

**MODELO DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO EN SALUD MENTAL A VÍCTIMAS
DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y CONDUCTA SUICIDA**

INTEGRANTES:

ANGELA MAYERLY PÉREZ VARGAS
CLAUDIA MARCELA PÉREZ YASO
JAZMÍN ANGÉLICA VARÉLA ANGÉL

UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA
ESCUELA DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
BOGOTÁ
2014.

**MODELO DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO EN SALUD MENTAL A VÍCTIMAS
DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y CONDUCTA SUICIDA**

INTEGRANTES:

**ANGELA MAYERLY PÉREZ VARGAS
CLAUDIA MARCELA PÉREZ YASO
JAZMÍN ANGÉLICA VARÉLA ANGÉL**

Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en gerencia de servicios de salud.

Tutor Temático:
Dr. Jairo Gracia

Director de Especialización
Dr. Gustavo Malagón Londoño
Codirector de la Especialización
Dr. Jorge Giraldo Vanegas

**UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA
ESCUELA DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
BOGOTA
2014.**

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	7
2. JUSTIFICACIÓN	8
3. PROBLEMA	10
3.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	10
3.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	10
4. OBJETIVO	11
4.1 OBJETIVO GENERAL	11
4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	11
5. MARCO REFERENCIAL	12
5.1 SALUD MENTAL	14
5.1.1 FACTORES BIOLÓGICOS	16
5.1.2 FACTORES PSICOLÓGICOS	17
5.1.3 FACTORES SOCIALES	18
5.2 POBREZA Y SALUD MENTAL	18
5.3 MUJER Y SALUD MENTAL	19
5.4 VIOLENCIA	20
5.4.1 TIPOS DE VIOLENCIA	20
5.5 IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA	28
5.6 EQUIPO DE SALUD MENTAL	32
6. MODELO DE ATENCIÓN	36
7. METODOLOGÍA	39
7.1 FASES	39
7.2 GRUPO OBJETO	39
7.3 TECNICAS A UTILIZAR Y FUENTES DE INFORMACIÓN	39
8. PROCESAMIENTO DE DATOS	39
9. ANALISIS DE DATOS	40

10. ALCANCE	42
11. PRESUPUESTO	42
12. CRONOGRAMA	43
13. PLANEACIÓN ESTRATEGICA	44
14. CONCLUSIONES	46
REFERENCIAS	47

LISTA DE TABLAS

Tabla No 1 “Población total Soacha”	13
Tabla No 2 “Número total de Casos de Maltrato Intrafamiliar comparación año 2012 y 2013”	22
Tabla No 3 “Porcentaje de Casos de Maltrato Intrafamiliar comparación año 2012 y 2013”	22
Tabla No 4 “Maltrato Intrafamiliar Física por Ciclo Vital en el año 2012”	23
Tabla No 5 “Maltrato Intrafamiliar Física por Ciclo Vital en el año 2013”	23
Tabla No 6 “Violencia Sexual por Ciclo Vital en el año 2012”	24
Tabla No 7 “Violencia Sexual por Ciclo Vital en el año 2013”	24
Tabla No 8 “Maltrato Emocional por Ciclo Vital en el año 2012”	25
Tabla No 9 “Maltrato Emocional por Ciclo Vital en el año 2013”	25
Tabla No 10 “Casos de Abandono por Ciclo Vital en el año 2012”	26
Tabla No 11 “Casos de Abandono por Ciclo Vital en el año 2013”	26
Tabla No 12 “Casos reportados por Negligencia en el año 2012”	27
Tabla No 13 “Casos reportados por Negligencia en el año 2013”	27
Tabla No 14 “porcentaje de conducta suicida por mes en comparación año 2012 y 2013”	29
Tabla No 15 “Conducta Suicida Vs Ciclo Vital”	30
Tabla No 16 “Porcentaje de Conducta Suicida Por Sexo en comparación año 2012 y 2013”	30
Tabla No 17 “Mecanismo utilizado en la Intención Suicida en el año 2012”	31
Tabla No 18 “Mecanismo utilizado en la Intención Suicida en el año 2013”	31
Tabla No 19 “Comportamiento por mes en conducta suicida”	40
Tabla No 20 “Comportamiento por sexo mes en conducta suicida” ...	40
Tabla No 21	

“Presupuesto mensual”	42
Tabla No 22 “Cronograma”	43
Tabla No 23 “DOFA”	45

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico No 1 “Modelo de atención”	37
Gráfico No 2 “Equipo de Salud Mental”	38

“MODELO DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO EN SALUD MENTAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y CONDUCTA SUICIDA”.

