



Cartagena, 1 de septiembre de 2025

Señor

ALONSO DEL RIO JIMENEZ

Presidente de la Asaamblea Departamental de Bolívar

E. S. D.

REFERENCIA: Proyecto de Ordenanza "Por medio de la cual se adopta la política pública de Salud Mental en el departamento de Bolívar, 2025 - 2034".

Honorables diputados:

En ejercicio de las atribuciones que me otorga la constitución política de Colombia en el artículo 300, y los artículos 94 y el numeral 6 del artículo 119 de la ley 2200 de 2022, presento a la corporación edilicia el proyecto de ordenanza "por medio de la cual se adopta la política pública de Salud Mental para el Departamento de Bolívar, 2025 - 2034" que define los lineamientos que adoptara el departamento para su consolidación a partir de la promoción y prevención de la salud mental garantizando el acceso a los servicios de salud y reducir la estigmatización asociada a trastornos mentales, y abordar los determinantes sociales que impactan la convivencia y el bienestar emocional en las comunidades de Bolívar. lo hacemos apoyados en la siguiente exposición de motivos:

EXPOSICION DE MOTIVOS

1. Antecedentes:

De acuerdo con datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud –OMS, aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental. La prevalencia de los distintos trastornos mentales varía según el sexo y la edad, encontrando que, los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son los más comunes, tanto en hombres como en mujeres. Los trastornos mentales son la principal causa de años perdidos por discapacidad (APD), y representan uno de cada seis casos de APD en el mundo. (OMS, 2022) Según una encuesta de salud mental realizada en el año 2023 por el Ministerio de Salud y Protección Social con el Centro Nacional de Consultoría, el 66,3% de los colombianos declara que en algún momento de su vida ha enfrentado algún problema de salud mental, siendo mayor el porcentaje entre la población femenina (66,9%). Además, al 70,9% de la



Vía Cartagena - Turbaco, km 3, Sector Bajo Miranda, El Cortijo
Teléfono: 57-5-6517444

e-mail: contactenos@bolivar.gov.co • www.bolivar.gov.co

población, casi nunca le preguntan sobre su salud mental al momento de acudir a los servicios de medicina y/o enfermería. Así mismo, 6 de cada 10 colombianos declaran que su salud mental es muy buena o buena; un 10% declara que su salud mental es mala o muy mala y un 30% de la población colombiana considera que su salud mental es regular.

En el Departamento de Bolívar, hechos como el conflicto armado, el desplazamiento forzado, la desigualdad social, la pobreza, la falta de oportunidades laborales y educativas, la producción y consumo de sustancias psicoactivas, la cultura, etc., hacen que se presente desestructuración del tejido familiar y social que inciden negativamente en la convivencia y en la salud mental.

A continuación, presentamos un análisis de los principales eventos relacionados a la convivencia social y salud mental del Departamento de Bolívar, en el que se tomaron datos caracterizados por año, sexo, edad y municipio, comparando las cifras de los indicadores de Bolívar los de Colombia, por ejemplo:

Trastornos Mentales y del Comportamiento

Entre 2019 y 2023, se atendieron 73.987 casos relacionados con trastornos mentales y del comportamiento en Bolívar, excluyendo Cartagena. Esta cifra representa una proporción de 20 casos por cada 1.000 habitantes para 2023, con una tendencia al alza en 2024, donde se registraron 14.606 casos en el primer semestre. Niños y adolescentes, que representan casi el 50% de los casos, son los más afectados, con diagnósticos comunes como trastornos de ansiedad, depresión, dificultades escolares y de atención.

Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA)

El consumo de SPA es un factor crítico en la salud mental. En Bolívar, la prevalencia en población escolar es del 3%, mientras que en población universitaria asciende al 28,4%. Las intoxicaciones por SPA presentan una tendencia decreciente, con 152 casos en 2024, reflejando una disminución del 33,9% respecto al año anterior. El 78,3% de los casos ocurre en hombres, predominando la exposición en espacios públicos (62,5%) y el consumo de marihuana (61,2%). Magangué lidera las tasas de incidencia con 67,7 por cada 100.000 habitantes.

Suicidio

El suicidio afecta a personas y a sus familias en todos los países y contextos, y a todas las edades. A nivel mundial, puede haber 20 intentos de suicidio por cada

fallecimiento y, el suicidio representa más de uno de cada 100 fallecimientos, siendo una de las principales causas de muerte entre los jóvenes. (OMS, 2022) La tasa de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) en el departamento de Bolívar muestra un comportamiento oscilante, con un promedio de 3 muertes por cada 100.000 habitantes por año. Sin embargo, los valores se mantienen por debajo de la línea nacional, en especial al excluir a Cartagena. En el año 2023 se registraron por Estadísticas Vitales 40 muertes de personas de Bolívar (sin Cartagena), aunque 36 muertes por Medicina Legal. A agosto del año 2024 se registran 30 suicidios para Bolívar por Medicina Legal.

Violencia de Género e Intrafamiliar

Otro evento importante es la violencia intrafamiliar, el cual a su vez es un factor que puede desencadenar otros eventos de interés en convivencia y salud mental. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses presenta los casos valorados en el marco del Sistema Médico Legal Colombiano, sin embargo, no todos los casos de lesiones por causa externa son reportados al sistema y judicializados.

En el año 2023, el número de casos de violencia intrafamiliar y de pareja en Bolívar (sin Cartagena) reportados a Medicina Legal fue 425; y, a corte agosto del año 2023 se han registrado 279 casos por este evento en el Departamento. Como no todos los casos de violencia llegan a Medicina Legal, se dispone de otras fuentes para hacer los seguimientos a estos casos, como el evento de Violencia de género e intrafamiliar de fuente SIVIGILA.

El comportamiento del indicador es ascendente en Bolívar y Colombia, en donde las cifras son más elevadas al no incluir a Cartagena, pero manteniéndose por debajo de la línea nacional. Adicionalmente, a semana epidemiológica 42 del año 2024 se reportan a SIVIGILA.

El Plan de Desarrollo Departamental 2024-2027, "Bolívar Me Enamora", establece un marco de planeación y gestión que orienta las políticas hacia la búsqueda de progreso y bienestar.

En este contexto, la política de salud mental se desarrolla bajo un enfoque de derechos, intersectorial, corresponsable y equitativo, garantizando que todas las acciones sean inclusivas y adaptadas a las características socioculturales y epidemiológicas de nuestro departamento.

Este documento integra los principios de atención integral mediante la promoción de la salud mental, la prevención de problemas individuales y colectivos, así como los

trastornos mentales a través de la detección temprana, el seguimiento adecuado, el tratamiento integral y la rehabilitación psicosocial. Se enfoca, además, en la necesidad de fortalecer los procesos contra el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), en respuesta a las problemáticas locales de violencia social y familiar vinculadas al uso de estas sustancias.

En resumen, el Departamento de Bolívar se compromete a transformar los determinantes sociales adversos, generar entornos resilientes y protectores, y fortalecer las capacidades locales para promover una visión de salud mental que trascienda la atención individual y contribuya al desarrollo integral de las personas y las comunidades en Bolívar.

2. Antecedentes Normativos

2.1 Competencia de la Honorable Asamblea Departamental:

De conformidad con el artículo 300 Constitucional en sus numerales 1 y 3 establece como atribuciones de las asambleas departamentales las siguientes:

1. Reglamentar el ejercicio de las funciones y la prestación de los servicios a cargo del departamento.
3. Adoptar de acuerdo con la ley los planes y programas de desarrollo económico y social y los de obras públicas, con la determinación de las inversiones y medidas que se consideren necesarias para impulsar su ejecución y asegurar su cumplimiento.

2.2. Marco Normativo de la Política de Salud Mental.

El marco normativo para la formulación de la Política Pública de Salud Mental en el Departamento de Bolívar está fundamentado en una serie de leyes nacionales y disposiciones que establecen las directrices para el manejo y la atención de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas.

A continuación, se detallan las principales legislaciones y resoluciones que conforman este marco:

Año	Marco Normativo
1948	Constitución de la OMS – Reconoce la salud como un derecho fundamental, incluyendo la salud mental.
1978	Conferencia de Alma Ata – Promueve la integración de la salud mental en la Atención Primaria en Salud (APS).
1979	Convención sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) – Garantiza salud mental de las mujeres.
1986	Ley 30 y Decreto 3788 – Regulan la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y el manejo de estupefacientes.
1991	Resolución 46/119 de la ONU – Establece principios para la protección de enfermos mentales. Colombia los adopta.
1991	Constitución Política de Colombia – Reconoce la salud como derecho fundamental.
1993	Leyes 60 y 100 – Crean el SGSSS y descentralizan los servicios de salud.
1994	Ley 152 y Resolución 5165 – Metodología para planes sectoriales de salud.
1995	Plataforma de Acción de Beijing – Reafirma el derecho a la salud mental de las mujeres.
1998	Resolución 2358 – Primera Política Nacional de Salud Mental.
2001	Ley 715 – Define competencias territoriales y exige el Plan de Atención Básica.
2006	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ratificada por Colombia con la Ley 1346 de 2009.
2007	Ley 1122 y Política Pública del Campo de la Salud Mental – Mejora calidad y aborda determinantes sociales.
2008	Sentencia T-760 – Garantiza acceso efectivo y oportuno a salud mental.
2011	Ley 1438 – Refuerza la APS y garantiza salud mental en su Artículo 65.
2012	Ley 1566 – Reconoce el consumo problemático como problema de salud pública.

2013	Leyes 1616 y 1618 – Establecen Política Nacional de Salud Mental y protegen derechos de personas con discapacidad.
2015	Ley Estatutaria 1751 – Reconoce la salud como derecho fundamental.
2016	Informe de Desarrollo Humano del PNUD y los ODS – Salud mental como parte del desarrollo sostenible.
2018	Resoluciones 3280 y 4886 – Establecen la Ruta Integral y adoptan la Política Nacional de Salud Mental.
2019	Resolución CD49.17 de la OPS/OMS – Insta a los países a priorizar la salud mental.
2020	Conpes 3992 – Estrategia de promoción de salud mental.
2022	Conpes 4080 – Incorpora enfoque de género en salud mental.
2023	Resolución 2138, Sentencia T-321 y Ley 2294 – Reducción de brechas, protección de personas trans y actualización de política.
	Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 – Prioriza salud mental con enfoque en derechos humanos.
2024	Plan de Desarrollo Departamental 'Bolívar Me Enamora' – Salud mental como prioridad e integración de determinantes sociales.
2025	Ley 2460 – Modifica Ley 1616, amplía enfoques, y ordena acciones integrales e intersectoriales en salud mental.
	Decreto 0729 de 2025, Política Nacional de Salud Mental 2025–2034 – Fortalece APS, intersectorialidad y enfoque de curso de vida.

3. Aspectos Clave de la Política Pública Departamental:

3.1 Atención Integral e Integrada en Salud Mental: La resolución enfatiza la importancia de una atención que no solo aborde los aspectos clínicos de la salud mental, sino que también integre los factores sociales, económicos y culturales que influyen en el bienestar psicológico de los individuos y las comunidades. Este enfoque integral es esencial para abordar de manera efectiva las complejidades de los trastornos mentales y garantizar una atención holística y centrada en la persona.

3.2 Promoción de la Salud Mental: Se prioriza la promoción de la salud mental, destacando la importancia de desarrollar competencias emocionales y psicosociales

en la población general. Esto incluye estrategias para aumentar la resiliencia individual y comunitaria, mejorar la calidad de vida y reducir los factores de riesgo relacionados con la salud mental.

3.3. Prevención de Trastornos Mentales: La resolución dirige la implementación de intervenciones preventivas que se enfocan en minimizar los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores asociados con los trastornos mentales. Estas intervenciones pueden ser dirigidas a individuos, familias y grupos específicos dentro de la comunidad, con el objetivo de prevenir el desarrollo de condiciones de salud mental.

3.4 Ruta Integral de Atención para la Salud Mental: La Resolución 3280 define claramente la Ruta Integral de Atención en Salud Mental, que es un modelo operativo para la coordinación de servicios a lo largo de todo el continuo de cuidado. Esta ruta asegura que los pacientes reciban la atención adecuada en el momento adecuado y en el nivel adecuado de cuidado, facilitando el acceso a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

3.5 Colaboración Intersectorial: Subraya la necesidad de una gestión intersectorial y colaborativa entre diversas entidades, incluyendo los sectores de la salud, educación, justicia y bienestar social, para abordar eficazmente los determinantes de la salud mental. Esto refleja un reconocimiento de que la salud mental es un asunto de interés público que requiere la cooperación de múltiples actores dentro del gobierno y la sociedad.

- La Política Nacional de Salud Mental tiene como objetivo integrar los principios de atención integral mediante la promoción de la salud mental, la prevención de problemas individuales y colectivos, así como los trastornos mentales a través de la detección temprana, el seguimiento adecuado, el tratamiento integral y la rehabilitación psicosocial. Se enfoca, además, en la necesidad de fortalecer los procesos contra el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), en respuesta a las problemáticas locales de violencia social y familiar vinculadas al uso de estas sustancias. Esta política se construye en consonancia con la Política Nacional de Salud Mental 2025–2034, la cual plantea una visión integral y de curso de vida, con acciones intersectoriales, enfoque en derechos humanos y la garantía de la salud mental como derecho fundamental. Así mismo, responde a lo establecido en la Ley 2460 de 2025, que modifica la Ley 1616 de 2013, ampliando los enfoques de atención e integrando definiciones clave como entorno protector, agentes comunitarios y factores de riesgo psicosocial, lo cual fortalece el marco de acción para los departamentos.

- En el ámbito departamental, esta política pública se articula con el Plan de Desarrollo Departamental 2024–2027 “Bolívar Me Enamora”, específicamente en la Línea Estratégica 2: “Bolívar Me Enamora con Justicia Social: Cierre de brechas y calidad de vida para todos”, dentro del Componente 2.6 de Salud oportuna y de calidad, a través de la dirección 2.6.3. de Salud Pública, el cual a través del convivencia social y salud mental incluye acciones orientadas a responder de manera oportuna a las problemáticas asociadas a la salud mental del Departamento de Bolívar, teniendo como meta de resultado, la implementación de la política de Salud Mental en los 45 Municipios del Departamento de Bolívar. Esta implementación permite fortalecer la capacidad del territorio para detectar, monitorear y actuar frente a riesgos psicosociales, promoviendo entornos protectores y estrategias de prevención desde un enfoque intersectorial, diferencial y participativo.

4. Enfoque de desarrollo basado en derechos humanos:

Comprende el reconocimiento de los sujetos individuales y colectivos como titulares de derechos. Reconoce el desarrollo de capacidades en las personas, familias y comunidades para el alcance de su bienestar físico, mental y social, ampliando sus libertades y posibilidades de elección para vivir una vida plena de sentido, según el momento de curso de vida en el que se encuentran, las características y condiciones poblacionales que los identifica, y los territorios específicos que habitan y construyen subjetivamente. Así, “los derechos humanos y el desarrollo humano comparten una misma visión y un mismo objetivo: garantizar, para todo ser humano, libertad, bienestar y dignidad.

El desarrollo basado en derechos humanos tiene una estrecha relación con la salud mental, toda vez que dichos problemas afectan la esperanza de vida, los años de instrucción esperados y el Ingreso Nacional Bruto per cápita, siendo a su vez causa y consecuencia de la pobreza; por otra parte, las personas con trastornos mentales deben enfrentar numerosas barreras para el acceso a la educación, a las oportunidades de empleo y otras fuentes de generación de ingresos, debido a la estigmatización, discriminación y marginación que históricamente han vivido.

4.1 Enfoque de curso de vida

Derivado de la relación descrita entre desarrollo y derechos, el enfoque de curso de vida se considera importante desde el reconocimiento de las trayectorias de vida, los sucesos y transiciones en el vivir de los seres humanos. Permite a su vez,

identificar ventanas de oportunidad que inciden en la vida cotidiana de los sujetos en el marco de sus relaciones, la toma de decisiones y su proyecto de vida. Por tanto, el desarrollo en relación con los derechos, y el reconocimiento del curso de vida de los sujetos individuales y colectivos, constituye un fundamento clave para la comprensión y abordaje tanto de la promoción y sostenimiento de la salud mental como el abordaje de los problemas y trastornos mentales; toda vez que es sabido que una misma patología puede generar sintomatología de diferentes características en niños, niñas y adolescentes, adultos, o adultos mayores, como ocurre en la depresión o en el riesgo suicida.

4.2 El Enfoque de género

El género es un estructurador social que determina la construcción de roles, valoraciones, estereotipos e imaginarios asociados a lo masculino y lo femenino, y las relaciones de poder que de éstos se desprenden y se exacerban con otras formas de desigualdad. Estas construcciones sociales difieren entre sociedades, culturas y se transforman en el tiempo y parten de expectativas colectivas de género que se modifican dependiendo de la condición de clase, el periodo del curso de vida y el lugar que ocupen los sujetos sociales en el ordenamiento socio-racial. Las discriminaciones por razones de género permean las estructuras sociales, culturales, económicas y políticas; y tienen impactos individuales, comunitarios y colectivos. Lo anterior resalta la necesidad de que en la atención en salud mental se reconozcan las identidades de género y las orientaciones sexuales, como también los roles de género desde una perspectiva de igualdad. Las necesidades en salud mental son diferenciales cuando se considera este enfoque. Es así como en el país el mayor riesgo de depresión, ansiedad y conducta suicida lo presentan las mujeres, en tanto que el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas y el suicidio consumado es mayor para los hombres. Por su parte algunas condiciones asociadas a reconocerse como miembro de las poblaciones con orientaciones sexuales e identidades de generos diversas-OSIG, tales como la discriminación y la estigmatización, son factores de riesgo para depresión, ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida.

4.3 Enfoque diferencial poblacional – territorial

Visibiliza la importancia de las particularidades de los sujetos individuales y colectivos, considerando su situación, y su contexto con las variables sociales, políticas y culturales que les son inherentes. Implica el reconocimiento de condiciones constitutivas de edad, etnia, discapacidad, así como sociales, políticas, culturales, religiosas y económicas, las afectaciones por violencias (social y política), de ubicación geográfica (urbana o rural), y la condición legal, entre otras.

Del mismo modo, promover universalidad de los derechos, lo multicultural, lo étnico y promueve la lectura en contexto. En este sentido, el enfoque diferencial reconoce la importancia de la relación población – territorio, como categorías que promueven la formulación, implementación y evaluación de políticas que tengan como punto de partida tanto a los sujetos individuales y colectivos de derechos, como las condiciones poblacionales y territoriales que les son propias. Junto con la implementación del enfoque diferencial, es necesario considerar el enfoque interseccional entendido como la comprensión de los procesos complejos que derivan de la interacción de factores sociales, económicos, políticos, culturales y simbólicos en cada contexto. Permite también examinar las diferentes dimensiones de la vida social que resultan distorsionadas cuando se adopta un eje de análisis único.

4.4. Enfoque psicosocial

La Política Pública adopta el enfoque psicosocial como una herramienta de la atención en salud que permite reconocer la integralidad de las personas teniendo en cuenta el contexto en el que se han desenvuelto, los hechos que han vivido, el significado que les han dado a estos hechos, el sufrimiento que han experimentado y las capacidades con las que cuentan las personas y comunidades para recuperarse y materializar sus proyectos de vida. Este enfoque se materializa en la humanización de la atención en salud mental, para la cual es indispensable la sensibilidad frente a las diferencias de edad, género, cultura e idioma.

5. Visión

Para el año 2034, el Departamento de Bolívar será un territorio líder en la promoción y prevención de la salud mental y el bienestar integral de sus habitantes. Este compromiso se materializará en un sistema de salud mental accesible, equitativo y de alta calidad, fundamentado en un enfoque de derechos humanos, étnico, diferencial, territorial e intersectorial.

La política garantizará entornos resilientes y protectores, fomentando la convivencia social, la inclusión y la participación activa de todas las comunidades. Además, fortalecerá las capacidades locales y la articulación institucional, reduciendo la carga de los problemas y trastornos mentales y promoviendo la cohesión social y el desarrollo integral de las personas.

Bolívar será reconocido como un referente nacional en la implementación de estrategias sostenibles y transformadoras en salud mental, que promuevan la calidad de vida y la equidad, enfrentando los determinantes sociales y erradicando la estigmatización y los prejuicios de los trastornos mentales.

6. Objetivo General:

Garantizar la salud mental individual, familiar y colectiva como un derecho humano universal, a través de ejes estratégicos y transversales que integren elementos transectoriales por medio de la Atención Primaria en Salud (APS), que incidan en los determinantes sociales de la salud mental por entornos de desarrollo y curso de vida, incorporando los enfoques poblacional, interseccional y territorial.

7. Objetivos específicos:

- Contribuir al desarrollo de oportunidades y capacidades en la población para establecer entornos favorables que promuevan la salud mental, el bienestar emocional y el fortalecimiento de las potencialidades individuales, familiares, comunitarias y colectivas, favoreciendo la convivencia y el desarrollo humano y social.
- Prevenir problemas y trastornos mentales, del comportamiento y neuropsiquiátricos, el consumo de SPA, el suicidio, diversas formas de violencia, el estigma y la discriminación, a través de acciones intersectoriales y transectoriales.
- Fortalecer la atención en salud mental ampliando la oferta de servicios y programas, en coordinación con la atención primaria y redes integrales e integradas, para garantizar un acceso oportuno, equitativo y adecuado, y prevenir la cronificación.
- Implementar acciones de rehabilitación integral y la inclusión social de todas las personas, con un enfoque especial en aquellos con discapacidad psicosocial, mediante la implementación de acciones intersectoriales que fortalezcan sus capacidades, derechos y participación activa en la comunidad, contribuyendo a la construcción de entornos inclusivos y equitativos para todos.

- Facilitar la gestión integral de los procesos sectoriales, intersectoriales y transectoriales, para mejorar la capacidad de respuesta institucional y comunitaria a través de la Red Mixta Departamental y Municipal de Salud Mental.

Además, la política pública contara con cinco (5) Ejes Principales y 7 Ejes transversales, que orientan estratégicamente las acciones sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarias que garantizan el ejercicio pleno de la salud mental como parte integral del derecho a la salud de la población que reside en el territorio colombiano con enfoque de atención primaria en salud, que enunciamos de la siguiente manera:

Eje 1: Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos

Eje 2: Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia.

Eje 3: Atención Integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia. (Tratamiento integral)

Eje 4: Rehabilitación integral e Inclusión social.

Eje 5: Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.

Ejes transversales:

- Redes integrales e integradas territoriales en salud Mental.
- Atención Primaria en Salud Mental (APSM)
- Salud mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres.
- Observatorio de Salud Mental
- Fortalecimiento del talento humano
- Mitigación de la conducta suicida
- Prevención de problemas en salud mental asociados a violencias, violaciones a derechos humanos y construcción de paz.

8. Marco fiscal a mediano plazo

De conformidad con el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, el presente Proyecto de Ordenanza no genera impacto fiscal inmediato, por cuanto no contempla en su formulación compromisos presupuestales concretos, ni asignación directa de recursos adicionales en el corto plazo. En tal sentido, el trámite de esta iniciativa no presenta impedimento derivado de sus efectos fiscales directos.

Cabe precisar que la presente Política Pública tiene un enfoque programático y de planificación a mediano y largo plazo, orientada a la articulación institucional, la optimización de recursos ya existentes y la priorización de acciones dentro de los marcos presupuestales anuales aprobados por la Honorable Asamblea. Por tanto, su implementación será progresiva, sujeta a la capacidad financiera del Departamento, respetando los principios de sostenibilidad fiscal, eficiencia del gasto y responsabilidad financiera.

En este sentido, cualquier decisión de inversión o ampliación de cobertura derivada de esta política deberá estar sujeta a los procesos regulares de planeación presupuestal del Departamento, a través de los Planes de Acción institucionales, los Planes Operativos Anuales de Inversión (POAI) y el Marco Fiscal de Mediano Plazo, garantizando el cumplimiento del principio de anualidad y sin comprometer vigencias futuras sin la debida autorización legal.

Por lo tanto, para la aprobación de la presente Ordenanza no se requiere la disposición inmediata de nuevas partidas presupuestales.

Por todo lo expresado solicito a la honorable asamblea adelantar el trámite y aprobación del presente proyecto de ordenanza.

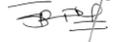
Atentamente,



JULIANA ISABEL SOLANO CHAR
Gobernador (E) de Bolívar

Revisó: WILLIS SIMANCAS MENDOZA. Secretario de Salud 

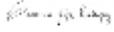
Revisó: ANTONIO SAGBINI FERNANDEZ. Director de Salud Pública de Salud 

Revisó: SUSANA RAQUEL PUERTA MONROY Secretaria de Planeación 

Revisó: RAFAEL MONTES COSTA Secretario Jurídico 

Revisó: Nohora Serrano Van Strahlen. Directora de Conceptos y Actos Ad. Secretaria Jurídica.

Proyectó: Álvaro Matson Carballo Profesional Especializado de Planeación 

Revisó: Giovanna López Rodríguez. Profesional Universitario Líder salud Mental. 



PROYECTO DE ORDENANZA No.

POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL
PARA EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR, 2025 - 2034

LA HONORABLE ASAMBLEA DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR

En uso de sus atribuciones constitucionales y legales y en especial las que le confiere el numeral 3 del artículo 300 de la Constitución Nacional, y la ley 2200 de 2022, Ley 2460 de 2025– Modifica Ley 1616 de 2013 y Decreto 0729 de 2025

ORDENA:

ARTÍCULO PRIMERO. - ADOPCIÓN: Adóptese la política pública de Salud Mental para el Departamento de Bolívar 2025 – 2034.

ARTÍCULO SEGUNDO. – OBJETIVO GENERAL: Garantizar la salud mental individual, familiar y colectiva como un derecho humano universal, a través de ejes estratégicos y transversales que integren elementos transectoriales por medio de la Atención Primaria en Salud (APS), que incidan en los determinantes sociales de la salud mental por entornos de desarrollo y curso de vida, incorporando los enfoques poblacional, interseccional y territorial.

ARTÍCULO TERCERO. – OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Contribuir al desarrollo de oportunidades y capacidades en la población para establecer entornos favorables que promuevan la salud mental, el bienestar emocional y el fortalecimiento de las potencialidades individuales, familiares, comunitarias y colectivas, favoreciendo la convivencia y el desarrollo humano y social.
- Prevenir problemas y trastornos mentales, del comportamiento y neuropsiquiátricos, el consumo de SPA, el suicidio, diversas formas de violencia, el estigma y la discriminación, a través de acciones intersectoriales y transectoriales.
- Fortalecer la atención en salud mental ampliando la oferta de servicios y programas, en coordinación con la atención primaria y redes integrales e



Vía Cartagena - Turbaco, km 3, Sector Bajo Miranda, El Cortijo
Teléfono: 57-5-6517444

e-mail: contactenos@bolivar.gov.co • www.bolivar.gov.co

integradas, para garantizar un acceso oportuno, equitativo y adecuado, y prevenir la cronificación.

- Implementar acciones de rehabilitación integral y la inclusión social de todas las personas, con un enfoque especial en aquellos con discapacidad psicosocial, mediante la implementación de acciones intersectoriales que fortalezcan sus capacidades, derechos y participación activa en la comunidad, contribuyendo a la construcción de entornos inclusivos y equitativos para todos.
- Facilitar la gestión integral de los procesos sectoriales, intersectoriales y transectoriales, para mejorar la capacidad de respuesta institucional y comunitaria a través de la Red Mixta Departamental y Municipal de Salud Mental.

ARTÍCULO CUARTO. – PRINCIPIOS ORIENTADORES:

La Política Departamental de Salud Mental (PNSM) se sustenta en un conjunto de principios orientadores que garantizan su implementación coherente, inclusiva y efectiva, los cuales se definen a continuación:

Universalidad: Establece que toda persona y toda comunidad tiene derecho al disfrute de la salud mental como derecho fundamental, sin discriminación alguna.

Solidaridad: Promueve la acción conjunta entre ciudadanía, organizaciones e instituciones para el desarrollo individual y colectivo, priorizando a quienes enfrentan desventajas en el ejercicio de este derecho a la salud mental.

Interdependencia: Reconoce la necesidad de cuidado mutuo y equitativo entre seres humanos, otros seres vivos y el entorno, resaltando la conexión con la naturaleza y el bienestar colectivo.

Equidad: Tiene como objetivo promover las acciones afirmativas y garantizar la aplicación de los enfoques diferenciales

Interculturalidad: Garantiza el respeto por la diversidad cultural del país, integrando saberes y prácticas tradicionales en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental.

Pensamientos propios y armonías: Valora los saberes ancestrales de los pueblos y comunidades étnicas, orientando sus acciones hacia la restauración de la armonía y el equilibrio entre territorio, comunidad y prácticas culturales.

Participación: Fomenta la intervención activa de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para la identificación de problemas, definición de prioridades y formulación de propuestas para fortalecer la salud mental.

Igualdad y no discriminación: Asegura que todas las personas sean tratadas con respeto y dignidad, garantizando el ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones¹

Progresividad y no regresividad: Propicia la expansión gradual y continua de servicios, tecnologías y capacidades en salud mental, reduciendo las brechas existentes y protegiendo los logros alcanzados.

Corresponsabilidad: Establece el deber compartido entre individuos, comunidades y el Estado para cuidar la salud mental (desde el cuidado propio y el cuidado colectivo) y promover un entorno sano y sostenible.

Concurrencia: Facilita la coordinación y articulación entre instituciones públicas y privadas, así como actores sociales, para el diseño e implementación de acciones en salud mental.

Integralidad: Concibe la salud mental como un proceso multifactorial que integra las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual, destacando que no hay salud sin salud mental.

Promoción de la autonomía: Defiende la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud mental, respetando sus valores y preferencias.

Subsidiariedad: Permite la intervención temporal de entidades públicas o comunitarias para garantizar la prestación de servicios cuando las entidades responsables no puedan hacerlo.

Continuidad: Garantiza que los servicios de salud mental se brinden de manera continua, protegiendo a las personas de interrupciones por motivos administrativos o económicos.

¹ Según el artículo 13 de la Constitución Política de Colombia, “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”



Oportunidad: Exige la prestación oportuna de servicios y tecnologías de salud mental, respondiendo sin dilaciones a las necesidades de la población.

Libre elección: Respeta la libertad de las personas para elegir sus prestadores de servicios de salud dentro de la oferta disponible, según las normas de habilitación.

Sostenibilidad: Asegura la disponibilidad de recursos suficientes para garantizar progresivamente el derecho a la salud mental, conforme a los principios de sostenibilidad fiscal.

Eficiencia: El sistema de salud debe velar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles, para garantizar el derecho a la salud mental de toda la población.

Dignidad humana: Derecho que poseen todas las personas de poder vivir con reconocimiento y seguridad, de verse libres de explotaciones, violencias y malos tratos, y de abogar por la humanización en la atención en salud, la calidad de los servicios y de los tratamientos mediante recursos accesibles y personal calificado para brindar la atención en salud mental.

Estos principios están alineados con lo postulados de la Ley 2460 de 2025 y la Política Nacional de Salud Mental 2025–2034, que exigen coherencia entre niveles territoriales y nacionales, fortalecen la Atención Primaria en Salud Mental (APSM), y promueven la equidad, la participación comunitaria, la protección de los derechos y la eliminación del estigma.

ARTICULO QUINTO. – VISIÓN: Para el año 2034, el Departamento de Bolívar será un territorio líder en la promoción y prevención de la salud mental y el bienestar integral de sus habitantes. Este compromiso se materializará en un sistema de salud mental accesible, equitativo y de alta calidad, fundamentado en un enfoque de derechos humanos, étnico, diferencial, territorial e intersectorial.

La política garantizará entornos resilientes y protectores, fomentando la convivencia social, la inclusión y la participación activa de todas las comunidades. Además, fortalecerá las capacidades locales y la articulación institucional, reduciendo la carga de los problemas y trastornos mentales y promoviendo la cohesión social y el desarrollo integral de las personas.



Vía Cartagena - Turbaco, km 3, Sector Bajo Miranda, El Cortijo
Teléfono: 57-5-6517444

e-mail: contactenos@bolivar.gov.co • www.bolivar.gov.co

Bolívar será reconocido como un referente nacional en la implementación de estrategias sostenibles y transformadoras en salud mental, que promuevan la calidad de vida y la equidad, enfrentando los determinantes sociales y erradicando la estigmatización y los prejuicios de los trastornos mentales.

ARTICULO SEXTO. - EJES: En concordancia con la Política Nacional de Salud Mental, la política pública de salud mental del Departamento de Bolívar, cuenta con los siguientes ejes:

1. Promoción de la Salud Mental
2. Prevención de Problemas, Trastornos de la Salud Mental y Epilepsia
3. Atención Integral de los Problemas y Trastornos Mentales
4. Rehabilitación integral e Inclusión social.
5. Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial

Los ejes de política orientan estratégicamente las acciones sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarias que garantizan el ejercicio pleno de la salud mental como parte integral del derecho a la salud de la población que reside en el territorio colombiano con enfoque de atención primaria en salud.

Considerando que esta Política se armoniza con la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud, los ejes que se describen a continuación se desarrollarán a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS-, toda vez que estas son las herramientas que orientan a los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, acerca de las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de acciones para promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

A continuación, se enuncia y describe cada uno de ellos, y se plantean los componentes de acción que permitirán la materialización operativa de esta Política.

Eje 1: Promoción de la salud mental

1.1 Definición: Este eje se orienta a promover acciones y procesos transformadores que capaciten a las personas y comunidades para identificar, gestionar y utilizar los recursos necesarios para adoptar y mantener estilos de vida saludables que favorezcan su salud mental y bienestar psicosocial. Se enfoca en

mitigar el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles y en promover la salud mental mediante estrategias integrales.

1.2 Alcance: Contribuir a la transformación social de las comunidades, promoviendo que las personas ejerzan mayor control sobre su salud y los factores que la determinan, al tiempo que desarrollan herramientas que fortalezcan sus capacidades de afrontamiento y competencias socioemocionales en los ámbitos individual, familiar y comunitario. Se pretende que la salud mental sea valorada y priorizada, generando entornos protectores que favorezcan el bienestar psicosocial y contribuyan a reducir el estigma y las desigualdades en salud mental

1.3 Componentes:

1.3.1. Entornos resilientes, saludables y protectores que promuevan estilos de vida saludables. Contempla acciones dirigidas a la construcción de entornos seguros en la vida cotidiana (hogar, educación, comunidad, medio ambiente, trabajo e instituciones), que promuevan la participación y el sentido de pertenencia colectivo, asegurando el cuidado y el bienestar de la población. Se promueven estrategias que impactan positivamente la salud mental y la calidad de vida de las personas, fomentando estilos de vida saludables, la creación de vínculos seguros y el desarrollo de habilidades para la vida y competencias socioemocionales. Lo anterior fortalece las redes de apoyo social, los lazos comunitarios, la cohesión del tejido social y los vínculos solidarios para el cuidado colectivo.

1.3.2. Promoción del involucramiento parental

El componente de involucramiento parental en el Plan de Acción de la Política Pública de Salud Mental del Departamento de Bolívar tiene como objetivo fortalecer las capacidades de madres, padres y cuidadores para participar activamente en el bienestar emocional y el desarrollo psicosocial de niños, niñas y adolescentes, como estrategia clave de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas y otros riesgos psicosociales.

Las acciones en este componente incluirán:

- Desarrollo de intervenciones colectivas estructuradas dirigidas a familias, con sesiones interactivas y materiales adaptados al curso de vida.
- Fortalecimiento de vínculos afectivos y procesos de comunicación entre cuidadores e hijos.

- Formación de facilitadores comunitarios capacitados en habilidades parentales y promoción de la salud mental.
- Estrategias prácticas que faciliten la participación familiar, como horarios flexibles, apoyos logísticos y materiales lúdicos.
- Evaluación del impacto en las dinámicas relacionales familiares y su influencia en la prevención de problemáticas de salud mental.

1.3.3. Educación en habilidades psicosociales para la vida: Este componente tiene como propósito promover el desarrollo de habilidades personales y sociales fundamentales para el bienestar emocional, la toma de decisiones, la resolución de conflictos, la regulación emocional y la construcción de relaciones saludables a lo largo del curso de vida. Se enfoca en fortalecer la capacidad de las personas para enfrentar los desafíos cotidianos y prevenir situaciones de riesgo asociadas a la salud mental.

La educación en habilidades psicosociales se implementará en entornos escolares, comunitarios, laborales y familiares, mediante intervenciones que integren contenidos sobre autoconocimiento, empatía, manejo del estrés, pensamiento crítico, comunicación asertiva y toma de decisiones responsables.

Las acciones de este componente incluirán:

- Desarrollo de procesos formativos y talleres vivenciales dirigidos a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, personas adultas y mayores.
- Integración de contenidos en programas educativos, acciones comunitarias y estrategias intersectoriales.
- Formación de agentes multiplicadores en habilidades para la vida, tales como docentes, líderes comunitarios, cuidadores y personal de salud.
- Uso de metodologías participativas, lúdicas y adaptadas a las particularidades territoriales y culturales del departamento.
- Articulación con las estrategias de prevención del suicidio, violencia, consumo de sustancias psicoactivas y promoción del bienestar emocional.

1.3.4 Redes de información y comunicación en salud mental: Se orienta a empoderar a las personas y a las comunidades para que interactúen de manera positiva en los medios de comunicación y en medios digitales, proporcionando herramientas que les permitan gestionar manera pertinente el consumo de información. Se hace énfasis en la salud digital, promoviendo el uso seguro y

responsable de la información en salud mental. Estas estrategias contribuirán a reducir el estigma, el autoestigma y la discriminación en torno a la salud mental, con un enfoque interseccional y de derechos, con énfasis en poblaciones diferenciales.

1.3.5 Reconocimiento de la interculturalidad como factor protector en salud

mental: Este componente busca promover la valoración de la diversidad cultural, étnica y territorial del Departamento de Bolívar como un elemento clave en la promoción del bienestar psicosocial, la prevención de problemas de salud mental y la construcción de entornos protectores. Reconocer la interculturalidad implica respetar, fortalecer y articular los saberes ancestrales, las prácticas tradicionales de cuidado, los lenguajes simbólicos y las formas comunitarias de resolución de conflictos como parte de las estrategias de salud mental. La implementación de este componente permitirá una atención más pertinente, cercana y eficaz, al integrar las cosmovisiones de los pueblos indígenas, comunidades afrodescendientes, raizales, palenqueras y campesinas, garantizando así un enfoque de salud mental con pertinencia cultural.

Las acciones estratégicas incluirán:

- Identificación y mapeo de prácticas culturales, rituales y liderazgos comunitarios relacionados con el cuidado emocional y espiritual.
- Articulación de procesos de salud mental con autoridades tradicionales, sabedores y liderazgos comunitarios.
- Formación de talento humano en salud sobre competencias interculturales y enfoques territoriales en salud mental.
- Generación de espacios de diálogo intercultural entre saberes ancestrales y prácticas clínicas contemporáneas.
- Adaptación lingüística y cultural de materiales educativos y estrategias comunicativas sobre salud mental.

2 Eje 2: Prevención de Problemas, Trastornos de la Salud Mental y Epilepsia

2.1 Definición: Se refiere a las medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo y las dirigidas a detener su avance y atenuar sus consecuencias, una vez establecida. En salud mental, la prevención se enfoca primordialmente en la modificación de conductas y condiciones de riesgo en personas, familias y comunidades, tales como la vivencia

de hechos traumáticos, el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el bajo apoyo social y la disfuncionalidad familiar.

2.2 Alcance: Gestionar el riesgo de aparición de enfermedades mentales en individuos, familias y comunidades, a través de un enfoque integral que incluya diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y la prevención de secuelas. Implica la orientación hacia procesos de rehabilitación adecuados y la prevención de complicaciones derivadas de la pérdida de salud mental y otros trastornos. Las acciones se llevarán a cabo en los distintos niveles de intervención, de forma coordinada con los actores locales, garantizando una respuesta articulada y efectiva en todo el territorio.

2.3 Componentes:

2.3.1 Prevención de problemas y trastornos de la salud mental con base comunitaria, facilitando el reconocimiento de los trastornos mentales y la prevención de violencias, consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida. Para ello, se ofrece capacitación en temas como primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis y detección temprana, lo cual posibilita activar de manera oportuna la ruta de salud mental en el territorio a través de la articulación sectorial e intersectorial.

Además, se considera la integración con la Atención Primaria en Salud (APS), atención complementaria y las intervenciones de salud pública, involucrando a otros actores del territorio, permitiendo focalizar acciones para disminuir la incidencia de enfermedades mentales, adoptando un enfoque diferencial, intercultural y basado en derechos, ajustado a las condiciones poblacionales del territorio.

2.3.2 Detección temprana de problemas y trastornos en salud mental. Está orientado a la identificación temprana de problemas y trastornos mentales, con el objetivo de detectar signos de enfermedad en personas, familias y comunidades. A través de acciones intramurales y extramurales, se busca facilitar el diagnóstico y tratamiento oportuno, así como el acceso a herramientas de cuidado y autocuidado en todos los cursos de vida.

El Gobierno Departamental diseñará, implementará y fortalecerá acciones de prevención de los efectos en salud mental a causa de la violencia escolar, laboral, social o de género.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en colaboración con colegios y asociaciones gremiales del sector salud, apoyará la actualización de guías y protocolos para la detección temprana de problemas y trastornos en salud mental. Estas herramientas incluirán estrategias específicas para abordar la conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas y las violencias, garantizando su aplicabilidad en diferentes contextos.

2.3.3 Prevención de problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas. Contempla acciones preventivas, dirigidas a evitar la aparición de problemas psicosociales, mediante el control de factores causales, predisponentes, desencadenantes y detonantes de enfermedades mentales en individuos, familias y comunidades. A su vez, se enfocará en la caracterización de la población para promover la prevención a nivel comunitario, articulada con la atención primaria en salud (APS) para ofrecer atención oportuna mediante diferentes estrategias resolutorias. Entre las acciones claves, se destacan el fortalecimiento de la tele consulta, la asesoría y la orientación, así como el auto seguimiento de la aparición de síntomas, con el fin de reducir las barreras en el acceso a la salud mental.

2.3.4 Prevención de la epilepsia y otros trastornos neuropsiquiátricos. Se enfoca en la detección temprana del riesgo, la promoción de estilo de vida saludable y la intervención en crisis. La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica no transmisible. Las personas que la sufren suelen tener tasas más altas de problemas psicosociales y de trastornos mentales.

Eje 3: Atención Integral de los Problemas y Trastornos Mentales

3.3.1 Definición: Está enfocado en brindar una atención integral e integrada que cubra desde el nivel de atención primaria hasta el complementario, favoreciendo la reducción de las brechas en salud mental mediante la oportunidad, continuidad y calidad de la atención, adaptadas a las necesidades de las personas, familias y comunidades. Se destacan la organización estratégica y la complementariedad de las acciones de los actores del sistema de salud y otros sectores relevantes, con el objetivo de ofrecer una respuesta efectiva y humanizada a las necesidades de la población afectada por trastornos mentales, epilepsia y otros trastornos neuropsiquiátricos.

3.3.2. Alcance: Contribuir al bienestar individual y colectivo de la población Bolivarenses , así como de los extranjeros y connacionales, mediante una atención integral que permita reducir significativamente el impacto de los trastornos tanto mentales, del desarrollo, neurológicos, y la epilepsia en las personas, familias y comunidades. Se logrará garantizando el acceso efectivo, oportuno y pertinente a servicios, medicamentos y tecnologías en salud, eliminando barreras y promoviendo la universalidad, calidad, seguridad, equidad y eficiencia en la atención. Además, se priorizará una atención humanizada y centrada en el paciente, asegurando la continuidad de las estrategias terapéuticas y combatiendo el estigma asociado a la enfermedad mental y la discapacidad.

3.3 Componentes:

3.3.1 Accesibilidad y continuidad en la atención integral e integrada en salud mental: Se enfoca en promover acciones que garanticen la calidad, el acceso oportuno y la continuidad en la atención de personas con problemas y trastornos mentales, trastornos del comportamiento, del desarrollo, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, demencia, personas con discapacidad y epilepsia, así como en situación de habitabilidad en calle, víctima del conflicto armado, víctimas de violencia sociopolítica, violencia de género y otras violencias. Las intervenciones incluyen diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y seguimiento, tanto en servicios intramural como extramural, con un énfasis comunitario. Su objetivo es aumentar la probabilidad de obtener resultados

3.3.2 Oportunidad y pertinencia de la atención integral e integrada en salud mental.

Hace referencia a la capacidad del sistema de salud para ofrecer servicios en el momento adecuado, sin demoras que agraven el estado de salud del individuo. En el caso de la salud mental, brindar atención oportuna permite prevenir la agudización de síntomas, reducir hospitalizaciones, evitar desenlaces adversos como el suicidio y fomentar una recuperación más rápida y efectiva. Esto implica contar con rutas claras de atención, tamizajes periódicos, atención en crisis y un sistema de referencia y contrarreferencia funcional entre niveles de atención.

