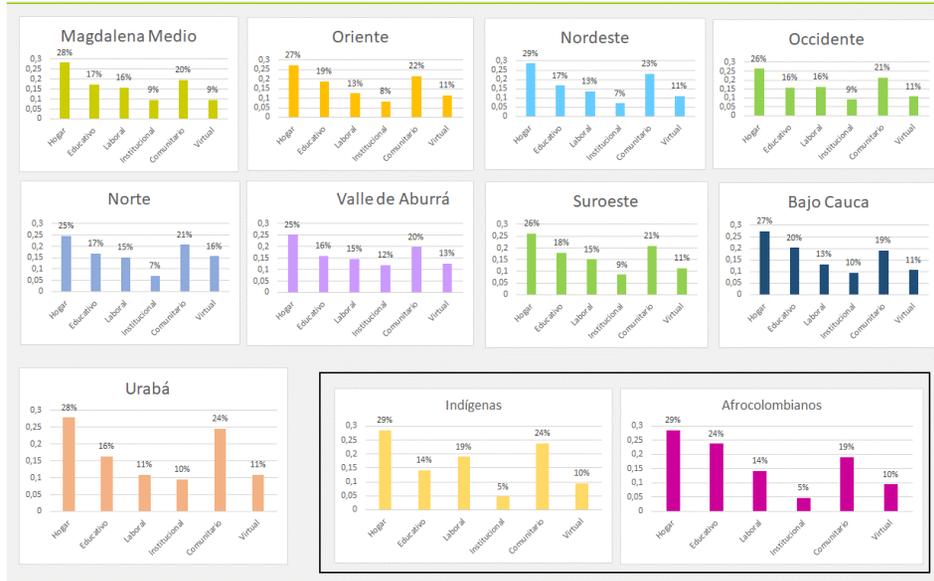
Figura 289. Factores consumo de sustancias psicoactivas (SPA)



Fuente. SSSA

Al investigar el factor relacionado al origen de porque las personas usan SPA, es importante el peso porcentual que se le da las relaciones sociales, en todas las subregiones e inclusive en los dos grupos étnicos peso porcentual oscila entre 29 a 33% siendo el factor de mayor peso. En segunda posición están los factores culturales, es preocupante que se relacione la cultura con el consumo el uso de SPA, el peso esta entre 19 y 27%, es de resaltar que las dos etnias lo reconocen con un peso de 27%. El factor psicológico tiene un buen peso para el consumo de SPA en todas las regiones, entre el 13 y 24%, el más bajo es en el grupo indígena, debe ser que para ellos desde la cosmovisión no se reconoce los aspectos psicológicos como son identificados en el mundo occidental.

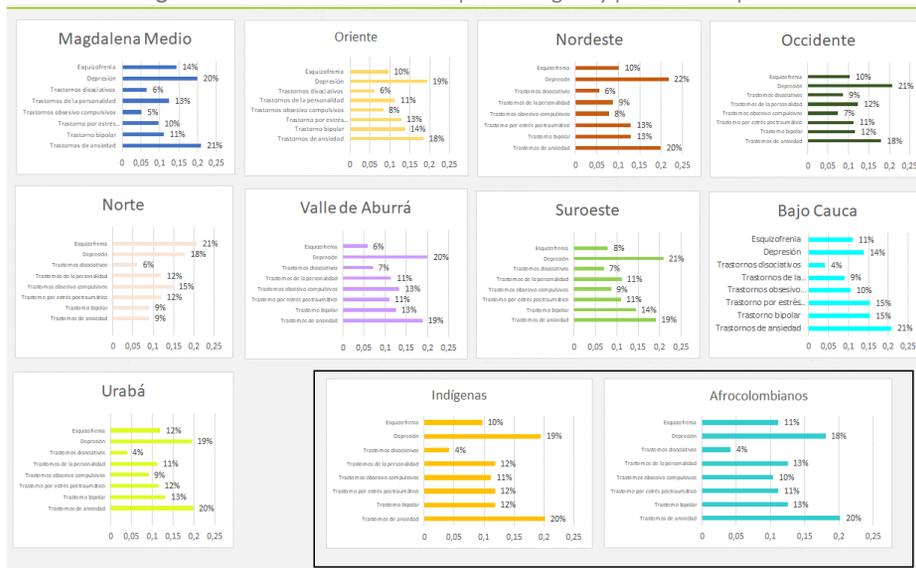
Figura 290. Principales entornos causantes de problemas o enfermedades mentales por subregión y población especial



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Al evaluar el factor de entornos causantes de problemas o enfermedades mentales, se evidencia como el hogar en todas las subregiones y en los dos grupos étnicos es un entorno propicio el desarrollo de problemas de salud mental, donde el rol del hogar debería ser un espacio de convivencia y amor para que todos sus integrantes se desarrollan con estado de salud plena. El peso de este factor oscila entre 25 y 29%, el segundo factor de más peso es el entorno comunitario evidenciado entre 19 y 24% en todas las subregiones y los dos grupos étnicos.

Figura 291. Trastornos mentales por subregión y población especial.



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Bajo la Resolución 089 del 2019, Política Integral para la Prevención y Atención al consumo de Sustancias Psicoactivas, se identifica cuáles son las principales enfermedades mentales que en las diferentes subregiones reconocen los participantes, se evidencia que la depresión y el trastorno de ansiedad compiten por el primer lugar situación que concuerda con las estadísticas disponibles en diferentes continentes, donde la depresión es la primera causa de estos trastornos, se evidencia como en el Bajo Cauca, a depresión no es reconocida como primera causa con un peso porcentual del 14%. Se observa cómo se reconoce el trastorno bipolar obteniéndose un peso que oscila entre 9 y 15%, se identifica también el estrés postraumático como problema de salud mental, reconocido en las subregiones con un peso entre 10 y 15%.

9.11. Conclusiones

- El revisar diferentes fuentes de información ha posibilitado tener una mirada más profunda del análisis de la situación de salud mental para el Departamento.
- Se ha identificado cómo el intento de suicidio, el suicidio, la depresión, la violencia de género predominan en la población antioqueña como problemas de salud mental.
- La tasa de mortalidad por suicidio es un indicador de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030.
- Se observa que la salud mental es y debe continuar siendo una prioridad de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia en coordinación intersectorial e interinstitucional con el fin de avanzar en las metas de Objetivo de Desarrollo Sostenible, el Plan de Desarrollo de Antioquia, "Unidos por la Vida 2020-2023" para lograr una población antioqueña más saludable.
- Se evidencia como la no resiliencia, afecta en forma diversa a las subregiones y que los modelos de intervención favorecen que se fortalezca esta con énfasis en los escolares.
- El involucramiento parental, requiere de un proceso de intervención para reducir el riesgo de problemas de comportamiento en los niños, niñas y adolescentes de Antioquia
- Los Determinantes Sociales relacionados a la salud mental, evidencian la necesidad de fortalecer la resiliencia, el involucramiento parental y todas y cada una de las estrategias del proyecto de salud mental, convivencia social, salud para el alma, para potencializar el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes del territorio antioqueño.
- Se requiere continuar el fortalecimiento de la red de atención en la promoción, prevención, atención oportuna de la salud mental.