Pérez A., Pérez C., Varela A.

1. INTRODUCCIÓN

Un Municipio no puede ser indiferente al aumento y gravedad de la violencia intrafamiliar; por el contrario, debe sintetizar un pensamiento cuya prioridad sea la atención a las víctimas de esta problemática, que son seres integrales, con necesidades, sueños, sentimientos y con la expectativa de una vida digna.

En Soacha la violencia intrafamiliar se ha convertido en un problema social, que afecta a cualquiera de sus miembros como son niños, niñas, mujeres y adultos mayores; la familia es la elemento fundamental en la cual está constituida la sociedad, es un lugar en donde predomina la seguridad, el amor, respeto y protección; pero al verse amenazado este equilibrio se genera efectos irreversibles sobre los individuos.

La violencia intrafamiliar; además, de ser un problema social es un problema que incide en la salud mental de las víctimas; las víctimas a parte que han sufrido la {violación de sus derechos y de su dignidad humana, también se etiquetan en alteraciones psiquiátricas y tratamientos psicofarmacológicos; perdiendo su autonomía para enfrentarse a diferentes situaciones, debido a que se individualizan en diagnósticos psicosomáticos, depresión, histeria, bipolaridad, entre otros, lo que genera la conducta suicida.

Las entidades prestadoras de salud en respuesta social a la problemática de violencia intrafamiliar debe garantizar la atención oportuna en salud mental; teniendo recurso humano, económico y físico que garanticen la implementación de servicios integrados e integrales generando bienestar y desarrollo en la comunidad.

Por esto, se propone un modelo de atención en dos direcciones; una de ellas es guiar acciones propias a la atención integral de la violencia intrafamiliar y la conducta suicida y en una segunda dirección responder a las necesidades sentidas de los prestadores de servicios de salud.

2. JUSTIFICACIÓN

La violencia es un fenómeno social y universal que está presente en el tiempo y en el espacio, puesto que ha existido siempre en todas las sociedades, cualquiera que sea su grado de desarrollo; se afirma que su definición es la agresión manifiesta intencional y/o accidental, se relaciona con malestar, maltratar, violar, forzar para producir un daño y tiene como consecuencias negativas a nivel familiar, individual y colectivo¹.

Según las características de la población de Soacha, es evidente que han atravesado por una serie de escenarios de violencia, lo que hace necesarios dar respuestas a las exigencias sociales, requiriendo cobertura de los servicios de salud mental, así como acciones comprometidas y conjugadas para el óptimo desarrollo de convivencia y bienestar emocional, promoviendo integralmente la calidad de vida de los habitantes.

De acuerdo con la UNICEF² la violencia intrafamiliar es generalmente perpetrada por hombres que son o han sido receptores de confianza, intimidad y poder, como pueden ser esposos, novios, padres, suegros, padrastros, hermanos, tíos, hijos u otro pariente.

En América latina, estudios realizados, informan que en un 25% a 50% de la población femenina declaran haber sido abusadas en algún momento por sus parejas.³

A partir del SIVIM (sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar, violencia sexual y maltrato infantil), de Bogotá distrito capital afirma que entre los años 2006 y 2010 se presentó un aumento de 14.870 a 22.724 casos de violencia.⁴

En Soacha en el año 2010 se evidencio que el 79% de los eventos reportados correspondió a violencia de pareja y en su mayoría las víctimas fueron mujeres y 17% fue contra niñas y adolescentes.⁵

Esta investigación se realiza a partir del análisis de la situación de salud del municipio de Soacha el año 2012 y 2013; en el año 2012 se presento 2.397 y en el año 2013 se presentaron 8.530 casos de violencia intrafamiliar con un aumento

¹Violencia Intrafamiliar en el sector venezolano las tunltas 2012.

² Unicef 2000.

³Heise, 1994.

⁴Análisis de la Situación en Salud, Municipio Soacha Cundinamarca, Secretaria Municipal de Soacha.

⁵Soacha 2012 Estado de avance de los objetivos del Desarrollo del Milenio

significativo 355% y en el caso de conducta suicida en el año 2012 se presentó 233 y en el año de 2013 se presentó 228 casos⁶.

Estos resultados permiten evidenciar un aumento de la incidencia de violencia y conducta suicida, se abordan estas problemáticas inicialmente puesto que son condiciones que desencadenan otras patologías mentales y son identificadas con mayor frecuencia en el municipio de Soacha⁷.