Se proveerán acciones para garantizar el acceso permanente, a medicamento psiquiátricos para las personas que lo requieran, especialmente aquellos que enfrentan barreras para acceder a los servicios de salud. Asimismo, se proveerá que todos los servicios hospitalarios cuenten comunidades de urgencias en salud mental, dotada de personal, capacitado y suficiente para atender las demandas de la población.

3.3.3 Inspección, vigilancia y control para la atención en salud mental: Abarca actividades sistemáticas y continuas para evaluar, monitorear y garantizar que la atención en salud mental cumpla con las normas y estándares establecidos, asegurando la calidad, eficiencia, continuidad y protección de los derechos de las personas, familias y comunidades. Este componente, que debe ser transversal a todos los ejes, busca reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental mediante la gestión integral del riesgo. Este proceso incluye la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos enfocados en el conocimiento y la reducción del riesgo.

3.3.4 Diagnóstico participativo y concertación: Este componente busca generar insumos técnicos y sociales para la atención diferencial en salud mental mediante la realización de un diagnóstico psicosocial y étnico con enfoque participativo en centros penitenciarios y del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA), en coordinación con el INPEC y la Consultiva Departamental. Acciones principales:

- Levantar un diagnóstico con enfoque étnico y psicosocial en centros penitenciarios y del SRPA.
- Incorporar la participación activa de las personas privadas de la libertad y de los equipos psicosociales institucionales.
- Coordinar con el INPEC y la Consultiva Departamental la validación de la información recolectada.
- Utilizar el diagnóstico como insumo para el diseño e implementación de estrategias diferenciales de promoción, prevención y atención en salud mental.

4 Eje 4: Rehabilitación integral e Inclusión social.

4.1 Definición: Establece las bases para la gestión de procesos sectoriales, intersectoriales y comunitarios necesarios para promover la integración e inclusión

social, el acceso a oportunidades y la mejora de la calidad de vida de las personas que, desde una perspectiva interseccional, se encuentran en condiciones de vida como las personas con problemas y trastornos mentales, trastornos del comportamiento, trastornos del neurodesarrollo, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, demencia, personas con discapacidad, situación de calle y epilepsia, así como víctimas del conflicto armado, de violencia sociopolítica, de género y otras violencias. Busca reducir, entre otros, el estigma y el autoestigma, promoviendo la integración temprana en los entornos sociales y los distintos cursos de vida.

4.2 Alcance: Para garantizar la rehabilitación integral e inclusión social de estas poblaciones es necesario posibilitar el acceso real y efectivo a los bienes y servicios en los diferentes entornos, permitiendo la participación plena junto con otros ciudadanos, sin limitaciones o restricciones derivadas de su condición. De esta forma, se pretende facilitar que las personas alcancen y mantengan una funcionalidad óptima en todas sus dimensiones, promoviendo su autonomía e independencia. Se busca que las personas puedan construir y transformar su propia vida, contribuyendo a la creación de comunidades más inclusivas, que mejoren la calidad de vida de todos sus miembros.

4.3 Componentes:

4.3.1 Gestión integral para la articulación entre la atención primaria en salud y la rehabilitación Basada en Comunidad.

Teniendo en cuenta la realidad social de los individuos y colectivos, mediante el esfuerzo conjunto de todos los actores sociales para disminuir barreras. Permite articular los componentes de la atención primaria y la rehabilitación comunitaria en salud mental, siguiendo el modelo de rehabilitación basado en la comunidad (RBC). Se brindará a las personas una atención integral y adecuada a lo largo de su curso de vida, considerando la interseccionalidad de sus condiciones, a través del apoyo de sus familias y comunidades, incluyendo acciones intersectoriales y transectoriales, como la participación social, el fomento de la autonomía, el bienestar emocional, la adaptación de infraestructuras y el seguimiento de la condición de salud de estas personas.

4.3.2 Ampliación y fortalecimiento del modelo de rehabilitación basada en comunidad para personas víctimas del conflicto armado. Comprende estrategias orientadas a favorecer la recuperación y a mitigar los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a víctimas del conflicto armado. Implica el monitoreo y seguimiento de las estrategias más efectivas, además de integrar la atención en salud mental dentro de la Política Nacional de Reparación Integral y Derechos Humanos.

La secretaria de Salud, en coordinación con secretaria de Derechos Humanos y la secretaria de Víctimas del Departamento de Bolívar, actualizará los protocolos, programas y procedimientos de atención en salud mental para la población víctima del conflicto armado, con el objetivo de garantizar una rehabilitación psicosocial efectiva. Además, se desarrollará un protocolo de salud mental orientado a prevenir segundas victimizaciones, aplicable a todas las víctimas del país, que será implementado por todas las entidades involucradas en la atención y reparación.

4.3.3 Ampliación y fortalecimiento de modelos comunitarios en salud para personas con trastornos mentales, personas con discapacidad, epilepsia y otros trastornos de neurodesarrollo y neuropsiquiátricos. Se refiere a la creación de un modelo de rehabilitación que articule los esfuerzos para la inclusión social en salud mental, involucrando a las personas con discapacidad, sus familias, comunidades y diversos servicios de salud, educación, sociales y laborales. Promueve la articulación constante entre los servicios sociales, de salud y otros sectores, colocando las necesidades de las personas con problemas y trastornos mentales, trastornos del comportamiento, trastornos del neurodesarrollo, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, demencia, personas con discapacidad, situación de calle y epilepsia, así como víctimas de la violencia del conflicto armado, violencia sociopolítica, de género y otras violencias.

4.3.4 Rehabilitación comunitaria e inclusión social (con enfoque étnico-diferencial para personas en situación de habitancia en calle): Este componente tiene como propósito desarrollar e implementar proyectos de acompañamiento psicosocial e inclusión social dirigidos a personas en situación de habitancia en calle, integrando un enfoque étnico-diferencial basado en los saberes ancestrales y en el reconocimiento de la diversidad cultural del territorio. La formulación de este componente es el resultado de procesos participativos y de

diálogo con las Consultivas Departamentales de Comunidades Negras, quienes han manifestado la necesidad de abordar el fenómeno de la habitancia en calle desde una perspectiva integral que articule la salud mental, la dignidad humana, la espiritualidad y la identidad cultural.

5 Eje 5: Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.

5.1 Definición: Gestión, Articulación y Coordinación Sectorial y Transectorial Reconoce la naturaleza dinámica de la salud mental, donde interactúan constantemente las personas, los actores sociales y los entornos en los que viven; por lo tanto, la salud mental no puede abordarse de manera aislada. Desde la perspectiva de las políticas en salud, la articulación y coordinación entre sectores se presentan como herramientas necesarias para lograr una gestión integral y garantizar el derecho fundamental a la salud mental. Así mismo, permite buscar soluciones integrales, aprovechando de manera eficiente los recursos disponibles (saberes, experiencias, medios de influencia y recursos económicos), así como las capacidades y particularidades de los individuos y comunidades, para generar mecanismos que favorezcan el bienestar psicosocial.

5.2 Alcance: Consolidar la gestión, articulación, coordinación y concurrencia sectorial, intersectorial y transectorial, permitiendo a los sectores y actores de la sociedad abordar de manera conjunta y eficaz los desafíos relacionados con la salud mental de la población.

5.3. Componentes:

5.3.1 Red Mixta Departamental en Salud Mental. La Red Mixta en Salud Mental será una instancia de apoyo del de la secretaria de Salud Departamental en coordinación con el Consejo Departamental de Salud Mental. Para tal efecto, se expedirá un reglamento interno que definirá las normas, procedimientos y mecanismos de funcionamiento necesarios para su operación, incluyendo las responsabilidades de los integrantes, las funciones, los procedimientos y el seguimiento de planes de trabajo en los ámbitos Departamental.

5.3.2 Mesa Interinstitucional de Salud Mental. La Mesa Interinstitucional de Salud Mental y/o Consejo Departamental de Salud Mental será un espacio

estratégico para la articulación de recursos, acciones y lineamientos orientados a la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental. Su propósito será facilitar una gestión integral e integrada que guíe la toma de decisiones en este ámbito, asegurando una respuesta coordinada y efectiva.

6. Ejes Transversales

6.1. Estrategia transversal 1:

Redes integrales e integradas territoriales en salud Mental.

6.1.2 Definición:

Se entiende por Redes Integrales e Integradas Territoriales en Salud Mental al conjunto organizado de actores, servicios, instituciones, sectores y comunidades que, articulados entre sí en un territorio determinado, garantizan la atención integral, continua, accesible, humanizada y con enfoque comunitario de la salud mental de la población.

Estas redes promueven la integración efectiva entre los diferentes niveles de atención (primario, complementario y especializado), así como la articulación con sectores como educación, protección social, justicia y seguridad, mediante mecanismos de coordinación y referencia que aseguren la respuesta oportuna a las necesidades en salud mental.

Su propósito es consolidar un modelo territorial de atención en salud mental centrado en la persona, la familia y la comunidad, donde se priorice la promoción, la prevención, la atención integral y la rehabilitación psicosocial, garantizando la continuidad del cuidado y la corresponsabilidad institucional.

6.1.2 Alcance: Esta estrategia garantizará la prestación de servicios de salud mental en todo el territorio del Departamento de Bolívar, haciendo los ajustes necesarios para atender adecuadamente a las poblaciones de zonas urbanas, rurales y rurales dispersas. Se asegurará que todas las personas reciban atención en salud mental de calidad, de manera oportuna y continua, cubriendo tanto el tratamiento como la rehabilitación, la entrega de medicamentos y el seguimiento adecuado, favoreciendo la inclusión social.

6.2 Estrategia transversal 2: Atención Primaria en Salud Mental (APSM)

6.2.2 Definición: La APSM es un proceso fundamental en del sistema de salud, que facilita un contacto accesible, integral y coordinado, que se orienta a brindar continuidad asistencial centrada en la persona con necesidades de salud mental. Con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, la APSM incorporará los ejes estratégicos y los enfoques de la PNSM.

Además, la APSM se constituye como puerta de entrada al sistema de salud, con capacidad para responder de forma resolutiva e identificar las principales causas de morbilidad en salud mental, así como las condiciones individuales, familiares y colectivas que pueden derivar en posibles patologías mentales, facilitando intervenciones tempranas mediante la gestión individual del riesgo en salud.

6.2.3 Definición: Alcance: Fortalecimiento de la infraestructura de atención en salud mental y el talento humano en los niveles primario, comunitario, clínico y humanitario, a través del mejoramiento de las capacidades resolutivas de los equipos básicos de salud (EBS), los centros de atención primaria en salud mental y los gestores de salud mental, promoviendo su articulación en los diferentes niveles de atención para salud mental.

6.3 Estrategia transversal 3: Salud mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres.

6.3.1 Definición: Responde a situaciones de emergencias declaradas de cualquier índole, sean naturales, de salud o sociales, con el objetivo de restablecer la sensación de normalidad y aliviar el sufrimiento humano.

6.3.2 Alcance: Se llevará a cabo mediante una coordinación intersectorial que involucre. los sectores de salud, educación, servicios sociales y seguridad pública, así como representantes de las comunidades afectadas. Se desplegarán equipos multidisciplinarios de atención clínica, psicosocial y comunitaria, encargados de la promoción, prevención, atención e intervención tanto en casos individuales como en comunidades. Además, se fortalecerá la atención prehospitalaria y se activarán redes integrales de salud mental, dependiendo del tipo de emergencia.

6.4 Estrategia transversal 4: Observatorio de Salud Mental

6.4.1 Definición: La Secretaría de Salud actualizará las acciones y recursos del Observatorio de Salud Mental que se genere a través de esta política pública, con el fin de que haga seguimiento a los problemas y trastornos de salud mental, el recurso humano, la infraestructura, la calidad del servicio en salud mental a nivel Departamental y se articule a los demás observatorios existentes, con el propósito de ofrecer información confiable y oportuna que apoye la toma de decisiones en el sector de la salud y otros sectores, contribuyendo al impacto positivo de la población.

6.4.2 Alcance: El Observatorio de Salud Mental de Departamento se encargará de recopilar y analizar información sobre la situación de la salud mental a nivel nacional, departamental, municipal y distrital, evaluando las necesidades y prioridades en el Departamento de Bolívar. Su función incluirá la proposición y desarrollo de estrategias para la prevención y abordaje de problemas de salud mental, así como la difusión de los análisis realizados, que proporcionen una visión clara y precisa de las realidades de salud mental en el Departamento.

6.5 Estrategia transversal 5: Fortalecimiento del talento humano

6.5.1. Definición: Las entidades territoriales (Municipios y Departamentos) serán responsables de la planificación y gestión del talento humano en salud y otros trabajadores del sector, priorizando las características y necesidades de la población en sus respectivos territorios.

La secretaria de Salud Departamental, promoverá la capacitación continua al talento humano en salud con el desarrollo de programas y estrategias de formación en salud mental, en conjunto con las entidades competentes. Estos programas deberán incorporar contenidos en salud mental pertinentes y adaptados a las necesidades poblacionales y territoriales, con el objetivo de garantizar el cuidado integral de la salud mental.

Se propiciarán acciones de no estigmatización y de humanización del trato a todas las personas como principio fundamental del cuidado en salud mental. Esta acción involucra a las personas y comunidades en el abordaje de la discapacidad mental, promoviendo la participación activa de los individuos afectados y de sus entornos en el tratamiento, la integración social y la inclusión en todos los aspectos de su vida, con el fin de superar el estigma y la discriminación.

6.5.2. Alcance: Se llevarán a cabo procesos continuos de caracterización e identificación de las necesidades de formación y gestión del talento humano en salud mental. En este sentido, la secretaria de Salud continuará brindando asistencia técnica a las entidades territoriales, apoyando la implementación de programas que fortalezcan la atención primaria en salud, de manera humanizada, con el objetivo de reducir las brechas en salud mental en el Departamento, adaptando el mhGAP en sus componentes clínico, comunitario y humanitario. El talento humano que se encuentran en primera línea de atención en las ESEs Municipales, contarán con competencias básicas en primeros auxilios psicológicos, rehabilitación centrada en la comunidad y el mhGAP para la reducción de las brechas en salud mental.

6.6 Estrategia transversal 6: Mitigación de la conducta suicida

6.6.1 Definición: Busca disminuir los factores de riesgo asociados a la conducta suicida mediante una articulación transectorial e intersectorial. Se enfocará en intervenciones a nivel individual, familiar y comunitario, con acciones que favorezcan la vigilancia epidemiológica, la concientización, la reducción del estigma y la discriminación, la capacitación, el acceso a servicios, el tratamiento oportuno, la intervención en situaciones de crisis, el seguimiento y el acompañamiento a los supervivientes y sus familias, así como la supervisión y coordinación de esfuerzos.

6.6.2 Alcance: Se priorizarán acciones específicas de promoción, prevención, atención y rehabilitación, articuladas con otros actores del territorio, por medio de tres componentes estratégicos:

- **Comunicación:** Orientada a la promoción de la salud mental, la adopción de conductas sin riesgo ni daño, la disminución del estigma y el auto estigma, el

reconocimiento de rutas de atención y la detección temprana de situaciones de riesgo.

- **Atención:** Orientada a fortalecer la atención desde la APS, integrando según la pertinencia los componentes primarios y complementarios, y promoviendo acciones colectivas bajo el Plan de Intervenciones en Salud Pública.
- **Seguimiento:** Orientado a mejorar los servicios de salud en forma oportuna y continua para las personas que presentan conducta suicida, los familiares sobrevivientes de suicidio, el fortalecimiento de redes de apoyo social y la promoción de factores protectores, con énfasis en la interseccionalidad y de manera articulada con otros actores.

6.7 Estrategia transversal 7:

Prevención de problemas en salud mental asociados a violencias, violaciones a derechos humanos y construcción de paz.

6.7.1 Definición: Implica promover acciones sectoriales e intersectoriales que prevengan y aborden las diversas formas de violencia, las cuales afectan profundamente la salud mental de individuos, familias, comunidades y colectivos a lo largo del ciclo de vida, especialmente en contextos sociales marcados por graves violaciones de derechos humanos, violencias basadas en género y discriminación. A su vez, esta estrategia responde a las necesidades de salud mental en los contextos de derechos humanos y construcción de paz en los territorios Alcance: La implementación se llevará a cabo a través de la articulación de los actores sectoriales e intersectoriales, con el fin de brindar una atención humanizada que aborde los daños emocionales a nivel individual, familiar y colectivo, derivados de hechos victimizantes, y proporcionando atención personalizada según las necesidades biopsicosociales de cada persona.

ARTICULO SEPTIMO. - DE LOS RECURSOS. La administración departamental garantizará los recursos suficientes en cada una de las anualidades presupuestales teniendo en cuenta los ejes, programas y líneas de acción, identificando la cuantía requerida conforme al plan financiero de la política pública de Salud Mental para el departamento de Bolívar, "2025 - 2034".

ARTICULO OCTAVO. – MONITOREO, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La metodología para el monitoreo, evaluación y seguimiento de la presente política



pública será de acuerdo a la propuesta por la Guía para la Formulación, Implementación, Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas de Salud y Protección Social del Ministerio de Salud, a través del Consejo Departamental de salud Mental creado mediante decreto 106 del 2021, conforme lo establece la ley 1616 de 2013.

Para el periodo comprendido entre la expedición de la presente política desde el año 2025, el monitoreo, seguimiento y evaluación se realizarán semestralmente.

Cada semestre, se hará un seguimiento detallado con cada dependencia de la Gobernación de Bolívar y demás actores claves, permitiendo un análisis ajustado y reactivo a las necesidades y retos específicos del departamento. Se presentarán avances y resultados durante las reuniones con las instancias de interés en Bolívar, asegurando la transparencia y el involucramiento de todas las partes relevantes en el proceso de mejora continua de la política.

Esta metodología Semestral, facilitará una retroalimentación constante y la posibilidad de realizar ajustes oportunos en la implementación de la política, garantizando así una respuesta efectiva a las dinámicas sociales y de salud en el departamento de Bolívar.

Parágrafo: El Consejo Departamental de Salud Mental deberá presentar la evaluación del desarrollo de la presente ordenanza de manera anual ante la plenaria de la corporación garantizando la participación democrática y gobernanza territorial.

ARTICULO NOVENO. – DE LA ASISTENCIA TECNICA PARA LA ADOPCIÓN DE POLITICAS INTEGRALES DE SALUD MENTAL EN LOS DISTRITOS Y MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO. El gobierno departamental prestara asistencia técnica y promoverá la articulación y coordinación armónica con los gobiernos distritales y municipales de acciones, estrategias y/o proyectos que permitan a los distritos y municipios del departamento de Bolívar adoptar a nivel territorial una política pública de Salud Mental que encuentre coherencia con la política departamental.

ARTICULO DECIMO. – FORTALECIMIENTO DE LA POLITICA. En consideración a los contextos dinámicos del departamento, la administración departamental acorde a las necesidades que surjan en el desarrollo de la ejecución de las líneas de acción podrá incorporar nuevas estrategias, líneas e indicadores que se orienten a la garantía, promoción y protección de los derechos de los ciudadanos.



ARTICULO DECIMO PRIMERO. – INCORPORACIÓN. Incorpórese al cuerpo de esta ordenanza todos los documentos y anexos constitutivos de la política pública de Salud Mental, documento borrador de la política de salud mental y Plan de acción para el departamento de Bolívar 2025 – 2034.

ARTICULO DECIMO SEGUNDO. - ACTUALIZACION DE LA PARTE GENERAL DEL PLAN: Si a ello hubiere lugar, los datos y la información estadística de la parte general de la política pública de Salud Mental para el departamento de Bolívar 2025 – 2034, podrán ser actualizados, así como el diseño para la edición, dentro del mes siguiente a su aprobación por parte de la Asamblea Departamental.

ARTICULO DECIMO TERCERO. – PLAN ESTRATEGICO GENERAL DE LA POLITICA PUBLICA DE SALUD MENTAL 2025 – 2034

PLAN DE ACCION POLITICA DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL 2025-2034			
EJE	OBJETIVO	COMPONENTES	ACTIVIDADES
Eje 1. Promoción de la salud mental	Crear las condiciones individuales, sociales y ambientales para el desarrollo integral de las personas, promoviendo y manteniendo el bienestar emocional y social, Teniendo en cuenta el enfoque diferencial (comunidades étnicas, indígenas, Personas con discapacidad, LGTBIQ, Población Migragrante), Jóvenes en el Sistema de Responsabilidad Penal del Adolescente, Víctimas de VBG y Víctimas del conflicto armado	Entornos resilientes, saludables y protectores que promuevan estilos de vida saludables.	Creación y fortalecimiento de redes de apoyo social, familiar y comunitario
			Articulación intersectorial (Educación y Salud, cultura y deporte) para la promoción de la salud mental
			Revisión y actualización de los manuales de convivencia Escolar en las Instituciones Educativas Públicas del Departamento de Bolívar, acorde a la ley de salud mental 2460 de 2025.
		Promoción del involucramiento parental	Programas de capacitación para padres Y/O cuidadores sobre diálogo y concertación en el marco de escuelas para padres
			Talleres de construcción de vínculos afectivos en el entorno familiar.
			Implementación de estrategias sobre habilidades psicosociales en escuelas y comunidades
Educación en habilidades psicosociales para la vida	Campañas de sensibilización y educación en manejo de emociones y estrés		

PLAN DE ACCION POLITICA DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL 2025-2034			
EJE	OBJETIVO	COMPONENTES	ACTIVIDADES
		Redes de información y comunicación en salud mental	Estrategias de información y comunicación para el cuidado de la salud mental, reducción del estigma y auto estigma asociado a la salud mental, así como el consumo seguro y responsable de la información
		Reconocimiento de la interculturalidad como factor protector en salud mental	Desarrollar programas culturales para promover la salud mental con enfoque poblacional
2. Eje 2. Prevención de problemas, trastornos de la salud mental y epilepsia	Mejorar la capacidad de respuesta individual, familiar, comunitaria e institucional, orientando acciones para gestionar los riesgos en salud mental y epilepsia en los entornos donde las personas se desarrollan	Prevención de problemas y trastornos de la salud mental con base comunitaria	Capacitación de líderes comunitarios habilidades básicas de salud mental y primeros auxilios psicológicos
		Detección temprana de problemas y trastornos en salud mental	Realizar Desarrollo de capacidades en Ruta de atención y ruta de promoción y mantenimiento para la salud mental
			Realizar Asistencias técnicas para la Socialización y monitoreo de la ley 2460 de 2025(Modificación de la ley 1616 de 2013),y la implementación de la política nacional de salud mental Decreto 0729 de 2025.
		Prevención de problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas	Realizar unas estrategias de promoción para la salud mental en prevención del consumo de SPA. Desarrollo de entornos protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas.
		Prevención de la epilepsia y otros trastornos neuropsiquiátricos	Campañas de detección temprana de la Epilepsia
Eje 3. Atención integral de los problemas y trastornos mentales	Disminuir el impacto de la carga de enfermedad por problemas y trastornos mentales, violencia interpersonal y epilepsia en las personas, familias y comunidades, aumentando la oportunidad, el acceso, la aceptabilidad, la calidad, la continuidad y la oferta de servicios de salud mental	Accesibilidad y continuidad en la atención integral e integrada en salud mental	Asistencia técnica para mejorar la atención en salud mental
			Garantizar la atención Integral e Integrada de Salud mental a los Jóvenes del Sistema de Responsabilidad penal para Adolescentes.
		Incentivar el desarrollo de los servicios especializados en salud mental y epilepsia que se requieran. Fomentar la oferta de servicios de salud mental para la atención de pacientes ambulatorios mediante la consulta externa de psicológica en la red de prestadores primarios del Departamento de Bolívar.	
		Oportunidad y pertinencia de la atención integral e integrada en salud mental.	Desarrollo e implementación de herramientas para la gestión y seguimiento de la atención en salud mental

PLAN DE ACCION POLITICA DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL 2025-2034			
EJE	OBJETIVO	COMPONENTES	ACTIVIDADES
		Inspección, vigilancia y control para la atención en salud mental	Implementación de un Instrumento para el cumplimiento de estándares correspondientes al sistema único de habilitación (SUH), que garanticen la calidad de la atención en salud mental
		Diagnóstico participativo y concertación	Caracterización étnico-diferencial de personas privadas de la libertad en coordinación con el INPEC y la Consultiva Departamental
Eje 4. Rehabilitación integral e inclusión social	Lograr la rehabilitación integral y la inclusión (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política y cultural), de las personas con problemas y trastornos mentales, sus familias y cuidadores, mediante la participación corresponsable de los diferentes sectores en el desarrollo de acciones que transforman los entornos (familiar, laboral, educativo, comunitario e institucional), hacia la construcción de comunidades más incluyentes, favoreciendo el desarrollo humano y la calidad de vida de todos sus miembros.	Gestión integral para la articulación entre la atención primaria en salud y la rehabilitación basada en la comunidad.	Realizar acciones para garantizar una rehabilitación efectiva, oportuna y de calidad teniendo en cuenta la realidad social de los individuos y colectivos, mediante el esfuerzo conjunto de todos los actores sociales para disminuir barreras. Desarrollar capacidades a las organizaciones sociales y comunitarias para la planeación participativa en salud mental, la evaluación de servicios de salud, la movilización social y la incidencia política.
		Ampliación y fortalecimiento del modelo de rehabilitación basada en comunidad para personas víctimas del conflicto armado.	Implementación de programas comunitarios de inclusión y rehabilitación en salud mental Diseño e implementación de proyectos de acompañamiento étnico-diferencial a habitantes de calle, concertados con la Consultiva Departamental
		Ampliación y fortalecimiento de modelos comunitarios en salud para personas con trastornos mentales, personas con discapacidad, epilepsia y otros trastornos de neurodesarrollo y neuropsiquiátricos	Implementación de programas comunitarios de inclusión y rehabilitación en salud mental
5. Gestión, articulación y coordinación sectorial y transectorial	Promover el goce efectivo del derecho a la salud, la dignidad, el bienestar y la calidad de vida de las personas en sus diferentes entornos de desarrollo mediante la articulación de los diferentes procesos de gestión de la salud pública a los objetivos, principios y alcance	Mesas Interinstitucionales de Salud Mental a nivel departamental.	Socializar la Política Nacional de Salud Mental Actualizada en el Departamento de Bolívar y la Política Nacional de Drogas (Sembrando vida desterramos el narcotráfico) Socializar la política pública departamental de salud mental de Bolívar en el Departamento de Bolívar

PLAN DE ACCION POLITICA DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL 2025-2034			
EJE	OBJETIVO	COMPONENTES	ACTIVIDADES
	de la presente Política Nacional de Salud Mental		Realizar seguimiento al plan de acción y a los compromisos que se generen para la implementación de la política pública de salud mental en el departamento de Bolívar
		Red Mixta Nacional y Territorial en Salud Mental	Fortalecimiento del Consejo Departamental y manuales de Salud mental por medio de Creación y consolidación de la Red Departamental de Salud Mental en articulación con la Red Mixta Nacional y Territorial

ESTRATEGIAS TRASVERSALES			
EJE	OBJETIVO	COMPONENTES	ACTIVIDADES
Estrategia transversal 1. Redes integrales e integradas territoriales en salud mental	Garantizar el acceso oportuno, continuo y de calidad a los servicios de salud mental en el departamento, mediante la implementación de una red integral e integrada de atención, que incluya centros de referencia territorial, protocolos de atención diferenciada y mecanismos de articulación interinstitucional.	Fortalecimiento de la Red Integral e Integrada de Atención en Salud Mental	Desarrollo del Lineamiento Modelo de Atención en Salud Mental
Estrategia transversal 2. Atención Primaria en Salud Mental (APSM)	Garantizar el acceso equitativo, oportuno y continuo a los servicios de salud mental en el primer nivel de atención, fortaleciendo la capacidad resolutoria de los Equipos Básicos de Salud (EBS) y los centros de Atención Primaria en Salud Mental (APSM), mediante la articulación con otros niveles del sistema de salud, promoviendo la prevención, la detección temprana y la gestión integral del riesgo en salud mental con un enfoque comunitario y diferenciado.	Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud Mental	Fortalecimiento de los Equipos Básicos de Salud (EBS) para la atención en salud mental en el primer nivel de atención
Estrategia transversal 3. Salud mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres	Garantizar una respuesta efectiva, coordinada e inmediata en salud mental ante emergencias y desastres en el departamento, mediante la conformación de equipos especializados de atención psicosocial y la	Respuesta Integral en Salud Mental ante Emergencias y Desastres	Creación y fortalecimiento de equipos especializados en salud mental para la atención de emergencias y desastres

ESTRATEGIAS TRASVERSALES			
EJE	OBJETIVO	COMPONENTES	ACTIVIDADES
	implementación de estrategias de intervención que minimicen el impacto emocional, faciliten la recuperación y restablezcan la normalidad en las comunidades afectadas.		
Estrategia transversal 4. Observatorio de Salud Mental	Fortalecer el monitoreo, la vigilancia y el análisis de la situación de salud mental en el departamento, mediante la implementación de un Observatorio Departamental de Salud Mental que recopile, analice y difunda información confiable, articulándose con el Observatorio Nacional y otros sistemas de información, con el fin de mejorar la toma de decisiones, orientar políticas públicas y fortalecer la respuesta del sistema de salud a las necesidades en salud mental.	Monitoreo y Vigilancia de la Salud Mental	Creación y fortalecimiento del Observatorio Departamental de Salud Mental
Estrategia transversal 5. Fortalecimiento del talento humano	Garantizar la formación y capacitación continua del talento humano en salud mental, fortaleciendo sus competencias para la prevención, detección temprana, intervención y rehabilitación de los problemas y trastornos de salud mental, con enfoque territorial, diferencial y comunitario, asegurando una atención integral y de calidad en todos los niveles del sistema de salud.	Desarrollo y Capacitación del Talento Humano en Salud Mental	Formación al talento humano en salud en primera línea de atención, sin especialidad en salud mental, en guía de intervención mhGAP (ATENCIÓN)
Estrategia transversal 6. Mitigación de la conducta suicida	Reducir los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores asociados a la conducta suicida en el departamento, mediante un enfoque intersectorial y transectorial que promueva la prevención, detección temprana, atención oportuna, seguimiento y rehabilitación, garantizando la dignidad, autonomía y derechos de las personas en riesgo, con un énfasis en la reducción del estigma y la integración de redes de apoyo comunitarias.	Prevención de la conducta suicida	Implementación de un programa de prevención y atención integral de la conducta suicida en el departamento
			Crear centros de Escucha
Estrategia transversal 7. Prevención de	Prevenir los efectos de las violencias, las violaciones de derechos humanos y el conflicto	Atención Psicosocial y Prevención de Violencias en Salud	Cobertura de atención psicosocial e integral en salud a personas víctimas del conflicto armado

ESTRATEGIAS TRASVERSALES			
EJE	OBJETIVO	COMPONENTES	ACTIVIDADES
problemas en salud mental asociados a violencias, violaciones a derechos humanos y construcción de paz	armado en la salud mental de individuos, familias y comunidades, mediante acciones sectoriales e intersectoriales que promuevan la atención integral, la rehabilitación psicosocial, la reducción del estigma y la discriminación, y la construcción de entornos protectores e inclusivos, garantizando el acceso equitativo a servicios de salud mental con enfoque diferencial e interseccional.	Mental	
			Desarrollo de campañas psicoeducativas para la prevención de violencias y discriminación en entornos digitales y comunitarios

ARTICULO DECIMO CUARTO. - GASTO PUBLICO Y FUENTES DE FINANCIACIÓN. - El presupuesto General de la Nación (PGN), se divide en fuentes y sistemas presupuestales, según i) inversión, ii) funcionamiento y iii) sistema general de participaciones (SGP). La inversión es administrada bajo la modalidad de programas, subprogramas y proyectos, los cuales son administrados por el departamento nacional de planeación (DNP) a través del sistema de seguimiento a los proyectos de inversión (SPI). El gasto de funcionamiento está bajo la responsabilidad del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP). En el SGP se encuentran los recursos que la nación transfiere a las entidades territoriales para educación preescolar, primaria y media, salud, los servicios de agua potable y saneamiento básico.

Por su parte, los recursos de las entidades territoriales provienen de tres fuentes: i) recursos propios, ii) sistema general de participaciones u iii) sistema general de regalías (SGR). La destinación de los recursos dirigidos a la Salud Mental puede ser variada si están bajo la responsabilidad de la nación o de las entidades territoriales.

Para tener en cuenta la asignación de recursos a las acciones de la política pública se hizo un análisis para el departamento de Bolívar de acuerdo con los siguientes referentes:

- 1.- Modelo de gestión territorial para políticas publicas dirigidas a Salud Mental.
- 2.- Guía para la clasificación de los recursos públicos para las políticas de Salud Mental en el sistema de inversiones de finanzas publicas del orden nacional.
- 3.- FUT Territorial – Análisis del gasto en Salud Mental, de la rendición de cuentas.

- 4.- Plan plurianual de inversiones del plan de desarrollo Bolívar me enamora 2024 – 2027.
- 5.- Proyecto de política pública de Salud Mental.

ARTICULO DECIMO QUINTO. - La presente ordenanza rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Cartagena de Indias D.T y C, a los
Veinticinco (2025)

días del mes de julio de dos mil

ALONSO DEL RIO JIMENEZ
Presidente

KATHERINE GARCIA MARRUGO
Secretaria General



JULIANA ISABEL SOLANO CHAR
Gobernador (E) de Bolívar

Revisó: WILLIS SIMANCAS MENDOZA. Secretario de Salud

Revisó: ANTONIO SAGBINI FERNANDEZ. Director de Salud Pública de Salud

Revisó: SUSANA RAQUEL PUERTA MONROY secretaria de Planeación

Revisó: RAFAEL MONTES COSTA Secretario Jurídico

Revisó: Nohora Serrano Van Strahlen. Directora de Conceptos y Actos Ad. Secretaria Jurídica.

Proyectó: Álvaro Matson Carballo Profesional Especializado de Planeación

Revisó: Giovanna López Rodríguez. Profesional Universitario Líder salud Mental.



POLÍTICA
PÚBLICA DE
**SALUD
MENTAL**

2025 -2034

Tabla de contenido

1. Introducción	8
2. Contexto Territorial con Enfoque Étnico-Diferencial del Departamento De Bolívar	9
3. Visión	12
4. Marco Referencial	13
4.1 Marco Normativo y de Política para la Política Pública de Salud Mental:...	13
4.2 Marco Conceptual	15
4.3 Principios	17
4.4 Enfoques	19
5. Diseño Metodológico	27
6. Diagnóstico Situacional de la Salud Mental en el Departamento de Bolívar	30
6.1 Antecedentes relacionado con la salud mental en el Departamento de Bolívar:	31
6.2 Resultados de los tamizajes de acuerdo a la resolución 3280 de 2018 y Ministerio de Justicia.	36
6.3 Barreras de acceso a los servicios de salud	72
6.4 Oferta y demanda de los servicios de salud mental	75
7. Marco Estratégico	79
7.1. Objetivos	79
7.1.1 Objetivo General:	79
7.1.2 Objetivos específicos:	79
7.2. Ejes de la Política Pública de Salud Mental	80
7.2.1 Eje 1. Promoción De La Salud Mental	81
7.2.2 Eje 2. Prevención de Problemas, Trastornos de la Salud Mental y Epilepsia	86
7.2.3 Eje 3. Atención Integral de los Problemas y Trastornos Mentales	91
7.2.4 Eje 4. Rehabilitación Integral e Inclusión Social	94
7.2.5 Eje 5. Gestión, Articulación y Coordinación Sectorial y Transectorial	97
7.3. Ejes Transversales	99
7.3.1 Estrategia transversal 1. Redes integrales e integradas territoriales en salud Mental. ...	99
7.3.2 Estrategia transversal 2. Atención Primaria en Salud Mental (APSM)	100
7.3.3 Estrategia transversal 3. Salud mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres.	100
7.3.4. Estrategia transversal 4. Observatorio de Salud Mental	101
7.3.5. Estrategia transversal 5. Fortalecimiento del talento humano	102
7.3.6 Estrategia transversal 6. Mitigación de la conducta suicida	103

7.3.7. Estrategia transversal 7. Prevención de problemas en salud mental asociados a violencias, violaciones a derechos humanos y construcción de paz.	104
8. Salud mental en el marco de la Atención Primaria en Salud en el Departamento de Bolívar	105
<i>9. Monitoreo, evaluación y seguimiento de la política pública de salud mental de Bolívar</i>	<i>107</i>
Anexos	109

Tabla de Ilustraciones:

Ilustración 1 Proporción étnica Bolívar 2024	10
Ilustración 2 Fases del Proceso de Formulación de la PPSM	28
Ilustración 3 Personas Atendidas por trastornos mentales 2019-2023	32
Ilustración 4 Personas atendidas por trastornos mentales debido al uso de SPA 2019-2023	32
Ilustración 5 Número de casos por sexo y grupo de edad de suicidios e intentos de suicidio en Bolívar 2019-2023	33
Ilustración 6 Distribución de casos de violencia de género e intrafamiliar 2023	34
Ilustración 7 Municipios con número de personas atendidas por trastornos mentales.....	
Ilustración 8 Modelo Red Integral e Integrada Territorial de Salud Mental	107

Tabla de Gráficas:

Gráfica 1 Distribución de población tamizadas por ZODES del departamento de Bolívar, 2024	36
Gráfica 2 Distribución de población tamizadas por municipio del Departamento de Bolívar, 2024	38
Gráfica 3 Distribución de Población tamizadas por Curso de Vida en el Departamento de Bolívar, 2024.....	38
Gráfica 4 Distribución de población tamizadas por sexo del departamento de Bolívar, 2024	39
Gráfica 5 Distribución de población tamizadas por Identidad de género y orientación sexual del departamento de Bolívar, 2024.....	41
Gráfica 6 Distribución de población tamizadas por etnia del departamento de Bolívar, 2024	42
Gráfica 7 Distribución de población tamizadas por Condición de discapacidad del departamento de Bolívar, 2024	43
Gráfica 8 Distribución de población tamizadas por régimen de salud del departamento de Bolívar, 2024.	43
Gráfica 9 Distribución de población tamizadas por grado de educación del departamento de Bolívar, 2024.	44
Gráfica 10 Distribución de población tamizadas por tipo de familia del departamento de Bolívar, 2024	45
Gráfica 11 Distribución de tipo de familia por municipio del departamento de Bolívar, 2024	46
Gráfica 12 Resultado de APGAR familiar en el departamento de Bolívar, 2024 ...	46
Gráfica 13 Mapa de calor de APGAR familiar por tipo de familia en el departamento de Bolívar, 2024	48
Gráfica 14 Mapa de calor de APGAR familiar por curso de vida en el departamento de Bolívar, 2024	50
Gráfica 15 Resultados de test de Zarit a personas tamizadas en el departamento de Bolívar, 2024	51
Gráfica 16 Mapa de calor del test de Zarit por ZODES en el departamento de Bolívar, 2024	52
Gráfica 17 Resultados del test de Zarit a personas tamizadas por municipios en el departamento de Bolívar, 2024	53
Gráfica 18 Resultados de test de Zarit por tipo de familia en el departamento de Bolívar, 2024	54
Gráfica 19 Resultados de RQC en el departamento de Bolívar, 2024	56
Gráfica 20 Resultados de RQC por municipio, en el departamento de Bolívar, 2024	56
Gráfica 21 Mapa de calor de RQC por tipo de familia en el departamento de Bolívar, 2024	57
Gráfica 22 Resultado de SRQ para depresión, ansiedad u otro general y por municipio en el departamento de Bolívar, 2024	58

Gráfica 23 Resultado de SRQ para depresión, ansiedad u otro general y por municipio en el departamento de Bolívar, 2024	58
Gráfica 24 Resultado de SRQ para para posible psicosis general y por municipio en el departamento de Bolívar, 2024	60
Gráfica 25 Resultado SAQ por municipio	60
Gráfica 26 Resultado de SRQ para para posible trastorno convulsivo general y por municipio en el departamento de Bolívar, 2024	61
Gráfica 27 Resultado de SRQ para para posible problema de alcohol general y por municipio en el departamento de Bolívar, 2024	61
Gráfica 28 Resultado de SRQ para para posible problema de alcohol general y por municipio en el departamento de Bolívar, 2024	61
Gráfica 29 Resultado SRQ por municipio.....	62
Gráfica 30 Mapa de calor de RQC por para posible Depresión, Ansiedad u otros relacionado con riesgo de psicosis en el departamento de Bolívar, 2024	63
Gráfica 31 Resultado de Riesgo de violencia en el departamento de Bolívar 2024	65
Gráfica 32 Resultado de Riesgo de violencia en el departamento de Bolívar, 2024	65
Gráfica 33 Mapa de calor de Riesgo de violencia por tipo de familia	66
Gráfica 34 Mapa de calor de Riesgo de violencia por sexo en el departamento de Bolívar, 2024	67
Gráfica 35 Resultado de AUDIT en el departamento de Bolívar, 2024	67
Gráfica 36 Resultado de AUDIT por municipio en el departamento de Bolívar	68
Gráfica 37 Resultado de ASSIST en el departamento de Bolívar, 2024	69
Gráfica 38 Resultado de ASSIST por municipio en el departamento de Bolívar, 2024	69
Gráfica 39 Nivel de riesgo de consumo de tabaco y alcohol según el cuestionario ASSIST en el departamento de Bolívar, 2024	70
Gráfica 40 Nivel de riesgo de consumo de cocaína, anfetaminas e inhalantes según el cuestionario ASSIST en el departamento de Bolívar, 2024	70
Gráfica 41 Nivel de riesgo de consumo de tranquilizantes, alucinógenos y otras drogas según el cuestionario ASSIST en el departamento de Bolívar, 2024	71

Lista de siglas y abreviaturas

APD- Años Perdidos por Discapacidad
APGAR - Escala APGAR Familiar, para evaluar la funcionalidad familiar
APS- Atención Primaria en Salud
ASSIST - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, para evaluar riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas
AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test, para evaluar trastornos por consumo de alcohol
CAPS- Centros de Atención Primaria en Salud
CDI- Centro de Desarrollo Infantil
DANE- Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EBS- Equipos Básicos de Salud
INPEC- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.
INS- Instituto Nacional de Salud
JEP- Jurisdicción Especial para la Paz
mhGAP- Mental Health Gap Action Programme
NNAJ -niños, niñas, adolescentes y jóvenes
ODS- Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS- Organización Mundial de la Salud
ONG- Organizaciones No Gubernamentales
ONU- Organización de las Naciones Unidas
OPS- Organización Panamericana de la Salud
OSIGD - Orientaciones Sexuales e Identidades de Género Diversas
PAB- Plan de Atención Básica
PND- Plan Nacional de Desarrollo
PNSM- Política Nacional de Salud Mental
PNUD- Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo
RIAM- Ruta Integral de Atención en Salud Mental
RIPS -Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud
RQC - Reporting Questionnaire for Children, para detectar problemas de salud mental en niñas y niños
SGSSS- Sistema General de Seguridad Social en Salud
SINIC- Sistema Nacional de Información Cultural
SISPRO- Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA - Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
SOGCS - Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud
SPA- Sustancias psicoactivas
SRPA - Sistema de Responsabilidad Penal del Adolescente
SRQ - Self-Reporting Questionnaire, para identificar síntomas de trastornos mentales en adultos
UBPD -Unidad de Búsqueda de Personas Dadas por Desaparecidas
ZARIT- Escala de Zarit, para medir la sobrecarga de cuidadores
ZODES- Zonas de Desarrollo Económico y Social.
OSID- Orientaciones sexuales e identidades de generos diversas

1. Introducción

La Secretaría de Salud del Departamento de Bolívar, consciente de la importancia del bienestar mental como pilar fundamental del desarrollo social y humano, ha adoptado los lineamientos nacionales establecidos por la Ley 2460 de 2025 que modifica la ley 1616 de 2013, y el Decreto 0729 de junio 25 de 2025, por el cual se adiciona el título 15 a la parte 8 del libro II del Decreto número 780 de 2016 en relación con la actualización de la Política nacional de Salud Mental para la formulación de la Política Pública de Salud Mental 2025-2034. Esta política responde a la necesidad urgente de mejorar el acceso a los servicios de salud mental, reducir la estigmatización asociada a trastornos mentales, y abordar los determinantes sociales que impactan la convivencia y el bienestar emocional en las comunidades de Bolívar.

Este documento integra los principios de atención integral mediante la promoción de la salud mental, la prevención de problemas individuales y colectivos, así como los trastornos mentales a través de la detección temprana, el seguimiento adecuado, el tratamiento integral y la rehabilitación psicosocial. Se enfoca, además, en la necesidad de fortalecer los procesos contra el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), en respuesta a las problemáticas locales de violencia social y familiar vinculadas al uso de estas sustancias. Esta política se construye en consonancia con la Política Nacional de Salud Mental 2025–2034, la cual plantea una visión integral y de curso de vida, con acciones intersectoriales, enfoque en derechos humanos y la garantía de la salud mental como derecho fundamental. Así mismo, responde a lo establecido en la Ley 2460 de 2025, que modifica la Ley 1616 de 2013, ampliando los enfoques de atención e integrando definiciones clave como entorno protector, agentes comunitarios y factores de riesgo psicosocial, lo cual fortalece el marco de acción para los departamentos.