Las víctimas de violencia intrafamiliar del municipio de Soacha tiene dificultades para accesos de servicios de salud principalmente en seguimiento de psicología y/o psiquiatría, teniendo en cuenta su situación económica y en su mayoría son del régimen subsidiado, por lo que no ha podido continuar un seguimiento de salud mental adecuado, lo que no permite un apropiada evolución y superación del evento; por tal motivo se considera necesario un modelo de atención y seguimiento en salud mental integral y calificado que atienda las necesidades de estas personas independientemente de su afiliación en salud y que esté al alcance de todos los habitantes del municipio.

Con todo lo anterior se percibe un camino de articulación de acciones propias entre optimizar el modelo de atención en salud mental y las necesidades de los prestadores de salud que redundaran el bienestar y calidad de vida de los habitantes del municipio de Soacha.

⁶Análisis de la Situación en Salud 2012 – 2013 Municipio Soacha Cundinamarca, Secretaria Municipal de Soacha

⁷Análisis de la Situación en Salud 2012 – 2013 Municipio Soacha Cundinamarca, Secretaria Municipal de Soacha

3. **PROBLEMA**

3.1 **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.**

Soacha es un municipio que tiene limitadas estrategias para la atención y seguimiento de las víctimas de violencia intrafamiliar, generando incremento en los eventos de Salud Mental como lo son trastornos psicosomáticos, depresión, histeria y bipolaridad, que fomenta la conducta suicida.

Las consecuencias de ser víctima de violencia intrafamiliar y la posibilidad de presentar un evento suicida, se disminuirá con un modelo de atención y seguimiento en salud mental con calidad y orientado a principios de equidad, garante de derechos, responsabilidad y sostenibilidad; de tal manera que se eleve la calidad de vida de la población y se promueva la participación y respuesta social organizada.

3.2 **ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

¿Se logrará minimizar la problemática de conducta suicida y la violencia intrafamiliar; a través, de la creación de un modelo atención y seguimiento a los eventos de salud mental en el municipio de Soacha?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un modelo de atención en salud mental para la secretaria de salud y aseguradoras de régimen subsidiado del municipio de Soacha; con el fin de brindar atención integral y seguimiento a víctimas de violencia intrafamiliar para reducir la conducta suicida en la población.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar los casos reportados a la secretaria de salud de Soacha entre el año 2012 y 2013 para determinar la incidencia y prevalencia del evento de conducta suicida y violencia intrafamiliar.
2. Establecer los perfiles ocupacionales del equipo de salud mental.
3. Diseñar un modelo de intervención y seguimiento en salud mental para la atención de víctimas y victimarios en caso de violencia intrafamiliar.
4. Minimizar la incapacidad prolongada, el deterioro personal, familiar, laboral y social que produce los eventos de violencia y conducta suicida en la población.
5. Brindar un modelo de atención de víctimas de violencia intrafamiliar y conducta suicida a las aseguradoras de régimen subsidiado que pueda ser articulado en su plan de beneficios con el fin de disminuir los costos que se generan en su atención.

5. MARCO REFERENCIAL.

Soacha es el Municipio con mayor población en el Departamento de Cundinamarca. Ha presentado un crecimiento poblacional acelerado, determinado por la expansión territorial de los barrios periféricos de Bogotá como Bosa y Ciudad Bolívar y también la migración de zona rural hacia la ciudad en situación de desplazamiento buscando mejores condiciones económicas y el acceso al mercado laboral.⁸

El Municipio de Soacha se encuentra ubicado en la zona sur de la sabana a 18Km y al sur oriente de Bogotá. Limita al norte con los municipios de Bojacá y Mosquera, al este con Bogotá D.C., al sur con Sibaté y Pasca y al oeste con Granada y San Antonio del Tequendama⁹.

Residen aproximadamente 488.995 personas, de los cuales 472.152 conforman la cabecera municipal y 5.766 corresponden a zona rural, la mayor parte de ellas clasificadas en los estratos 1 (44%) y 2 (33%). El restante 27% pertenece al estrato 3.

El municipio está dividido en seis comunas compuestas por 2 corregimientos y 368 barrios de los cuales 18 son asentamientos subnormales ilegales sin titulación, concentrados en las comunas 4 y 6 principalmente. Su población se ha cuadruplicado en los últimos cinco años, debido esencialmente a procesos migratorios y de desplazamiento forzado, lo que hace que el 79% de los habitantes provengan de otras regiones del país y únicamente el 21% haya nacido en la localidad.

⁸ Plan de Ordenamiento Territorial Soacha (2004), Diagnóstico de Género de la Población de Soacha.

⁹ Plan de Ordenamiento Territorial Soacha (2004), Diagnóstico de Género de la Población de Soacha.

Tabla No 1 “Población total Soacha”

POBLACION MUNICIPIO SOACHA - PROYECCION DANE AL 2013.				
EDAD	AÑO	MUJER	HOMBRE	TOTAL
0 A 14 AÑOS	2012	67220	70359	137579
	2013	67899	71051	138950
15 A 29 AÑOS	2012	66466	66798	133264
	2013	67928	68333	136261
30 A 59 AÑOS	2012	87641	80092	167733
	2013	89741	68333	158074
MAYOR DE 60 AÑOS	2012	20842	18513	39355
	2013	22168	19628	41796

Año	TOTAL	MUJER	HOMBRE
2012	477931	242169	235762
2013	475081	247736	227345

Fuente: DANE 2013

Las causas del incremento poblacional están relacionadas con el desplazamiento forzado por el conflicto armado que enfrenta el país, siendo el municipio de Soacha, el gran receptor de población migrante y con constante flujo de desplazamiento interurbano, fundamentalmente por familias marginadas económicamente, que ven en Soacha mayores posibilidades de acceder a territorios y /o arriendos económicos.¹⁰

En el municipio de Soacha existen factores de riesgo micro y macro sociales que pueden favorecer el la presencia de eventos de Salud Mental, como los altos índices de inseguridad humana, extrema pobreza, desplazamiento forzado, desempleo, tráfico de drogas, violencia social y sexual, a los cuales se agregan la existencia de una infraestructura precaria y el acceso deficiente a los servicios públicos básicos; en este contexto, niños, niñas, adolescentes y jóvenes han sido identificados como el grupo poblacional con el nivel más alto de vulnerabilidad, ya que son afectados de manera desproporcionada por las amenazas existentes en el territorio, lo que afecta directamente sus proyectos de vida y facilita su vinculación a las dinámicas de los conflictos sociales.

Los estudios efectuados recientemente en el país señalan que los jóvenes residentes en zonas urbanas son más vulnerables, las problemáticas tienden a

¹⁰ Plan de Ordenamiento Territorial Soacha (2004), Diagnóstico de Género de la Población de Soacha.

iniciarse a edades más tempranas y en las mujeres tiende a igualarse con el de los hombres.¹¹

Para atender todas estas problemáticas se deben abordar aspectos psicológicos, socioculturales, históricos y políticos, los cuales actúan como unidad para una adecuada salud mental.

5.1 SALUD MENTAL

La salud mental es entendida hoy como: “El estado de bienestar físico, emocional, familiar y social que la persona alcanza a través de procesos de formación, autorregulación, autonomía e integración, que se construyen con la cotidianidad y que le permiten enfrentar satisfactoriamente la vida y no solo la ausencia de la enfermedad”.¹²

Así mismo se define en la ley 1616 del 21 de Enero de 2013, como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

Es de interés y prioridad para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de Salud Pública, es un bien de interés Público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos.¹³

Los conocimientos sobre la salud mental y en términos más generales, sobre el funcionamiento de la mente son importantes, porque proporcionan el fundamento necesario para comprender mejor el desarrollo de los trastornos mentales y del comportamiento.

En los últimos años, la nueva información procedente de la neurociencia y de la medicina conductual ha ampliado de manera espectacular nuestros conocimientos sobre el funcionamiento de la mente. Resulta cada vez más evidente que dicho funcionamiento tiene una base biológica, además de estar esencialmente relacionado con los aspectos físicos y sociales y con los resultados de salud.

¹¹ Ministerio de la Protección Social, Política Nacional para la reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto.

¹² Organización Mundial de la Salud. OMS, Proyecto de Política de Salud Mental “Paquete de orientación sobre Política y servicios”.

¹³ Ley N° 1616 del 21 de Enero de 2013, Artículo 3

La relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y variada. Los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, además de contribuir a las lesiones no intencionales e intencionales. También, muchas condiciones patológicas aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales y esta comorbilidad no sólo complica la búsqueda de ayuda y de tratamiento sino que influye en el pronóstico.¹⁴

Los diferentes estudios a través del tiempo señalan la magnitud del problema de la salud mental: a nivel mundial, una de cada cuatro personas se verá afectada por trastornos mentales en alguna época de su vida. La carga social y económica de la enfermedad mental es enorme: unos 450 millones de personas padecen actualmente alguna dolencia de este tipo. Constituyen ya 5 de las 10 causas principales de invalidez o morbilidad a escala mundial atribuible a los trastornos mentales y de comportamiento, aumenta del 12% en 1999 al 15% en el año 2020. Si bien los trastornos mentales y del comportamiento afectan a personas de todos los grupos de la sociedad, aumentando en los países en desarrollo como los desarrollados, resultan afectados de forma desproporcionada por dichos trastornos.