El Plan de Desarrollo Departamental 2024-2027, "Bolívar Me Enamora", establece un marco de planeación y gestión que orienta las políticas hacia la búsqueda de progreso y bienestar. En este contexto, la política de salud mental se desarrolla bajo un enfoque de derechos, intersectorial, corresponsable y equitativo, garantizando que todas las acciones sean inclusivas y adaptadas a las características socioculturales y epidemiológicas de nuestro departamento.

En resumen, el Departamento de Bolívar se compromete a transformar los determinantes sociales adversos, generar entornos resilientes y protectores, y

fortalecer las capacidades locales para promover una visión de salud mental que trascienda la atención individual y contribuya al desarrollo integral de las personas y las comunidades en Bolívar.

En el ámbito departamental, esta política pública se articula con el Plan de Desarrollo Departamental 2024–2027 “Bolívar Me Enamora”, específicamente en la Línea Estratégica 2: “Bolívar Me Enamora con Justicia Social: Cierre de brechas y calidad de vida para todos”, dentro del Componente 2.6 de Salud oportuna y de calidad, a través de la dirección 2.6.3. de Salud Pública, el cual a través del convivencia social y salud mental incluye acciones orientadas a responder de manera oportuna a las problemáticas asociadas a la salud mental del Departamento de Bolívar, teniendo como meta de resultado, la implementación de la política de Salud Mental en los 45 Municipios del Departamento de Bolívar. Esta implementación permite fortalecer la capacidad del territorio para detectar, monitorear y actuar frente a riesgos psicosociales, promoviendo entornos protectores y estrategias de prevención desde un enfoque intersectorial, diferencial y participativo.

2.Contexto Territorial con Enfoque Étnico-Diferencial del Departamento De Bolívar

El Departamento de Bolívar, es uno de los 32 departamentos de Colombia y se encuentra ubicado en la Región Caribe. Tiene una superficie de 25.978 Km² habitada por 2.264.523 habitantes, con una densidad poblacional de 87,17 hab/km². (TerriData, 2024, con información facilitada por el DANE -Proyecciones de población con base en el Censo 2018-.)

Un mayor porcentaje de mujeres (50,4%) frente a los hombres (49,6%). Sin embargo, esta diferencia proporcional es leve. Por su parte, se percibe que la población se concentra en la zona urbana (72,9%), y el resto, esto es el (27,1%) se ubica en la zona rural.

Contexto étnico.

El Departamento de Bolívar tiene 391.925 personas que pertenecen a una población étnica diferencial, esto es, el 17,31 % del total de la población del departamento. Se distribuyen de la siguiente manera:

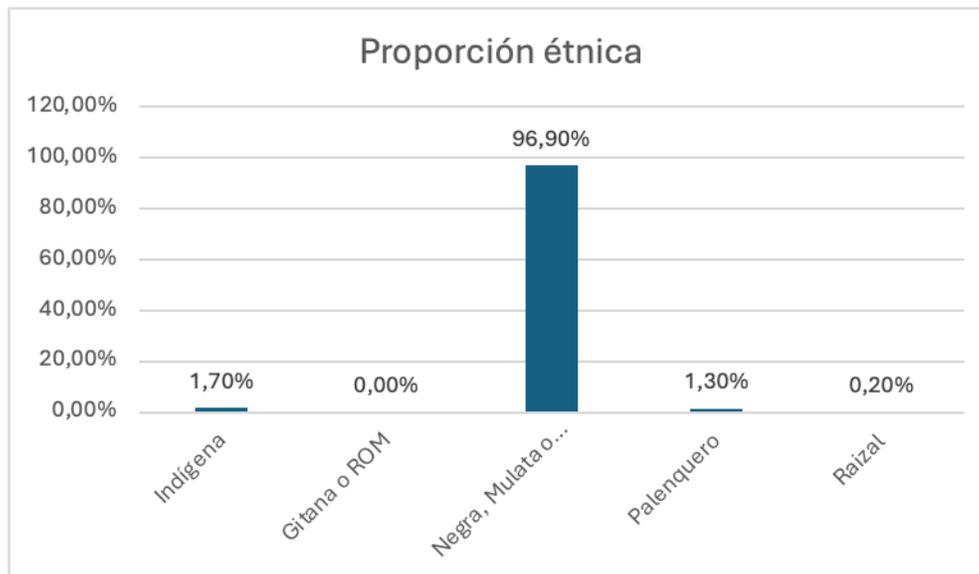


Ilustración 1 Proporción étnica Bolívar 2024

La Ilustración N. 2 “Proporción étnica Bolívar 2024” demuestra que existe una mayor proporción de población étnica que se auto reconoce como negra, mulata o afrocolombiano, que en total suman 379.719. Además, se percibe una diferencia evidente entre la población indígena (1,70%), que corresponde a 6.490 personas, y palenquera con (1.30%) que corresponde a 4.995 personas. Por último, se destaca un menor número de población raizal (0,2%) y gitana (0,0%) con 685 y 36 personas, respectivamente.

Según el Sistema Nacional de Información Cultural -SINIC- en el departamento de Bolívar, la población negra “habita en su mayoría en la zona norte (...), especialmente en su capital y en muchos corregimientos aledaños. El corregimiento en donde se conserva como pueblo étnico, las prácticas ancestrales, tradiciones y costumbres de la diáspora africana, es San Basilio de Palenque, que se fue formando por los negros cimarrones que en época de La Colonia huían al monte para escaparse de sus amos.”

En el departamento de Bolívar, con corte a la fecha de presentación para sanción de la política pública, se encuentran activos 101 consejos comunitarios, de los

cuales, algunos cuentan con titulación colectiva y otros en territorios de ocupación ancestral., dentro de los cuales se destacan los siguientes:

Consejo Comunitario de COAFROB, Consejo Comunitario Afrodescendiente Mayor de Guamocó, Consejo Comunitario Mañara García "Mepo", Consejo Comunitario Cacima Olave Arrincon Amela, Consejo Comunitario Afrocolombiano De Rocha, Consejo Comunitario "Julio Cesar Córdoba" COAFROPROC, Consejo Comunitario Barú, Lomas de Matunilla, Consejo de Comunidades negras de Santa fe "Chevale", Consejo Comunitario de Isla Fuerte, Consejo Comunitario de la Comunidad Negra de Sincerin, Consejo Comunitario de la Comunidad Villa Gloria, Consejo Comunitario de Comunidad Negra de Arroyo de Piedra, Consejo Comunitario de Islote de San Bernardo, Consejo Comunitario de la Comunidad Negra de Gamero, Consejo Comunitario de Alto Caribona, Consejo Comunitario de Pasacaballo, Consejo Comunitario de Bayunca, Consejo Comunitario de Robles Almirante Padilla, Consejo Comunitario Bantú, Consejo Comunitario de Comunidades Negras Eladio Ariza, Consejo Comunitario de Arroyo Grande, Consejo Comunitario de Comunidades Negras de Amanzaguapos, Consejo Comunitario de Arroyo de las Canoas, Consejo Comunitario de Comunidades Negras de Santo Madero, Consejo Comunitario de la comunidad negra de la vereda de Marlinda, Consejo Comunitario de Galerazamba, Consejo Comunitario de la Vereda de Pua II, Consejo Comunitario de la Comunidad Negra de Ararca, Consejo Comunitario de la comunidad negra de Manzanillo del Mar, Consejo Comunitario Afrocolombiano de Tiquisio, Consejo Comunitario de Puerto Rey, Consejo Comunitario de Punta Canoa, Consejo Comunitario de Comunidades Negras del Recreo del Canal de, Dique, Consejo Comunitario de Benkos Bioho, Consejo Comunitario de comunidad negra de Santa Cruz del Islote, Consejo Comunitario de la Comunidad Afrocolombiana de Leticia Canal del Dique, Consejo Comunitario de Los Olivos, Consejo Comunitario de Antonio Sajón, Consejo Comunitario de Pontezuela, Consejo Comunitario Nelson Mandela, Consejo Comunitario Los Palenques, Consejo Comunitario de Tierra Bomba, Consejo Comunitario de Puerto Badel, Consejo Comunitario La Orquídea, teniendo como fuente la Consultiva departamental de comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, de acuerdo al Decreto 1640 de 2020 del Ministerio del Interior y al Decreto 740 de 2023 de la Gobernación de Bolívar (2025). Por su parte, las comunidades indígenas que han tenido presencia en el departamento de Bolívar son los Calamary, los Yurbacos y los Embera Chamí.

3. Visión

Para el año 2034, el Departamento de Bolívar será un territorio líder en la promoción y prevención de la salud mental y el bienestar integral de sus habitantes. Este compromiso se materializará en un sistema de salud mental accesible, equitativo y de alta calidad, fundamentado en un enfoque de derechos humanos, étnico, diferencial, territorial e intersectorial.

La política garantizará entornos resilientes y protectores, fomentando la convivencia social, la inclusión y la participación activa de todas las comunidades. Además, fortalecerá las capacidades locales y la articulación institucional, reduciendo la carga de los problemas y trastornos mentales y promoviendo la cohesión social y el desarrollo integral de las personas.

Bolívar será reconocido como un referente nacional en la implementación de estrategias sostenibles y transformadoras en salud mental, que promuevan la calidad de vida y la equidad, enfrentando los determinantes sociales y erradicando la estigmatización y los prejuicios de los trastornos mentales.

4. Marco Referencial

A continuación, se presenta el marco conceptual de la Política Pública de Salud Mental del Departamento de Bolívar, el cual no solo define la salud mental desde una perspectiva integral y de derechos, sino que también incorpora los aportes recogidos a través de un proceso participativo con diversos actores sociales e institucionales. Este enfoque permite reconocer las necesidades, problemáticas y expectativas de la comunidad bolivarense en torno a la salud mental, garantizando así una construcción colectiva que responda a las realidades del territorio.

4.1 Marco Normativo y de Política para la Política Pública de Salud Mental:

Año	Marco Normativo
1948	Constitución de la OMS – Reconoce la salud como un derecho fundamental, incluyendo la salud mental.
1978	Conferencia de Alma Ata – Promueve la integración de la salud mental en la Atención Primaria en Salud (APS).
1979	Convención sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) – Garantiza salud mental de las mujeres.
1986	Ley 30 y Decreto 3788 – Regulan la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y el manejo de estupefacientes.
1991	Resolución 46/119 de la ONU – Establece principios para la protección de enfermos mentales. Colombia los adopta.
1991	Constitución Política de Colombia – Reconoce la salud como derecho fundamental.
1993	Leyes 60 y 100 – Crean el SGSSS y descentralizan los servicios de salud.
1994	Ley 152 y Resolución 5165 – Metodología para planes sectoriales de salud.
1995	Plataforma de Acción de Beijing – Reafirma el derecho a la salud mental de las mujeres.
1998	Resolución 2358 – Primera Política Nacional de Salud Mental.
2001	Ley 715 – Define competencias territoriales y exige el Plan de Atención Básica.
2006	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ratificada por Colombia con la Ley 1346 de 2009.
2007	Ley 1122 y Política Pública del Campo de la Salud Mental – Mejora calidad y aborda determinantes sociales.

2008	Sentencia T-760 – Garantiza acceso efectivo y oportuno a salud mental.
2011	Ley 1438 – Refuerza la APS y garantiza salud mental en su Artículo 65.
2012	Ley 1566 – Reconoce el consumo problemático como problema de salud pública.
2013	Leyes 1616 y 1618 – Establecen Política Nacional de Salud Mental y protegen derechos de personas con discapacidad.
2015	Ley Estatutaria 1751 – Reconoce la salud como derecho fundamental.
2016	Informe de Desarrollo Humano del PNUD y los ODS – Salud mental como parte del desarrollo sostenible.
2018	Resoluciones 3280 y 4886 – Establecen la Ruta Integral y adoptan la Política Nacional de Salud Mental.
2019	Resolución CD49.17 de la OPS/OMS – Insta a los países a priorizar la salud mental.
2020	Conpes 3992 – Estrategia de promoción de salud mental.
2022	Conpes 4080 – Incorpora enfoque de género en salud mental.
2023	Resolución 2138, Sentencia T-321 y Ley 2294 – Reducción de brechas, protección de personas trans y actualización de política.
	Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 – Prioriza salud mental con enfoque en derechos humanos.
2024	Plan de Desarrollo Departamental 'Bolívar Me Enamora' – Salud mental como prioridad e integración de determinantes sociales.
2025	Ley 2460 – Modifica Ley 1616, amplía enfoques, y ordena acciones integrales e intersectoriales en salud mental.
	Decreto 0729 de 2025, Política Nacional de Salud Mental 2025–2034 – Fortalece APS, intersectorialidad y enfoque de curso de vida.

4.2 Marco Conceptual

El **marco conceptual** de la Política Pública de Salud Mental en Bolívar se fundamenta en una visión integral de la salud mental, abordándola como un **derecho fundamental** y un **componente esencial del bienestar y la calidad de vida**. Se reconoce que la salud mental no es solo la ausencia de trastornos, sino un estado dinámico que permite a las personas desarrollar sus capacidades emocionales, cognitivas y sociales, estableciendo relaciones significativas y contribuyendo a la comunidad. Esta definición se complementa con la visión ampliada de la Política Nacional de Salud Mental 2025–2035, que reconoce la salud mental como una capacidad y responsabilidad compartida entre el Estado, las comunidades y las personas, y no solo como la ausencia de enfermedad.

De igual manera, se articula con lo dispuesto en Decreto 0729 de 2025, Política Nacional de Salud Mental 2025–2034 – Fortalece APS, intersectorialidad y enfoque de curso de vida, promueve un enfoque biopsicosocial, territorial y diferencial, en la atención de los problemas de salud mental y la ley 2460 de 2025, por la cual se modificar la Ley 1616 de 2013, y dictar otras disposiciones en materia de prevención y atención de trastornos y/o enfermedades mentales, así como medidas para la promoción y cuidado de la salud mental, enfocándose en las brechas, barreras y realidades epidemiológicas específicas del departamento.

Esta ley no limita la atención en salud mental a los servicios especializados, sino que expande la responsabilidad a todos los entornos donde las personas se desarrollan y viven, permitiendo un abordaje integral y oportuno desde lo local y comunitario.

Esta política adopta un **enfoque participativo**, integrando las perspectivas de diversos actores sociales e institucionales para garantizar una comprensión amplia y contextualizada de la salud mental en el territorio. Además, enfatiza la **responsabilidad compartida** en su promoción y cuidado, involucrando a individuos, familias, comunidades e instituciones en la generación de entornos que favorezcan el bienestar psicosocial.

Se reconoce el papel de los **determinantes sociales de la salud mental**, incluyendo la pobreza, la violencia, la desigualdad y el acceso a servicios de salud, destacando la necesidad de una intervención intersectorial para reducir brechas y garantizar equidad. Asimismo, se adopta la **Atención Primaria en Salud (APS)** como estrategia clave para la prevención, promoción y atención integral de los problemas de salud mental, con énfasis en la salud mental comunitaria y la participación social.

Finalmente, se destacan conceptos clave como la **soberanía sanitaria**, el **bienestar psicosocial**, la **salud mental comunitaria** y la **prevención del suicidio**, subrayando la importancia de eliminar el **estigma** asociado a los problemas de salud mental, mejorar el acceso a servicios y garantizar una atención digna e incluyente en todos los sectores de la sociedad.

Definiciones Claves para la Política Pública de Salud Mental de Bolívar

Salud Mental: Es un derecho fundamental y un estado dinámico que permite a las personas y comunidades desarrollar sus capacidades emocionales, cognitivas y sociales para afrontar la vida, establecer relaciones saludables y contribuir activamente a su entorno. No se limita a la ausencia de trastornos, sino que implica la búsqueda del bienestar integral y la dignidad humana.

Determinantes Sociales de la Salud Mental: Factores estructurales e intermedios como la pobreza, la desigualdad, la violencia, el acceso a la educación y la seguridad social, que influyen en el bienestar mental de la población y requieren un abordaje intersectorial para reducir brechas de inequidad.

Atención Primaria en Salud (APS): Estrategia fundamental en la promoción de la salud mental y prevención de trastornos, priorizando la descentralización de los servicios, la participación comunitaria y el acceso equitativo a la atención integral desde un enfoque preventivo y de derechos.

Salud Mental Comunitaria: Modelo de atención que prioriza la intervención en el entorno social y familiar de las personas, fortaleciendo redes de apoyo, promoviendo la participación de la comunidad y generando condiciones que favorezcan el bienestar colectivo.

Bienestar Psicosocial: Estado de equilibrio emocional, social y espiritual que permite a una persona enfrentar los desafíos de la vida, desarrollar sus capacidades y participar activamente en su comunidad, promoviendo su autonomía y sentido de propósito.

Soberanía Sanitaria: Capacidad de un territorio para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, incluyendo la salud mental, mediante políticas públicas que prioricen el bienestar psicosocial y la justicia social.

Prevención del Suicidio: Conjunto de estrategias enfocadas en reducir los factores de riesgo asociados a la conducta suicida, fortaleciendo el acceso a servicios de salud mental, promoviendo redes de apoyo y reduciendo el estigma sobre la salud mental.

Estigma en Salud Mental: Construcción social negativa basada en estereotipos y prejuicios hacia las personas con problemas o trastornos mentales, lo que genera discriminación, rechazo y barreras para el acceso a la atención adecuada.

Salud mental en pueblos étnicos: Conjunto de prácticas ancestrales, tradicionales y psicoespirituales que contribuyen con el bienestar y la salud mental de las poblaciones étnicas.

4.3 Principios

La Política Nacional de Salud Mental (PNSM) se sustenta en un conjunto de principios orientadores que garantizan su implementación coherente, inclusiva y efectiva:

Universalidad: Establece que toda persona y toda comunidad tiene derecho al disfrute de la salud mental como derecho fundamental, sin discriminación alguna.

Solidaridad: Promueve la acción conjunta entre ciudadanía, organizaciones e instituciones para el desarrollo individual y colectivo, priorizando a quienes enfrentan desventajas en el ejercicio de este derecho a la salud mental.

Interdependencia: Reconoce la necesidad de cuidado mutuo y equitativo entre seres humanos, otros seres vivos y el entorno, resaltando la conexión con la naturaleza y el bienestar colectivo.

Equidad: Tiene como objetivo promover las acciones afirmativas y garantizar la aplicación de los enfoques diferenciales

Interculturalidad: Garantiza el respeto por la diversidad cultural del país, integrando saberes y prácticas tradicionales en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental.

Pensamientos propios y armonías: Valora los saberes ancestrales de los pueblos y comunidades étnicas, orientando sus acciones hacia la restauración de la armonía y el equilibrio entre territorio, comunidad y prácticas culturales.

Participación: Fomenta la intervención activa de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para la identificación de problemas, definición de prioridades y formulación de propuestas para fortalecer la salud mental.

Igualdad y no discriminación: Asegura que todas las personas sean tratadas con respeto y dignidad, garantizando el ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones¹

Progresividad y no regresividad: Propicia la expansión gradual y continua de servicios, tecnologías y capacidades en salud mental, reduciendo las brechas existentes y protegiendo los logros alcanzados.

Corresponsabilidad: Establece el deber compartido entre individuos, comunidades y el Estado para cuidar la salud mental (desde el cuidado propio y el cuidado colectivo) y promover un entorno sano y sostenible.

¹ Según el artículo 13 de la Constitución Política de Colombia, “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”

Concurrencia: Facilita la coordinación y articulación entre instituciones públicas y privadas, así como actores sociales, para el diseño e implementación de acciones en salud mental.

Integralidad: Concibe la salud mental como un proceso multifactorial que integra las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual, destacando que no hay salud sin salud mental.

Promoción de la autonomía: Defiende la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud mental, respetando sus valores y preferencias.

Subsidiariedad: Permite la intervención temporal de entidades públicas o comunitarias para garantizar la prestación de servicios cuando las entidades responsables no puedan hacerlo.

Continuidad: Garantiza que los servicios de salud mental se brinden de manera continua, protegiendo a las personas de interrupciones por motivos administrativos o económicos.

Oportunidad: Exige la prestación oportuna de servicios y tecnologías de salud mental, respondiendo sin dilaciones a las necesidades de la población.

Libre elección: Respeta la libertad de las personas para elegir sus prestadores de servicios de salud dentro de la oferta disponible, según las normas de habilitación.

Sostenibilidad: Asegura la disponibilidad de recursos suficientes para garantizar progresivamente el derecho a la salud mental, conforme a los principios de sostenibilidad fiscal.

Eficiencia: El sistema de salud debe velar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles, para garantizar el derecho a la salud mental de toda la población.

Dignidad humana: Derecho que poseen todas las personas de poder vivir con reconocimiento y seguridad, de verse libres de explotaciones, violencias y malos tratos, y de abogar por la humanización en la atención en salud, la calidad de los servicios y de los tratamientos mediante recursos accesibles y personal calificado para brindar la atención en salud mental.

Estos principios están alineados con lo postulados de la Ley 2460 de 2025 y la Política Nacional de Salud Mental 2025–2034, decreto 0729 de 2025, que exigen

coherencia entre niveles territoriales y nacionales, fortalecen la Atención Primaria en Salud Mental (APSM), y promueven la equidad, la participación comunitaria, la protección de los derechos y la eliminación del estigma

4.4 Enfoques

La salud mental en el Departamento de Bolívar se concibe a partir de la integración de diversos enfoques que permiten construir una visión integral del bienestar y establecer estrategias efectivas de cuidado y protección para toda la población. Para ello, es fundamental incorporar perspectivas sociales, culturales, estatales, demográficas, psicológicas y estructurales, garantizando una atención adecuada y diferenciada, especialmente para los grupos en situación de mayor vulnerabilidad.

En cumplimiento de la **Ordenanza 371 de 2024**, que establece la salud mental como prioridad en el **Plan de Desarrollo Departamental "Bolívar Me Enamora 2024-2027"**, esta política amplía y profundiza los enfoques necesarios para abordar las realidades de las distintas poblaciones del departamento. A través de un enfoque intersectorial, territorial y basado en derechos humanos, se busca garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud mental, reducir las brechas existentes y fortalecer el bienestar psicosocial en todo el territorio bolivarense.

A continuación, se describen los enfoques de la política pública de salud mental del departamento de Bolívar en concordancia con los de la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034:

Derechos Humanos:

Este enfoque prioriza la eliminación de prácticas discriminatorias y desigualdades estructurales que limitan el acceso a la atención en salud mental. Reconoce que factores como la pobreza, la violencia, el racismo, el desplazamiento, la estigmatización y la exclusión social aumentan el riesgo de problemas de salud mental.

La política está dirigida especialmente a personas con trastornos mentales, discapacidad, sufrimiento emocional y víctimas de violencia, incluyendo la de género, sociopolítica y en entornos educativos. Su adopción implica garantizar una atención basada en la compasión, el respeto a la dignidad humana y el reconocimiento del sufrimiento emocional de estas poblaciones vulnerables.

Curso de Vida:

Este enfoque reconoce que la salud mental evoluciona a lo largo de las etapas de la vida, influida por factores sociales, culturales, familiares y ambientales. Destaca la importancia de intervenciones tempranas para prevenir problemas en generaciones futuras y mitigar inequidades en salud.

Niños, niñas y adolescentes: Los niños, las niñas y los/as adolescentes son sujetos de atención integral y preferente en salud mental, de conformidad con el Código de la Infancia y la Adolescencia, ley 1098 de 2006, en modalidad específica y garante de la atención oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad. Esto porque la población de niños, niñas y adolescentes presenta una alta vulnerabilidad en materia de salud mental, por la etapa del neurodesarrollo en la que se encuentran y por lo que se encuentran expuestos en mayor medida a problemas de salud pública como las conductas autolesivas y el consumo de sustancias psicoactivas. Son una población altamente vulnerable debido a su etapa de neurodesarrollo y la exposición a riesgos como conductas autolesivas y consumo de sustancias psicoactivas. La atención debe ser prioritaria, garantizando accesibilidad y continuidad en los servicios.

Jóvenes: Enfrentan desafíos como el uso de sustancias, violencia, desigualdad y riesgos en entornos digitales, que pueden afectar su salud mental. Se requiere protección integral y promoción del uso seguro de la tecnología para prevenir estigmatización y trastornos mentales.

Personas mayores: Son frecuentemente invisibilizadas en salud mental y enfrentan estigmatización, ansiedad, depresión y aislamiento social. Se deben fortalecer estrategias de **envejecimiento saludable**, rehabilitación comunitaria y redes de apoyo para mejorar su bienestar.

Poblacional

Es una perspectiva que orienta la comprensión y atención integral de las personas y comunidades, con una mirada integral e interseccional, reconociendo sus características individuales y colectivas en relación con su contexto social, cultural, económico y territorial.

Este enfoque identifica inequidades y particularidades de diversos grupos poblacionales, como la edad, la pertenencia étnica, la procedencia, la situación social, entre otras, para diseñar acciones que promuevan el bienestar, la salud mental, el desarrollo humano y la garantía de derechos.

Busca establecer políticas públicas equitativas y efectivas que respondan a las demandas de salud mental de diferentes poblaciones, considerando sus modos de vida, creencias y realidades, y fortaleciendo su bienestar integral en un marco de justicia social:

Étnico: De acuerdo con el Plan Decenal de Salud 2022-2031, valora la diversidad étnica y cultural de Colombia, reconociendo las identidades colectivas e individuales, así como las cosmovisiones y prácticas tradicionales de los pueblos étnicos. Rechaza las doctrinas y prácticas que promueven la superioridad de ciertos grupos y pueblos por razones de origen, raza, religión o cultura, calificándolas como racistas y socialmente injustas (Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, 2018).

El racismo, tanto explícito como implícito, afecta gravemente el bienestar psicosocial, generando estrés crónico, lo que incrementa el riesgo de trastornos mentales y otras enfermedades no transmisibles. La internalización de estereotipos negativos reduce la autoestima y aumenta la incidencia de depresión y riesgo suicida, mientras que la discriminación y el aislamiento debilitan redes de apoyo esenciales para la salud mental (Williams et al., 2019). Además, la pérdida

de referentes territoriales y culturales, derivada de actividades extractivas, la falta de oportunidades y servicios básicos, el conflicto armado y la marginalización, profundizan el estrés y el malestar mental en las comunidades étnicas (Guzmán et al., 2022). Este enfoque busca superar las desigualdades históricas y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud mental para pueblos indígenas, afrocolombianos, raizales, palenqueros y Rrom, mediante:

- El reconocimiento, el autorreconocimiento y la valoración de sus cosmovisiones, costumbres y saberes tradicionales.
- La lucha contra el racismo estructural, el racismo racial y las desigualdades históricas.
- La comprensión de las necesidades específicas de los pueblos indígenas, afrocolombianos, raizales, palenqueros y Rrom en salud mental, considerando factores sociales, culturales y ambientales.
- El fortalecimiento de la medicina ancestral, tradicional y comunitaria a través de sabedores y sabedoras.
- La promoción de un diálogo intercultural entre la medicina occidental y las prácticas propias de salud, basado en la complementariedad de saberes, tratamientos y terapias.

- La integración del enfoque étnico-diferencial en todas las políticas de salud.
- La participación activa de los pueblos étnicos en la toma de decisiones sobre su salud mental y en el seguimiento de las políticas públicas, respetando su autonomía, concertado con sus autoridades representativas como consejos comunitarios y la Consultiva Departamental de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1640 de 2020. Así mismo, los cabildos indígenas, la Mesa de Concertación.

Población campesina: Corresponde a la población que vive en las zonas rurales del país y que por la brecha entre lo urbano y lo rural, por el acceso geográfico en zonas rurales y dispersas del país o incluso por escenarios de discriminación y/o marginación económica, presenta barreras de acceso a la oferta de servicios de salud mental. De esta manera, al focalizar acciones en esta población se busca implementar estrategias intersectoriales para garantizar el acceso a los servicios de salud mental, la adecuación de la atención de acuerdo con los entornos y optimizar la distribución de medicamentos psiquiátricos y neurológicos en zonas rurales, en consonancia con el Plan Nacional de Salud Rural.

Personas trabajadoras: La población trabajadora incluye a todas las personas empleadas en los sectores público y privado, tanto dependientes como independientes, bajo cualquier modalidad de contrato, así como a los estudiantes afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, los trabajadores en misión y el personal civil de la Fuerza Pública, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2764 de 2022. Se presta especial atención al talento humano que desempeña labores en el ámbito de la salud, incluida la salud mental, incluso en sectores distintos al de la salud.

Interculturalidad: Lo intercultural implica una ruptura respecto a las visiones unilaterales que discriminan y generan estigma. Esto implica que las acciones desarrolladas se adaptan a las condiciones territoriales y del medio, contribuyendo a la despatologización y desmedicalización de otras perspectivas culturales.

Mujeres, género y diversidad

Analiza cómo las diferencias de sexo y los constructos sociales asociados al género afectan diversos aspectos de la vida de las personas en ámbitos económicos, políticos, psicológicos, culturales y jurídicos, identificando brechas y patrones de discriminación.

La transversalización del enfoque de género es esencial para comprender y abordar las inequidades de manera integral. Las normas de género socialmente interiorizadas perpetúan estereotipos y roles tradicionales que influyen en las

experiencias y los comportamientos de las personas, lo que justifica la necesidad de adoptar políticas públicas orientadas a la igualdad. El objetivo central es

transformar las estructuras que perpetúan desigualdades de género y promover sociedades más equitativas. En este sentido, es crucial analizar cómo las relaciones de género afectan la salud mental en personas de sectores con orientaciones sexuales e identidades de género diversas (OSIGD), quienes enfrentan condiciones particulares de discriminación. Las mujeres, y concretamente las mujeres negras, por ejemplo, reportan más cuadros de depresión y ansiedad debido a violencias de género y cargas de trabajo no remunerado. Los hombres, por otro lado, pueden estar expuestos a problemas de salud mental por la represión emocional promovida por los modelos de masculinidad hegemónica.

La atención en salud mental desde un enfoque de género debe identificar estos riesgos psicosociales particulares, y generar estrategias que permitan el cierre de brechas y el cuidado oportuno de la salud mental.

Diferencial por situación y condición

Este enfoque permite recopilar y difundir información sobre grupos poblacionales con características particulares, facilitando la implementación de acciones dirigidas a la protección de su salud mental según el nivel y tipo de vulnerabilidad, tanto en entornos familiares como comunitarios, y en modalidades intramurales y extramurales. Su aplicación se basa en acciones afirmativas, la adecuación de la oferta institucional, la reducción del estigma y la discriminación, y el reconocimiento de las diferencias entre los grupos poblacionales.

Discapacidad, Discapacidad Psicosocial o Diversidad funcional

Reconoce los factores individuales, sociales, políticos y ambientales que rodean a las personas con discapacidad, en especial con discapacidad psicosocial, así como a sus familias y cuidadores, quienes tienen un alto riesgo de desarrollar problemas de salud mental. Se busca garantizar el ejercicio de sus derechos, su autonomía y su plena participación en la sociedad, asegurando que las acciones se adapten a sus necesidades específicas.

Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, se prioriza la implementación de estrategias que aborden las vulnerabilidades de esta población, asegurando ajustes razonables y respuestas oportunas. Se fomenta la articulación con distintos sectores para mejorar su bienestar psicosocial y el de sus familias, promoviendo la reducción del estigma y el autoestigma, y ampliando sus oportunidades de interacción y desarrollo en la comunidad.

La habitanza en calle: se refiere a la condición de vida en la que las personas, debido a factores sociales, económicos, familiares, culturales o de salud mental, desarrollan su cotidianidad en el espacio público, ya sea de manera permanente o temporal. Esta situación conlleva la vulneración de derechos fundamentales y la exposición a riesgos como el acceso limitado a servicios básicos, la estigmatización social y el deterioro del bienestar físico y mental.

En el contexto de la salud mental, se requiere un abordaje interseccional e intersectorial que reconozca las particularidades de esta población y aplique enfoques de derechos humanos, género, étnico-diferencial y poblacional. Esto implica la implementación de estrategias que fomenten la inclusión social, el fortalecimiento de redes de apoyo y el acceso a servicios de salud mental adaptados a sus necesidades, garantizando su dignidad, bienestar y desarrollo humano.

La población privada de la libertad: incluye a las personas bajo custodia en establecimientos penitenciarios o carcelarios del INPEC, Sistema de Responsabilidad Penal del Adolescente - SRPA , así como aquellas en prisión domiciliaria, detención en su lugar de residencia o bajo vigilancia electrónica. Esta población enfrenta factores de riesgo para su salud mental, como el aislamiento, la separación de sus redes sociales y familiares, el hacinamiento, las dinámicas del entorno carcelario y el acceso limitado a servicios de salud integral.

Dado su alto grado de vulnerabilidad, se requiere un abordaje diferenciado que garantice promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental, reconociendo sus derechos fundamentales y reduciendo desigualdades estructurales. Para ello, es clave la implementación de estrategias intersectoriales que minimicen el impacto psicosocial negativo de la privación de la libertad, fomenten su bienestar y promuevan su reintegración social con dignidad.

Las personas migrantes: son aquellas que se trasladan de su lugar de residencia habitual a otro país por razones económicas, sociales, políticas, ambientales o de seguridad. Este proceso de movilidad, ya sea voluntario o forzado, puede afectar su salud mental debido a la separación de sus redes familiares y comunitarias, la incertidumbre, la discriminación, el acceso limitado a servicios básicos y la exclusión social y cultural.

Dado su nivel de vulnerabilidad, esta población requiere un enfoque diferencial basado en derechos humanos y respeto por la diversidad cultural, que garantice su acceso equitativo a servicios de salud mental. Se busca implementar

estrategias integrales e intersectoriales que fortalezcan su inclusión social, aborden sus necesidades psicosociales y promuevan su bienestar integral, asegurando una integración digna en las comunidades de acogida.

Víctimas del Conflicto Armado: De acuerdo con la Ley 2421 de 2024, se considera víctimas del conflicto armado a aquellas personas que, de manera individual o colectiva, hayan sufrido daños en sus derechos debido a hechos ocurridos desde el 1.º de enero de 1985 en el marco del conflicto interno en Colombia. Su reconocimiento es gestionado por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, en coordinación con entidades como la Jurisdicción Especial para la

Paz (JEP) y la Unidad de Búsqueda de Personas Dadas por Desaparecidas (UBPD). En el ámbito de la salud mental, el Ministerio de Salud y Protección Social es responsable de establecer una Política Pública Nacional de Atención Psicosocial y en Salud para la Reparación Integral, en cumplimiento de los lineamientos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Constitucional de Colombia. Esta política, construida de manera conjunta con las víctimas, busca garantizar su rehabilitación y reparación integral, promoviendo el acceso a atención en salud mental con un enfoque diferencial que responda a las secuelas del conflicto y facilite su reconstrucción emocional y social.

Territorial: Reconoce que la salud mental está determinada por el contexto social, cultural, político y ambiental de cada comunidad. Para garantizar el derecho a la salud, se deben articular conocimientos, incorporar saberes colectivos y promover la acción intersectorial para reducir inequidades sanitarias (Resolución 2367 de 2023). Desde una perspectiva sistémica e integral, el territorio es concebido como un ecosistema social que comparte identidad y relaciones interconectadas. Este enfoque impulsa la participación activa de la comunidad y sus actores, promoviendo una salud mental basada en la diversidad cultural, las dinámicas locales y la colaboración con la institucionalidad.

Interseccional: Reconoce que las desigualdades estructurales surgen de la interacción entre factores como género, diversidad sexual, etnia, nivel socioeconómico, condiciones laborales, ubicación geográfica y edad, lo que incrementa las barreras de acceso a derechos.

En salud mental, este enfoque permite diseñar estrategias inclusivas y equitativas que consideran cómo estas intersecciones afectan el bienestar emocional y psicológico. Su objetivo es garantizar una atención integral que responda a las experiencias diversas y complejas de cada persona, promoviendo políticas efectivas que reduzcan brechas y fortalezcan la equidad.

Psicosocial resalta la interacción entre la persona y su entorno, reconociendo que el bienestar mental está influenciado por factores sociales, económicos y políticos. Se vincula con los determinantes sociales de la salud mental, destacando que las condiciones de vida impactan directamente la salud mental de individuos y comunidades.

Este enfoque valida las experiencias emocionales y psicológicas, promoviendo intervenciones que consideren tanto los aspectos individuales como el contexto

que genera el malestar. Desde una perspectiva de derechos humanos, enfatiza la necesidad de actuar sobre los factores estructurales que vulneran la salud mental, en lugar de centrarse únicamente en las personas afectadas.

Ambiental reconoce la interdependencia entre la naturaleza, el entorno vital y la salud mental, considerando la influencia de los territorios y los elementos esenciales para la vida en el bienestar social, económico y cultural.

Esta política integra acciones para mitigar los efectos del cambio climático y reducir riesgos ambientales, promoviendo planes y programas en los municipios que fortalezcan la capacidad de respuesta ante emergencias ambientales. Asimismo, fomenta la articulación de actores y sectores a través de una Red Municipal y Departamental, destacando la conservación del entorno natural como un factor clave para el bienestar mental de la población.

Psicoespiritual: Reconoce las múltiples dimensiones, prácticas y tradiciones que los pueblos étnicos incorporan en el marco de la salud étnica y que contribuye con la salud mental a nivel individual y colectivo de las poblaciones étnicas.

"En concordancia con la Ley 2460 de 2025, que modifica la Ley 1616 de 2013, esta política pública adopta los enfoques de derechos humanos, curso de vida, diferencial, étnico, de género, poblacional-territorial y biopsicosocial. La Ley fortalece la articulación entre actores del SGSSS y orienta la implementación de estrategias integrales, participativas y transectoriales para garantizar el derecho pleno a la salud mental, priorizando a la niñez, adolescencia y juventud."

Uno de los aportes más significativos de la Ley 2460 de 2025 es la declaración de la salud mental como un **derecho fundamental**, garantizando el acceso sin necesidad de remisión y eliminando las barreras administrativas que históricamente obstaculizaban la atención psicológica y psiquiátrica. Este reconocimiento implica un cambio paradigmático: la salud mental deja de ser vista solo como una necesidad clínica para asumirse como un derecho inherente a la dignidad humana.

La ley establece un enfoque biopsicosocial, interseccional y territorial, promoviendo intervenciones diferenciadas según las características de cada población. En particular, se prioriza la atención a niños, adolescentes, víctimas del conflicto armado, población privada de la libertad y personas en situación de vulnerabilidad. De este modo, se busca garantizar la equidad y la justicia social dentro de la prestación de servicios de salud mental.

Asimismo, la creación del Sistema Nacional de Salud Mental y la formalización de los Consejos Territoriales de Salud Mental constituyen un avance en la coordinación y seguimiento de las políticas públicas. Estos espacios permiten la articulación entre el gobierno nacional, los territorios y la ciudadanía, fomentando la participación social y el control ciudadano en las acciones de salud mental.

Un aspecto destacado es la eliminación de la obligatoriedad de la remisión médica para acceder a servicios de salud mental, medida que democratiza la atención y acerca los servicios a la comunidad. Además, la ley asegura la entrega continua y oportuna de medicamentos psiquiátricos, incluyendo la atención a colombianos en el exterior, garantizando la continuidad del tratamiento y la protección del derecho a la salud.

El fortalecimiento del talento humano, con capacitación permanente bajo criterios de derechos humanos y diversidad cultural, refuerza la calidad en la atención y promueve un trato humanizado. La ley también introduce la posibilidad de la objeción de conciencia por parte de los profesionales, siempre y cuando no se afecte la atención del usuario, conciliando así el respeto por las convicciones personales y el deber ético del servicio.

5. Diseño Metodológico

La formulación de la Política Pública de Salud Mental del Departamento de Bolívar se llevó a cabo en el marco del ciclo de la política pública, estructurada

bajo un enfoque participativo e intersectorial. Se adoptó un marco lógico, enfocado en el árbol de problemas que permitió abordar las necesidades de las poblaciones los 30 Municipios Priorizados, garantizando su representación en el proceso de formulación.

Las fases de **alistamiento, diagnóstico, actualización, validación**, se adaptaron a la realidad del departamento a través de la realización tamizajes de acuerdo a la resolución 3280 relacionados con la salud mental lo que permitió recolectar datos sobre las principales problemáticas y necesidades de cada municipio, además de diálogos y espacios de cocreación con actores clave, incluyendo instituciones públicas y privadas, comunidad académica, organizaciones sociales, líderes comunitarios, población en condición de vulnerabilidad y sectores de salud, teniendo en cuenta los enfoques establecidos en el marco de esta política.

Asimismo, el proceso incluyó la realización de mesas con el Consejo Departamental de salud mental y los Comités de Salud Mental y Drogas Municipales, fortaleciendo la voz de los sectores en la formulación de estrategias para garantizar un acceso equitativo a la atención en salud mental en Bolívar.

Fases de |



Ilustración 1 Fases del Proceso de Formulación de la PPSM

- **Alistamiento:** Se consolidó el compromiso institucional liderado por la secretaria de Salud en articulación con la Universidad del Sinú Seccional Cartagena y se estableció la hoja de ruta y cronograma de actividades. Se

- realizó un mapeo de actores clave, incluyendo sectores de salud, educación, pueblos étnicos y organizaciones de base comunitaria, garantizando la participación en cada Municipio. Se diseñaron estrategias y herramientas para recolección de información y se programaron los tamizajes de salud mental en distintas poblaciones dirigidos por un equipo de profesionales interdisciplinario.
- **Diagnóstico:** Se llevó a cabo una revisión normativa y un análisis de los informes y bases de datos para identificar determinantes sociales de la salud mental en Bolívar. Se desarrollaron encuentros de diálogo con comunidades, personal de salud y actores estratégicos para reconocer las barreras de acceso y fortalecer un enfoque diferencial en la política. Además, se realizaron tamizajes poblacionales de acuerdo con la resolución 3280 de 2018, utilizando metodologías adaptadas para recoger datos sobre el estado de la salud mental en el departamento, empleando los siguientes cuestionarios:

APGAR: Escala que evalúa la percepción de los miembros sobre el nivel de funcionamiento familiar en cinco áreas: Adaptación, participación, ganancia, afecto y recurso

SRQ -Self-Reporting Questionnaire: Cuestionario de Autorreporte. Identifica la presencia de riesgo en salud mental en personas mayores de 16 años.

RQC- Reporting Questionnaire for Children: Cuestionario de Reporte para Niños. Identifica la presencia de riesgo en salud mental en niñas y niños entre 5-15 años.

AUDIT- Alcohol Use Disorders Identification Test: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Evalúa el riesgo de trastornos por consumo de alcohol.

ZARIT: Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Este cuestionario evalúa diferentes aspectos de la sobrecarga, como el impacto en la salud física y mental del cuidado

ASSIST- Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test: Prueba de Detección del Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias Identifica los niveles de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo alcohol, tabaco y otras drogas.

- **Actualización:** Se integraron los insumos recolectados en la fase diagnóstica y se ajustó el documento de política con un enfoque participativo e inclusivo. Se realizaron reuniones con distintos sectores, mapeo de actores y encuentros en diferentes localidades para validar estrategias que respondieran a las realidades del Departamento.
- **Validación:** Se realizaron espacios de consulta con actores estratégicos del departamento, contrastando los contenidos de la política con las necesidades específicas de cada población. Se llevaron a cabo encuentros con grupos poblacionales, comunidad académica, e instancias activas en el Departamento.
- **Implementación:** una vez aprobada la política pública por parte de la Asamblea Departamental se procederá a la expedición de la ordenanza asegurando su ejecución en el Departamento de Bolívar de acuerdo a lo establecido en el plan de acción.
- **Seguimiento y Evaluación:** Se estableció un Sistema de Monitoreo y Evaluación que permitirá hacer seguimiento continuo de la implementación de la política, midiendo el cumplimiento de objetivos y ajustando estrategias cuando sea necesario. Este sistema facilitará la recolección de datos, el análisis de resultados y la orientación de actores involucrados en la gestión de la salud mental en Bolívar.

6. Diagnóstico Situacional de la Salud Mental en el Departamento de Bolívar

Contexto Nacional de la Salud Mental

Colombia enfrenta una alta carga de trastornos mentales y emocionales. Entre los factores que afectan la salud mental de los colombianos se destacan: Conflicto armado: Muchas personas en el país, especialmente en áreas rurales, han sufrido los efectos del conflicto armado, lo que ha generado un aumento en los casos de trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión y ansiedad. Desigualdad social y económica: La pobreza y la exclusión social son factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad a sufrir trastornos mentales. Acceso limitado a servicios de salud mental: En muchas zonas del país, especialmente en áreas rurales, el acceso a servicios especializados es insuficiente. La cobertura en salud mental sigue siendo limitada y concentrada en los centros urbanos. Estigma: Aún persisten barreras culturales y estigmas asociados a buscar ayuda para problemas de salud mental. En cuanto a políticas públicas, el gobierno ha venido implementando estrategias como los Planes Decenales de Salud Pública 2012-2021 y 2022 - 2031 que priorizan la atención en salud mental, pero aún enfrenta grandes retos en su implementación efectiva, especialmente en áreas afectadas por la violencia.

6.1 Antecedentes relacionado con la salud mental en el Departamento de Bolívar:

De acuerdo con datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud –OMS, aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental. La prevalencia de los distintos trastornos mentales varía según el sexo y la edad, encontrando que, los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son los más comunes, tanto en hombres como en mujeres. Los trastornos mentales son la principal causa de años perdidos por discapacidad (APD), y representan uno de cada seis casos de APD en el mundo. (OMS, 2022)

Según una encuesta de salud mental realizada en el año 2023 por el Ministerio de Salud y Protección Social con el Centro Nacional de Consultoría, el 66,3% de los colombianos declara que en algún momento de su vida ha enfrentado algún problema de salud mental, siendo mayor el porcentaje entre la población femenina (66,9%). Además, al 70,9% de la población, casi nunca le preguntan sobre su salud mental al momento de acudir a los servicios de medicina y/o enfermería. Así mismo, 6 de cada 10 colombianos declaran que su salud mental es muy buena o buena; un 10% declara que su salud mental es mala o muy mala y un 30% de la población colombiana considera que su salud mental es regular.

En el Departamento de Bolívar, hechos como el conflicto armado, el desplazamiento forzado, la desigualdad social, la pobreza, la falta de oportunidades laborales y educativas, la producción y consumo de sustancias psicoactivas, la cultura, etc., hacen que se presente desestructuración del tejido familiar y social que inciden negativamente en la convivencia y en la salud mental.

A continuación, se presenta un análisis de los principales eventos relacionados a la convivencia social y salud mental del Departamento de Bolívar, discriminando por año, sexo, edad y municipio, comparando las cifras de los indicadores de Bolívar los de Colombia.

Trastornos Mentales y del Comportamiento

Entre 2019 y 2023, se atendieron 73.987 casos relacionados con trastornos mentales y del comportamiento en Bolívar, excluyendo Cartagena. Esta cifra representa una proporción de 20 casos por cada 1.000 habitantes para 2023, con una tendencia al alza en 2024, donde se registraron 14.606 casos en el primer semestre. Niños y adolescentes, que representan casi el 50% de los casos, son los más afectados, con diagnósticos comunes como trastornos de ansiedad,

depresión, dificultades escolares y de atención. La demanda de servicios evidencia la creciente necesidad de atención integral en salud mental [1].

Personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento del departamento de Bolívar, años 2019 a 2023

Ilustración 2 Personas Atendidas por trastornos mentales 2019-2023

Bolívar sin Cartagena	2019	2020	2021	2022	2023	Total*
Número de personas	20.640	16.351	18.485	26.109	24.282	73.987
Proporción por cada 1.000 habitantes	18,3	14,2	15,8	22,1	20,3	

Fuente: RIPS – Cubos SISPRO, MSPS. Consulta realizada el 24/10/24 por municipio de residencia RIPS. *Una persona puede ser atendida en varios años, por eso el total no es igual a la suma de todos los años

Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA)

El consumo de SPA es un factor crítico en la salud mental. En Bolívar, la prevalencia en población escolar es del 3%, mientras que en población universitaria asciende al 28,4%. Las intoxicaciones por SPA presentan una tendencia decreciente, con 152 casos en 2024, reflejando una disminución del 33,9% respecto al año anterior. El 78,3% de los casos ocurre en hombres, predominando la exposición en espacios públicos (62,5%) y el consumo de marihuana (61,2%). Magangué lidera las tasas de incidencia con 67,7 por cada 100.000 habitantes [2].

Personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de SPA del departamento de Bolívar, años 2019 a 2023

Ilustración 3 Personas atendidas por trastornos mentales debido al uso de SPA 2019-2023

Bolívar sin Cartagena	2019	2020	2021	2022	2023	Total*
Número de personas	2143	1767	1005	1352	1424	6.332
Proporción por cada 1.000 habitantes	1,9	1,5	0,9	1,1	1,2	

Fuente: RIPS – Cubos SISPR, MSPS. Consulta realizada el 24/10/24 por municipio de residencia RIPS. *Una persona puede ser atendida en varios años, por eso el total no es igual a la suma de todos los años

Suicidio

El suicidio afecta a personas y a sus familias en todos los países y contextos, y a todas las edades. A nivel mundial, puede haber 20 intentos de suicidio por cada fallecimiento y, el suicidio representa más de uno de cada 100 fallecimientos, siendo una de las principales causas de muerte entre los jóvenes. (OMS, 2022)

La tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) en el departamento de Bolívar muestra un comportamiento oscilante, con un promedio de 3 muertes por cada 100.000 habitantes por año. Sin embargo, los valores se mantienen por debajo de la línea nacional, en especial al excluir a Cartagena.

En el año 2023 se registraron por Estadísticas Vitales 40 muertes de personas de Bolívar (sin Cartagena), aunque 36 muertes por Medicina Legal. A agosto del año 2024 se registran 30 suicidios para Bolívar por Medicina Legal.

Ilustración 4 Número de casos por sexo y grupo de edad de suicidios e intentos de suicidio en Bolívar 2019-2023

Sexo	Suicidio	Intento de suicidio
Femenino	32	1.705
Masculino	161	698
Edad	Suicidio	Intento de suicidio
De 0 a 09 años	0	31
De 10 a 19 años	32	1.226
De 20 a 29 años	38	616
De 30 a 39 años	33	283
De 40 a 49 años	19	113
De 50 a 59 años	26	70
De 60 a 69 años	17	42
De 70 a 79 años	19	12
De 80 años o más	9	10

Número de casos por sexo y grupo de edad de suicidios e intentos de suicidio en Bolívar, años 2019 a 2023.

Violencia de Género e Intrafamiliar

Otro evento importante es la violencia intrafamiliar, el cual a su vez es un factor que puede desencadenar otros eventos de interés en convivencia y salud mental. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses presenta los casos valorados en el marco del Sistema Médico Legal Colombiano, sin embargo, no todos los casos de lesiones por causa externa son reportados al sistema y judicializados.

En el año 2023, el número de casos de violencia intrafamiliar y de pareja en Bolívar (sin Cartagena) reportados a Medicina Legal fue 425; y, a corte agosto del año 2023 se han registrado 279 casos por este evento en el Departamento.

Cómo no todos los casos de violencia llegan a Medicina Legal, se dispone de otras fuentes para hacer los seguimientos a estos casos, como el evento de Violencia de género e intrafamiliar de fuente SIVIGILA. El comportamiento del indicador es ascendente en Bolívar y Colombia, en dónde las cifras son más elevadas al no incluir a Cartagena, pero manteniéndose por debajo de la línea nacional. Adicionalmente, la semana epidemiológica 42 del año 2024 se reportan a SIVIGILA.

Distribución de casos de violencia de género e intrafamiliar por sexo, edad, modalidad de violencia y parentesco con el agresor. Bolívar, año 2023

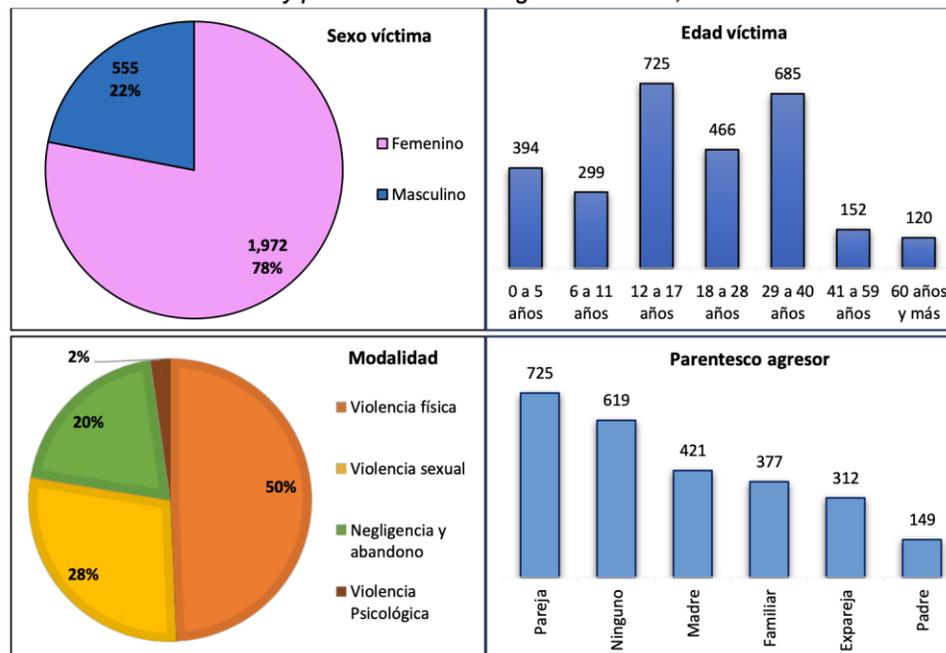


Ilustración 5 Distribución de casos de violencia de género e intrafamiliar 2023

*Fuente: Cubos SISPRO SIVIGILA y Tablero de control INS, por lugar de ocurrencia. Bolívar sin Cartagena. *El total de los casos por modalidad y parentesco puede variar por la fuente de consulta.*

Municipios con indicadores más críticos

En la siguiente tabla observamos los municipios de Bolívar con las mayores cifras de los diferentes indicadores analizados, calculando las tasas o proporciones promedio por año y una sumatoria de los casos o personas atendidas durante los años 2019 a 2023.

Proporción x 1.000 hab. y número total de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento				Proporción x 1.000 hab. y número de total de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de SPA			
Municipio	Prom.	Municipio	Total	Municipio	Prom.	Municipio	Total
San Juan Nepomuceno	32,4	Magangué	16.019	San Juan Nepomuceno	3,0	Magangué	1.276
Magangué	31,3	Turbaco	8.294	El Carmen de Bolívar	2,7	El Carmen de Bolívar	922
El Carmen de Bolívar	31,2	El Carmen de Bolívar	8.125	Magangué	2,5	Arjona	513
Santa Rosa	23,3	Arjona	5.497	El Guamo	2,1	San Juan Nepomuceno	508
Calamar	23,0	San Juan Nepomuceno	4.292	Regidor	2,0	Turbaco	494
Arjona	22,5	Mompós	3.777	Mompós	2,0	Mompós	333
Mompós	22,4	María La Baja	2.425	Cicuco	1,7	San Jacinto	169
El Guamo	22,1	Santa Rosa	1.790	Zambrano	1,7	María La Baja	158
Turbaco	22,1	Mahates	1.728	Arjona	1,6	Santa Rosa	133
Villanueva	18,9	Calamar	1.642	Santa Rosa	1,5	Mahates	130
Tasa x 100.000 hab. y número total de casos de intoxicación por consumo de sustancias psicoactivas				Tasa x 100.000 hab. y número total de casos de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)			
Municipio	Prom.	Municipio	Total	Municipio	Prom.	Municipio	Total
Magangué	112,55	Magangué	797	El Carmen de Bolívar	8,41	Magangué	40
Soplaviento	48,62	Turbaco	171	San Jacinto	6,41	El Carmen de Bolívar	31
Arjona	44,52	Arjona	165	El Peñón	6,22	Turbaco	21
Cicuco	34,76	El Carmen de Bolívar	118	Cantagallo	5,69	Arjona	13
El Carmen de Bolívar	32,00	San Juan Nepomuceno	58	Magangué	5,65	San Jacinto	8
Turbaco	30,17	Mompós	43	San Juan Nepomuceno	5,13	San Juan Nepomuceno	8
San Juan Nepomuceno	29,73	María La Baja	31	Santa Rosa del Sur	4,58	Santa Rosa del Sur	8
San Jacinto	24,03	San Jacinto	30	Turbaná	4,57	María La Baja	7
Clemencia	20,48	Mahates	28	San Fernando	4,52	Mompós	7
Mahates	18,96	Soplaviento	27	Soplaviento	4,50	San Pablo	4
Tasa x 100.000 hab. y número total de casos de intento de suicidio				Tasa x 100.000 hab. y número total de casos de violencia de género e intrafamiliar			
Municipio	Prom.	Municipio	Total	Municipio	Prom.	Municipio	Total
El Carmen de Bolívar	78,64	Magangué	335	Cantagallo	468,57	El Carmen de Bolívar	1.688
Santa Rosa	71,29	El Carmen de Bolívar	290	El Carmen de Bolívar	457,72	Magangué	1.250
Cicuco	69,52	Turbaco	245	Arenal	432,83	Arjona	862
Arjona	61,25	Arjona	227	San Pablo	415,21	Turbaco	652
San Juan Nepomuceno	59,98	San Juan Nepomuceno	117	Santa Rosa del Sur	323,95	San Pablo	601
San Jacinto	58,47	Mompós	112	Cicuco	289,19	Santa Rosa del Sur	566
Santa Rosa del Sur	57,23	Santa Rosa del Sur	100	Barranco de Loba	266,24	María La Baja	388
El Peñón	57,19	Santa Rosa	80	Villanueva	252,43	Mompós	347
Arenal	56,35	San Jacinto	73	Santa Rosa	252,19	Villanueva	320
Zambrano	51,28	San Pablo	69	Tiquisio	237,01	San Juan Nepomuceno	301

Fuente: Cubos SISPRO: RIPS, Estadísticas vitales, SIVIGILA. Proyecciones de población DANE. Prom. = Promedio

Ilustración 6 Municipios con número de personas atendidas por trastornos mentales

Los siguientes valores corresponden a Bolívar sin incluir el Distrito de Cartagena (excepto el segundo indicador)

Proporción de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento: 20,3 x 1.000 habitantes (año 2023). Fuente: RIPS - Cubos SISPRO / Proyecciones de población - DANE.

Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año en población escolar: 3% (año 2022). Fuente: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar 2022. (Bolívar total)

Tasa de intoxicación por sustancias psicoactivas: 20,75 x 100.000 habitantes (año 2023). Fuente: SIVIGILA - Cubos SISPRO / Proyecciones de población - DANE.

Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios): 3,35 x 100.000 habitantes (año 2023). Fuente: Defunciones DANE - Cubos SISPRO / Proyecciones de población - DANE.

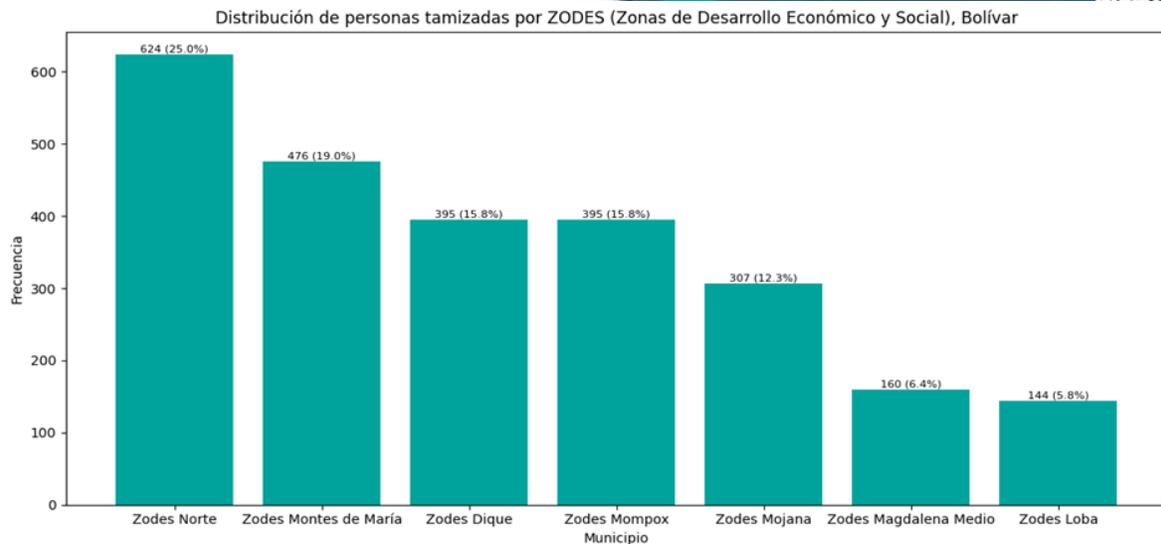
Tasa de incidencia de intento de suicidio: 49,36 x 100.000 habitantes (año 2023). Fuente: SIVIGILA - Cubos SISPRO / Proyecciones de población - DANE. Tasa de incidencia de intento de violencia de género e intrafamiliar: 211,42 x 100.000 habitantes (año 2023). Fuente: SIVIGILA - Cubos SISPRO / Proyecciones de población - DANE.

6.2 Resultados de los tamizajes de acuerdo a la resolución 3280 de 2018 y Ministerio de Justicia.

Características Demográficas

Es posible evidenciar la distribución de personas tamizadas por ZODES (Zonas de Desarrollo Económico y Social) en Bolívar, destacando que ZODES Norte registra la mayor cantidad con 624 personas (25 %), seguido de ZODES Montes de María con 476 (19%), y ZODES Dique y ZODES Mompox, ambas con 395 (15.8%). Por su parte, ZODES Mojana presenta 307 registros (12,3%), mientras que ZODES Magdalena Medio y ZODES Loba tienen las frecuencias más bajas, con 160 (6,4%) y 144 (5,8%), respectivamente bajas (Ver gráfica 1).

Gráfica 1 Distribución de población tamizadas por ZODES del departamento de Bolívar, 2024

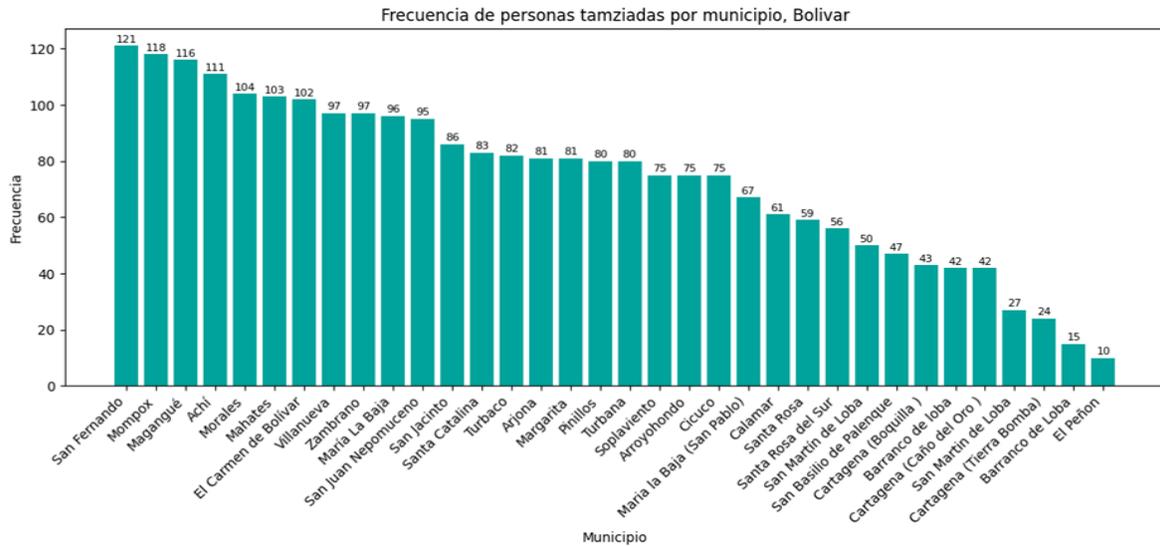


Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar.

Así mismo es posible contemplar que la frecuencia de personas tamizadas por municipio en Bolívar registra el mayor número de tamizajes San Fernando con 121 personas, seguido de Mompox (118), Magangué (116) y Achí (111). Otros municipios con frecuencias relativamente altas incluyen Morales (104), El Carmen de Bolívar (103) y Mahaté (102). En contraste, los municipios con menor cantidad de personas tamizadas son San Martín de Loba (27), Barranco de Loba (15) y El Peñón (10) (Ver gráfica 2).

En el marco de las actividades de tamizaje realizadas con enfoque étnico diferencial y luego de un proceso de concertación comunitaria en el departamento de Bolívar, se tamizaron 24 personas en Tierra Bomba, 43 en La Boquilla, 63 en San Pablo (María La Baja) y 42 en Caño del Oro (Ver gráfica 2).

Gráfica 2 Distribución de población tamizadas por municipio del Departamento de Bolívar, 2024



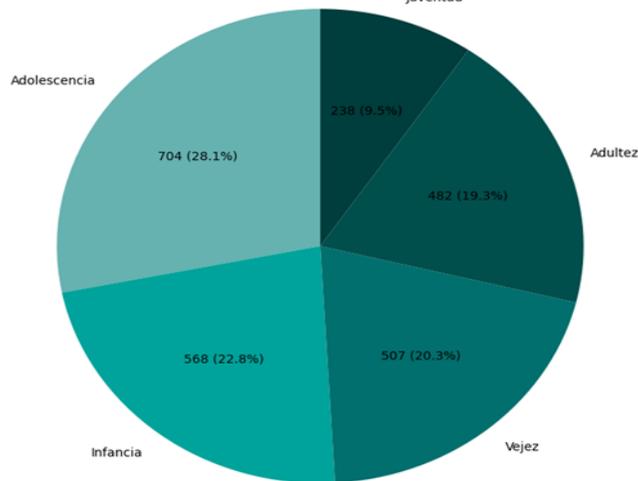
Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Curso de vida

La distribución de personas por curso de vida muestra que la adolescencia concentra la mayor proporción con 704 personas (28.1%), seguida de la infancia con 568 (22.8%) y la adultez con 507 (20.3%). En menor medida, la adultez representa 482 personas (19.3%), mientras que la juventud registra la participación más baja con 238 personas (9.5%). Estos datos evidencian una mayor concentración de individuos en etapas tempranas de desarrollo, como la adolescencia e infancia, y una menor representación en la juventud, lo que puede reflejar tendencias poblacionales específicas del departamento (Ver gráfica 3).

Gráfica 3 Distribución de Población tamizadas por Curso de Vida en el Departamento de Bolívar, 2024

Distribución de personas por Curso de Vida

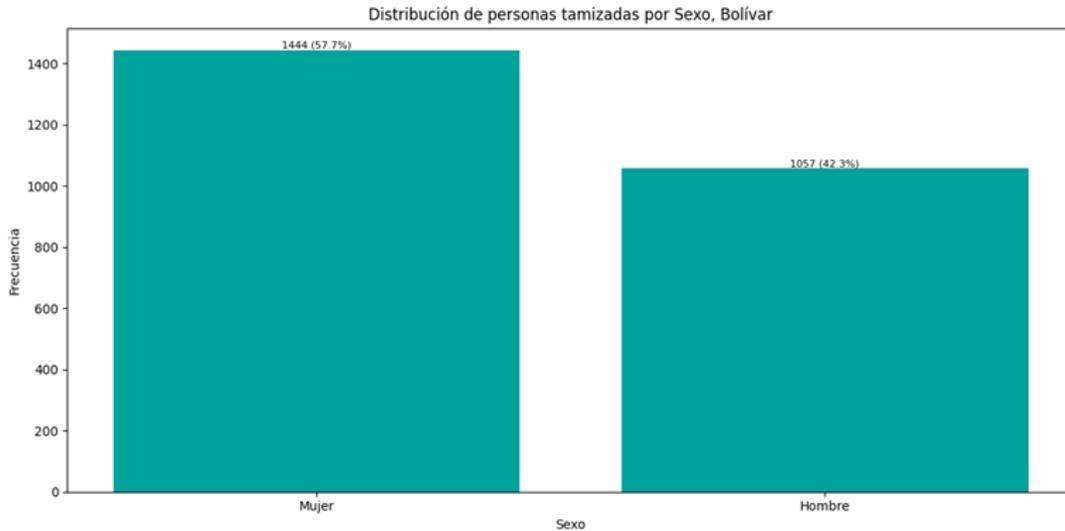


Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Sexo

La distribución de personas tamizadas por sexo en Bolívar revela que las mujeres representan la mayor proporción con 1444 tamizajes (57.7%), mientras que los hombres registran 1057 tamizajes (42.3%). Estos datos evidencian una mayor participación femenina en los procesos de tamizaje, lo que podría estar relacionado con factores como una mayor disposición de las mujeres a asistir a controles de salud o programas específicos dirigidos a ellas (Ver gráfica 4).

Gráfica 4 Distribución de población tamizadas por sexo del departamento de Bolívar, 2024

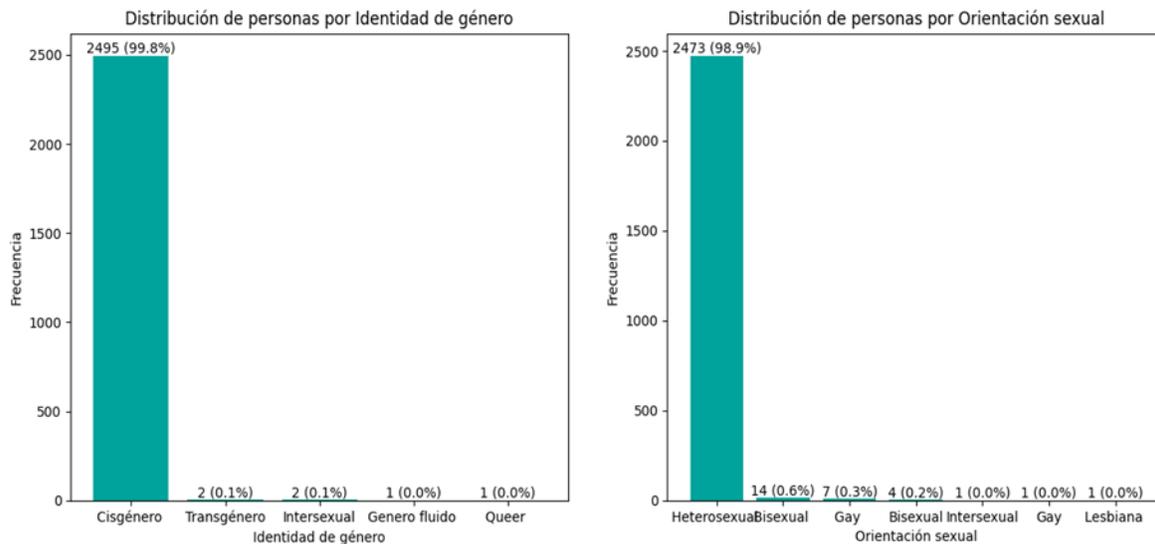


Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Poblaciones Diferenciales

En tal orden de ideas, la distribución de personas por identidad de género y orientación sexual refleja que la mayoría se identifica como cisgénero (2495 personas, 99.8%) y heterosexual (2473 personas, 98.8%), mientras que las demás identidades y orientaciones tienen una representación mínima. Entre las identidades de género, se registran 2 personas transgénero (0.1%), 2 intersexuales (0.1%), 1 persona de género fluido (0.01%) y 1 persona Queer (0.01%). En cuanto a la orientación sexual, se reportan 14 personas bisexuales (0.6%), 7 gay (0.3%), y frecuencias aún más bajas para las categorías de lesbiana, intersexual y combinaciones específicas (0.2% o menos) (Ver gráfica 5).

Gráfica 5 Distribución de población tamizadas por Identidad de género y orientación sexual del departamento de Bolívar, 2024



Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Poblaciones negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras, pueblos y comunidades indígenas: De acuerdo con la distribución por etnia por ZODES en Bolívar muestra que la mayoría de las personas tamizadas se identifican como "Ninguno", con cifras destacadas en ZODES Norte (209), ZODES Montes de María (257) y ZODES Mojana (194). Le sigue la población afrodescendiente, que tiene una presencia notable en ZODES Norte (143), ZODES Montes de María (151) y ZODES Mojana (73). La población identificada como "Negro" presenta su mayor frecuencia en ZODES Norte (227), seguida por ZODES Montes de María (37) y ZODES Mojana (20). Las personas indígenas tienen una distribución más reducida, siendo más representativas en ZODES Mojana (24) y ZODES Montes de María (33).

Por otro lado, las categorías como "Otro," "Gitano," y "Raizal" registran cifras muy bajas, no superando las siete personas en ninguna ZODES. En general, se observa una predominancia de personas que no se reconocen en ninguna etnia específica, seguidas de afrodescendientes y negros, con una distribución variable entre las diferentes ZODES del departamento de Bolívar (Ver gráfica 6).

Gráfica 6 Distribución de población tamizadas por etnia del departamento de Bolívar, 2024

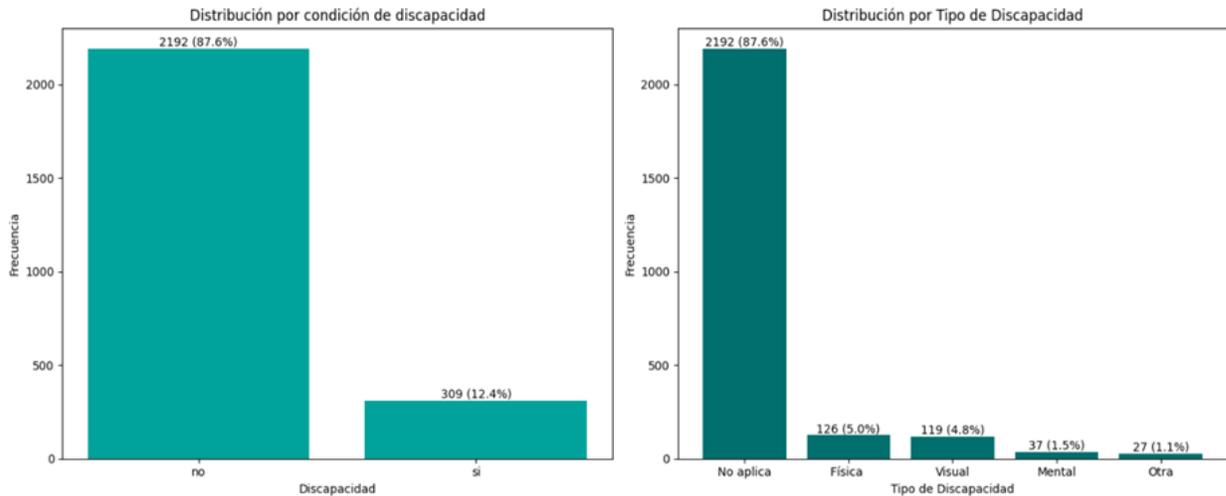


Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Discapacidad

La distribución por condición de discapacidad muestra que 2192 personas (87.6%) no presentan ninguna discapacidad, mientras que 309 personas (12.4%) sí reportan tener alguna condición de discapacidad. Entre las personas que sí reportan alguna condición, las discapacidades más frecuentes son la física (126 personas, 5%) y la visual (119 personas, 4.8%), seguidas de la discapacidad mental con 37 personas (1.5%) y otra discapacidad con 27 personas (1.1%) (Ver gráfica 7).

Gráfica 7 Distribución de población tamizadas por Condición de discapacidad del departamento de Bolívar, 2024

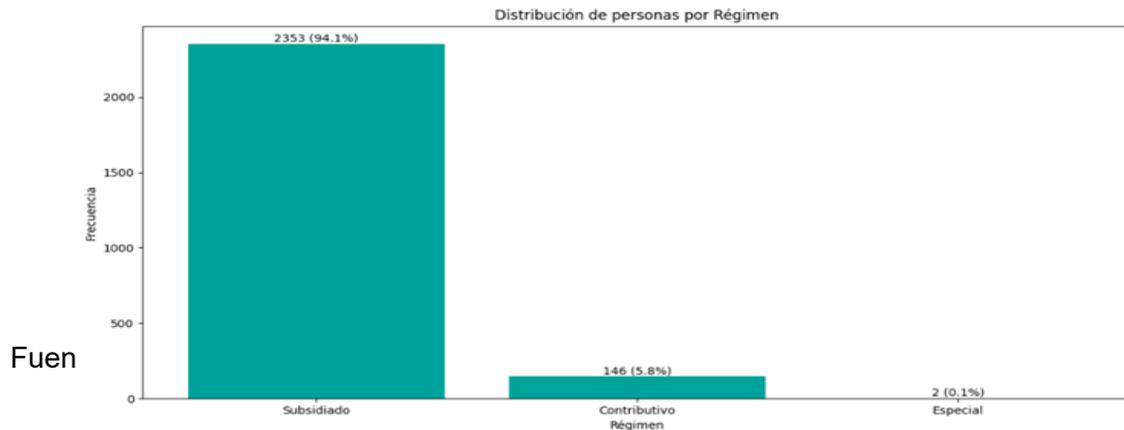


Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Régimen de salud

La distribución de personas por régimen muestra una predominancia significativa del régimen subsidiado, con 2353 personas (94.1%), seguido por el régimen contributivo, que registra 146 personas (5.8%). Por otro lado, el régimen especial presenta una participación mínima, con solo 2 personas (0.01%). Estos resultados evidencian una marcada concentración de la población en el régimen subsidiado, lo cual refleja una mayor dependencia de este sistema para acceder a los servicios de salud (Ver gráfica 8).

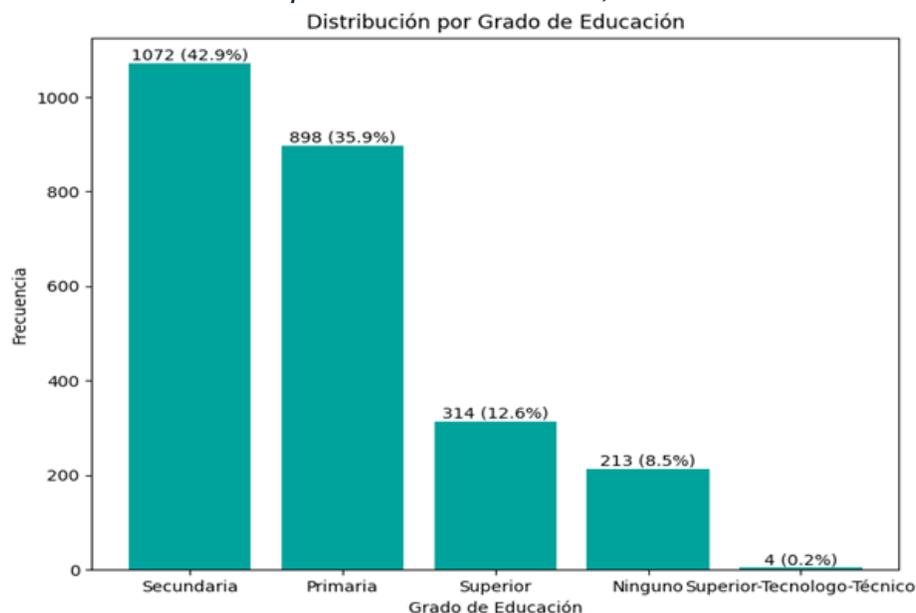
Gráfica 8 Distribución de población tamizadas por régimen de salud del departamento de Bolívar, 2024.



Grado de educación

La distribución por grado de educación muestra que la mayoría de las personas tienen un nivel educativo de secundaria, con 1072 individuos (42.9%), seguido por primaria con 898 personas (35.9%). En menor proporción se encuentra el grado superior, con 314 personas (12.6%), y quienes no cuentan con educación superior, técnica o tecnológica, que suman 213 personas (8.5%). Finalmente, una minoría mínima de 4 personas (0.2%) no reporta ningún grado educativo (Ver gráfica 9).

Gráfica 9 Distribución de población tamizadas por grado de educación del departamento de Bolívar, 2024.



Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Tipo de familia

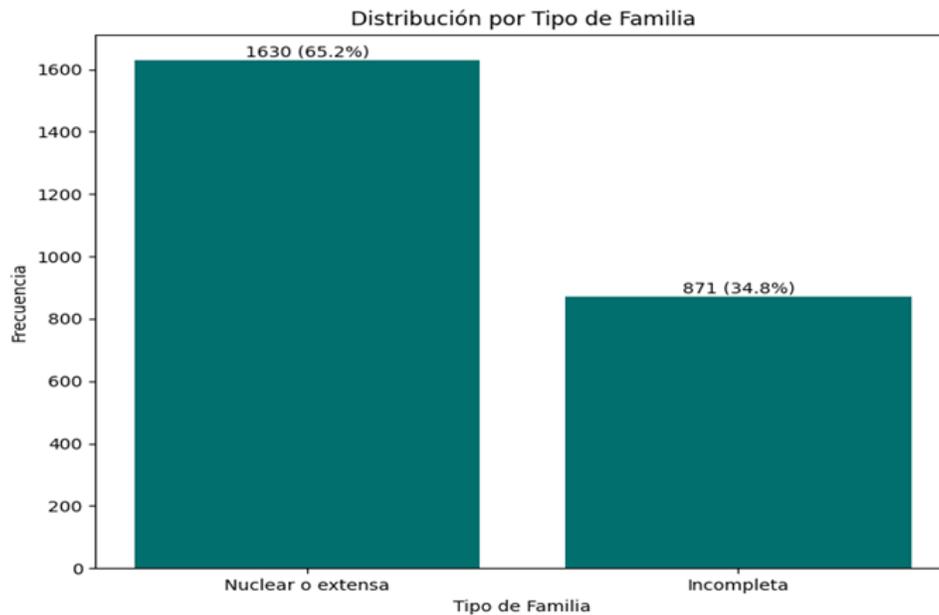
La distribución por tipo de familia en Bolívar evidencia una predominancia de familias nucleares o extensas, con 1630 registros (65.2%), lo que refleja que la mayoría de los hogares mantienen estructuras familiares tradicionales donde conviven padres, hijos y, en algunos casos, otros parientes. En contraste, las familias incompletas representan 871 registros (34.8%), lo que indica una presencia considerable de hogares monoparentales u otras configuraciones familiares con ausencia de uno de los miembros principales.

A nivel municipal, San Fernando destaca como el municipio con la mayor cantidad de familias nucleares o extensas (89 registros), seguido de Mahates (69), Mompox

(68) y Villanueva (65), municipios donde predominan estas estructuras familiares, lo que podría estar asociado a dinámicas sociales y culturales que fomentan la convivencia familiar ampliada. En el extremo opuesto, municipios como El Peñón (4 registros) y Barranco de Loba (7 registros) reportan la menor cantidad de familias nucleares o extensas, lo cual sugiere posibles condiciones socioeconómicas o migratorias que fragmentan las estructuras familiares en estas zonas.

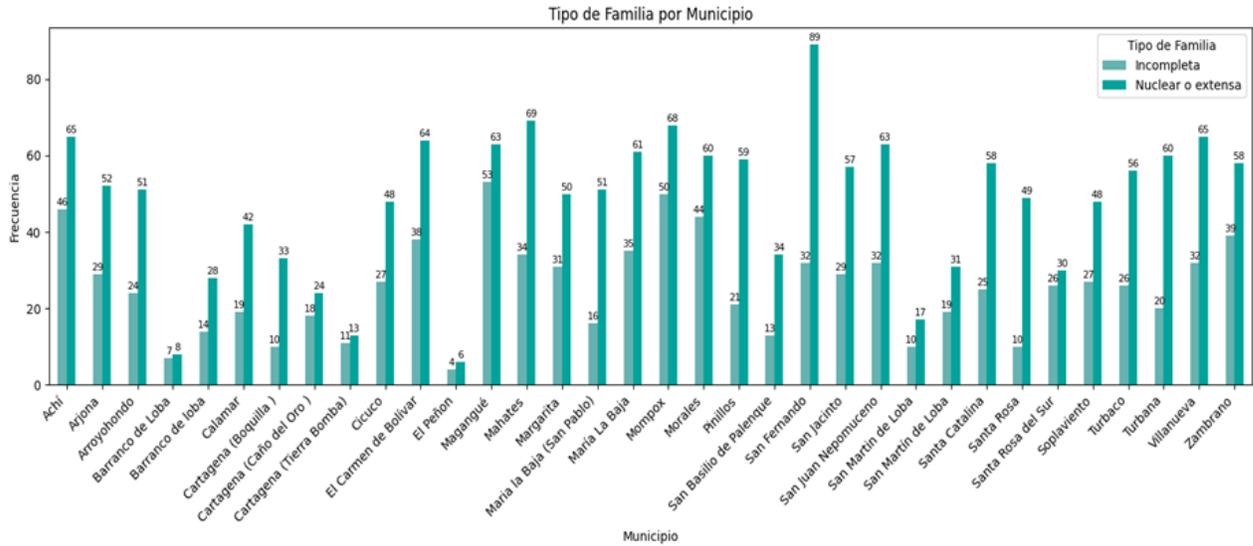
Por otro lado, las familias incompletas muestran una mayor representación en municipios como Magangué (53 registros), Mompo (50) y Achí (46), donde este tipo de configuración familiar podría estar relacionado con factores como la migración laboral, la disolución de uniones familiares o situaciones de vulnerabilidad económica y social (Ver gráfica 9 y 10).

Gráfica 10 Distribución de población tamizadas por tipo de familia del departamento de Bolívar, 2024



Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Gráfica 11 Distribución de tipo de familia por municipio del departamento de Bolívar, 2024

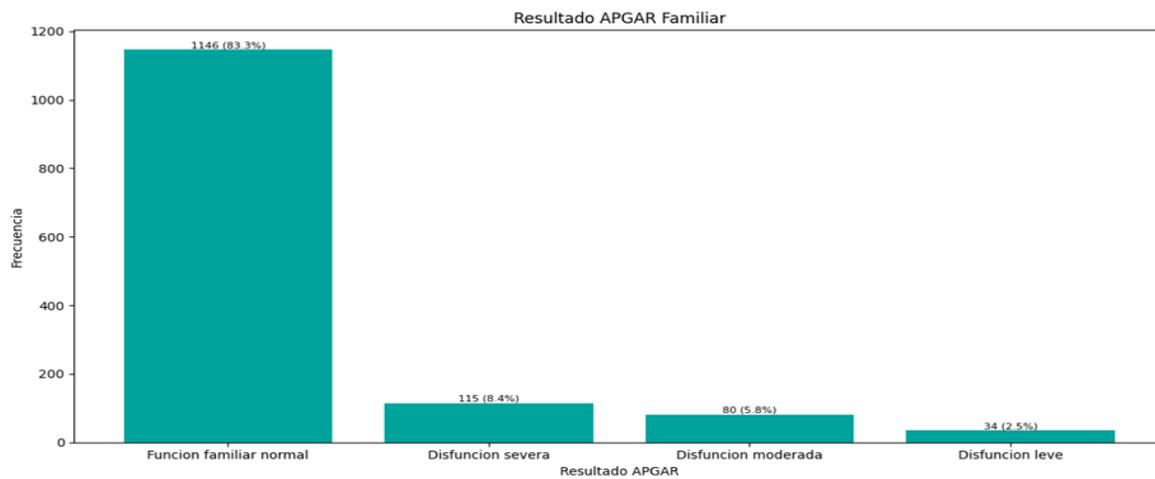


Tamizajes Riesgo De Salud Mental

APGAR familiar (Evalúa la funcionalidad familiar)

El resultado APGAR familiar revela que la mayoría de las familias evaluadas presentan una función familiar normal, con 1146 registros (83.3%), lo que indica un adecuado soporte y cohesión en estos núcleos familiares. En contraste, se observa una proporción menor de familias con disfunción, clasificada en diferentes niveles: severa (115 registros, 8.4%), moderada (80 registros, 5.8%), y leve (34 registros, 2.5%) (Ver gráfica 12).

Gráfica 12 Resultado de APGAR familiar departamento de Bolívar, 2024



Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Así mismo, el comportamiento del resultado APGAR por tipo de familia en Bolívar revela una clara tendencia: la función familiar normal predomina tanto en las familias nucleares o extensas como en las incompletas, con 759 registros y 387 registros, respectivamente.

Sin embargo, se observa que las familias nucleares o extensas también presentan una mayor cantidad de disfunción moderada (46) y disfunción leve (17) en comparación con las familias incompletas, que registran 34 casos de disfunción moderada y 17 casos de disfunción leve. Por otro lado, las familias incompletas muestran un número ligeramente mayor de disfunción severa (70 registros) en comparación con las nucleares o extensas (45 registros), lo que podría sugerir una mayor vulnerabilidad en estos núcleos familiares (Ver gráfica 13).

El APGAR familiar es un instrumento que permite identificar cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños. Tanto en la atención primaria en salud como en atención de salud mental específicamente es de suma importancia conocer las características familiares en términos no sólo de la estructura sino también en sus dinámicas y funcionamiento. (Arias y Herrera, 1994). Lo anterior, debido a que la familia como sistema puede constituir un entorno protector o un factor de riesgo.

Incluso desde la postura sistémica familiar la familia y su dinámica puede ser en sí misma generadora de comportamientos problemáticos y patológicos.

La familia es fundamental en el desarrollo emocional y psicológico de las personas, ejerciendo tanto influencias positivas como negativas sobre la salud mental. Según Oliva et al. (2020), el entorno familiar proporciona a las personas apoyo emocional, estabilidad y un sentido de pertenencia, lo cual contribuye al desarrollo de habilidades de afrontamiento y resiliencia en los individuos constituyéndose además como red de apoyo primaria en casos de trastornos o problemas psicológicos y psicopatológicos ya existentes. Estos elementos convierten a la familia en un factor protector determinante, especialmente en la infancia y adolescencia, que son consideradas etapas críticas en donde se presentan hitos del desarrollo físico, cognitivo y psicosocial.