Los problemas de Salud Mental causan costos económicos y sociales altos, los pacientes y sus familias o los encargados de atenderlos padecen con frecuencia una reducción de su productividad en el hogar y en el lugar de trabajo. La pérdida de salarios combinada con la posibilidad de incurrir en gastos catastróficos en atención en salud, puede afectar gravemente a la situación financiera de los pacientes y sus familias, hundiéndolos en la pobreza o agravándola.

Las consecuencias sociales de los trastornos mentales para los pacientes y sus familias pueden ser, entre otras, el desempleo, la destrucción de las redes sociales, la estigmatización, la discriminación y perse una menor calidad de vida. A sí mismo imponen también una diversidad de consecuencias en el curso y el resultado de afecciones comórbidas crónicas, tales como el cáncer, la cardiopatía coronaria, la diabetes y el VIH/SIDA.¹⁵

Por otro lado es indispensable reconocer la gravedad de esta problemática que día a día incrementa de forma alarmante, los trastornos depresivos son la cuarta causa más importante de la carga mundial de morbilidad y se sabe que muestra una persistente tendencia a aumentar cada año, 1 millón de personas se suicidan

¹⁴ Prince M, Patel v, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No healthwithout mental health. Lancet. 2007 Sep 8;370(9590):859-877 “Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. OMS, Proyecto de Política de Salud Mental “Paquete de orientación sobre Política y servicios”.

y al menos otros 20 millones intentan hacerlo, de tal suerte que se prevé que para el 2020 ocuparan el segundo puesto, luego de la cardiopatía isquémica.¹⁶

Dada la influencia de la Salud Mental en el bienestar general de la población, la Organización Mundial de la Salud ha indicado la importancia de garantizarla en los individuos y los grupos humanos. La predominancia de los aspectos físicos relacionados con la salud muestra la poca valoración que aún tiene la Salud Mental; sin embargo, el crecimiento de los problemas sociales y el envejecimiento de la población indican que la Salud Mental se tomará un tema de gran atención. En tal sentido, dada la situación nacional el Ministerio de Protección Social, incluyó la Salud Mental como una de las áreas prioritarias de Salud Pública en el País.¹⁷

5.1.1. FACTORES BIOLÓGICOS

La edad y el sexo son características influyentes en los trastornos mentales y del comportamiento. Se ha observado una relación entre diversos trastornos y la existencia de alteraciones de la comunicación neuronal en determinados circuitos.¹⁸ Sin embargo, en la depresión es posible que no se produzcan anomalías fisiológicas características; en este caso, el riesgo de enfermedad puede deberse a cambios de la reactividad de los circuitos neuronales esto, a su vez, pueden ser reflejo de cambios sutiles en la estructura, la ubicación o los niveles de expresión de proteínas esenciales para un funcionamiento normal. En otras palabras, las alteraciones de las conexiones sinápticas inducidas por sustancias psicotrópicas o por la experiencia pueden causar trastornos duraderos de los procesos de pensamiento, las emociones y el comportamiento.¹⁹

Los trastornos mentales y del comportamiento se deben fundamentalmente a la interacción de múltiples genes de riesgo y factores ambientales. Es más, puede que una predisposición genética a desarrollar un determinado trastorno mental o del comportamiento se manifieste únicamente en personas sometidas también a determinados estresores ambientales que desencadenan la manifestación de la enfermedad. Los ejemplos de factores ambientales abarcan desde la exposición a sustancias psicotrópicas en la vida fetal, a la malnutrición, las infecciones, la desintegración de la familia, el abandono, el aislamiento y los traumatismos.²⁰

¹⁶ Organización Mundial de la Salud. Programa de acción para superar las Brechas en Salud Mental

¹⁷ Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, Ministerio de la Protección Social

¹⁸ Lewis DA, Lieberman JA. Catching up on schizophrenia: natural history and neurobiology. *Neuron*. 2000 Nov;28(2):325-334.