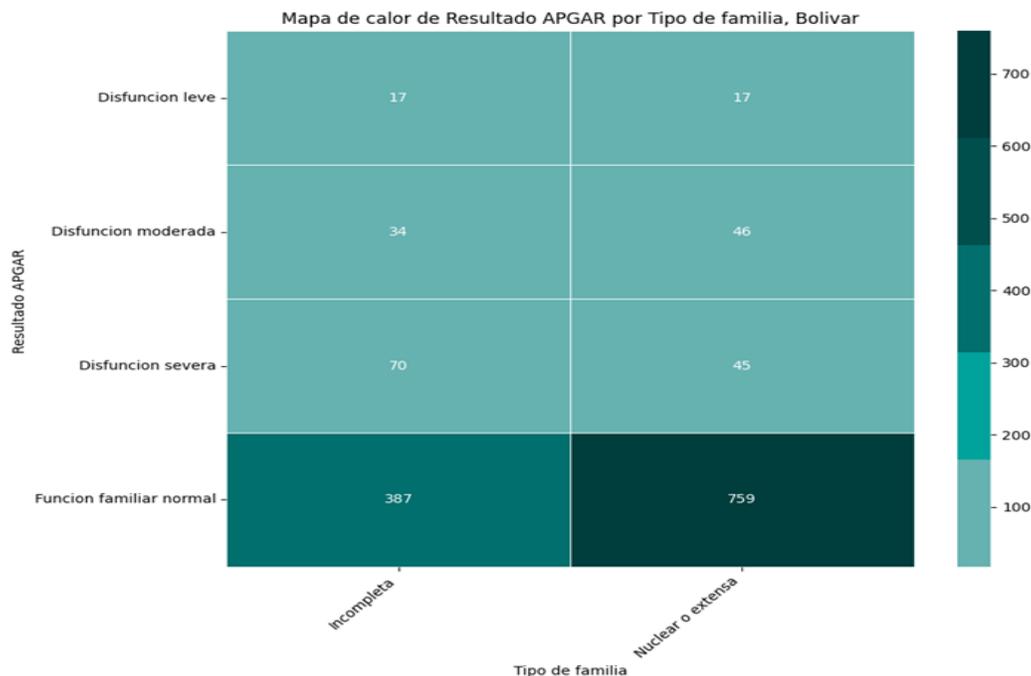
Por su parte las dinámicas familiares disfuncionales, como la falta de comunicación, la violencia intrafamiliar o el abandono emocional, pueden actuar como factores de riesgo, aumentando la vulnerabilidad de los individuos a trastornos como la ansiedad, la depresión o el estrés postraumático (Carr & McNulty, 2016). Algunos estudios demuestran que el apego inseguro en la infancia

está asociado con un mayor riesgo de problemas de salud mental en la adultez (Bowlby, 1988; Mikulincer & Shaver, 2019).

Si bien la disfunción familiar ya se considera en sí misma un factor de riesgo para la salud mental en todos los cursos de vida si se conjugan con factores de riesgo externos como la pobreza, el desempleo o las enfermedades crónicas puede amplificar los riesgos para la salud mental de todos los miembros del núcleo familiar (Evans et al., 2013). Es importante fortalecer en las familias las prácticas de crianza positivas y con límites respetuosos y el apoyo mutuo ya que esto tiende a desarrollar un entorno protector que puede mitigar los efectos negativos del estrés y fortalece la resiliencia ante las demandas de la vida diaria (Walsh, 2016).

Este tamizaje objetivo la adecuada capacidad de adaptación a los cambios y el componente asertivo del apoyo por parte de los demás miembros familiares, sobre todo la resiliencia que se desarrolla en los miembros de las familias nucleares o extensas siendo estas las características de familia que predominan en la sociedad bolivarenses como una franca recuperación postraumática entre otras ante décadas de violencia ejercida en el territorio.

Gráfica 13 Mapa de calor de APGAR familiar por tipo de familia en el departamento de Bolívar, 2024



Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

De igual manera, el comportamiento por curso de vida muestra que la función familiar normal predomina en todos los grupos etarios evaluados, con mayor frecuencia en la adultez (410 registros), seguida por vejez (395 registros), infancia (198 registros) y juventud (143 registros). En contraste, la disfunción severa y moderada tienen una mayor incidencia en los grupos de infancia y vejez. La infancia registra 36 casos de disfunción severa y 65 casos de disfunción moderada, mientras que la vejez presenta 45 casos de disfunción severa y 4 casos de disfunción moderada. Por otro lado, la juventud tiene una menor frecuencia en disfunciones severas (14 registros) y moderadas (4 registros). La disfunción leve, aunque menos frecuente, es más destacada en la adultez (12 registros) y la juventud (13 registros). Por consiguiente, se aprecia que, aunque la función familiar normal predomina en la mayoría de los grupos etarios, la infancia y la vejez son los períodos más vulnerables a las disfunciones familiares, especialmente en sus niveles severos y moderados (Ver gráfica 14).

Teniendo en cuenta que el APGAR familiar es una medida de percepción se observa que los sujetos pertenecientes a los grupos poblacionales de infancia y adolescencia perciben mayores disfuncionalidades en sus entornos familiares. En función del curso de vida y el ciclo vital encontramos unas necesidades específicas de las personas en estas dos etapas relacionadas con la necesidad de tener entornos proveedores y protectores en términos económicos, de cuidado, de atención, entre otros. Es así como en estas etapas puede ser mucho más evidente para la persona una relación abusiva de poder o negligente como es común en algunos casos.

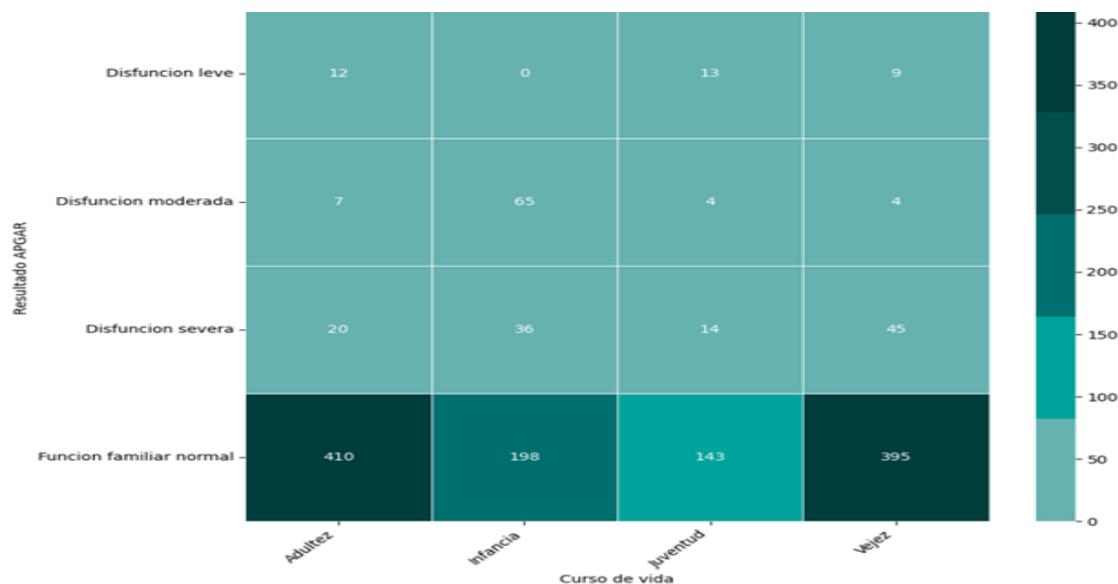
En los niños e infantes la dinámica familiar está directamente relacionada con la calidad del apego y las prácticas de crianza entendidas también como estilos de socialización parental que es considerada como uno de los factores más influyentes en la vulnerabilidad psicosocial en la adolescencia e infancia y que pueden llegar a ser autoritarias, negligentes o indulgentes. Los estilos de socialización parental se encuentran relacionados con la autoestima, el autoconcepto y los problemas conductuales, las conductas psicosociales entre pares y la adaptación y desempeño académico. (Robledo y García, 2008)

La disfunción familiar, caracterizada por patrones negativos como la falta de comunicación, conflictos constantes, negligencia emocional y violencia, constituye un factor de riesgo significativo para la salud mental tanto en niños como en adultos mayores. En la infancia, el entorno familiar juega un rol crítico en el desarrollo emocional y cognitivo. Según López et al. (2021), los niños expuestos a dinámicas familiares disfuncionales tienen mayor probabilidad de desarrollar

trastornos de ansiedad, depresión, problemas de conducta y dificultades en las relaciones interpersonales. Por ejemplo, la violencia intrafamiliar y la ausencia de apoyo emocional están asociadas con un apego inseguro, lo que puede influir en la capacidad del niño para manejar el estrés y formar vínculos saludables en el futuro (Bowlby, 1988; Mikulincer & Shaver, 2019).

En las personas mayores, la disfunción familiar también impacta negativamente en su bienestar psicológico. La falta de apoyo familiar, el abandono y los conflictos intergeneracionales aumentan el riesgo de depresión, soledad y sentimientos de inutilidad en esta etapa de la vida (Barreto et al., 2020). Estudios han demostrado que el aislamiento social y la carencia de relaciones familiares positivas son factores determinantes en la prevalencia de trastornos mentales en adultos mayores, especialmente en contextos donde existe dependencia física o cognitiva (Holt-Lunstad et al., 2015). Por otro lado, la falta de resolución de conflictos familiares puede exacerbar el estrés tanto en los niños como en los adultos mayores, lo que contribuye a un deterioro en su salud mental y física. En niños, puede manifestarse como dificultades académicas y problemas de socialización, mientras que en adultos mayores puede incrementar el riesgo de enfermedades psicosomáticas y reducir la calidad de vida (Evans et al., 2013; Walsh, 2016). Tanto los patrones de crianza y socialización parental con niños y adultos mayores responden a aspectos culturales y repetición de patrones familiares.

Gráfica 14 Mapa de calor de APGAR familiar por curso de vida en el departamento de Bolívar, 2024

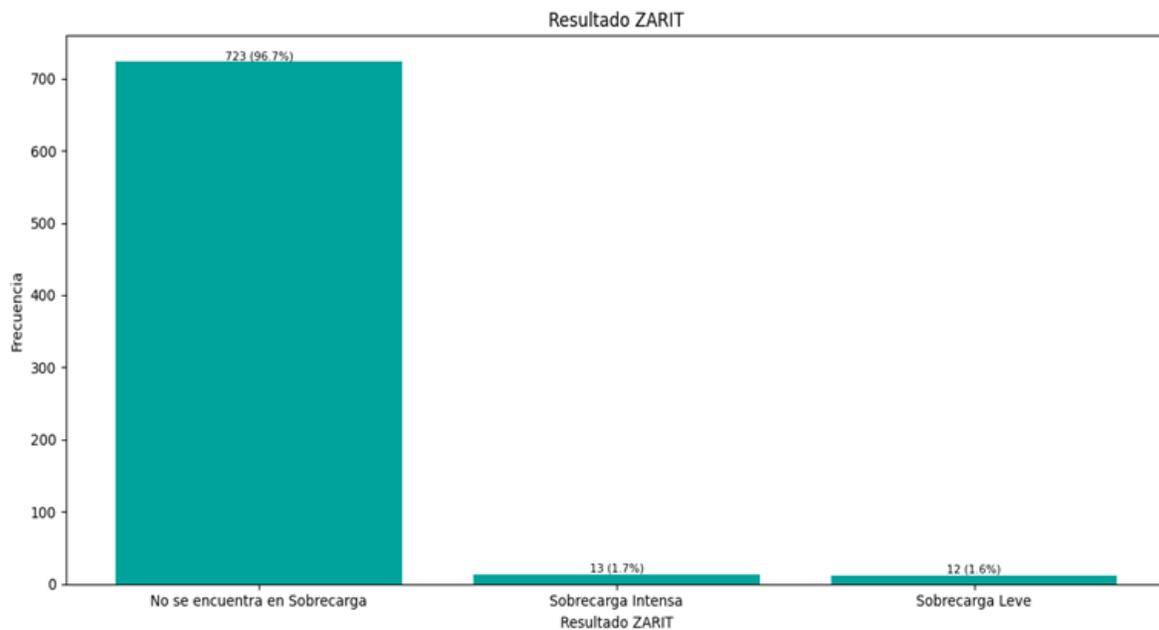


Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Escala de Zarit (Escala para medir la Sobrecarga del Cuidador)

Los resultados del Test de Zarit en Bolívar reflejan que la mayoría de la población evaluada (723 personas, equivalente al 96.7%) no presenta signos de sobrecarga. En contraste, 13 personas (1.7%) evidencian una sobrecarga intensa, mientras que 12 personas (1.6%) muestran sobrecarga leve (Ver gráfica 15).

Gráfica 15 Resultados de test de Zarit a personas tamizadas en el departamento de Bolívar, 2024



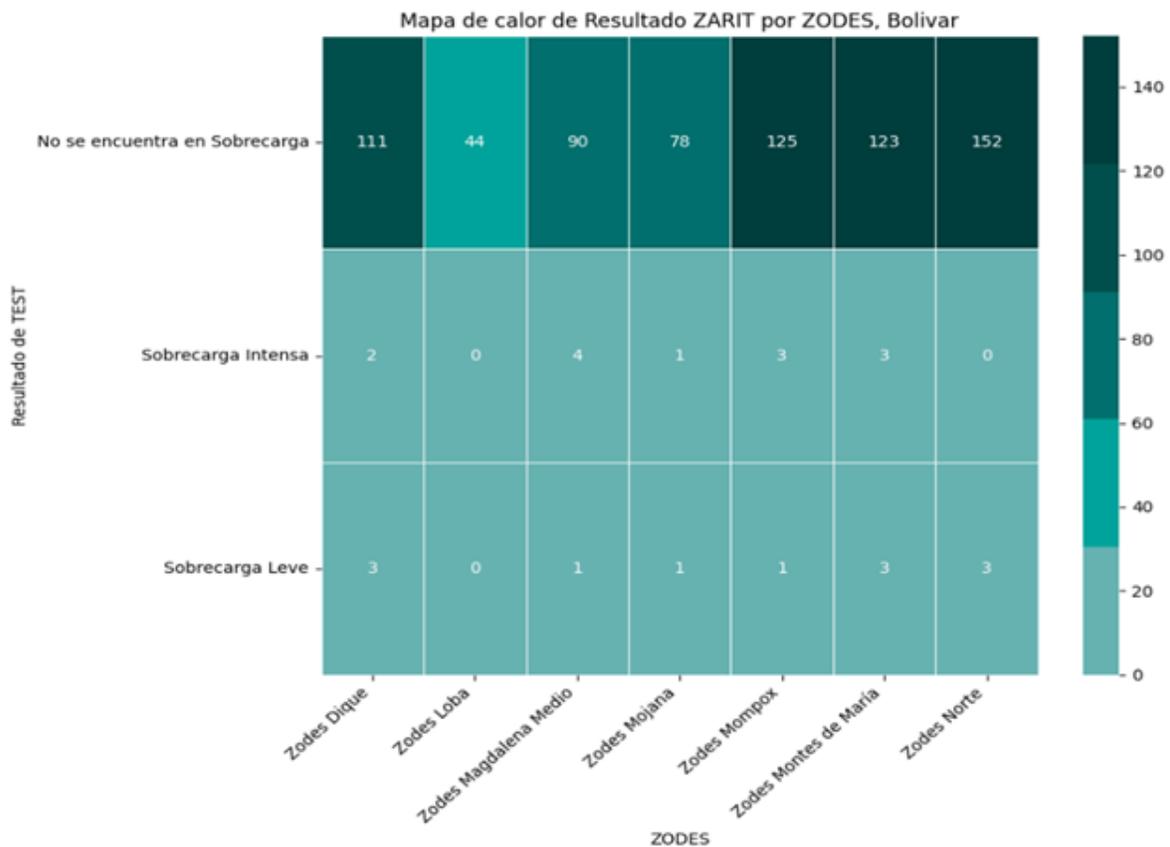
Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

De acuerdo con el comportamiento del Test de Zarit por las diferentes ZODES (Zonas de Desarrollo Económico y Social) de Bolívar. La mayoría de la población evaluada no presenta sobrecarga, destacando las ZODES de Mompos (125 personas, 19.05%), Montes de María (123 personas, 18.75%) y Dique (111 personas, 16.92%) como las zonas con mayores frecuencias en esta categoría. Por otro lado, los casos de sobrecarga intensa y sobrecarga leve son significativamente menores. La sobrecarga intensa se presenta con mayor frecuencia en Zodes Dique (2 personas, 0.30%) y en Zodes Mompos (3 personas, 0.46%), mientras que la sobrecarga leve destaca en Zodes Montes de María (3

personas, 0.46%), Zodes Norte (3 personas, 0.46%) y Zodes Dique (3 personas, 0.46%) (Ver gráfica 16)

En términos generales, la sobrecarga del cuidador no representa un porcentaje significativo en la población evaluada. Esto podría explicarse por el hecho que, según los resultados de la caracterización realizada, el tipo de familia predominante es la nuclear y extensa. Este modelo familiar actúa como un factor protector, ya que proporciona una red de apoyo que facilita la distribución de las responsabilidades de cuidado. Como resultado, se reduce la carga física y emocional asociada con el cuidado de personas mayores o con discapacidades físicas o cognitivas.

Gráfica 16 Mapa de calor del test de Zarit por ZODES en el departamento de Bolívar, 2024

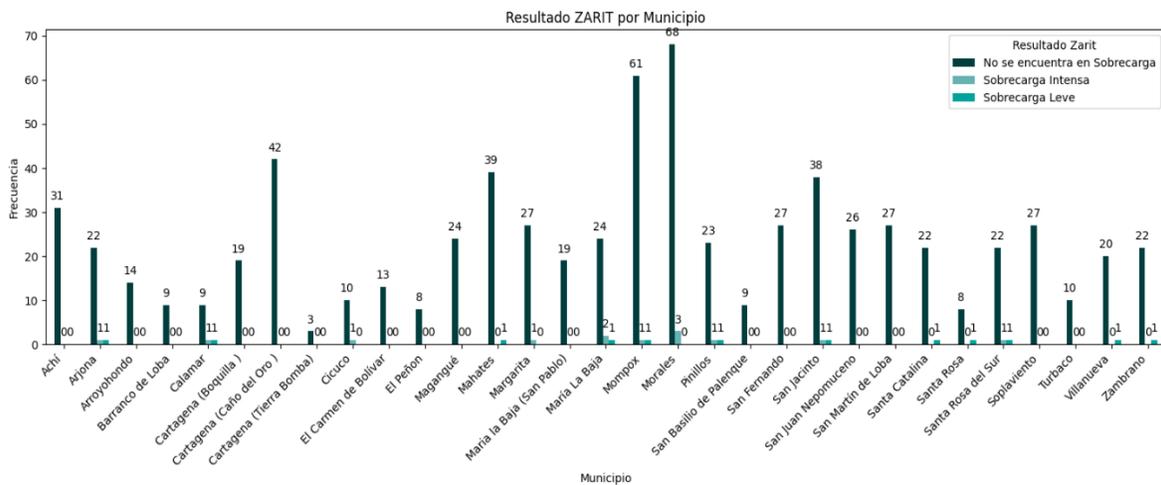


Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Teniendo en cuenta la distribución de los resultados de la prueba de Zarit por municipio, la gran mayoría de la población no presenta sobrecarga, con municipios como Morales (68) y Mompox (61 personas) destacándose por tener las mayores frecuencias en esta categoría.

Por otro lado, la sobrecarga leve y la sobrecarga intensa aparecen en menor proporción. Los casos de sobrecarga leve se observan principalmente ZODES dique y montes de María; mientras que en la categoría de sobrecarga intensa se reportan 3 individuos mayoritariamente en el municipio de Morales (Ver gráfica 17).

Gráfica 17 Resultados del test de Zarit a personas tamizadas por municipios en el departamento de Bolívar, 2024

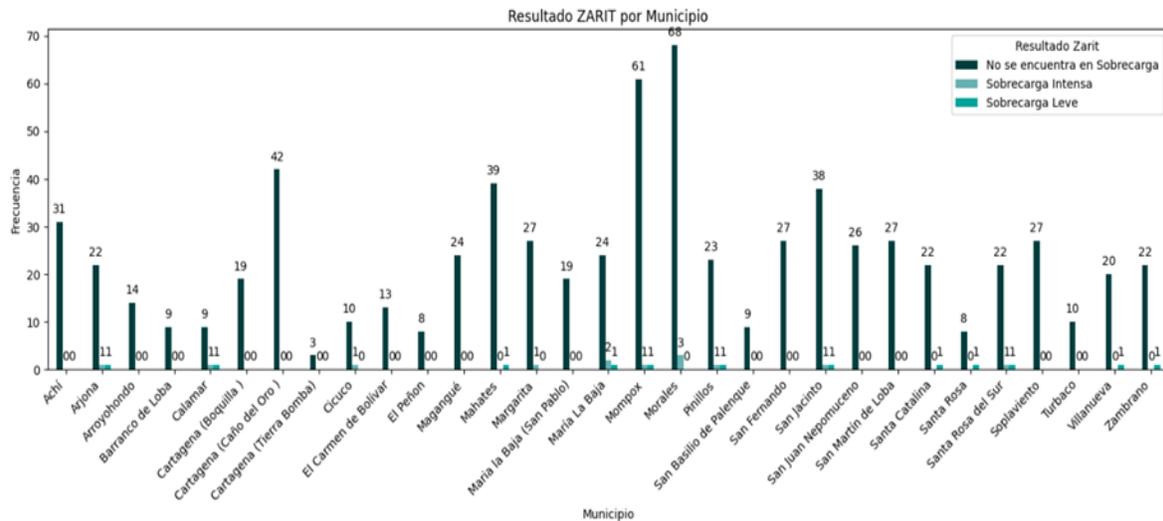


Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

También se muestran los resultados del Test de Zarit según el tipo de familia en Bolívar. La mayoría de las familias, tanto nucleares o extensas como incompletas, no presentan sobrecarga. En el caso de las familias nucleares o extensas, el 59.9% (448 personas) no se encuentran en sobrecarga, mientras que en las familias incompletas esta proporción es del 36.8% (275 personas). Por otro lado, la presencia de sobrecarga leve e intensa es mínima, aunque ligeramente más frecuente en las familias nucleares o extensas. Se reportan 8 casos (1.2%) de sobrecarga leve y 7 casos (1.1%) de sobrecarga intensa en este grupo. En contraste, las familias incompletas registran 5 casos (0.8%) tanto de sobrecarga leve como intensa. Aunque la mayoría de las familias no experimentan

sobrecarga, las familias incompletas muestran una mayor vulnerabilidad en comparación con las familias nucleares o extensas, lo que podría sugerir una relación entre la estructura familiar y la percepción de carga (ver gráfica 18).

Gráfica 18 Resultados de test de Zarit por tipo de familia en el departamento de Bolívar, 2024



Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

RQC (Cuestionario de Reporte para Niños, Identifica la presencia de riesgo en salud mental en niñas y niños entre 5-15 años.)

Es posible evidenciar que los resultados generales del RQC en el departamento de Bolívar muestran que 25,1% (198) de niños presentaron indicadores de riesgo significativo en salud mental (Ver Gráfica 19). Por otro lado, los municipios con mayores porcentajes de niños en riesgo son El Carmen de Bolívar, San Fernando, Zambrano, Achí y Magangué, mientras que los municipios con menor incidencia fueron Turbana, San Juan y San Jacinto (Ver Gráfica 20).

El RQC permite identificar signos y síntomas en una evaluación integral de salud mental en niños. Explorando lenguaje, sueño, afecciones físicas, conductas de alarma, juego y control de esfínteres. La salud mental en niños es un aspecto crucial que se ve influenciado por diversos factores de riesgo.

Entre los principales factores asociados al riesgo para la salud mental en niños se incluyen:

Factores de riesgo familiares: Al interior de las familias aspectos como la estructura y la dinámica familiar disfuncional, como la falta de apoyo emocional, conflictos frecuentes, y la exposición a violencia intrafamiliar, están asociados con un aumento en los problemas emocionales y conductuales en los niños (Rodríguez et al., 2020).

Factores de riesgo escolar: El ambiente escolar también desempeña un papel fundamental. Factores como el acoso escolar (bullying), dificultades académicas y relaciones conflictivas con docentes o compañeros pueden impactar negativamente en la salud mental de los niños (López & Gutiérrez, 2019). El acoso escolar con un alto grado de sistematicidad, duración e intensidad ha demostrado tener un alto impacto en la salud mental de los niños asociado a daño clínico que se manifiesta con conductas disruptivas, aislamiento, ideación suicida incluso en trastornos como ansiedad, depresión o estrés postraumático. (Piñuel y Oñate, 2005)

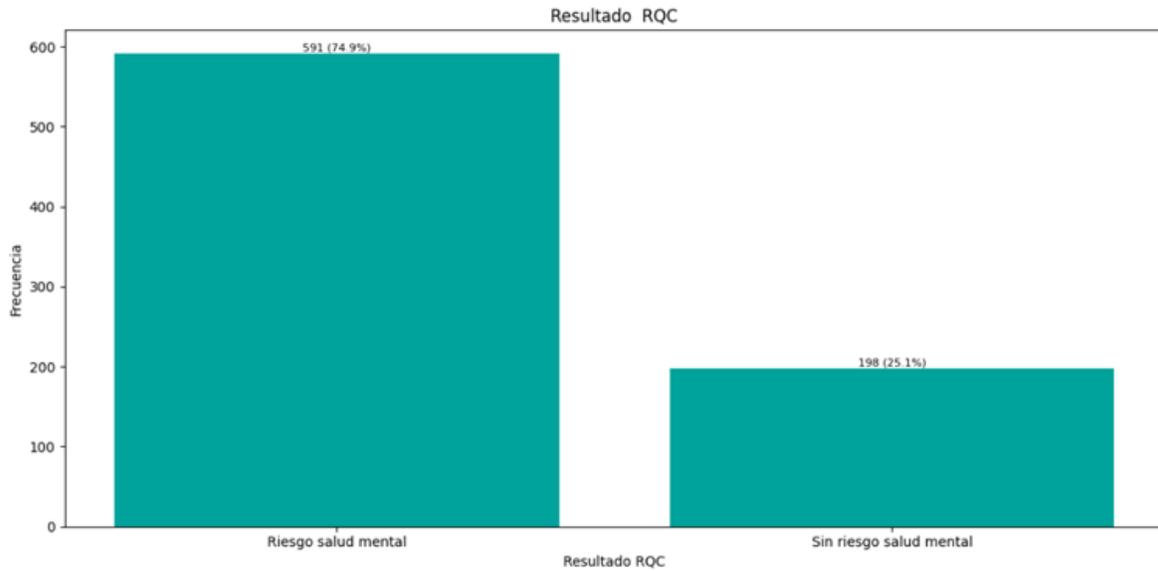
Factores de riesgo socioeconómicos: Las condiciones de pobreza, la inseguridad alimentaria y la falta de acceso a servicios básicos son determinantes significativos que incrementan la vulnerabilidad psicológica en la infancia (García et al., 2021). Esto puede estar asociado a una inadecuada atención en salud mental ya sea por negligencia o incapacidad económica de los padres o por dificultades del sistema de salud para garantizar el acceso a profesionales capacitados sobre todo en territorios más alejados del casco urbano.

Factores individuales: La presencia de características personales como una baja autoestima, habilidades sociales limitadas o una predisposición genética a trastornos mentales también aumenta el riesgo (Pérez & Hernández, 2018).

Lo anterior demuestra la necesidad de acciones interinstitucionales que integren recursos y esfuerzos para atender y mitigar todos los factores de riesgo y promover la salud y el bienestar de los niños desde edades tempranas.

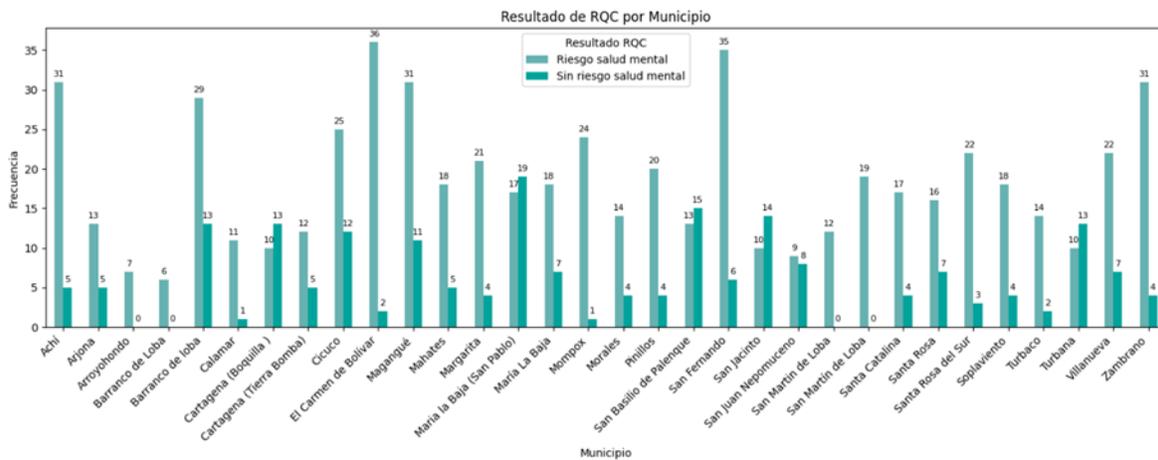
Además, el mapa de calor evidencia que los niños provenientes de núcleos o extensas presentan mayores indicadores de riesgo en salud mental, lo que subraya la necesidad de intervenciones dirigidas a fortalecer el apoyo familiar en estas configuraciones (Ver Gráfica 21).

Gráfica 19 Resultados de RQC en el departamento de Bolívar, 2024



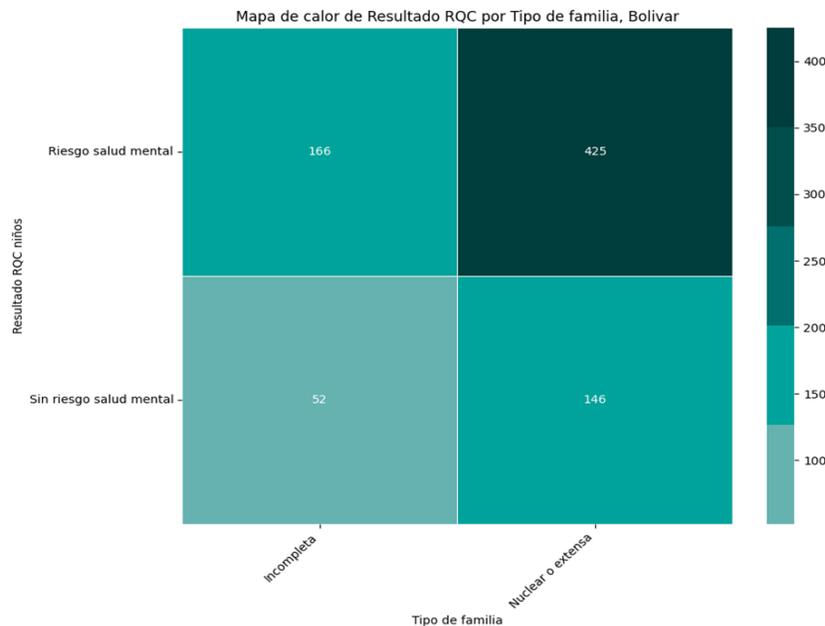
Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Gráfica 20 Resultados de RQC por municipio, en el departamento de Bolívar, 2024



Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Gráfica 21 Mapa de calor de RQC por tipo de familia en el departamento de Bolívar, 2024



Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

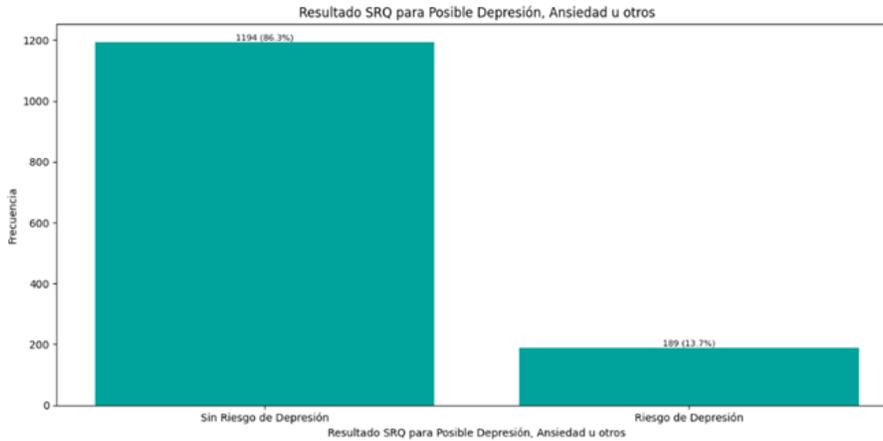
SRQ (Cuestionario de Autorreporte. Identifica la presencia de riesgo en salud mental en personas mayores de 16 años.)

En los resultados del SRQ, se observa que el 13,7% de los evaluados reportaron síntomas significativos de depresión, ansiedad y otros problemas emocionales. Esta cifra refleja una proporción importante de personas que experimentan dificultades emocionales y psicológicas. Los municipios con mayor incidencia de estos problemas fueron Mompox, Magangué, Morales y San Fernando, mientras que en los municipios de Turbaco, Turbana y Calamar se registraron tasas más bajas, indicando una menor prevalencia de estos trastornos emocionales (Ver Gráfica 22).

La prevalencia del riesgo de psicosis se encuentra en el 27,5%, un porcentaje considerable de la población. Este riesgo se concentra principalmente en los municipios de Mompox, Magangué y Morales, donde se observó una mayor concentración de individuos con indicios de posibles síntomas psicóticos, según los datos obtenidos (Ver Gráfica 22).

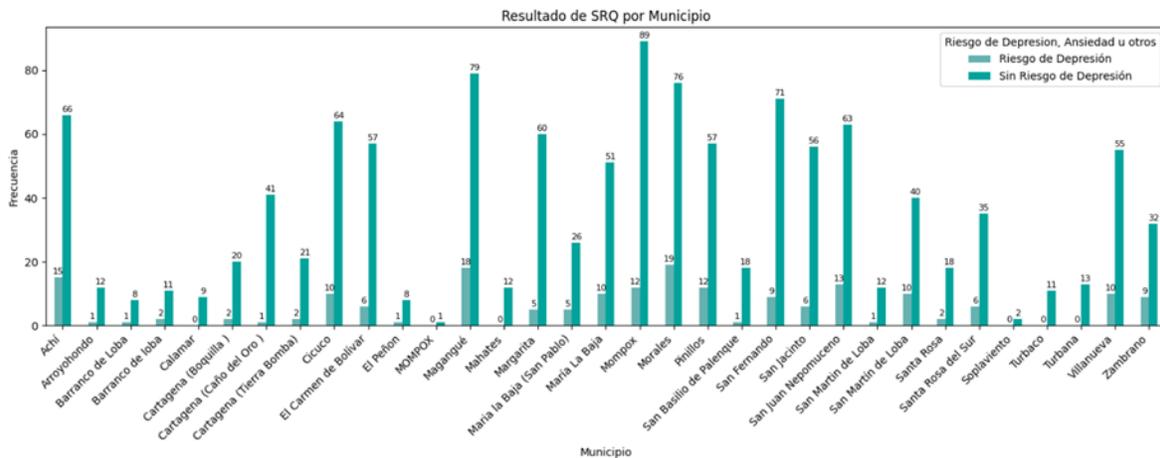
Asimismo, los indicadores de riesgo para trastornos convulsivos afectan al 8,9% de la población, lo que implica que una parte significativa de las personas presenta síntomas o condiciones relacionadas con este tipo de trastorno, de acuerdo con las gráficas presentadas (Ver Gráficas 23 y 24).

Gráfica 22 Resultado de SRQ para depresión, ansiedad u otro general y por municipio en el departamento de Bolívar, 2024



Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Gráfica 23 Resultado de SRQ para depresión, ansiedad u otro general y por municipio en el departamento de Bolívar, 2024



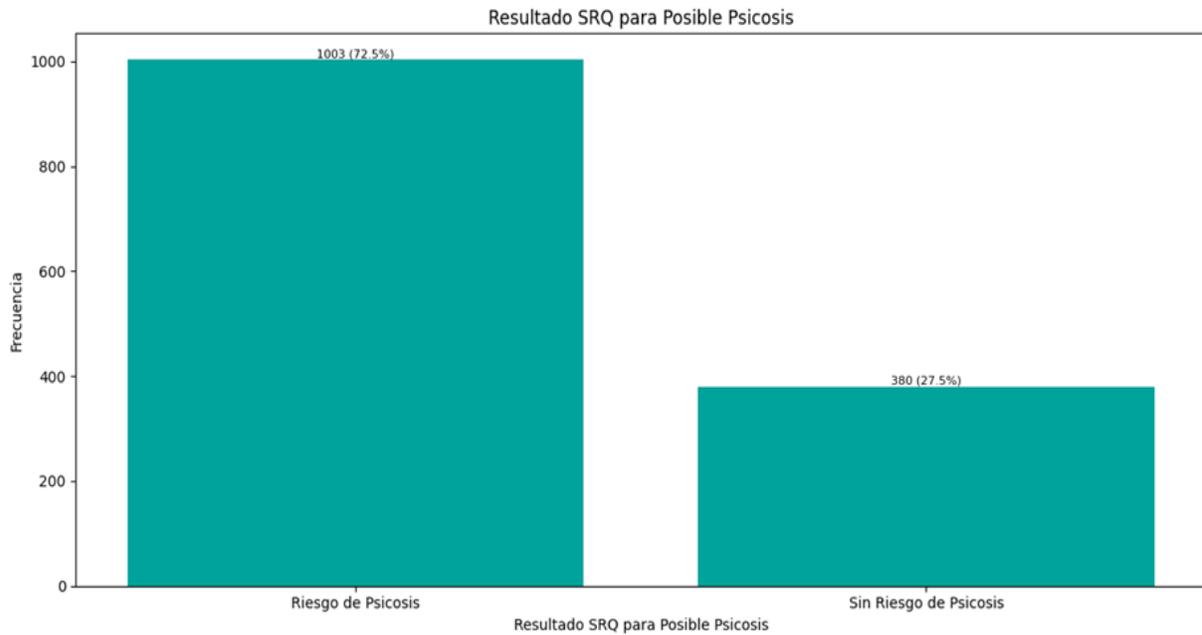
Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

El Self Reporting Questionnaire (SRQ) es una herramienta de evaluación psicológica diseñada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el propósito de detectar trastornos emocionales y psicológicos en poblaciones generales. Es un cuestionario de autorreporte que permite la realización de tamizaje incluyendo una serie de preguntas relacionadas con síntomas emocionales, somáticos y conductuales sobre todo en aquellas áreas donde el acceso a servicios especializados en salud mental es limitado. Un adecuado tamizaje con este instrumento permite identificar signos de alerta que requieren atención incluso desde la atención primaria. En general, el SRQ es una herramienta confiable y de fácil implementación que contribuye significativamente a la identificación temprana de problemas de salud mental, lo que facilita una atención oportuna y efectiva en contextos diversos. (OMS, 1994).

Los síntomas emocionales están descritos como síntomas depresivos, de ansiedad y del estado de ánimo que pueden manifestarse como resultado de estresores recurrentes de tipo biográficos como son las vivencias de alto impacto psicológico, violencia, abuso, maltrato, pérdidas importantes. También los estresores sociales como el rechazo social, problemas económicos, laborales, pobreza extrema. Pero también pueden generarse por enfermedades orgánicas principalmente de tipo hormonales, oncológicas, metabólicas entre otras.

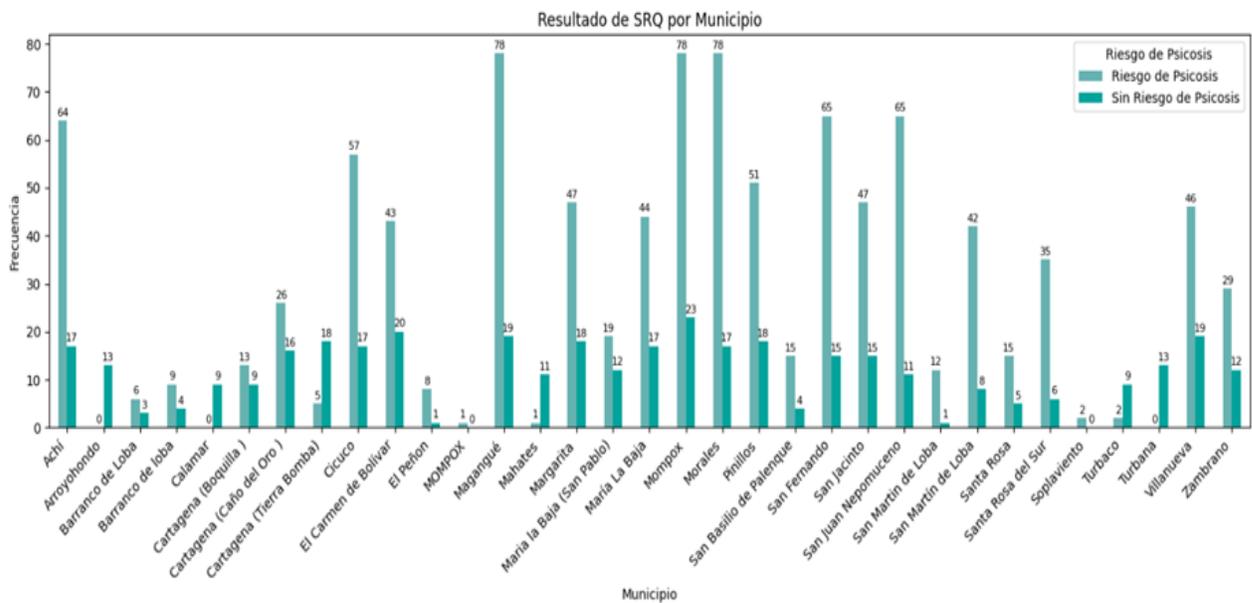
La depresión según el DSM-V se caracteriza por el estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras persona, asociado a la disminución importante del interés por todas o casi todas las actividades, sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiadas, la mayor parte del día , casi todos los días, con la consecuente disfuncionalidad global del individuo, lo cual se manifiesta con franca dificultad para que la persona ejerza sus actividades cotidianas.

Gráfica 24 Resultado de SRQ para para posible psicosis general y por municipio en el departamento de Bolívar, 2024



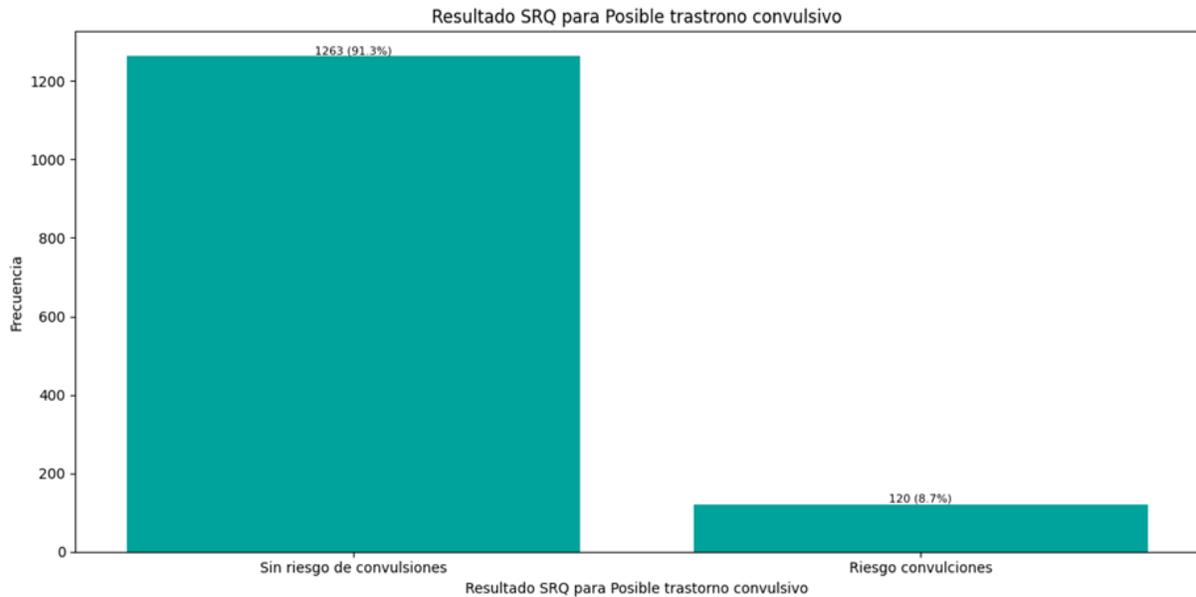
Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Gráfica 25 Resultado SAQ por municipio



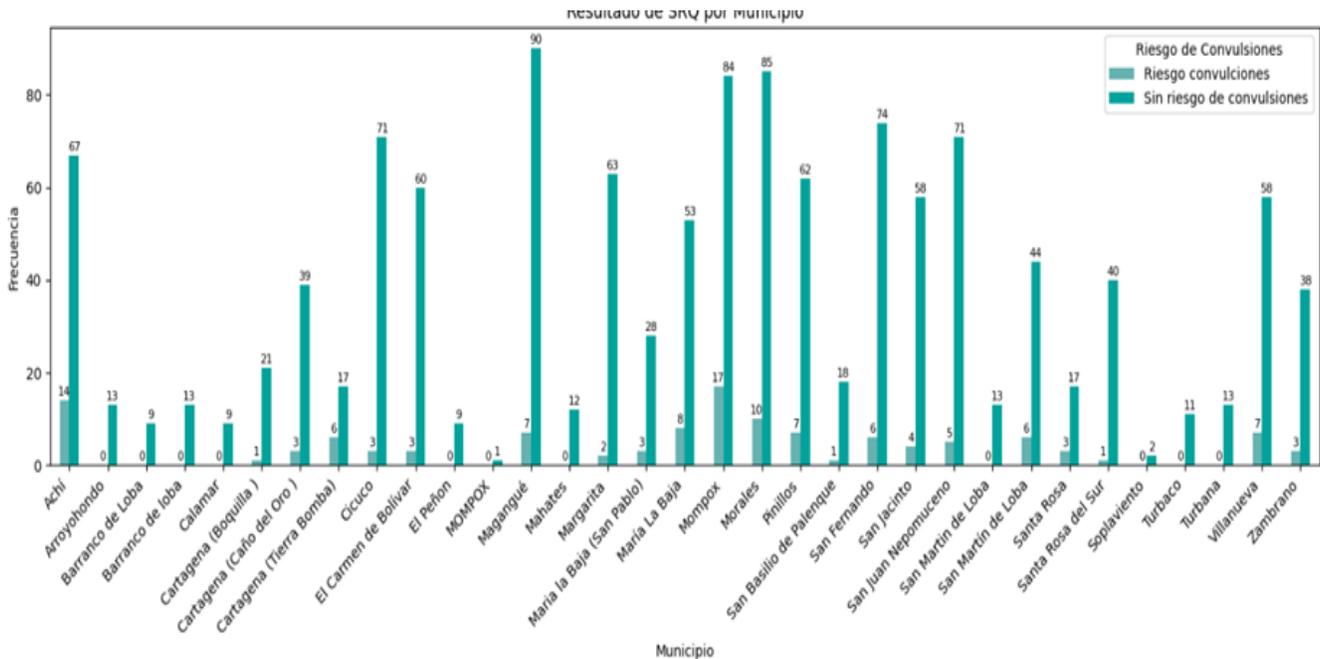
Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

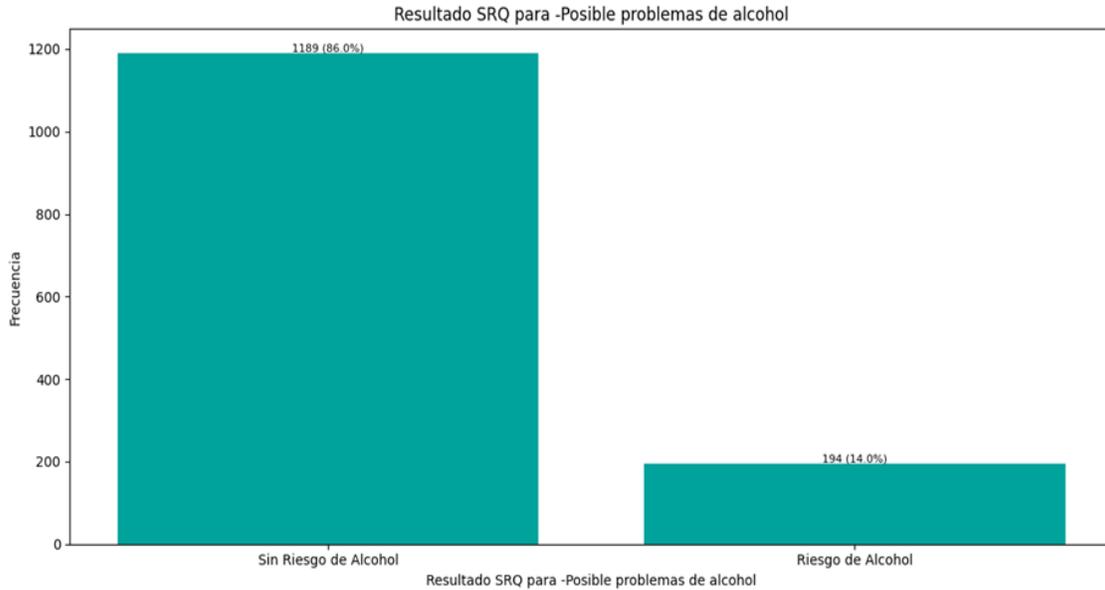
Gráfica 26 Resultado de SRQ para para posible trastorno convulsivo general y por municipio en el departamento de Bolívar, 2024



Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

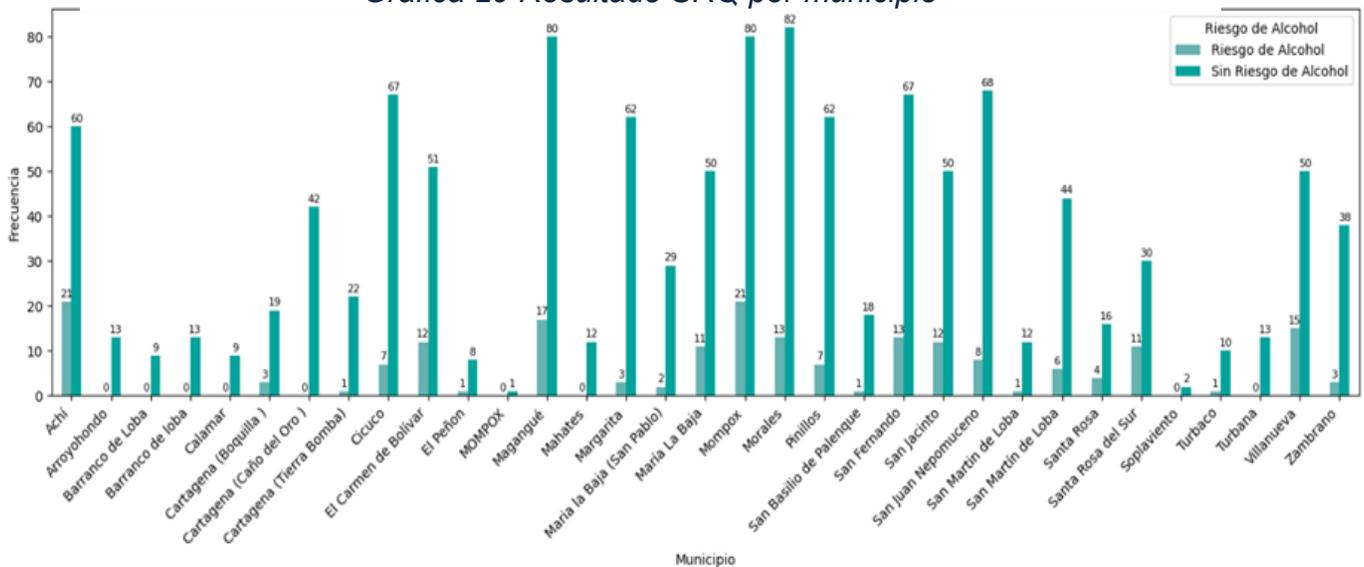
Gráfica 27 Resultado de SRQ para para posible problema de alcohol general y por municipio en el departamento de Bolívar, 2024





Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

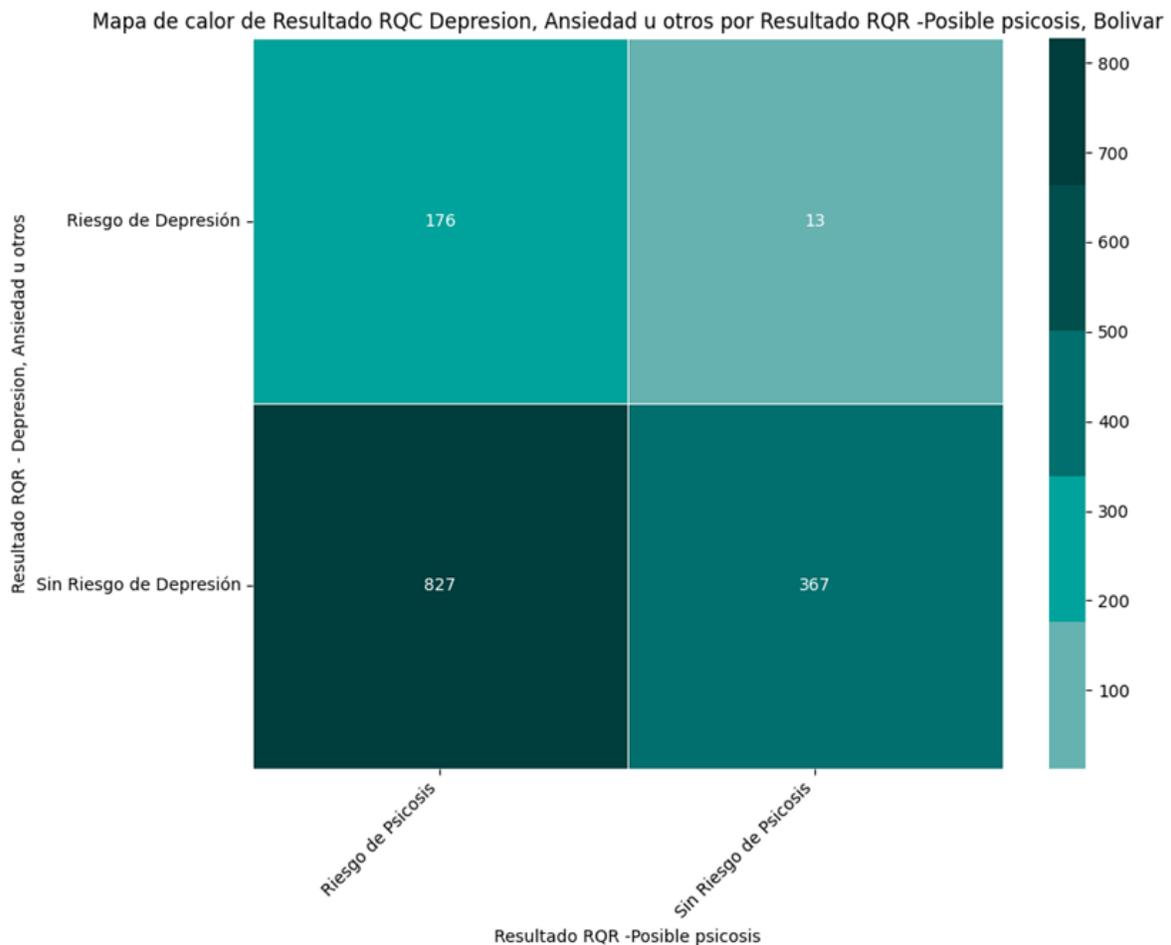
Gráfica 29 Resultado SRQ por municipio



Es posible evidenciar, a partir de la distribución de los resultados en relación con el riesgo de depresión y la presencia de posible psicosis. Se observa que un grupo de 176 personas presenta tanto riesgo de depresión como riesgo de psicosis, lo que refleja la coexistencia de síntomas en ambas dimensiones. Por otro lado, 13 Las personas se encuentran en la categoría de riesgo de depresión sin riesgo de

psicosis, indicando que, aunque presentan indicios de depresión, no están relacionadas con síntomas de psicosis. Además, destaca un grupo de 827 personas que, aunque no presentan riesgo de depresión, muestran riesgo de psicosis, lo que evidencia que la psicosis puede manifestarse de manera aislada. Finalmente, 367 personas no presentan síntomas relacionados con ninguna de las dos condiciones evaluadas (Ver Gráfica 30).

Gráfica 30 Mapa de calor de RQC por para posible Depresión, Ansiedad u otros relacionado con riesgo de psicosis en el departamento de Bolívar, 2024



Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Los síntomas psicóticos, pueden ser generados por enfermedades orgánicas como las intoxicaciones, lesiones del sistema nervioso o enfermedades endógenas como las esquizofrenias, El DSM V define las psicosis como la alteración del pensamiento que se manifiesta con delirios, percepciones anormales de tipo alucinaciones, conducta desorganizada y lenguaje incoherente,

que llevan al paciente a conductas erráticas, de riesgo e imposibilidad para realizar sus labores cotidianas, este tipo de enfermedad es progresiva, lleva al deterioro grave de la personalidad. Su tratamiento es multidisciplinar: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y enfermeros. Trabajar la adherencia terapéutica resulta ser uno de los retos más frecuentes que deben asumir los terapeutas.

Riesgo de Violencia

Los datos generales revelan que el 13.1% de la población presenta un alto riesgo de violencia, el 7,4% un riesgo medio y el 79,5% un riesgo bajo (Ver Gráfica 27). Estos porcentajes indican una clara diferencia en los niveles de riesgo de violencia dentro de la comunidad.

En cuanto a la distribución geográfica, los municipios con los niveles más altos de riesgo se encuentran en Mahates, Soplaviento, Arjona y Turbaco, mientras que los municipios con los niveles más bajos de riesgo se registraron en Villanueva y San Martín (Ver Gráfica 28). Esta variabilidad geográfica pone en evidencia las diferencias en la incidencia de violencia entre las diferentes localidades.

El mapa de calor sugiere, además, que las familias nucleares y extensas presentan una incidencia considerablemente mayor de situaciones de violencia en comparación con otros tipos de estructuras familiares, lo que resalta la importancia de considerar la dinámica familiar al abordar el problema (Ver Gráfica 28).

Por último, los resultados desglosados por sexo evidencian que las mujeres tienen un mayor riesgo de ser víctimas de violencia, lo que subraya la necesidad de enfoques específicos de prevención y apoyo para este grupo (Ver Gráfica 29).

La Organización mundial de la salud, se define la violencia como el “uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Los resultados de la caracterización son coherentes con las estadísticas del departamento. Un 20% con riesgo entre alto y medio indica la necesidad de intervención y prevención sobre todo en un territorio en donde los antecedentes sociales de la violencia han permeado las familias deteriorando formas pacíficas de resolución de conflictos a través del dialogo, la mediación y la negociación.

Ante la diferencia de un riesgo marcado en las mujeres cabe realizar el análisis de la Violencia basada en género entendida como una forma de violencia ejercida contra una persona debido a su género, y afecta de manera desproporcionada a

las mujeres y niñas. (OMS, 2017). En los territorios marcados por las carencias económicas, la violencia material y estructural entre otras se hacen evidentes unos factores de riesgo entre los cuales se destacan:

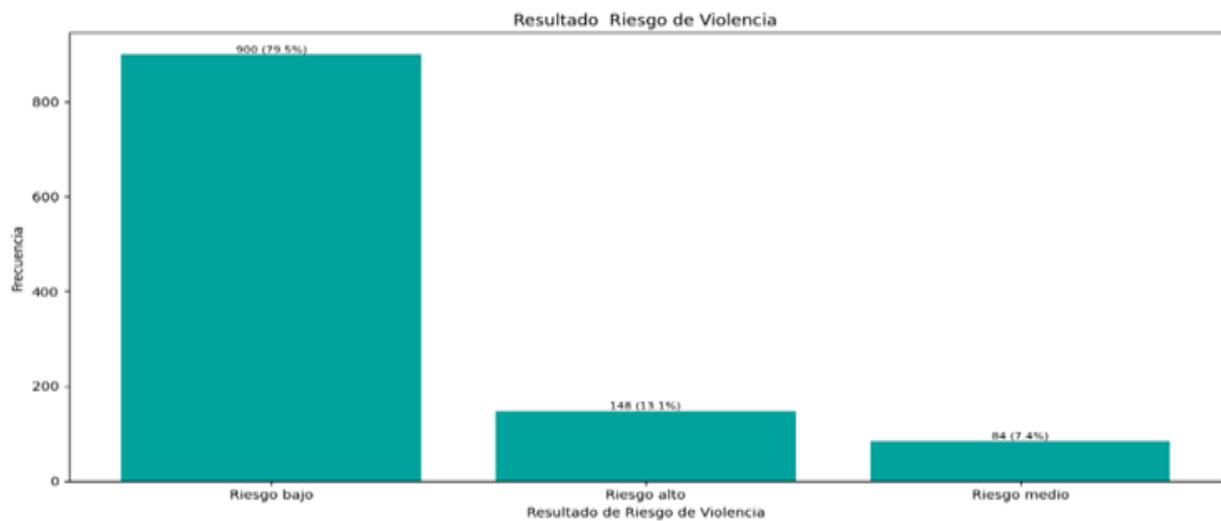
Aspectos culturales y normas socioculturales debido a la aceptación de normas patriarcales, de la desigualdad de género y la percepción de roles tradicionales que fomentan actitudes y comportamientos que perpetúan la violencia (Heise et al., 2019).

La dependencia económica de las mujeres que a falta de oportunidades académicas y laborales perciben sus ingresos como nulos o muy por debajo de su pareja lo que hace que tengan menos posibilidades de salir de relaciones abusivas y aumenta su vulnerabilidad a tipos de violencia física, psicológica y patrimonial (Ellsberg et al., 2015), (Abramsky et al., 2011).

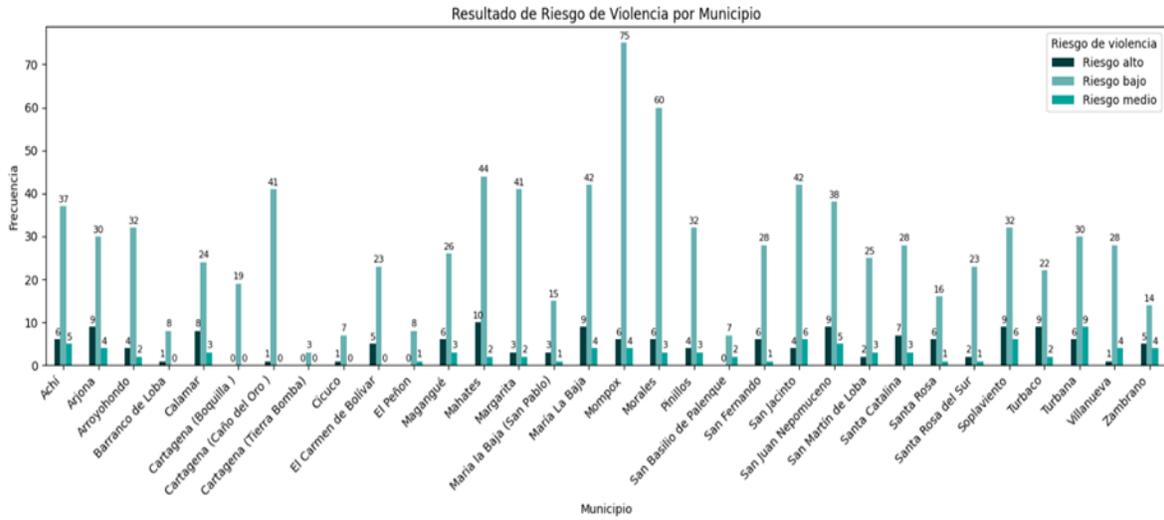
Otro factor de riesgo se encuentra asociado al consumo de sustancias y el abuso de alcohol y otras drogas por parte de los agresores lo que incrementa la probabilidad de episodios de violencia, especialmente en entornos domésticos (Devries et al., 2014).

Finalmente, tal como lo plantea la OMS (2017) la historia de violencia previa a las que las personas que han sido expuestas como violencia en su infancia, ya sea como víctimas o testigos, tienen un mayor riesgo de involucrarse en dinámicas violentas en la adultez.

Gráfica 31 Resultado de Riesgo de violencia en el departamento de Bolívar 2024

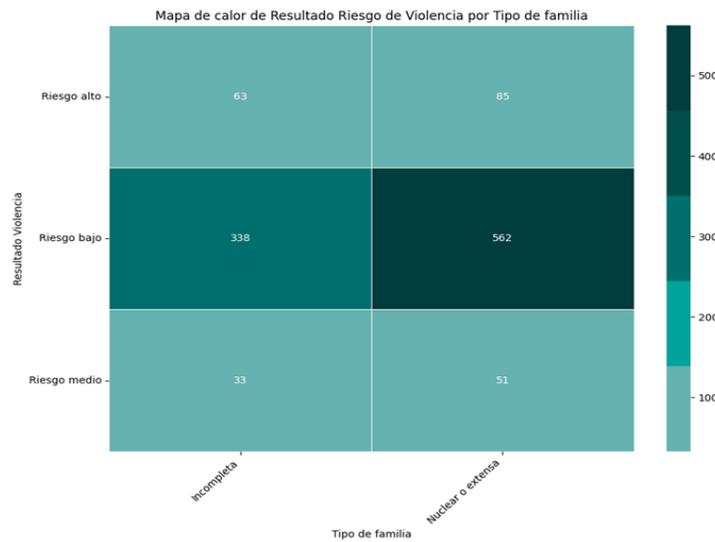


Gráfica 32 Resultado de Riesgo de violencia en el departamento de Bolívar, 2024

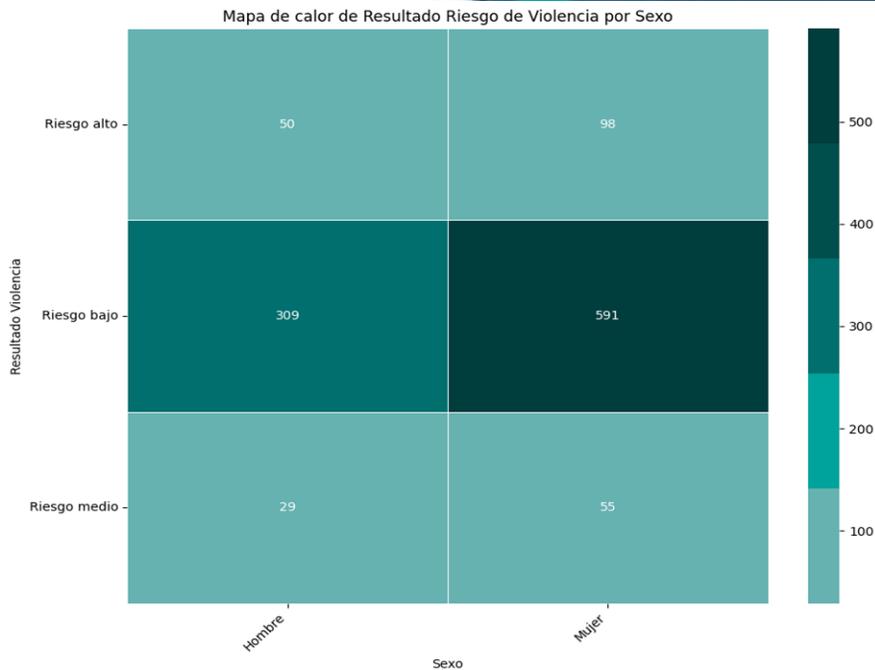


Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Gráfica 33 Mapa de calor de Riesgo de violencia por tipo de familia



Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar



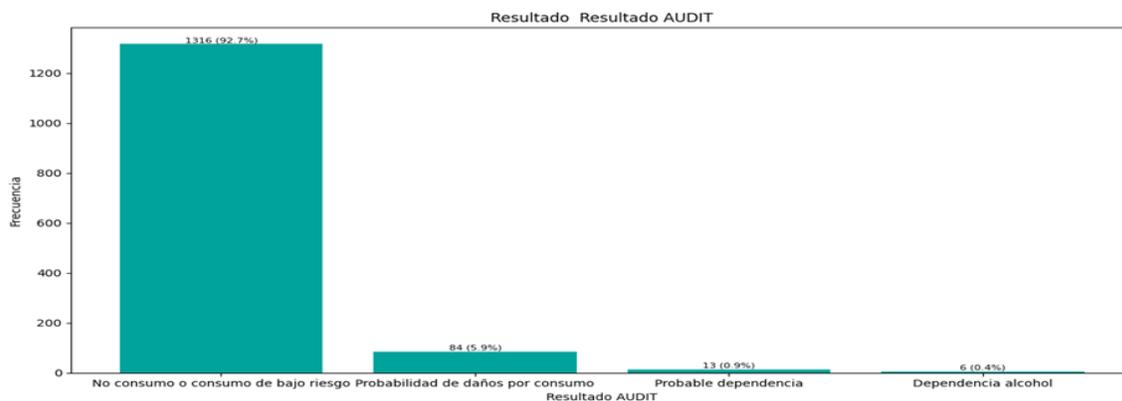
Gráfica 34 Mapa de calor de Riesgo de violencia por sexo en el departamento de Bolívar, 2024

Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Cuestionario AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol)

Los resultados generales muestran que el 92.7% de la población presenta no consumo o consumo de bajo riesgo, mientras que el 5.9% tiene una probabilidad de daños por consumo, el 0.9% se encuentra en la categoría de probable dependencia y solo el 0.4% presenta dependencia de alcohol. Estos datos reflejan que, aunque la mayoría de la población no presenta riesgos significativos, existe un pequeño grupo con patrones de consumo preocupantes (Ver Gráfica 35).

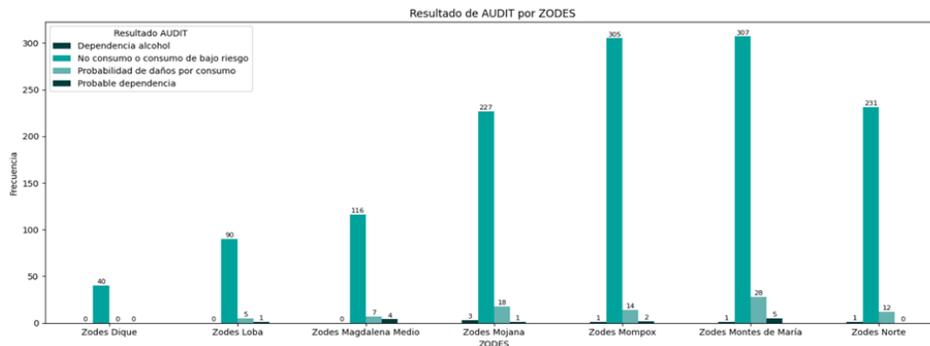
Gráfica 35 Resultado de AUDIT en el departamento de Bolívar, 2024



Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

En cuanto a la distribución por municipios, se observa que localidades como Mompox, Morales y Magangué concentran la mayor cantidad de personas en la categoría de no consumo o consumo de bajo riesgo, mientras que municipios como Santa Rosa del Sur y Zambrano registran casos en las categorías de probabilidad de daños por consumo y dependencia de alcohol. Esta variabilidad territorial resalta la necesidad de intervenciones focalizadas en las áreas con mayor prevalencia de consumo problemático (Ver Gráfica 36).

Gráfica 36 Resultado de AUDIT por municipio en el departamento de Bolívar

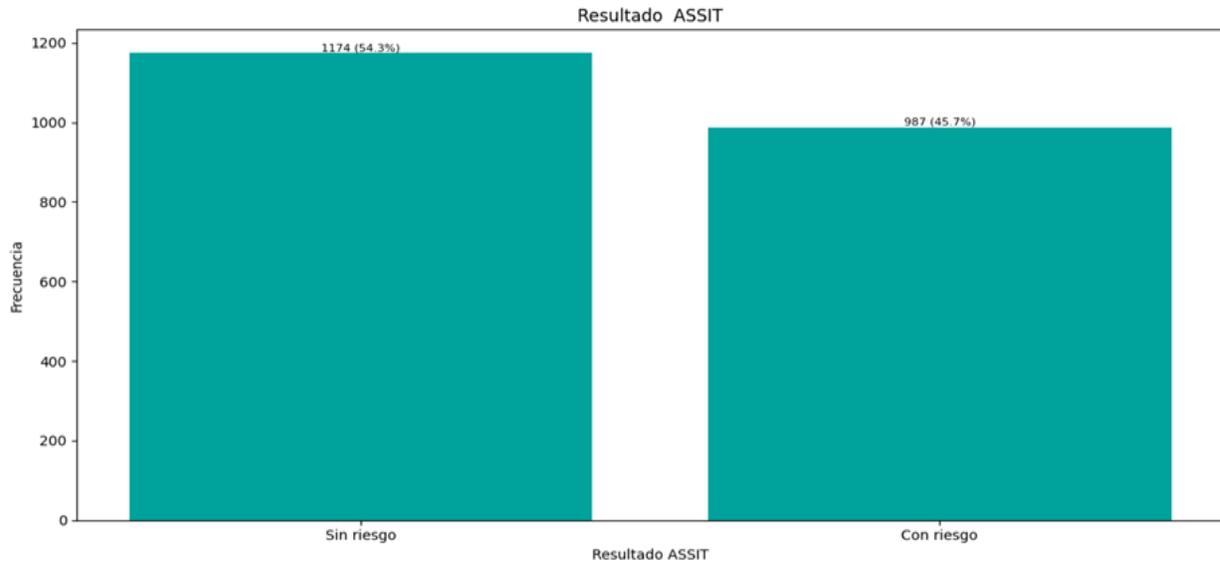


Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Cuestionario ASSIST (Prueba de Detección del Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias)

En el análisis de los resultados obtenidos a través del Cuestionario de Tamizaje de Salud Mental (ASSIST), se observa un panorama general sobre los niveles de riesgo asociados con el consumo de sustancias. Esta gráfica ilustra la prevalencia de dichos riesgos a nivel departamental con un 45,7%, proporcionando datos clave sobre la salud mental de la población relacionado con el riesgo de consumo de SPA. (Ver gráfica 37).

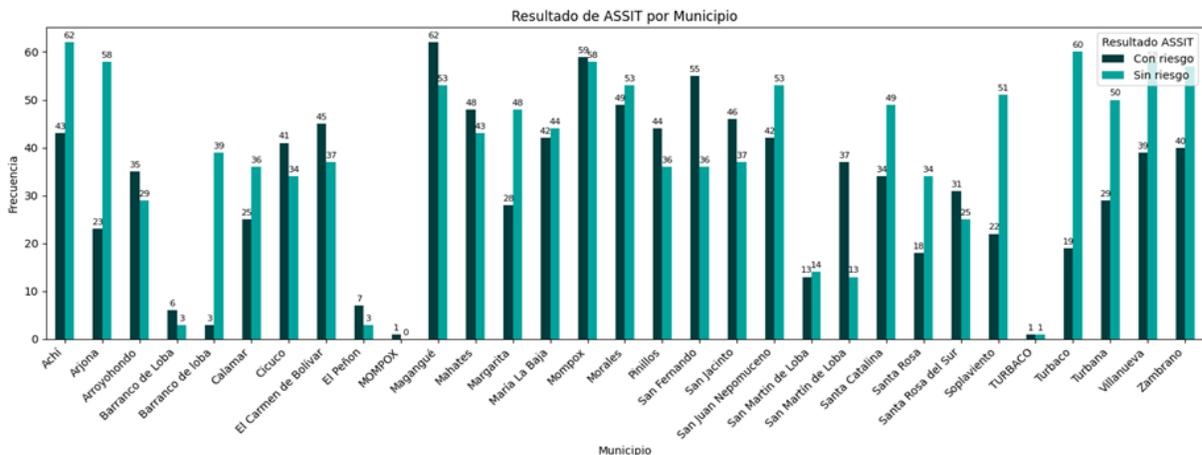
Gráfica 37 Resultado de ASSIST en el departamento de Bolívar, 2024



Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

La distribución por municipio revela diferencias significativas en los niveles de riesgo de consumo de sustancias en los diversos territorios de Bolívar. Este análisis a nivel municipal permite identificar que los municipios con los mayores niveles de riesgo son Magangué, Mompox, San Fernando y El Carmen. (Ver gráfica 38).

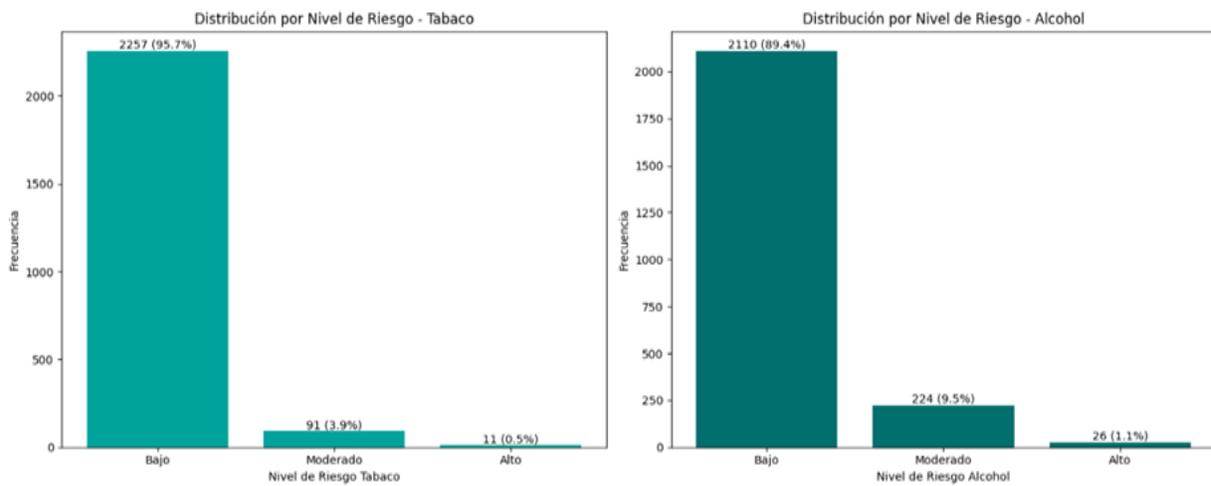
Gráfica 38 Resultado de ASSIST por municipio en el departamento de Bolívar, 2024



Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Considerando el riesgo específico asociado con el consumo de tabaco y alcohol, se observa que, en el caso del alcohol, el 89,4% de la población presenta un riesgo bajo, el 39,5% un riesgo moderado y el 1.1% un riesgo alto. Por otro lado, en relación con el consumo de tabaco, el 95,7% muestra un riesgo bajo, el 3.9% un riesgo moderado y el 0,5% un riesgo alto. (Ver gráfica 39).

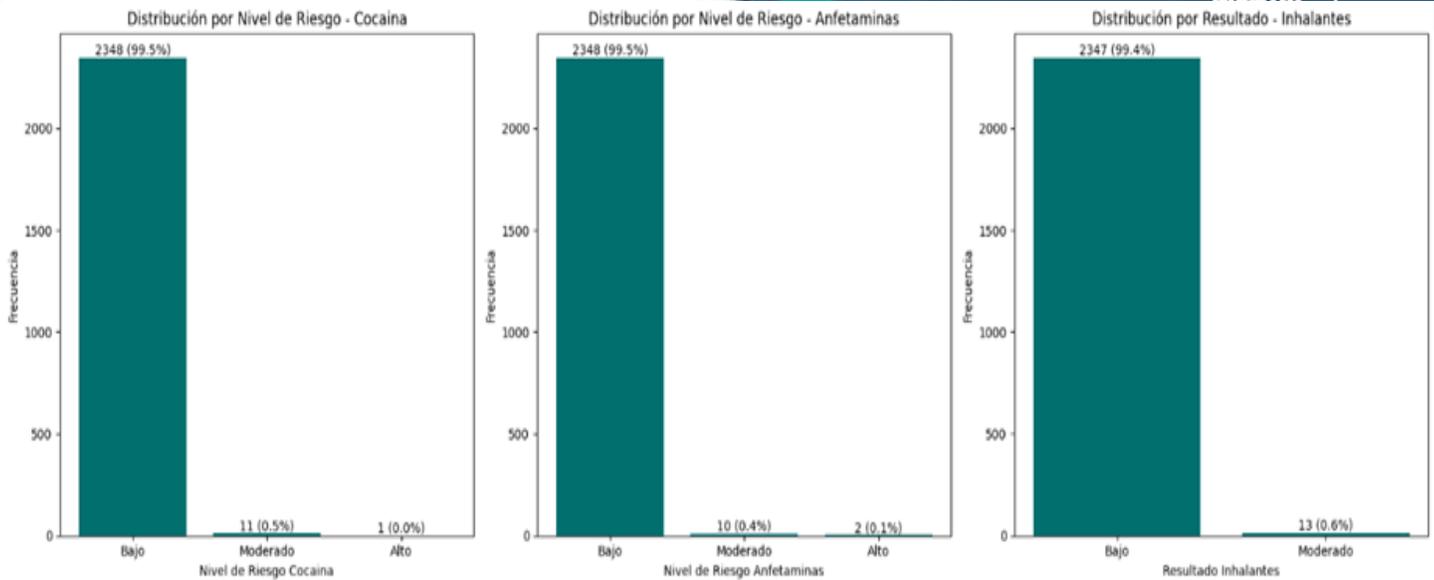
Gráfica 39 Nivel de riesgo de consumo de tabaco y alcohol según el cuestionario ASSIST en el departamento de Bolívar, 2024



Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Según los resultados del cuestionario ASSIST, para el riesgo de consumo de cocaína, el 99,5% de la población presenta un riesgo bajo, el 0,5% un riesgo moderado y el 0,01% un riesgo alto. En cuanto a las anfetaminas, el 99,5% muestra un riesgo bajo y el 0,5% un riesgo moderado. Para los inhalantes, el 99,4% tiene un riesgo bajo y el 0,6% un riesgo moderado. (Ver gráfica 40).

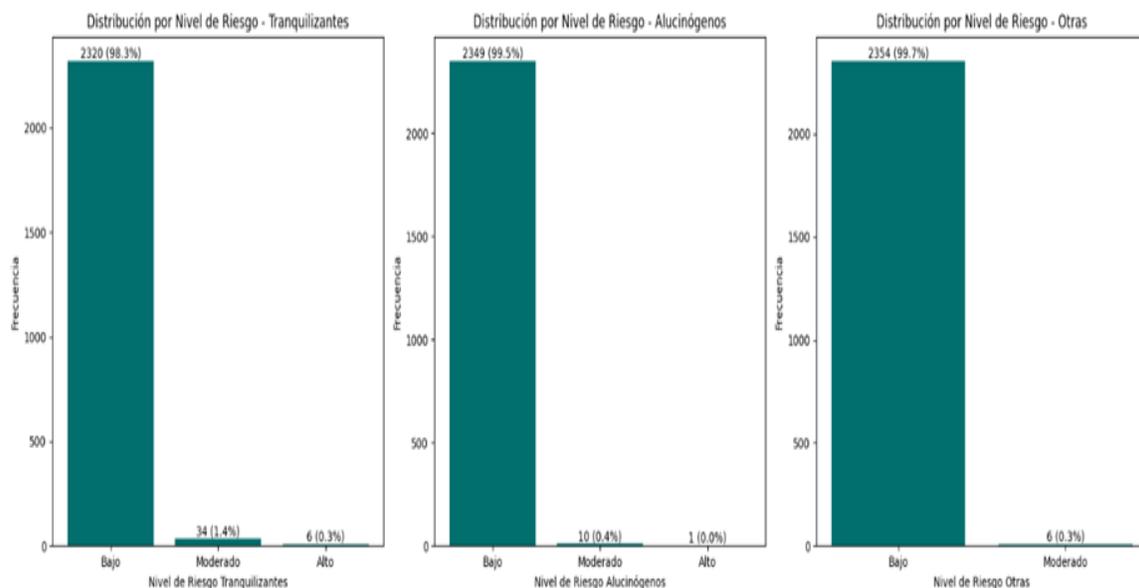
Gráfica 40 Nivel de riesgo de consumo de cocaína, anfetaminas e inhalantes según el cuestionario ASSIST en el departamento de Bolívar, 2024



Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental, Política Pública de Salud Mental, Bolívar

En cuanto al riesgo asociado con el consumo de tranquilizantes, el 98,3% de la población presenta un riesgo bajo, el 1,5% un riesgo moderado y el 0,3% un riesgo alto. Para los alucinógenos, el 99,5% muestra un riesgo bajo, el 0,5% un riesgo moderado y el 0,001% un riesgo alto. Finalmente, en el caso de otras drogas, el 99,7% presenta un riesgo bajo y el 0,3% un riesgo moderado. (Ver gráfica 41).

Gráfica 41 Nivel de riesgo de consumo de tranquilizantes, alucinógenos y otras drogas según el cuestionario ASSIST en el departamento de Bolívar, 2024



Fuente: Base de datos de tamizajes de salud mental,
Política Pública de Salud Mental, Bolívar

Según los resultados obtenidos a través del Cuestionario de Tamizaje de Salud Mental (ASSIST), el análisis muestra que los niveles de mayor riesgo asociados con el consumo de sustancias como son los municipios de Magangué, Mompo, San Fernando y El Carmen estaría relacionado con la densidad poblacional en la mayoría de estos, la actividad comercial más notoria en relación a las demás poblaciones y el impacto que podría tener su ubicación geográfica e influencia turística, lo cual de alguna manera favorecería a la influencia de estos factores en las comunidades vulnerables ante el flagelo del consumo y abuso de sustancias psicoactivas.

Algunas variables reportadas como riesgo moderado o bajo podrían estar influenciadas en la dificultad introspectiva de la población con problemática de consumo de psicoactivas en general, inclusive de tabaco o alcohol, lo que dificulta responder a conciencia y sin sentirse cuestionados ante el entrevistador o incluso ante el aplicativo autoadministrado de este tipo de escalas.

Esto amerita estrategias de psicoeducación en la problemática de consumo drogas desde edades escolares, universitarias, entornos familiares y comunidades de riesgo. Enfocando la enfermedad de la adicción como tal, enfatizando en consecuencias a corto mediano y largo plazo así como a la grave afección en la productividad de la población afectada a nivel económico, académico y social.

La instauración de procesos integrales de desintoxicación, deshabitación y seguimiento de individuos con problemática de consumo de drogas debe estar al alcance de toda la población ya que este tipo de patologías se caracteriza por la tendencia a la reagudización, cronicidad y complicaciones entre las cuales podrían estar las secuelas mentales definitivas de tipo afectiva, comportamental o psicótica, en el individuo.

6.3 Barreras de acceso a los servicios de salud

De acuerdo a los ejercicios de marco lógico que se realizaron con los grupos poblacionales por medio de encuentros de diálogos en los municipios priorizados se relacionan las principales dificultades expresadas de acuerdo a los Determinantes Sociales:

Determinantes sociales Zodes Norte y Dique:

“Aquí en el Municipio no tenemos psicólogos ni nadie que nos escuche. Cuando uno se siente triste o agobiado, simplemente sigue trabajando porque no hay tiempo ni recursos para buscar ayuda.”

“Nuestros hijos no tienen espacios seguros para jugar ni aprender a socializar. Sin parques ni actividades recreativas, se quedan todo el día frente al televisor o en el celular.”

“Nosotras cargamos con todo: los niños, la casa, el trabajo. Es demasiado, pero nadie nos pregunta cómo nos sentimos.”

“A veces quiero participar en actividades culturales o deportivas, pero no tengo tiempo ni dinero. Todo va para los gastos del hogar.”

“Nos dicen que hagamos deporte y estudiemos, pero aquí no hay canchas ni lugares donde practicar. Además, conseguir un trabajo es casi imposible.”

“Pasamos mucho tiempo encerrados, pegados al celular o viendo televisión, pero no tenemos más opciones. Nos sentimos solos, sin nadie con quien hablar de nuestros problemas.”

“La violencia aquí nos afecta a todos. Vemos cómo los niños crecen con miedo y estrés porque no saben si estarán seguros.”

Determinantes sociales Zodes Mojana Bolivareense

“Problemas con el consumo de drogas acompañado de microtráfico, como la venta de drogas en las instituciones educativas”

“En el centro de salud el personal médico no identifica las crisis de salud mental, las personas no están recibiendo la atención adecuada en salud mental”

“Los niños y niñas no tienen espacio de sano esparcimiento (escenario deportivo)”

“La población en general no cuenta con salones comunales donde se puedan hacer diferentes actividades”

Determinantes sociales Zodes Montes de María

"Aquí no hay especialistas en salud mental. Cuando te sientes mal, con ansiedad o tristeza, no tienes a dónde ir. Nos falta mucho apoyo psicológico en el pueblo."

"Mis hijos no tienen dónde jugar fuera de casa. No hay parques ni centros de juegos suficientes. Se pasan el día pegado a la pantalla porque no hay otras opciones para ellos aquí"

"Somos amas de casa y también trabajó en la finca. La carga es demasiada y nadie parece notar lo duro que es para nosotras llevar todo adelante sin ayuda."

Falta de oportunidades para el desarrollo personal a través del deporte y la cultura: "Queremos que nuestros hijos puedan participar en actividades deportivas o culturales, pero no hay facilidades ni recursos económicos para ello. Los gastos familiares absorben cualquier ingreso, dejando poco para el esparcimiento o el desarrollo personal."

"No hay trabajo para los que somos jóvenes aquí. Y aunque quieras estudiar algo técnico o profesional, no hay dónde. Nos quedamos sin opciones y sin futuro."

Determinantes sociales Zodes Lobas

"Aquí lo que faltan son profesionales en salud mental. Muchos tenemos problemas de estrés y ansiedad por las situaciones que vivimos, pero no tenemos a quién acudir."

"Nuestros niños están creciendo sin parques ni canchas donde jugar. Todo el tiempo están dentro de casa o en la calle, pero no es seguro."

"Me gustaría que mis hijos participaran en deportes, pero aquí no hay infraestructuras ni programas. Los más jóvenes se pierden de muchas oportunidades de desarrollo."

"El trabajo aquí es casi inexistente, y no hay muchos lugares donde capacitarse para algo mejor. Los jóvenes terminan trabajando en lo que sea o se van del pueblo."

Este lugar es muy aislado, y muchas veces nos sentimos cortados del resto del mundo. La señal es mala y no tenemos muchos lugares de encuentro social."

Determinantes sociales Zodes Magdalena Medio

"Los servicios de salud mental son casi nulos. Las personas con problemas de depresión o ansiedad tienen que viajar horas para conseguir atención, lo cual a menudo es inviable."

6.4 Oferta y demanda de los servicios de salud mental

Análisis de capacidad de respuesta de acuerdo a las intervenciones con las mesas de actores e intersectoriales para la formulación de la Política Pública de Salud Mental del Departamento de Bolívar 2025-2034 fueron necesarios encuentros y mesas metodológicas con actores institucionales para la recolección de información relevante que sirva de insumo para la consolidación del diagnóstico y la recolección de propuestas como solución a los problemas identificados.

El trabajo para recolectar información de acuerdo a la metodología del árbol de problemas que permitía buscar con preguntas orientadoras, causa, problemáticas, consecuencias y alternativas de solución de la situación de la Salud Mental en el departamento de Bolívar.

A los actores intersectoriales se realizaron las siguientes preguntas orientadoras:

- ¿Cuáles son los obstáculos que impiden el acceso oportuno y efectivo a servicios de salud mental en el departamento de Bolívar?
- ¿Cuáles son los factores que contribuyen a la alta prevalencia de depresión, intentos de suicidio?
- ¿Cuáles son los aspectos que debilitan la prevención y atención integral de la salud mental en el departamento de Bolívar?

Dentro del proceso de trabajo los actores debieron analizar las causas, las problemáticas, las consecuencias de la situación de la salud mental en el departamento de Bolívar y teniendo esta información se trabajó en las alternativas de solución. De acuerdo a los encuentros, se destacan los siguientes resultados:

- **Mesa de Salud (Magangué, Mojana, Depresión Momposina y Montes de María)**
 - **Barreras de acceso:** Citas demoradas, insuficiencia de personal en salud mental, infraestructura deficiente, falta de IPS especializadas, bajo presupuesto y desmotivación del personal de salud.
 - **Factores de riesgo:** Desconocimiento de síntomas, escasez de campañas de educación en salud mental, redes de apoyo débiles y alta deserción en tratamientos.
 - **Propuestas:** Mayor inversión en infraestructura y contratación de profesionales, sensibilización comunitaria, supervisión a EPS en contratación de IPS y fortalecimiento de redes de apoyo familiar.

- **Mesa del Comité Departamental de Drogas**
 - **Barreras de acceso:** Déficit de profesionales de salud mental, dificultades de desplazamiento, estigmatización, tramitología excesiva y desconocimiento de la ruta de atención.
 - **Factores de riesgo:** Falta de orientación en instituciones educativas, aumento en consumo de SPA y mitos sobre trastornos mentales.
 - **Propuestas:** Mayor intervención en colegios, campañas de sensibilización, reducción de tiempos de espera en atención de salud mental y fortalecimiento de programas de prevención de suicidio y consumo de SPA.

- **Mesa de Salud Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA)- Fundación Claret**
 - **Barreras de acceso:** Dificultades en traslado de pacientes, problemas en afiliación de mayores de edad, escasez de centros de rehabilitación y largas esperas en urgencias.
 - **Factores de riesgo:** Falta de apoyo familiar, acceso fácil a SPA, deserción en tratamientos y pobreza extrema.
 - **Propuestas:** Ampliar oferta de atención, garantizar transporte y acceso a citas, fortalecer el sistema de rehabilitación y reforzar programas de prevención del consumo de SPA y trastornos mentales en adolescentes.

- **Mesa de Actores en San Fernando**
 - **Barreras de acceso:** Infraestructura deficiente y atención deficiente por parte de EPS como Cajacopi.
 - **Factores de riesgo:** Falta de programas educativos y de sensibilización en instituciones.
 - **Propuestas:** Eliminación de EPS con malas prácticas, creación de casas refugio en municipios estratégicos, construcción de CDI en corregimientos y obligatoriedad de presencia de equipos psicosociales en colegios.

- **Mesa Enfoque Diferencial-Comunidades Negras**
 - **Barreras de acceso:** Consideran que a los negros la institucionalidad no los mira como actores, baja participación en los espacios intersectoriales.
 - **Factores de riesgos:** El racismo institucional que no permite promover una participación integral de las comunidades negras, para que conozcan de manera directa la población y sus costumbres sin interpretaciones externas.
 - **Propuestas:** cambiar el nombre y apellido ajustando el enfoque étnico diferencial que permita automáticamente que el que lo lea hoy no sea que conviene individualmente, sino que tiene que responder específicamente al componente por no decir en este caso enfoque de comunidades negras pero colombianas, “Enfoque étnico Diferencial”.

En el conflicto armado, y para los negros trabajar el conflicto armado según el Decreto Ley 4635 de 2011 y hay una estructura establecida en nivel de psico atención para la población negra, raizal y palenquera.

Sugiere que la política pública tenga un capítulo específico para las comunidades y poblaciones negras, raizales y palenqueras, más no, desde un enfoque general.

■ **Mesa OSIGD**

- **Barreras de acceso:** Las EPS que no tienen las condiciones para realizar diagnósticos y dictámenes completos para diagnósticos en salud mental. Es lamentable que los sábados y los domingos no haya atención psicológica en situaciones graves donde hay riesgo de quitarse la vida. Los médicos y el personal de salud en general no atienden desde la magnitud de los problemas de salud mental, esperan la remisión y pasa el tiempo de la crisis,
- **Factores de riesgos:** Falta de atención desde la contingencia. Dentro de la atención para la población LGTBI – Mujeres Trans: hay revictimización y terapia de conversión.
- **Propuestas:** Para la implementación de la política pública los enlaces sean de comunidades diferenciales y diversas que tengan conocimiento de causa de las necesidades y problemas de estas poblaciones. Fortalecer la atención los sábados y los domingos. Formar a los médicos y al personal de salud para atender las crisis de salud mental. Realizar programas de prevención de discriminación y exclusión dirigidos al personal de salud.

■ **Mesa Discapacidad**

- **Barreras de acceso:** Percepción de la discapacidad como una enfermedad, pero trae consigo problemas de autoestima y afectación en la salud mental.
Falta de apoyo a la atención al cuidador, ya que sufre problemas y está siendo afectado, La información base está en los territorios y no en las organizaciones grandes
- **Factores de riesgos:** La atención y apoyo a los cuidadores necesitan una certificación médica para que le reconozcan una discapacidad. Es decir, el cuidador cuida y sobrevive.
- **Propuestas:** Que se integren estrategias para los cuidadores para que mantengan sus mentes ocupadas, además, de generar ingresos a partir de un empleo digno ya que las empresas no van a generar condiciones de infraestructura.

■ **Mesa población Indígena**

- **Barreras de acceso:** “Falta de socialización por parte de la Alcaldía. Como etnia, no nos tienen en cuenta. En nuestras comunidades, nos enteramos por terceras personas y demasiado tarde.
- **Factores de riesgos:** En las comunidades tenemos personas con discapacidad que no han sido caracterizadas ni reconocidas oficialmente. También hay niños que no han ido a un plantel educativo, lo cual limita su desarrollo integral y acceso a otros derechos.
- **Propuestas**
Participación de sabedores que permitan el bienestar.
Tener en cuenta la parte laboral en apoyo de emprendimiento.
Tener solución en lo educativo para joven y adulto”.

■ **Mesa Líderes Comuna 3 Magangué:**

- **Barreras de acceso:** las personas no están recibiendo la atención adecuada en salud metnal. Apoyo en las instituciones educativas en el tema del consumo de drogas para tener un espacio de atención priorizada en este tema. La falta de apoyo de la Secretaría de Salud Municipal en los barrios para revisar la situación de atención.
- **Factores de riesgos:** Lugares conocidos donde consumen, no se entiende si la policía conoce donde están las caletas, porque no se hace intervención.
La indiferencia comunitaria para trabajar los problemas de salud mental.
Los medicamentos de uso controlado están siendo vendidos en unas farmacias donde solo son de uso institucional y no saben como llega a vernderse en las farmacias.
- **Propuestas:** Intervención en crear escenarios de cancha para los niños y niñas y tener un espacio de sano esparcimiento (escenario deportivo).
Crear salones comunales donde se puedan hacer las actividades.
Participación de la secretaria de salud en los barrios con más riesgos de salud mental.

7. Marco Estratégico

El marco estratégico de la Política Pública de Salud Mental del Departamento de Bolívar 2025 -2034 se adopta se acuerdo a lo establecido a la Política Nacional de Salud Mental 2025 – 2034 decreto 0729 de 2025, asegurando su alineación con los principios, enfoques y directrices establecidas a nivel nacional. Este marco estratégico está diseñado para responder a las necesidades específicas del departamento, garantizando un abordaje **integral, intersectorial y territorial** de la salud mental.

7.1. Objetivos

7.1.1 Objetivo General:

Garantizar la salud mental individual, familiar y colectiva como un derecho humano universal, a través de ejes estratégicos y transversales que integren elementos transectoriales por medio de la Atención Primaria en Salud (APS), que incidan en los determinantes sociales de la salud mental por entornos de desarrollo y curso de vida, incorporando los enfoques poblacional, interseccional y territorial.

7.1.2 Objetivos específicos:

- Contribuir al desarrollo de oportunidades y capacidades en la población para establecer entornos favorables que promuevan la salud mental, el bienestar emocional y el fortalecimiento de las potencialidades individuales, familiares, comunitarias y colectivas, favoreciendo la convivencia y el desarrollo humano y social.
- Prevenir problemas y trastornos mentales, del comportamiento y neuropsiquiátricos, el consumo de SPA, el suicidio, diversas formas de violencia, el estigma y la discriminación, a través de acciones intersectoriales y transectoriales.
- Fortalecer la atención en salud mental ampliando la oferta de servicios y programas, en coordinación con la atención primaria y redes integrales e integradas, para garantizar un acceso oportuno, equitativo y adecuado, y prevenir la cronificación.

- Implementar acciones de rehabilitación integral y la inclusión social de todas las personas, con un enfoque especial en aquellos con discapacidad psicosocial, mediante la implementación de acciones intersectoriales que fortalezcan sus capacidades, derechos y participación activa en la comunidad, contribuyendo a la construcción de entornos inclusivos y equitativos para todos.
- Facilitar la gestión integral de los procesos sectoriales, intersectoriales y transectoriales, para mejorar la capacidad de respuesta institucional y comunitaria a través de la Red Mixta Departamental y Municipal de Salud Mental.

7.2. Ejes de la Política Pública de Salud Mental

Los ejes estratégicos de la presente política pública departamental se estructuran en coherencia con los cinco ejes de la Política Nacional de Salud Mental 2025–2034: promoción, prevención, atención integral, rehabilitación e inclusión social, y articulación intersectorial. Además, responden al mandato de la Ley 2460 de 2025, que exige una implementación con enfoque territorial, diferencial y de curso de vida.

La actualización de la Política Nacional de Salud Mental (PNSM) mantiene los ejes fundamentales de promoción, prevención, atención, rehabilitación, intersectorialidad y evaluación. Estos ejes se enriquecen con nuevos elementos establecidos en la Ley 2294 de 2023 y el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022-2026, así como en las contribuciones obtenidas a través de los encuentros de participación en el Departamento de Bolívar. Además, incorpora componentes transversales que abordan servicios comunitarios, entornos de desarrollo y el curso de vida, adoptando enfoques poblacionales, interseccionales y territoriales.

Esta apuesta tiene como objetivo garantizar el derecho humano a la salud mental como un componente integral del derecho fundamental a la salud. Por medio de una perspectiva inclusiva, se orientan las acciones sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarias, sin distinción de nacionalidad o estatus migratorio. Los enfoques adoptados buscan reflejar las realidades diversas de la población, promoviendo la participación armónica de todos los actores del territorio para asegurar la plena garantía del derecho a la salud mental.

La PPSM promueve la cobertura universal de salud, lo cual implica que todas las personas, familias y comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales, adecuados, oportunos, continuos y de calidad, según las necesidades particulares de cada población, bajo el principio de igualdad y no discriminación.

Los ejes estratégicos se desarrollarán a través de componentes específicos, los cuales constituyen herramientas claves para incidir en los determinantes sociales de la salud en cada territorio; estos componentes permitirán implementar los enfoques territoriales y poblacionales, orientando la acción hacia resultados concretos y medibles. Posteriormente, se presentan las estrategias transversales como líneas técnicas que promueven la implementación de actividades en salud mental de manera integrada, asegurando la coherencia y efectividad en su ejecución en los ámbitos Departamental y Municipal.

El plan de acción derivado de esta Política se construirá mediante la articulación de esfuerzos entre diversas entidades y actores clave, quienes serán fundamentales para la ejecución de los objetivos de la Política Nacional de Salud Mental y la Política Pública de Salud Mental del Departamento de Bolívar, alineados con los ejes y componentes establecidos. Su desarrollo se enfocará en trazar acciones concretas para su implementación, asegurando la colaboración entre los actores involucrados y promoviendo una atención inclusiva de las poblaciones más vulnerables.

7.2.1 Eje 1. Promoción De La Salud Mental

Este eje se orienta a promover acciones y procesos transformadores que capaciten a las personas y comunidades para identificar, gestionar y utilizar los recursos necesarios para adoptar y mantener estilos de vida saludables que favorezcan su salud mental y bienestar psicosocial. Se enfoca en mitigar el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles y en promover la salud mental mediante estrategias integrales.

Las acciones derivadas consideran los contextos social, ambiental y cultural de las personas, destacando la participación social y la apropiación comunitaria como elementos fundamentales para fomentar un cambio desde las realidades locales. El propósito es generar condiciones que favorezcan la toma autónoma de decisiones en torno a la salud, contribuyendo así a la construcción de comunidades sólidas y resilientes.

Estas acciones son transversales e intersectoriales, y se apoyan en estrategias pedagógicas dirigidas a las personas, promoviendo el ejercicio de sus derechos y la modificación de las condiciones ambientales, económicas y sociales. El objetivo es permitir un desarrollo psicosocial óptimo y, por ende, alcanzar una salud mental adecuada que facilite el afrontamiento de los desafíos a lo largo de las trayectorias de vida. Esto debe ir acompañado de relaciones significativas que fortalezcan un tejido comunitario basado en la equidad, la dignidad y la justicia para todos.

Lo anterior implica comprender la salud mental como un proceso histórico, dinámico, psicosocial y contextual, que involucra la capacidad de agencia de las personas, el tejido de relaciones humanas construidas y el conjunto de potencialidades individuales y colectivas. Estas se desarrollan cuando las personas eligen, de manera libre y consciente, relacionarse con otras en diversos ámbitos sociales.

Alcance: Contribuir a la transformación social de las comunidades, promoviendo que las personas ejerzan mayor control sobre su salud y los factores que la determinan, al tiempo que desarrollan herramientas que fortalezcan sus capacidades de afrontamiento y competencias socioemocionales en los ámbitos individual, familiar y comunitario. Se pretende que la salud mental sea valorada y priorizada, generando entornos protectores que favorezcan el bienestar psicosocial y contribuyan a reducir el estigma y las desigualdades en salud mental.

Componentes

7.2.1.1 Entornos resilientes, saludables y protectores que promuevan estilos de vida saludables. Contempla acciones dirigidas a la construcción de entornos seguros en la vida cotidiana (hogar, educación, comunidad, medio ambiente, trabajo e instituciones), que promuevan la participación y el sentido de pertenencia colectivo, asegurando el cuidado y el bienestar de la población. Se promueven estrategias que impactan positivamente la salud mental y la calidad de vida de las personas, fomentando estilos de vida saludables, la creación de vínculos seguros y el desarrollo de habilidades para la vida y competencias socioemocionales. Lo anterior fortalece las redes de apoyo social, los lazos comunitarios, la cohesión del tejido social y los vínculos solidarios para el cuidado colectivo.

El Gobierno Departamental en coordinación con los actores del sector salud, el Gobierno Nacional y los entes territoriales, impulsará acciones para fomentar

entornos resilientes, saludables y protectores, que promuevan estilos de vida saludables, en el marco de sus competencias.

7.2.1.2 Promoción del involucramiento parental

El componente de involucramiento parental en el Plan de Acción de la Política Pública de Salud Mental del Departamento de Bolívar tiene como objetivo fortalecer las capacidades de madres, padres y cuidadores para participar activamente en el bienestar emocional y el desarrollo psicosocial de niños, niñas y adolescentes, como estrategia clave de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas y otros riesgos psicosociales.

Las acciones en este componente incluirán:

- Desarrollo de intervenciones colectivas estructuradas dirigidas a familias, con sesiones interactivas y materiales adaptados al curso de vida.
- Fortalecimiento de vínculos afectivos y procesos de comunicación entre cuidadores e hijos.
- Formación de facilitadores comunitarios capacitados en habilidades parentales y promoción de la salud mental.
- Estrategias prácticas que faciliten la participación familiar, como horarios flexibles, apoyos logísticos y materiales lúdicos.
- Evaluación del impacto en las dinámicas relacionales familiares y su influencia en la prevención de problemáticas de salud mental.

Este componente se implementará articuladamente con las rutas de promoción y mantenimiento de la salud (Resolución 3280 de 2018) y se orientará desde un enfoque de curso de vida, diferencial y territorial, en concordancia con lo establecido en la Ley 2460 de 2025 y la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034.

7.2.1.3 Educación en habilidades psicosociales para la vida: Este componente tiene como propósito promover el desarrollo de habilidades personales y sociales fundamentales para el bienestar emocional, la toma de decisiones, la resolución de conflictos, la regulación emocional y la construcción de relaciones saludables a lo largo del curso de vida. Se enfoca en fortalecer la capacidad de las personas para enfrentar los desafíos cotidianos y prevenir situaciones de riesgo asociadas a la salud mental.

La educación en habilidades psicosociales se implementará en entornos escolares, comunitarios, laborales y familiares, mediante intervenciones que integren contenidos sobre autoconocimiento, empatía, manejo del estrés, pensamiento crítico, comunicación asertiva y toma de decisiones responsables.

Las acciones de este componente incluirán:

- Desarrollo de procesos formativos y talleres vivenciales dirigidos a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, personas adultas y mayores.
- Integración de contenidos en programas educativos, acciones comunitarias y estrategias intersectoriales.
- Formación de agentes multiplicadores en habilidades para la vida, tales como docentes, líderes comunitarios, cuidadores y personal de salud.
- Uso de metodologías participativas, lúdicas y adaptadas a las particularidades territoriales y culturales del departamento.
- Articulación con las estrategias de prevención del suicidio, violencia, consumo de sustancias psicoactivas y promoción del bienestar emocional.

7.2.1.4 Redes de información y comunicación en salud mental: Se orienta a empoderar a las personas y a las comunidades para que interactúen de manera positiva en los medios de comunicación y en medios digitales, proporcionando herramientas que les permitan gestionar manera pertinente el consumo de información. Se hace énfasis en la salud digital, promoviendo el uso seguro y responsable de la información en salud mental. Estas estrategias contribuirán a reducir el estigma, el autoestigma y la discriminación en torno a la salud mental, con un enfoque interseccional y de derechos, con énfasis en poblaciones diferenciales.

La entidad territorial, con la orientación técnica del Ministerio de Salud y Protección Social y de las demás entidades competentes, generarán estrategias de información y comunicación para el cuidado de la salud mental, reducción del estigma y autoestigma asociado a la salud mental, así como el consumo seguro y responsable de la información. Estas estrategias también deberán ser implementadas al interior de las entidades públicas, con el fin de promover la salud mental y prevenir trastornos mentales en personal de planta y contratistas.

Reconocimiento de la interculturalidad como factor protector en salud mental. Destaca la valoración positiva de las características, valores, tradiciones y formas de vida propias de diversas comunidades, tales como las urbanas, campesinas, barriales, tradicionales y ancestrales. Esto incluye el reconocimiento de sus saberes y conocimientos, asegurando que las intervenciones propuestas refuercen los factores protectores en la salud mental de individuos, familias y comunidades. Fomenta el fortalecimiento del tejido social a través de un diálogo de saberes que integra la espiritualidad, usos y costumbres de los pueblos y comunidades étnicas, promoviendo el cuidado de las armonías espirituales y el buen vivir.

El Gobierno Departamental impulsará acciones de promoción de la salud mental junto a las comunidades en sus diversos contextos, integrando un enfoque intercultural que valore y reconozca sus prácticas propias de cuidado y autocuidado. En respeto al principio de autonomía, se fomentará que la implementación de estas prácticas sea liderada por talento humano proveniente de las mismas comunidades.

7.2.1.5 Reconocimiento de la interculturalidad como factor protector en salud mental: Este componente busca promover la valoración de la diversidad cultural, étnica y territorial del Departamento de Bolívar como un elemento clave en la promoción del bienestar psicosocial, la prevención de problemas de salud mental y la construcción de entornos protectores. Reconocer la interculturalidad implica respetar, fortalecer y articular los saberes ancestrales, las prácticas tradicionales de cuidado, los lenguajes simbólicos y las formas comunitarias de resolución de conflictos como parte de las estrategias de salud mental.

La implementación de este componente permitirá una atención más pertinente, cercana y eficaz, al integrar las cosmovisiones de los pueblos indígenas, comunidades afrodescendientes, raizales, palenqueras y campesinas, garantizando así un enfoque de salud mental con pertinencia cultural.

Las acciones estratégicas incluirán:

- Identificación y mapeo de prácticas culturales, rituales y liderazgos comunitarios relacionados con el cuidado emocional y espiritual.
- Articulación de procesos de salud mental con autoridades tradicionales, sabedores y liderazgos comunitarios.

- Formación de talento humano en salud sobre competencias interculturales y enfoques territoriales en salud mental.
- Generación de espacios de diálogo intercultural entre saberes ancestrales y prácticas clínicas contemporáneas.
- Adaptación lingüística y cultural de materiales educativos y estrategias comunicativas sobre salud mental.

Este componente reconoce que la identidad cultural, el arraigo territorial, la espiritualidad y la vida en comunidad son factores protectores fundamentales frente a las adversidades, y contribuye a garantizar una política de salud mental inclusiva, respetuosa y efectiva para todos los grupos étnicos y culturales del departamento.

7.2.2 Eje 2. Prevención de Problemas, Trastornos de la Salud Mental y Epilepsia

Agrupa todas aquellas acciones dirigidas a anticipar, prevenir y/o reducir la presencia de factores de riesgo asociados a problemas o trastornos de la salud mental, con el objetivo de mitigar su progresión, reducir sus consecuencias y fortalecer el control sobre su salud y sus determinantes. Se enfoca en transformar conductas de riesgo y factores que inciden en la aparición de enfermedades de orden biológico y psicosocial que afectan personas, familias y comunidades en todos los entornos de vida cotidiana.

Los siguientes aspectos de la prevención tienen un fin organizativo, permitiendo focalizar las acciones e intervenciones según el nivel de riesgo identificado para evitar o disminuir la carga de enfermedad en salud mental:

Prevención primaria: Evitar la aparición de nuevos casos de problemas y trastornos de salud mental, epilepsia, trastornos del neurodesarrollo y trastornos neuropsiquiátricos, entre otros. Se enfoca en identificar y reducir factores de riesgo mediante medidas orientadas a evitar la aparición de enfermedades, controlando los factores predisponentes, desencadenantes, precipitantes y detonantes en la aparición de problemas mentales y del comportamiento, trastornos mentales, epilepsia, y trastornos del neurodesarrollo y neuropsiquiátricos, entre otros.

Prevención secundaria: Detener el avance de la enfermedad mediante la identificación temprana y la detección oportuna de los problemas y trastornos de salud mental. Se busca iniciar intervenciones o tratamientos que impidan la progresión y/o cronicidad de la enfermedad, evitando complicaciones posteriores.

Prevención terciaria: Atenuar las secuelas de la enfermedad, minimizando sus consecuencias en las actividades básicas diarias de las personas afectadas, sus familias y su entorno. Promueve la rehabilitación, la reintegración social en la comunidad y la mejora de la calidad de vida.

Prevención cuaternaria: Se basa en el principio bioético de la no maleficencia. Busca promover el uso racional de medicamentos y otras tecnologías, así como evitar los efectos adversos derivados del empleo excesivo de psicofármacos, el uso de medidas restrictivas innecesarias y la aplicación de psicoterapias no avaladas por la evidencia científica. También tiene como fin reducir la estigmatización asociada a los problemas de salud mental, epilepsia y otros trastornos neuropsiquiátricos, promoviendo una atención humanizada en salud mental.

Alcance: Gestionar el riesgo de aparición de enfermedades mentales en individuos, familias y comunidades, a través de un enfoque integral que incluya diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y la prevención de secuelas. Implica la orientación hacia procesos de rehabilitación adecuados y la prevención de complicaciones derivadas de la pérdida de salud mental y otros trastornos. Las acciones se llevarán a cabo en los distintos niveles de intervención, de forma coordinada con los actores locales, garantizando una respuesta articulada y efectiva en todo el territorio.

Componentes

7.2.2.1 Prevención de problemas y trastornos de la salud mental con base comunitaria, facilitando el reconocimiento de los trastornos mentales y la prevención de violencias, consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida. Para ello, se ofrece capacitación en temas como primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis y detección temprana, lo cual posibilita activar de manera oportuna la ruta de salud mental en el territorio a través de la articulación sectorial e intersectorial.

Además, se considera la integración con la Atención Primaria en Salud (APS), atención complementaria y las intervenciones de salud pública, involucrando a otros actores del territorio, permitiendo focalizar acciones para disminuir la incidencia de enfermedades mentales, adoptando un enfoque diferencial, intercultural y basado en derechos, ajustado a las condiciones poblacionales del territorio.

El Ministerio de Salud y Protección Social, con insumos del Observatorio Nacional de Salud Mental y en coordinación con entidades del ámbito nacional y departamental, orientará acciones de prevención de los problemas y trastornos de salud mental.

Las entidades territoriales, en colaboración con actores comunitarios, sociales e institucionales, habilitarán y fortalecerán centros de atención comunitaria, concebidos como nodos estratégicos para la prevención integral de trastornos relacionados con la salud mental. Estos centros priorizarán la atención a la conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y las violencias, adoptando enfoques participativos que empoderen a las comunidades para liderar acciones preventivas. Además, activarán mecanismos del sector salud para una atención adecuada en salud mental y promoverán estrategias de prevención y detección temprana, con énfasis en zonas de alta vulnerabilidad.

Igualmente, en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades territoriales implementarán programas permanentes de formación dirigidos tanto a actores del sector salud como a otros sectores relacionados. Estas capacitaciones, fundamentadas en el modelo de Atención Primaria en Salud (APS), abordarán contenidos esenciales para la prevención, atención y rehabilitación en salud mental. Se garantizará que los equipos de trabajo estén preparados para responder de manera oportuna, con un enfoque integral y diferenciado, que se ajuste a las particularidades de los diversos contextos territoriales del Departamento.

7.2.2.2 Detección temprana de problemas y trastornos en salud mental. Está orientado a la identificación temprana de problemas y trastornos mentales, con el objetivo de detectar signos de enfermedad en personas, familias y comunidades. A través de acciones intramurales y extramurales, se busca facilitar el diagnóstico y tratamiento oportuno, así como el acceso a herramientas de cuidado y autocuidado en todos los cursos de vida.

Por otro lado, se contempla la formación y capacitación del talento humano en salud para la detección temprana y valoración de trastornos, mediante el programa de atención primaria en salud (APS), contribuyendo a reducir las brechas de atención en salud mental en Colombia (mhGAP). Para este propósito se creará la figura de gestores comunitarios de salud mental a nivel Departamental.

Esta estrategia se implementará en diversos entornos de vida cotidiana, con un énfasis particular en poblaciones diferenciales y en niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ).

El Gobierno Departamental diseñará, implementará y fortalecerá acciones de prevención de los efectos en salud mental a causa de la violencia escolar, laboral, social o de género.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en colaboración con colegios y asociaciones gremiales del sector salud, apoyará la actualización de guías y protocolos para la detección temprana de problemas y trastornos en salud mental. Estas herramientas incluirán estrategias específicas para abordar la conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas y las violencias, garantizando su aplicabilidad en diferentes contextos.

Adicionalmente, se adoptarán o adaptarán lineamientos específicos en salud mental para la población de la fuerza pública, asegurando un enfoque acorde a sus necesidades y riesgos particulares.

El Ministerio de Salud y Protección Social coordinará con los actores del sector salud (Incluida Red Mixta Departamental.), la integración de guías de detección temprana de casos de salud mental que se aplicarán a todos los servicios de salud en el Departamento.

7.2.2.3 Prevención de problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas. Contempla acciones preventivas, dirigidas a evitar la aparición de problemas psicosociales, mediante el control de factores causales, predisponentes, desencadenantes y detonantes de enfermedades mentales en individuos, familias y comunidades. A su vez, se enfocará en la caracterización de la población para promover la prevención a nivel comunitario, articulada con la atención primaria en salud (APS) para ofrecer atención oportuna mediante diferentes estrategias resolutivas. Entre las acciones claves, se destacan el fortalecimiento de la tele consulta, la asesoría y la orientación, así como el auto seguimiento de la aparición de síntomas, con el fin de reducir las barreras en el acceso a la salud mental.

Este componente se sustenta en un modelo predictivo, preventivo y resolutivo, coordinado por el Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con las entidades territoriales, quienes dispondrán de los recursos necesarios para implementar estas acciones en todo el país.

En consonancia con la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, se establecerán medidas obligatorias para que las entidades públicas garanticen la inclusión de acciones de prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

Se gestionará la Línea Teleorientación en Salud Mental contará con un grupo especializado en el manejo de consumo de SPA y problemas de conducta, fortaleciendo las capacidades resolutorias de los servicios y su alcance a través de plataformas digitales.

Además, se fomentará la participación de entidades privadas en la habilitación de líneas y canales digitales para la prevención de problemas de salud mental y consumo de SPA, integrándolos como parte del sistema nacional de salud. Este esfuerzo tendrá como objetivo consolidar una estrategia inclusiva, sostenible y efectiva para la promoción de la salud mental.

El Gobierno Departamental y Municipal priorizará abordaje comunitario, con especial atención en las personas habitantes de la calle. Lo anterior incluirá la construcción de redes comunitarias lideradas por pares y líderes comunitarios, con la participación activa de la Red Mixta Departamental. Estas redes servirán como mecanismos para la detección, seguimiento e intervención, fomentando prácticas de vida positivas, espacios de rehabilitación integral y control epidemiológico de enfermedades. Se buscará garantizar el acceso a tratamientos efectivos y promover la reintegración social de esta población. Asimismo, se fortalecerán los procesos de vigilancia y respuesta, generando una mayor conciencia en las comunidades sobre sus derechos, deberes y responsabilidades respecto a su salud mental y bienestar.

7.2.2.4. Prevención de la epilepsia y otros trastornos neuropsiquiátricos.

Se enfoca en la detección temprana del riesgo, la promoción de estilo de vida saludable y la intervención en crisis. La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica no transmisible. Las personas que la sufren suelen tener tasas más altas de problemas psicosociales y de trastornos mentales.

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica no transmisible. Las personas que la sufren suelen tener tasas más altas de problemas psicosociales y de trastornos mentales.

Aunque no todas las epilepsias son prevenibles, una parte importante de ellas está asociada a eventos de lesión cerebral, ya sea aguda o crónica, puesto que cualquier situación que genera una cicatriz o lesión cerebral puede convertirse en

un foco generador de epilepsia. Por tal motivo, evitar infecciones cerebrales en cualquier momento del curso de vida, así como situaciones de hipoxia o bajo oxígeno al momento del parto o en la etapa perinatal, ayuda con la mitigación de esta. Con la misma lógica, prevenir traumas craneanos por accidentes de tránsito u otros tipos de golpes en la cabeza evita estas situaciones de riesgo.

El Gobierno Departamental (liderado por la secretaria de salud) impulsará y brindará asistencia técnica para la incorporación de contenidos especializados en enfermedades neurológicas y su impacto en la salud mental en los programas de formación de profesionales de la salud. En particular, se promoverá la inclusión de temas relacionados con la atención humanizada y el manejo de enfermedades huérfanas, con el objetivo de sensibilizar a futuros/as profesionales de la salud sobre la importancia de brindar una atención integral y de calidad a pacientes con trastornos neurológicos y psicosociales, sus familias y comunidad,

En este sentido, la secretaria de Salud llevará a cabo la actualización y fortalecimiento de las políticas y acciones dirigidas a la atención e intervención en enfermedades neurológicas y huérfanas. Este proceso buscará mejorar las condiciones de acceso y los estándares de calidad de los servicios de salud mental para pacientes, garantizando que reciban un tratamiento adecuado y oportuno, y promoviendo la equidad en el acceso a los servicios para todas las personas, sin importar su situación socioeconómica o geográfica.

La secretaria de Salud Departamental, promoverá entre los actores del sistema de salud una estrategia para la prevención e identificación temprana de la epilepsia primaria, secundaria, así como otros trastornos neurológicos y del neurodesarrollo, en colaboración con las entidades científicas, gremiales, académicas y públicas pertinentes. Se buscará fortalecer los mecanismos de detección temprana, sensibilizar a la población sobre los factores de riesgo y garantizar que los/as pacientes reciban un diagnóstico y tratamiento oportuno.

7.2.3 Eje 3. Atención Integral de los Problemas y Trastornos Mentales

Está enfocado en brindar una atención integral e integrada que cubra desde el nivel de atención primaria hasta el complementario, favoreciendo la reducción de las brechas en salud mental mediante la oportunidad, continuidad y calidad de la atención, adaptadas a las necesidades de las personas, familias y comunidades.

Se destacan la organización estratégica y la complementariedad de las acciones de los actores del sistema de salud y otros sectores relevantes, con el objetivo de

ofrecer una respuesta efectiva y humanizada a las necesidades de la población afectada por trastornos mentales, epilepsia y otros trastornos neuropsiquiátricos.

Alcance: Contribuir al bienestar individual y colectivo de la población Bolivarense, así como de los extranjeros y connacionales, mediante una atención integral que permita reducir significativamente el impacto de los trastornos tanto mentales, del desarrollo, neurológicos, y la epilepsia en las personas, familias y comunidades. Se logrará garantizando el acceso efectivo, oportuno y pertinente a servicios, medicamentos y tecnologías en salud, eliminando barreras y promoviendo la universalidad, calidad, seguridad, equidad y eficiencia en la atención. Además, se priorizará una atención humanizada y centrada en el paciente, asegurando la continuidad de las estrategias terapéuticas y combatiendo el estigma asociado a la enfermedad mental y la discapacidad.

Componentes

7.2.3.1 Accesibilidad y continuidad en la atención integral e integrada en salud mental: Se enfoca en promover acciones que garanticen la calidad, el acceso oportuno y la continuidad en la atención de personas con problemas y trastornos mentales, trastornos del comportamiento, del desarrollo, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, demencia, personas con discapacidad y epilepsia, así como en situación de habitabilidad en calle, víctima del conflicto armado, víctimas de violencia sociopolítica, violencia de género y otras violencias.

Las intervenciones incluyen diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y seguimiento, tanto en servicios intramural como extramural, con un énfasis comunitario. Su objetivo es aumentar la probabilidad de obtener resultados positivos en salud a través de un acceso pertinente, efectivo y equitativo, abordando las necesidades de personas, familias y comunidades.

La secretaria de Salud Departamental, en coordinación con las entidades territoriales, coordinará la implementación de acciones integrales de rehabilitación, atención y evaluación para los usuarios, garantizando un tratamiento completo y coherente con los avances científicos en salud mental, adaptado a las necesidades individuales. Asimismo, se continuará con la implementación de la Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida como una prioridad del Gobierno Departamental, con un enfoque intersectorial que contemple la diversidad étnica, de género, de curso de vida y de atención diferencial.

Se fomentará la creación de unidades especializadas en la atención urgente de situaciones relacionadas con la conducta suicida y emergencias, en las entidades

del sector salud, con el fin de fortalecer la respuesta frente a esta problemática que afecta a distintos sectores de la población, asegurando un acceso inmediato y especializado en momentos críticos.

Además, se habilitarán y fortalecerán servicios comunitarios, tanto públicos como privados, que ofrezcan atención especializada en salud mental, con un énfasis particular en la atención extramural e intramural. En coordinación con las entidades territoriales, se establecerán redes de prestadores de servicios de salud mental que aseguren la integración de los distintos niveles de atención, vinculando estos servicios con otros del sector salud, como los servicios primarios de atención.

Asimismo, se impulsará la creación de redes comunitarias que faciliten el acceso oportuno a los servicios de salud mental, promoviendo la inclusión social y asegurando que todas las personas, en cualquier parte del territorio colombiano, puedan acceder a servicios adecuados y en tiempo oportuno.

7.2.3.2 Oportunidad y pertinencia de la atención integral e integrada en salud mental.

Hace referencia a la capacidad del sistema de salud para ofrecer servicios en el momento adecuado, sin demoras que agraven el estado de salud del individuo. En el caso de la salud mental, brindar atención oportuna permite prevenir la agudización de síntomas, reducir hospitalizaciones, evitar desenlaces adversos como el suicidio y fomentar una recuperación más rápida y efectiva. Esto implica contar con rutas claras de atención, tamizajes periódicos, atención en crisis y un sistema de referencia y contrarreferencia funcional entre niveles de atención.

Se proveerán acciones para garantizar el acceso permanente, a medicamento psiquiátricos para las personas que lo requieran, especialmente aquellos que enfrentan barreras para acceder a los servicios de salud. Asimismo, se proveerá que todos los servicios hospitalarios cuenten con comunidades de urgencias en salud mental, dotada de personal, capacitado y suficiente para atender las demandas de la población.

7.2.3.3 Inspección, vigilancia y control para la atención en salud mental: Abarca actividades sistemáticas y continuas para evaluar, monitorear y garantizar que la atención en salud mental cumpla con las normas y estándares establecidos, asegurando la calidad, eficiencia, continuidad y protección de los derechos de las personas, familias y comunidades. Este componente, que debe ser transversal a todos los ejes, busca reducir los efectos

negativos en la salud humana y ambiental mediante la gestión integral del riesgo. Este proceso incluye la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos enfocados en el conocimiento y la reducción del riesgo.

7.2.3.4 Diagnóstico participativo y concertación: Este componente busca generar insumos técnicos y sociales para la atención diferencial en salud mental mediante la realización de un diagnóstico psicosocial y étnico con enfoque participativo en centros penitenciarios y del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA), en coordinación con el INPEC y la Consultiva Departamental

La acción parte de la necesidad de reconocer las condiciones psicosociales, culturales y territoriales que afectan la salud mental de las personas privadas de la libertad, así como las brechas y barreras en el acceso a los servicios. A través de un ejercicio participativo, se pretende caracterizar las realidades específicas de esta población desde una perspectiva de derechos, interculturalidad, curso de vida y no discriminación.

Acciones principales:

- Levantar un diagnóstico con enfoque étnico y psicosocial en centros penitenciarios y del SRPA.
- Incorporar la participación activa de las personas privadas de la libertad y de los equipos psicosociales institucionales.
- Coordinar con el INPEC y la Consultiva Departamental la validación de la información recolectada.
- Utilizar el diagnóstico como insumo para el diseño e implementación de estrategias diferenciales de promoción, prevención y atención en salud mental.

7.2.4 Eje 4. Rehabilitación Integral e Inclusión Social

Establece las bases para la gestión de procesos sectoriales, intersectoriales y comunitarios necesarios para promover la integración e inclusión social, el acceso a oportunidades y la mejora de la calidad de vida de las personas que, desde una perspectiva interseccional, se encuentran en condiciones de vida como las personas con problemas y trastornos mentales, trastornos del comportamiento, trastornos del neurodesarrollo, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, demencia, personas con discapacidad, situación de calle y epilepsia, así como víctimas del conflicto armado, de violencia sociopolítica, de género y otras

violencias. Busca reducir, entre otros, el estigma y el autoestigma, promoviendo la integración temprana en los entornos sociales y los distintos cursos de vida.

Alcance: Para garantizar la rehabilitación integral e inclusión social de estas poblaciones es necesario posibilitar el acceso real y efectivo a los bienes y servicios en los diferentes entornos, permitiendo la participación plena junto con otros ciudadanos, sin limitaciones o restricciones derivadas de su condición. De esta forma, se pretende facilitar que las personas alcancen y mantengan una funcionalidad óptima en todas sus dimensiones, promoviendo su autonomía e independencia. Se busca que las personas puedan construir y transformar su propia vida, contribuyendo a la creación de comunidades más inclusivas, que mejoren la calidad de vida de todos sus miembros.

Componentes

7.2.4.1 Gestión integral para la articulación entre la atención primaria en salud y la rehabilitación Basada en Comunidad.

Teniendo en cuenta la realidad social de los individuos y colectivos, mediante el esfuerzo conjunto de todos los actores sociales para disminuir barreras. Permite articular los componentes de la atención primaria y la rehabilitación comunitaria en salud mental, siguiendo el modelo de rehabilitación basado en la comunidad (RBC). Se brindará a las personas una atención integral y adecuada a lo largo de su curso de vida, considerando la interseccionalidad de sus condiciones, a través del apoyo de sus familias y comunidades, incluyendo acciones intersectoriales y transectoriales, como la participación social, el fomento de la autonomía, el bienestar emocional, la adaptación de infraestructuras y el seguimiento de la condición de salud de estas personas.

La secretaria de Salud Departamental, en coordinación con las entidades territoriales, establecerá redes de servicio en salud mental con el fin de contar con sectores de atención integral para cada territorio. Este proceso implicará la identificación de las entidades responsables, la creación de las rutas de atención y la evaluación de las capacidades en la atención poblacional de los servicios habilitados.

7.2.4.2 Ampliación y fortalecimiento del modelo de rehabilitación basada en comunidad para personas víctimas del conflicto armado. Comprende estrategias orientadas a favorecer la recuperación y a mitigar los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a víctimas del conflicto armado. Implica el monitoreo y seguimiento de las estrategias más efectivas, además de

integrar la atención en salud mental dentro de la Política Nacional de Reparación Integral y Derechos Humanos.

La secretaria de Salud, en coordinación con secretaria de Derechos Humanos y la secretaria de Víctimas del Departamento de Bolívar, actualizará los protocolos, programas y procedimientos de atención en salud mental para la población víctima del conflicto armado, con el objetivo de garantizar una rehabilitación psicosocial efectiva. Además, se desarrollará un protocolo de salud mental orientado a prevenir segundas victimizaciones, aplicable a todas las víctimas del país, que será implementado por todas las entidades involucradas en la atención y reparación.

7.2.4.3 Ampliación y fortalecimiento de modelos comunitarios en salud para personas con trastornos mentales, personas con discapacidad, epilepsia y otros trastornos de neurodesarrollo y neuropsiquiátricos. Se refiere a la creación de un modelo de rehabilitación que articule los esfuerzos para la inclusión social en salud mental, involucrando a las personas con discapacidad, sus familias, comunidades y diversos servicios de salud, educación, sociales y laborales. Promueve la articulación constante entre los servicios sociales, de salud y otros sectores, colocando las necesidades de las personas con problemas y trastornos mentales, trastornos del comportamiento, trastornos del neurodesarrollo, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, demencia, personas con discapacidad, situación de calle y epilepsia, así como víctimas de la violencia del conflicto armado, violencia sociopolítica, de género y otras violencias.

7.2.4.4 Rehabilitación comunitaria e inclusión social (con enfoque étnico-diferencial para personas en situación de habitancia en calle): Este componente tiene como propósito desarrollar e implementar proyectos de acompañamiento psicosocial e inclusión social dirigidos a personas en situación de habitancia en calle, integrando un enfoque étnico-diferencial basado en los saberes ancestrales y en el reconocimiento de la diversidad cultural del territorio. La formulación de este componente es el resultado de procesos participativos y de diálogo con las Consultivas Departamentales de Comunidades Negras, quienes han manifestado la necesidad de abordar el fenómeno de la habitancia en calle desde una perspectiva integral que articule la salud mental, la dignidad humana, la espiritualidad y la identidad cultural.

Las acciones del componente se enfocan en el diseño e implementación de proyectos sociales que contemplen el acompañamiento de sabedores ancestrales, terapeutas tradicionales y líderes comunitarios, con el fin de fortalecer procesos de

restablecimiento psicosocial, reconstrucción de vínculos comunitarios y acceso a oportunidades dignas para la vida en sociedad.

7.2.5 Eje 5. Gestión, Articulación y Coordinación Sectorial y Transectorial

Reconoce la naturaleza dinámica de la salud mental, donde interactúan constantemente las personas, los actores sociales y los entornos en los que viven; por lo tanto, la salud mental no puede abordarse de manera aislada. Desde la perspectiva de las políticas en salud, la articulación y coordinación entre sectores se presentan como herramientas necesarias para lograr una gestión integral y garantizar el derecho fundamental a la salud mental. Así mismo, permite buscar soluciones integrales, aprovechando de manera eficiente los recursos disponibles (saberes, experiencias, medios de influencia y recursos económicos), así como las capacidades y particularidades de los individuos y comunidades, para generar mecanismos que favorezcan el bienestar psicosocial.

Se resalta que no hay salud sin salud mental; por lo tanto, para preservarla como derecho humano fundamental, es indispensable el concurso de todos los sectores que componen la estructura del Estado. Se afirma que algunos de los determinantes de la salud mental están por fuera del sector sanitario. En consecuencia, el sector de la salud debe propiciar la concurrencia de esos otros sectores, directa o indirectamente relacionados con el ejercicio de estos determinantes, y generar alianzas estratégicas y sinergias para que participen activamente, desde su campo de competencia, en la construcción de una mejor salud mental para las personas, las familias y las comunidades.

Este eje presenta orientaciones para la articulación de la PNSM con los anteriores, reafirmando su transversalidad en la implementación de la política. Además, incluye lineamientos para la coordinación interinstitucional, la planificación, las rutas interinstitucionales, el manejo de datos y los mecanismos de retroalimentación en materia de salud mental.

Alcance: Consolidar la gestión, articulación, coordinación y concurrencia sectorial, intersectorial y transectorial, permitiendo a los sectores y actores de la sociedad abordar de manera conjunta y eficaz los desafíos relacionados con la salud mental de la población.

Componentes

7.2.5.1 Red Mixta Departamental en Salud Mental. La Red Mixta en Salud Mental será una instancia de apoyo del de la secretaria de Salud Departamental en coordinación con el Consejo Departamental de Salud Mental. Para tal efecto, se expedirá un reglamento interno que definirá las normas, procedimientos y mecanismos de funcionamiento necesarios para su operación, incluyendo las responsabilidades de los integrantes, las funciones, los procedimientos y el seguimiento de planes de trabajo en los ámbitos Departamental.

Se encargará de estructurar un marco institucional y transectorial que permita la ejecución de acciones de incidencia en salud mental. Se constituye como un mecanismo de gobernanza y gobernabilidad, orientado a garantizar el derecho a la salud mental, fortalecer la soberanía sanitaria y promover la corresponsabilidad sectorial para la atención en salud mental. Si bien no prestará servicios de atención directa, su labor se centrará en mejorar la implementación de la Política Pública de Salud Mental (PPSM) y en proponer soluciones para abordar los desafíos en este ámbito.

Estará integrada por importantes instituciones, como las siguientes: i) organizaciones no gubernamentales (ONG); ii) universidades y centros de investigación; iii) entidades del sector privado; iv) organizaciones internacionales; v) comunidades locales y líderes comunitarios que aportan a los temas de bienestar mental; vi) entidades prestadoras de servicios de salud y cuidado; vii) colegios y asociaciones de profesionales de disciplinas relacionadas con la atención integral de la salud mental.

La secretaria de Salud Departamental, garantizará la articulación de la Red Mixta Departamental con el Centro de Referencia Nacional en Salud Mental.

7.2.5.2 Mesa Interinstitucional de Salud Mental. La Mesa Interinstitucional de Salud Mental y/o Consejo Departamental de Salud Mental será un espacio estratégico para la articulación de recursos, acciones y lineamientos orientados a la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental. Su propósito será facilitar una gestión integral e integrada que guíe la toma de decisiones en este ámbito, asegurando una respuesta coordinada y efectiva.

Adicionalmente, fortalecerá la gobernabilidad y la gobernanza, abordando temas claves como el fortalecimiento de capacidades, la comunicación y los entornos digitales, la gestión de la salud mental de los colombianos en el extranjero y de los

connacionales, la gestión del conocimiento, la ciencia, la tecnología y la innovación. Así mismo, se enfocará en la articulación de acciones comunitarias y colectivas, la alfabetización, la educación y la comunicación, al igual que en los determinantes ambientales y la prevención de las violencias, con un énfasis particular en la violencia sexual.

7.3. Ejes Transversales

Las siguientes estrategias transversales han sido diseñadas en plena articulación con la Política Nacional de Salud Mental 2025–2034 y la Ley 2460 de 2025, garantizando coherencia con los ejes de promoción, prevención, atención integral, rehabilitación e inclusión social, y articulación intersectorial. Su implementación territorial busca fortalecer capacidades institucionales y comunitarias, con enfoque diferencial, de curso de vida y derechos humanos.

7.3.1 Estrategia transversal 1. Redes integrales e integradas territoriales en salud Mental.

Se entiende por Redes Integrales e Integradas Territoriales en Salud Mental al conjunto organizado de actores, servicios, instituciones, sectores y comunidades que, articulados entre sí en un territorio determinado, garantizan la atención integral, continua, accesible, humanizada y con enfoque comunitario de la salud mental de la población.

Estas redes promueven la integración efectiva entre los diferentes niveles de atención (primario, complementario y especializado), así como la articulación con sectores como educación, protección social, justicia y seguridad, mediante mecanismos de coordinación y referencia que aseguren la respuesta oportuna a las necesidades en salud mental.

Su propósito es consolidar un modelo territorial de atención en salud mental centrado en la persona, la familia y la comunidad, donde se priorice la promoción, la prevención, la atención integral y la rehabilitación psicosocial, garantizando la continuidad del cuidado y la corresponsabilidad institucional.

Adicionalmente, las entidades territoriales en coordinación con todos los actores del sistema de salud, entidades públicas, entidades educativas y demás actores sociales, construirán un “Lineamiento modelo de atención en salud mental individual, familiar y comunitario”, en el que se especifiquen las frecuencias de uso para la prestación de servicios en salud mental, asegurando la continuidad y finalización de tratamiento, suficiencia en medicación, rehabilitación a enfermedades mentales crónicas, enfermedades neurovegetativas, enfermedades del neurodesarrollo, enfermedades huérfanas neurológicas, demás problemas y

trastornos de salud mental, cuidados paliativos, con énfasis en los eventos de conducta suicida y violencias.

Alcance: Esta estrategia garantizará la prestación de servicios de salud mental en todo el Departamento, haciendo los ajustes necesarios para atender adecuadamente a las poblaciones de zonas urbanas, rurales y rurales dispersas. Se asegurará que todas las personas reciban atención en salud mental de calidad, de manera oportuna y continua, cubriendo tanto el tratamiento como la rehabilitación, la entrega de medicamentos y el seguimiento adecuado, favoreciendo la inclusión social.

7.3.2 Estrategia transversal 2. Atención Primaria en Salud Mental (APSM)

La APSM es un proceso fundamental en del sistema de salud, que facilita un contacto accesible, integral y coordinado, que se orienta a brindar continuidad asistencial centrada en la persona con necesidades de salud mental. Con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, la APSM incorporará los ejes estratégicos y los enfoques de la PNSM.

Además, la APSM se constituye como puerta de entrada al sistema de salud, con capacidad para responder de forma resolutive e identificar las principales causas de morbilidad en salud mental, así como las condiciones individuales, familiares y colectivas que pueden derivar en posibles patologías mentales, facilitando intervenciones tempranas mediante la gestión individual del riesgo en salud.

Alcance: Fortalecimiento de la infraestructura de atención en salud mental y el talento humano en los niveles primario, comunitario, clínico y humanitario, a través del mejoramiento de las capacidades resolutive de los equipos básicos de salud (EBS), los centros de atención primaria en salud mental y los gestores de salud mental, promoviendo su articulación en los diferentes niveles de atención para salud mental.

7.3.3 Estrategia transversal 3. Salud mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres.

Responde a situaciones de emergencias declaradas de cualquier índole, sean naturales, de salud o sociales, con el objetivo de restablecer la sensación de normalidad y aliviar el sufrimiento humano.

Alcance: Se llevará a cabo mediante una coordinación intersectorial que involucre los sectores de salud, educación, servicios sociales y seguridad pública, así como representantes de las comunidades afectadas. Se desplegarán equipos multidisciplinarios de atención clínica, psicosocial y comunitaria, encargados de la promoción, prevención, atención e intervención tanto en casos individuales como en comunidades. Además, se fortalecerá la atención prehospitalaria y se activarán redes integrales de salud mental, dependiendo del tipo de emergencia. Para ello, se crearán equipos especializados en atención psicosocial para emergencias y desastres, que garantizará los recursos necesarios para su operación, en coordinación con los entes territoriales y las entidades estatales correspondientes.

7.3.4. Estrategia transversal 4. Observatorio de Salud Mental

La Secretaria de Salud actualizará las acciones y recursos del Observatorio de Salud Mental que se genere a través de esta política pública, con el fin de que haga seguimiento a los problemas y trastornos de salud mental, el recurso humano, la infraestructura, la calidad del servicio en salud mental a nivel Departamental y se articule a los demás observatorios existentes, con el propósito de ofrecer información confiable y oportuna que apoye la toma de decisiones en el sector de la salud y otros sectores, contribuyendo al impacto positivo de la población.

Alcance: El Observatorio de Salud Mental de Departamento se encargará de recopilar y analizar información sobre la situación de la salud mental a departamental, municipal y distrital, evaluando las necesidades y prioridades en el Departamento de Bolívar. Su función incluirá la proposición y desarrollo de estrategias para la prevención y abordaje de problemas de salud mental, así como la difusión de los análisis realizados, que proporcionen una visión clara y precisa de las realidades de salud mental en el Departamento.

La implementación de esta estrategia estará a cargo de la secretaria de Salud, que garantizará los recursos financieros, técnicos, humanos y tecnológicos necesarios para su desarrollo. La estructura organizativa del observatorio incluirá una dirección general, un área de monitoreo y vigilancia epidemiológica, un área de análisis de datos e investigación, un área de gestión del conocimiento y divulgación, una red de colaboración y alianzas interinstitucionales, y un área de formación y capacitación.

Además, se priorizarán los procesos de identificación de necesidades de poblaciones vulnerables, como las personas habitantes de la calle, y se enfocará en la mejora de la respuesta de los servicios de salud, a través de la información recolectada, fortaleciendo los vínculos entre las comunidades y las instituciones del sector salud, para mejorar la calidad y la oportunidad de la atención.

7.3.5. Estrategia transversal 5. Fortalecimiento del talento humano

Las entidades territoriales (Municipios y Departamentos) serán responsables de la planificación y gestión del talento humano en salud y otros trabajadores del sector, priorizando las características y necesidades de la población en sus respectivos territorios.

La secretaria de Salud Departamental, promoverá la capacitación continua al talento humano en salud con el desarrollo de programas y estrategias de formación en salud mental, en conjunto con las entidades competentes. Estos programas deberán incorporar contenidos en salud mental pertinentes y adaptados a las necesidades poblacionales y territoriales, con el objetivo de garantizar el cuidado integral de la salud mental.

Se propiciarán acciones de no estigmatización y de humanización del trato a todas las personas como principio fundamental del cuidado en salud mental. Esta acción involucra a las personas y comunidades en el abordaje de la discapacidad mental, promoviendo la participación activa de los individuos afectados y de sus entornos en el tratamiento, la integración social y la inclusión en todos los aspectos de su vida, con el fin de superar el estigma y la discriminación.

Alcance: Se llevarán a cabo procesos continuos de caracterización e identificación de las necesidades de formación y gestión del talento humano en salud mental. En este sentido, la secretaria de Salud continuará brindando asistencia técnica a las entidades territoriales, apoyando la implementación de programas que fortalezcan la atención primaria en salud, de manera humanizada, con el objetivo de reducir las brechas en salud mental en el Departamento, adaptando el mhGAP en sus componentes clínico, comunitario y humanitario. El talento humano que se encuentran en primera línea de atención en las ESEs Municipales, contarán con competencias básicas en primeros auxilios psicológicos, rehabilitación centrada en la comunidad y el mhGAP para la reducción de las brechas en salud mental.

Además, La secretaria de Salud Departamental, desarrollará los lineamientos y la reglamentación para que, progresivamente, se habiliten plazas de SSO para estudiantes de los programas de pregrado en psicología y posgrado en áreas de la salud mental, según la normativa especializada que rige la materia.

Se garantizará que los centros de atención primaria en salud, servicios de urgencias, hospitalización parcial o total y consultas ambulatorias cuenten con profesionales en psicología capacitados/as para ofrecer una atención integral a las personas, consolidándose como un elemento fundamental en la puerta de entrada al sistema de salud.

Se fomentará la colaboración interinstitucional para capacitar al talento humano en sectores distintos al de la salud, a través de programas educativos y de formación para el trabajo, lo que permitirá que, en el marco de la atención comunitaria se comprenda la importancia de la promoción, prevención y derivación oportuna en salud mental.

7.3.6 Estrategia transversal 6. Mitigación de la conducta suicida

Busca disminuir los factores de riesgo asociados a la conducta suicida mediante una articulación transectorial e intersectorial. Se enfocará en intervenciones a nivel individual, familiar y comunitario, con acciones que favorezcan la vigilancia epidemiológica, la concientización, la reducción del estigma y la discriminación, la capacitación, el acceso a servicios, el tratamiento oportuno, la intervención en situaciones de crisis, el seguimiento y el acompañamiento a los supervivientes y sus familias, así como la supervisión y coordinación de esfuerzos.

Desde el enfoque de derechos humanos propuesto en esta política pública, se priorizarán la dignidad y la autonomía de las personas. Se fomentará la participación activa de las comunidades y de los medios masivos de comunicación, incluyendo a personas con experiencia vivida, quienes promoverán la empatía y mostrarán modelos de recuperación visibles. Para evitar el sensacionalismo que perpetúa estereotipos, se crearán guías sobre el tratamiento adecuado de los temas relacionados con la salud mental.

Alcance: Se priorizarán acciones específicas de promoción, prevención, atención y rehabilitación, articuladas con otros actores del territorio, por medio de tres componentes estratégicos:

- **Comunicación:** Orientada a la promoción de la salud mental, la adopción de conductas sin riesgo ni daño, la disminución del estigma y el auto estigma, el reconocimiento de rutas de atención y la detección temprana de situaciones de riesgo.
- **Atención:** Orientada a fortalecer la atención desde la APS, integrando según la pertinencia los componentes primarios y complementarios, y promoviendo acciones colectivas bajo el Plan de Intervenciones en Salud Pública.
- **Seguimiento:** Orientado a mejorar los servicios de salud en forma oportuna y continua para las personas que presentan conducta suicida, los familiares sobrevivientes de suicidio, el fortalecimiento de redes de apoyo social y la promoción de factores protectores, con énfasis en la interseccionalidad y de manera articulada con otros actores.

Esta estrategia transversal se alinea con la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia (2018), la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2013), y la actualización de sus versiones, así como las directrices de emergencia en caso de contención del evento.

7.3.7. Estrategia transversal 7. Prevención de problemas en salud mental asociados a violencias, violaciones a derechos humanos y construcción de paz.

Implica promover acciones sectoriales e intersectoriales que prevengan y aborden las diversas formas de violencia, las cuales afectan profundamente la salud mental de individuos, familias, comunidades y colectivos a lo largo del ciclo de vida, especialmente en contextos sociales marcados por graves violaciones de derechos humanos, violencias basadas en género y discriminación. A su vez, esta estrategia responde a las necesidades de salud mental en los contextos de derechos humanos y construcción de paz en los territorios Alcance: La implementación se llevará a cabo a través de la articulación de los actores sectoriales e intersectoriales, con el fin de brindar una atención humanizada que aborde los daños emocionales a nivel individual, familiar y colectivo, derivados de hechos victimizantes, y proporcionando atención personalizada según las necesidades biopsicosociales de cada persona.

Se integrará a la población víctima de violencia sociopolítica dentro del modelo de rehabilitación centrado en la comunidad, articulado con el Programa de Atención Psicosocial a Víctimas de Violencia (PAPSIVI). Las estrategias empleadas estarán

orientadas a favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional causado por el conflicto armado interno.

Se desarrollarán campañas psicoeducativas para promover ambientes digitales inclusivos, respetuosos y libres de discriminación y violencia, con especial énfasis en niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ). Estas campañas incluirán estrategias que fomenten la protección integral y el desarrollo de habilidades para el uso seguro y saludable de las redes sociales, con el objetivo de reducir el estigma, la discriminación, las violencias, la inducción al suicidio y otros riesgos y trastornos de salud mental.

Se implementarán acciones de monitoreo sobre el estigma y autoestigma, cambios en actitudes sociales, autopercepción, tasas de búsqueda de atención y mejoras en la calidad de la atención en salud mental. Lo anterior con el objetivo de reducir barreras y fomentar una sociedad más inclusiva, en la que las personas puedan acceder a servicios de salud mental sin temor al rechazo o la discriminación.

En este sentido, resulta fundamental promover la educación y la etnoeducación, cátedra de estudios afrocolombianos, y la educación propia, en comunicación asertiva, resolución de conflictos y respeto a la diferencia, tanto en ambientes escolares como familiares y comunitarios. Estas acciones contribuirán a crear espacios inclusivos y libres de violencia, en el marco del ejercicio pleno de los derechos fundamentales.

Se fortalecerá la articulación intersectorial para prevenir violencias y discriminación, con especial énfasis en NNAJ, mujeres, personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas (OSIGD), personas mayores y otros grupos discriminados o excluidos. Además, se trabajará en la prevención y atención oportuna de afectaciones en la salud mental de pueblos étnicos, integrando sus saberes ancestrales y prácticas culturales.

8. Salud mental en el marco de la Atención Primaria en Salud en el Departamento de Bolívar

La Política Pública de Salud Mental del Departamento de Bolívar se desarrolla con base en la Atención Primaria en Salud (APS) como eje estratégico, garantizando la atención integral y resolutoria de las necesidades en salud mental de la población. Se reconoce el déficit de talento humano especializado, las dificultades

de acceso y la necesidad de fortalecer la prestación de servicios desde el primer nivel de atención.

Enfoques y Estrategias Claves:

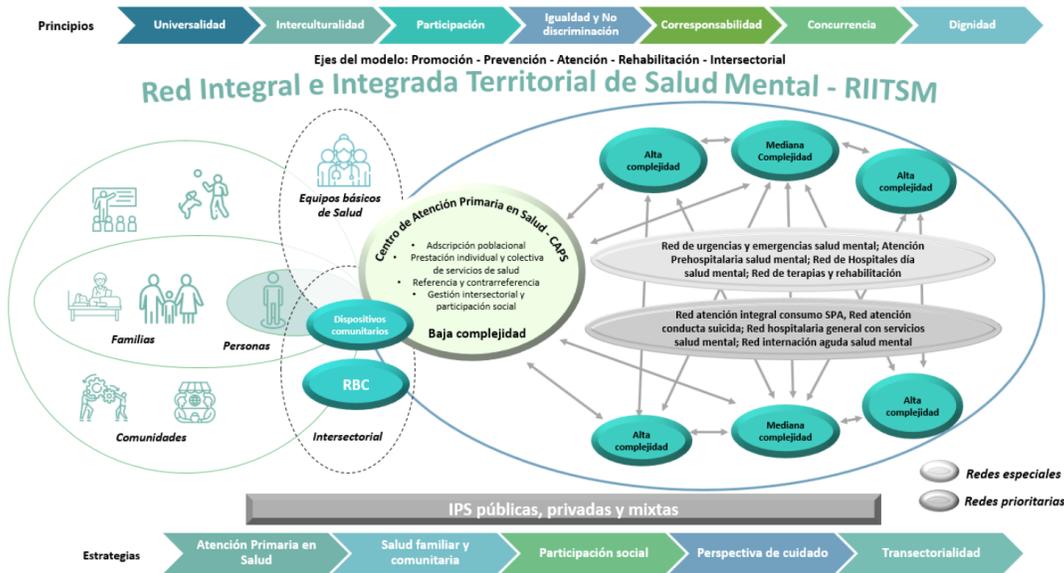
- Integración de la APS con la PPSM para la atención en todos los entornos.
- Garantía progresiva de recursos para infraestructura, talento humano y tecnologías en salud mental.
- Prestación de servicios en modalidad extramural en áreas rurales, urbanas y dispersas, con un enfoque territorial y diferencial.
- Detección temprana y prevención de suicidio, autolesiones, consumo de sustancias psicoactivas y violencias.
- Desinstitucionalización progresiva, favoreciendo la atención comunitaria y la integración social.

Organización del Sistema de Atención en Salud Mental:

La red de atención se estructura en dos niveles complementarios:

- **Nivel Primario de Atención:** Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) como nodos articuladores del sistema.
- **Equipos Básicos de Salud (EBS)** con enfoque interdisciplinario para la promoción, prevención y tratamiento.
- **Modalidades de prestación de servicios** mixtas, incluyendo telemedicina y atención domiciliaria.
Nivel Complementario de Atención
Servicios especializados en mediana y alta complejidad.
Redes de referencia y contrarreferencia para garantizar continuidad en la atención.
Centros especializados en salud mental comunitaria y farmacodependencia.
- **Fortalecimiento de la Red de Atención en Salud Mental:**
Implementación de servicios ambulatorios y hospitalarios, incluyendo hospitales de día y unidades de atención prehospitalaria.
Creación de unidades de salud mental en hospitales y clínicas para garantizar cobertura y acceso.
Desarrollo de infraestructura en salud mental en zonas rurales con participación comunitaria.
Incorporación de enfoques diferenciales que respeten las tradiciones culturales y conocimientos ancestrales de comunidades étnicas y campesinas.

Ilustración 2 Modelo Red Integral e Integrada Territorial de Salud Mental



Fuente. Construcción propia MSPS a partir de (OPS, 2010 y 2022)

9. Monitoreo, evaluación y seguimiento de la política pública de salud mental de Bolívar

El seguimiento y evaluación de la Política Pública de Salud Mental del Departamento de Bolívar estará alineado con los lineamientos de la Política Nacional de Salud Mental 2025–2034, y se ajustará a los indicadores y mecanismos exigidos por la Ley 2460 de 2025. Se prioriza el monitoreo de entornos protectores, la participación comunitaria y la reducción de barreras en el acceso efectivo a los servicios.

La metodología para el monitoreo, evaluación y seguimiento de la presente política pública será de acuerdo a la propuesta por la Guía para la Formulación, Implementación, Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas de Salud y Protección Social del Ministerio de Salud.

Para el periodo comprendido entre la expedición de la presente política desde el año 2025, el monitoreo, seguimiento y evaluación se realizarán semestralmente.

Cada semestre, se hará un seguimiento detallado bajo el Liderazgo de la secretaria de Salud a través del consejo Departamental de salud Mental, y la secretaria de Planeación con cada dependencia de la Gobernación de Bolívar y demás actores claves, permitiendo un análisis ajustado y reactivo a las necesidades y retos específicos del departamento. Se presentarán avances y resultados durante las reuniones con las instancias de interés en Bolívar, asegurando la transparencia y el involucramiento de todas las partes relevantes en el proceso de mejora continua de la política.

Esta metodología Semestral facilitará una retroalimentación constante y la posibilidad de realizar ajustes oportunos en la implementación de la política, garantizando así una respuesta efectiva a las dinámicas sociales y de salud en el departamento de Bolívar.

Anexos

Anexo 1 RQC

2. CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PARA NIÑOS (RQC)

Objetivo: identificar signos y síntomas de interés en salud mental en niñas y niños de **5 a 15 años**

Aplicación: Se aplica a través de *entrevista con los padres, madres o cuidadores de las niñas y niños menores de 14 años* y con los mayores de esta edad con previa autorización. Se responde con una X según corresponda a SI o NO.

	Pregunta	Si	No
1	¿El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?		
2	¿El niño duerme mal?		
3	¿Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		
4	¿Sufre el niño de dolores frecuentes de cabeza?		
5	¿El niño ha huido de casa frecuentemente?		
6	¿Ha robado algo de la casa?		
7	¿Se asusta o se pone nervioso sin razón?		
8	¿Parece como retardado o lento para aprender?		
9	¿Se asusta o se pone nervioso sin razón?		
10	¿Parece como retardado o lento para aprender?		

Anexo 2 Apgar Niños

PREGUNTA	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia.			
Me gusta la manera como mi familia habla y comparte los problemas conmigo.			
Me gusta como mi familia me permite hacer cosas nuevas que quiero hacer			
Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy triste, feliz, molesto, etc.			
Me gusta como mi familia y yo compartimos tiempos juntos.			

Anexo 3 Apgar Adultos

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

Anexo 4 Test Assist de 10 a 14 años

Pregunta 1

(Si luego hace seguimiento, compare las respuestas del consultante con las que dio a la P1 del cuestionario inicial. Cualquier diferencia en esta pregunta debe ser explorada)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	NO = 0	SI = 3
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		X
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)		X
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)		X
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)		X
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		X
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)		X
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		X
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)		X
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		X
j. Otras - especifique: XXX		X

Compruebe si todas las respuestas son negativas:
"¿Tampoco en fiestas, o cuando iba al colegio?"

Si contestó "No" a todos los ítems, termine la entrevista.
Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Pregunta 2

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca = 0	1 ó 2 veces = 2	Cada mes = 3	Cada semana = 4	A diario o casi a diario = 6
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)					
j. Otras - especifique:					

Si respondió "Nunca" a todos los items en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias.

Pregunta 3

En los últimos tres meses ¿con qué frecuencia se aleja de la casa, amigos o estudio para estar solo para consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca = 0	1 ó 2 veces = 3	Cada mes = 4	Cada semana = 5	A diario o casi a diario = 6
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcailina, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)					
j. Otras - especifique:					

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca = 0	1 ó 2 veces = 4	Cada mes = 5	Cada semana = 6	A diario o casi a diario = 7
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcailina, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)					
j. Otras - especifique:					

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)? (ej. inasistencia escolar, no participación en actividades recreativas o deportivas, no finalización de tareas, no expectativas familiares, inasistencia a eventos familiares, tareas, etc.).	Nunca = 0	1 ó 2 veces = 5	Cada mes = 6	Cada semana = 7	A diario o casi a diario = 8
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)					
j. Otras - especifique:					

Haga la preguntas 6 para todas las sustancias que el consultante o paciente ha consumido alguna vez (es decir, aquellas mencionadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No. Nunca = 0	Si, en los últimos tres meses = 6	Si, pero no en los últimos tres meses = 3
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)			
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)			
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)			
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)			
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)			
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)			
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)			
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)			
j. Otras - especifique:			

Anexo 5 Test Audit

PREGUNTAS		0	1	2	3	4
1	¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2	¿Cuántas bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3	¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4	¿En el último año, con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber, una vez haya iniciado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5	¿En el último año, con qué frecuencia no pudo atender sus obligaciones porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6	¿En el último año, con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7	¿En el último año, con qué frecuencia ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8	¿En el último año, con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9	¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, el último año
10	¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, el último año
TOTAL						

Anexo 6 Test SRQ

2. CUESTIONARIO DE SINTOMAS- SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ)

Objetivo: identificar signos y síntomas de interés en salud mental (psicosis, depresión, ansiedad, trastorno convulsivo y alcohol) a partir de los 16 años en los últimos 30 días.

Aplicación: Puede ser auto aplicado o a manera de entrevista estructurada. La persona responde SI o NO dependiendo de su vivencia. Se responde con una X según corresponda a SI o NO.

	Pregunta	Si	No
1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		
2	¿Tiene mal apetito?		
3	¿Duerme mal?		
4	¿Se asusta con facilidad?		
5	¿Sufre de temblor de manos?		
6	¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		
7	¿Sufre de mala digestión?		
8	¿No puede pensar con claridad?		
9	¿Se siente triste?		
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		
11	¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15	¿Ha perdido interés en las cosas?		
16	¿Siente que usted es una persona inútil?		
17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		
20	¿Se cansa con facilidad?		
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
22	¿Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?		
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos?		
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, como movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de lengua o pérdida del conocimiento?		
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		

Anexo 7 Test Assist de 15 a 17 años

Pregunta 1

(Si luego hace seguimiento, compare las respuestas del consultante con las que dio a la P1 del cuestionario inicial. Cualquier diferencia en esta pregunta debe ser explorada)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	NO = 0	SI = 3
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)		
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish , etc.)		
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)		
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed , éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)		
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin /Alprazolam/ Xanax , Orfidal /Lorazepam, Rohipnol , etc.)		
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)		
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina /petidina, etc.)		
j. Otras - especifique:		

Pregunta 2

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca = 0	1 ó 2 veces = 2	Cada mes = 3	Cada semana = 4	A diario o casi a diario = 6
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish , etc.)					
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed , éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin /Alprazolam/ Xanax , Orfidal /Lorazepam, Rohipnol , etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina /petidina, etc.)					
j. Otras - especifique:					

Pregunta 3

En los últimos tres meses ¿con qué frecuencia se aleja de la casa, amigos o estudio para estar solo para consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca = 0	1 ó 2 veces = 3	Cada mes = 4	Cada semana = 5	A diario o casi a diario = 6
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish , etc.)					
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed , éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tankinazip /Alprazolam/ Xanax , Orfidal /Lorazepam, Bolipaxol , etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dejanina /petidina, etc.)					
j. Otras - especifique:					

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca = 0	1 ó 2 veces = 4	Cada mes = 5	Cada semana = 6	A diario o casi a diario = 7
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish , etc.)					
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed , éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tankinazip /Alprazolam/ Xanax , Orfidal /Lorazepam, Bolipaxol , etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dejanina /petidina, etc.)					
j. Otras - especifique:					

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)? (ej. Inasistencia escolar, no participación en actividades recreativas o deportivas, no finalización de tareas, no expectativas familiares, inasistencia a eventos familiares, tareas, etc.).	Nunca = 0	1 ó 2 veces = 5	Cada mes = 6	Cada semana = 7	A diario o casi a diario = 8
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankipaxin Alprazolam/ Xanax , Oridal Lorazepam, Rohipaxol , etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)					
j. Otras - especifique:					

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No. Nunca = 0	Si, en los últimos tres meses = 6	Si, pero no en los últimos tres meses = 3
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)			
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish , etc.)			
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)			
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed , éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)			
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)			
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankipaxin Alprazolam/ Xanax , Oridal Lorazepam, Rohipaxol , etc.)			
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)			
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina petidina, etc.)			
j. Otras - especifique:			

Anexo 8 ASSIST ADULTOS

3. TEST ASSIST

Objetivo: identificar de trastornos relacionados con el consumo de alcohol **Aplicación:** una prueba simple de 10 preguntas desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, que sirve para determinar si el consumo de alcohol de una persona puede considerarse peligroso.

Pregunta 1

(Si luego hace seguimiento, compare las respuestas del consultante con las que dio a la P1 del cuestionario inicial. Cualquier diferencia en esta pregunta debe ser explorada)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	NO = 0	SI = 3
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)		
c. Cannabis (marihuana, hierba, hachis , etc.)		
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)		
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed , éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)		
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankinapil /Alprazolam/ Xanax / Orfidol /Lorazepam, Bolipazol , etc.)		
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)		
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, de la paja /petidina, etc.)		
j. Otras - especifique:		

Compruebe si todas las respuestas son negativas: Si contestó "No" a todos los ítems, termine la entrevista.
"¿Tampoco en fiestas, o cuando iba al colegio?" Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Pregunta 2

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca = 0	1 ó 2 veces = 2	Cada mes = 3	Cada semana = 4	A diario o casi a diario = 6
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, hachis , etc.)					
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed , éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankinapil /Alprazolam/ Xanax / Orfidol /Lorazepam, Bolipazol , etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, de la paja /petidina, etc.)					
j. Otras - especifique:					

Si respondió "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 8.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias.

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca = 0	1 ó 2 veces = 3	Cada mes = 4	Cada semana = 5	A diario o casi a diario = 6
a. Tabaco (cigarrillos, cigarrillos habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish , etc.)					
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed , éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tecolinasin /Alprazolam/ Xanax , Orfidal /Lorazepam, Bolipacil , etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, delantona /petidina, etc.)					
j. Otras - especifique:					

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca = 0	1 ó 2 veces = 4	Cada mes = 5	Cada semana = 6	A diario o casi a diario = 7
a. Tabaco (cigarrillos, cigarrillos habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish , etc.)					
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed , éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tecolinasin /Alprazolam/ Xanax , Orfidal /Lorazepam, Bolipacil , etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, delantona /petidina, etc.)					
j. Otras - especifique:					

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?

	Nunca = 0	1 o 2 veces = 5	Cada mes = 6	Cada semana = 7	A diario o casi a diario = 8
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, hierba, weed , etc.)					
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed , éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranquilizante Alprazolam/ Xanax Orfidal Lorazepam, Robaxin , etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dejarica petidina, etc.)					
j. Otras - especifique:					

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que el consultante o paciente ha consumido alguna vez (es decir, aquellas mencionadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?

	No. Nunca = 0	Si, en los últimos tres meses = 6	Si, pero no en los últimos tres meses = 3
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)			
c. Cannabis (marihuana, hierba, weed , etc.)			
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)			
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed , éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)			
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)			
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Tranquilizante Alprazolam/ Xanax Orfidal Lorazepam, Robaxin , etc.)			
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)			
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dejarica petidina, etc.)			
j. Otras - especifique:			

Pregunta 7

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No. Nunca = 0	Si, en los últimos tres meses = 6	Si, pero no en los últimos tres meses = 3
a. Tabaco (cigarrillos, cigarrillos habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)			
c. Cannabis (marihuana, hierba, hachis , etc.)			
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)			
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed , extasis, píldoras adelgazantes, etc.)			
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)			
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankinapip /Alprazolam/ Xanax , Orfida /Lorazepam, Rohipol , etc.)			
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)			
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dejanica /petidina, etc.)			
j. Otras - especifique:			

Pregunta 8

	No. Nunca = 0	Si, en los últimos tres meses = 2	Si, pero no en los últimos tres meses = 1
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)			

NOTA

A los consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

¡IMPORTANTE!

	No. Nunca = 0	Si, en los últimos tres meses = 2	Si, pero no en los últimos tres meses = 1
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)			

NOTA

A los consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

¡IMPORTANTE!



Anexo 9 ESCALA DE ZARIT

5. ESCALA DE ZARIT

Objetivo: cuantificar el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. (Solo para cuidadores)

Aplicación: Aplicación: se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas. Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. Por tanto, la puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos.

	Preguntas	Puntuación				
		0	1	2	3	4
1	¿Cree que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades en su trabajo o familia?					
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?					
8	¿Cree que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					
11	¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?					
12	¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?					
14	¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?					
15	¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16	¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Cree que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?					
22	Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

Anexo 10 RIESGO DE VIOLENCIA

6. CUESTIONARIO RIESGO DE VIOLENCIA

Objetivo: valorar el riesgo de violencia

A. PSICOLÓGICA						
			¿Hace cuánto?		Valoración	
	SÍ	NO	Mas de 1 mes	Menos de 1 mes	Puntaje	Calificación
1	¿Le menosprecia o humilla frente a otras personas?				1	
2	¿Intenta restringir los contactos con su familia biológica y/o sus amistades?				1	
3	¿Insiste en saber dónde se encuentra en todo momento?				1	
4	¿Limita, controla o inspecciona sus comunicaciones telefónicas, su correo electrónico, o sus redes sociales?				1	
5	¿Presenta comportamientos celosos, posesivos y/o la acusa de ser infiel?				1	
6	¿Ha golpeado o pateado la pared o algún otro mueble?				1	

B. ECONÓMICA						
			¿Hace cuánto?		Valoración	
	SÍ	NO	Mas de 1 mes	Menos de 1 mes	Puntaje	Calificación
7	¿Le controla o le limita el uso del dinero?				1	
8	Le manipula, chantajea o subyuga con el dinero?				1	

C. PATRIMONIAL				¿Hace cuánto?		Valoración	
	SÍ	NO	Mas de 1 mes	Menos de 1 mes	Puntaje	Calificación	
9 ¿Le ha destruido alguna de sus cosas o elementos de trabajo?					1		
10 ¿Le retiene, esconde o destruye documentos propios?					1		
11 ¿Le ha quitado, le ha limitado, o ha hecho uso de sus pertenencias/propiedades en contra de su voluntad?					1		

D. COERCIÓN o AMENAZAS				¿Hace cuánto?		Valoración	
	SÍ	NO	Mas de 1 mes	Menos de 1 mes	Puntaje	Calificación	
12 ¿Ha amenazado con causar daño a usted o a sus hijos/as personalmente o a través de terceros?					10		
13 ¿Ha amenazado con causarle muerte a usted o a personas cercanas a usted?					10		
14 ¿Ha utilizado armas o elementos para amenazarle?					10		
15 ¿Ha manipulado, retenido o coaccionado a algún miembro de la familia?					10		
16 ¿El agresor ha amenazado con quitarse la vida?					10		
17 ¿Le ha encerrado o ha impedido su movilidad?					10		

E. FÍSICA				¿Hace cuánto?		Valoración	
	SÍ	NO	Mas de 1 mes	Menos de 1 mes	Puntaje	Calificación	
18 ¿Ha agredido a sus hijos?					20		
19 ¿Le ha sacudido, zarandeado, o jaloneado o mordido?					20		
20 ¿Le empujó o aventó, o le jaló el pelo o le torció el brazo?					20		
21 ¿Le pegó con los puños o con algún objeto que podía lastimarle?					20		
22 ¿Le ha golpeado con una botella, algún palo o cinturón o algún otro objeto doméstico?					20		
23 ¿Le pateó, arrastró o trató de asfixiarla o estrangularla?					20		
24 ¿Le quemó a propósito con cigarrillos, gasolina o alguna sustancia química?					20		
25 ¿Le ha agredido con alguna navaja, cuchillo o machete o alguna otra arma cortopunzante?					20		
26 ¿Le ha disparado con una arma de fuego?					20		

F. SEXUAL

	SI		NO		¿Hace cuánto?		Valoración	
					Mas de 1 mes	Menos de 1 mes	Puntaje	Calificación
27	¿Le ha exigido tener relaciones sexuales con él cuando usted no lo desea?						20	
28	¿Ha usado fuerza física para tener relaciones sexuales con usted?						20	
29	¿Le ha obligado a realizar actos sexuales que usted sintió degradantes o humillantes?						20	

V. CIRCUNSTANCIAS AGRAVANTES DE LA VIOLENCIA

	SÍ		NO		Valoración	
					Puntaje	Calificación
30	¿Otras personas de la familia, niño/as o adultos/as han sido violentadas por el/la agresor/a?				10	
31	¿El agresor/a presenta historial de conductas violentas con otras personas (amigos, compañeros, vecinos, e.t.c.)?				10	
32	¿El agresor/a siente o expresa resistencia a romper la unidad doméstica o terminar la relación?				10	
33	¿Usted ha denunciado o puesto en conocimiento ante alguna autoridad los hechos de violencia?				10	
34	¿El agresor/a se torna violento cuando consume alcohol o sustancias SPA o tiene adicción al juego?				10	
35	¿El agresor/a tiene tiene armas de uso personal o laboral, o facil acceso a ellas?				10	
36	¿El agresor/a tiene antecedentes judiciales, disciplinarios o ante tribunales de ética por hechos de violencia?				10	

VI. PERCEPCIÓN DE LA VÍCTIMA FRENTE AL RIESGO DE LA VIOLENCIA

	SÍ		NO		Valoración	
					Puntaje	Calificación
37	En caso de que existan amenazas contra su integridad, ¿usted piensa que puedan llevarse a cabo?				20	
38	¿La violencia esta aumentando en frecuencia o intensidad?				20	
39	¿Le ha hecho sentir miedo?				20	
40	¿Usted teme por su vida?				20	
41	¿Usted cree que el presunto agresor/a es capaz de matarle personalmente o a través de terceras personas?				20	
42	¿Se siente insegura/o de volver a su casa?				20	

VII. VALORACIÓN

Suma de las casillas de VALORACIÓN	TOTAL	
------------------------------------	-------	--

Referencias

GONZÁLEZ L. M, PEÑALOZA R.E, MATALLANA M. A, GIL F, GÓMEZ RESTREPO

C, VEGA LANDAETA A.P. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia [en línea]. Revista colombiana de psiquiatría. 2016;45(S1):89–95. Disponible en Internet: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80650839012.pdf>

Martha Nusbaum. Crear Capacidades propuestas para el desarrollo. 2016
22. SARMIENTO SUÁREZ MJ. Salud Mental y Desarrollo. ISSN: 0120-5498 • Med. 39 (3) Sep: 246-254 • Julio - septiembre 2017. Consultado en revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/download/118-7/1488/

EXPÓSITO MOLINA Carmen. ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. 2012

ORTIZ HERNÁNDEZ L.; LÓPEZ MORENOI S.; BORGES G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. Cad. Saúde Pública vol.23 no.6 Rio de Janeiro June 2007.

TerriData, 2024: Consultado el 4 de diciembre de 2024 en: <https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/13000>

Mapa Interactivo de Los Consejos comunitarios, *Observatorio de Territorios Étnicos es un proyecto de la Facultad de Estudios Ambientales y Rurales - Departamento de Desarrollo Rural y Regional de la Pontificia Universidad Javeriana*. Consultado el 4 de diciembre de 2024 en: <https://consejos.etnoterritorios.org/?id=fbd45e2fd574cd72b2a79a7fba92c999>

Informe “Colombia Cultural” del Sistema Nacional de Información Cultural -SINIC- Consultado el 4 de diciembre en: <https://www.sinic.gov.co/SINIC/ColombiaCultural/ColCulturalBusca.aspx?AREID=3&COLTEM=216&IdDep=13&SECID=8>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health [en línea]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Manual Metodológico para la Elaboración e Implementación de las RIAS. Bogotá, 2016.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), 2015 [en línea]. Bogotá, 2016. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/encuesta-nacional-salud-mental-ensm-2015.zip>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Boletín de Salud Mental, Conducta Suicida [en línea]. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/bolet-in-conducta-suicida.pdf>

Arias, L., & Herrera, J. A. (1994). El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Médica*, 25(1), 26-28.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

Carr, A., & McNulty, M. (2016). *The handbook of adult clinical psychology: An evidence-based practice approach*. Routledge.

Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin*, 139(6), 1342–1396. <https://doi.org/10.1037/a0031808>

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 25, 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.006>

Oliva, A., Jiménez, J., & Parra, Á. (2020). Familia y desarrollo adolescente. En *Psicología del desarrollo* (pp. 345–376). Alianza Editorial.

Walsh, F. (2016). *Strengthening family resilience*. The Guilford Press.

Robledo Ramón, P., & García Sánchez, J. N. (2008). El contexto familiar y su papel en el desarrollo socio-emocional de los niños: revisión de estudios empíricos.

García, L., Martínez, R., & Sánchez, P. (2021). Impacto de las condiciones socioeconómicas en la salud mental infantil. *Revista de Psicología Infantil*, 35(2), 45-60.

López, J., & Gutiérrez, M. (2019). Ambiente escolar y su relación con el bienestar psicológico en niños. *Psicología Escolar*, 28(1), 12-27.

Pérez, C., & Hernández, D. (2018). Factores individuales y su influencia en el desarrollo emocional infantil. *Psicología Clínica y Desarrollo*, 14(3), 89-104.

Rodríguez, F., Gómez, S., & Torres, A. (2020). La influencia del entorno familiar en la salud mental infantil. *Análisis Psicosocial*, 22(4), 101-118.

Piñuel, I., & Oñate, A. (2005). *La Violencia y sus manifestaciones silenciosas entre los jóvenes: estrategias preventivas*. Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo. Madrid, España.

World Health Organization (WHO). (1994). *A user's guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ)*. Geneva: WHO.

Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., ... & Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*, 11(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-109>

Devries, K. M., Mak, J. Y. T., García-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., ... & Watts, C. H. (2014). The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, 340(6140), 1527-1528. <https://doi.org/10.1126/science.1240937>

Ellsberg, M., Arango, D. J., Morton, M., Gennari, F., Kiplesund, S., Contreras, M., & Watts, C. (2015). Prevention of violence against women and girls: What does the evidence say? *The Lancet*, 385(9977), 1555-1566. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61703-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61703-7)

Heise, L., Ellsberg, M., & Gottmoeller, M. (2019). A global overview of gender-based violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 78(S1), S5-S14. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(02\)00038-3](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(02)00038-3)

World Health Organization (WHO). (2017). *Violence against women: Key facts*. Geneva: WHO. Retrieved from <https://www.who.int>