¹⁹ Berke JD, Hyman SE. Addiction, dopamine, and the molecular mechanisms of memory. *Neuron*. 2000 Mar;25(3):515-532

²⁰ Bijl RV., Ravelli A., Van Zessen G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.

5.1.2. FACTORES PSICOLÓGICOS

Los factores psicológicos individuales guardan también relación con la aparición de trastornos mentales y del comportamiento. A lo largo del siglo XX, un hallazgo fundamental ha conformado nuestra concepción actual; la importancia decisiva de las relaciones con los padres y otros cuidadores durante la infancia, los cuidados afectuosos, atentos y estables permiten a los lactantes y a los niños pequeños desarrollar con normalidad funciones como el lenguaje, el intelecto y el control de las emociones.

Ese desarrollo puede verse interferido si el cuidador sufre problemas de salud mental u otras enfermedades, o si fallece. Los niños pueden verse separados de sus cuidadores por la pobreza, la guerra o el desplazamiento de poblaciones. A escala más general, también quedan desatendidos cuando no existen servicios sociales en la comunidad. Al margen de las causas concretas, cuando los niños se ven privados de la atención de sus cuidadores, tienen más probabilidades de padecer trastornos mentales y del comportamiento, ya sea durante la infancia o más adelante.²¹

Prueba de ello es la evolución seguida por muchos niños acogidos en instituciones que no les proporcionaban la suficiente estimulación social. Aunque recibían una alimentación y unos cuidados corporales adecuados, era frecuente que manifestaran graves deficiencias en la interacción con los demás, en la expresividad emocional y en el afrontamiento adaptativo a los acontecimientos estresantes de la vida y en algunos casos se observaban también deficiencias intelectuales; factores de riesgo pre-disponentes a ser victimarios.

Por consiguiente, los trastornos mentales y del comportamiento pueden considerarse como un comportamiento mal adaptado aprendido, ya sea directamente (violencia) por la observación de otros a lo largo del tiempo. Esta teoría se basa en pruebas obtenidas a lo largo de décadas de investigación sobre el aprendizaje y el comportamiento y se ve corroborada por el éxito de la terapia conductual, que aplica estos principios para ayudar a las personas a modificar sus formas mal adaptadas de pensamiento y conducta. Por último, la psicología ha demostrado que algunos tipos de trastornos mentales y del comportamiento, como la ansiedad y la depresión, pueden ser consecuencia de la incapacidad para afrontar adaptativamente un acontecimiento vital estresante.

En general, las personas que evitan pensar en las causas de estrés o afrontarlas tienen más probabilidades de padecer ansiedad o depresión, mientras que las personas que comparten sus problemas con otros y procuran encontrar maneras de hacer frente a los factores estresantes funcionan mejor al cabo del tiempo.

²¹ Organización Mundial de la Salud (2001)

5.1.3. FACTORES SOCIALES

Se han relacionado los trastornos mentales y del comportamiento con factores sociales como la urbanización, la pobreza y la evolución tecnológica, pero no hay razón alguna para dar por sentado que la repercusión de los cambios sociales sobre la salud mental es igual en todos los segmentos de una sociedad determinada. Por lo general, dichos cambios tienen efectos distintos en función de la situación económica, el sexo, la raza y las características étnicas²²

Las características de la urbanización moderna pueden tener efectos nocivos sobre la salud mental por la influencia de los factores estresantes, más frecuentes y de acontecimientos vitales adversos como los entornos superpoblados y contaminados, la pobreza, la dependencia de una economía monetaria, los altos niveles de violencia y el escaso apoyo social.²³

Aproximadamente la mitad de la población urbana de los países con ingresos bajos y medios vive en la pobreza y decenas de millones de adultos y niños carecen de un hogar. En algunas zonas, el desarrollo económico está obligando a un número cada vez mayor de personas a emigrar hacia áreas urbanas en busca de sustento. Por lo general, la emigración no aporta un mayor bienestar social; al contrario, genera a menudo altas tasas de desempleo y condiciones de vidas miserables; de tal modo, que los emigrantes quedan expuestos a tensiones sociales y a un mayor riesgo de trastornos mentales debido a la ausencia de redes sociales de apoyo.²⁴

5.2 POBREZA Y SALUD MENTAL

La relación entre pobreza y salud mental es compleja y multidimensional. Según su definición más estricta, la pobreza consiste en la carencia de dinero o posesiones materiales. En términos más amplios y quizá más apropiados para hablar de los trastornos mentales y del comportamiento, puede entenderse como la insuficiencia de medios, lo que comprende la falta de recursos sociales o educativos.

²²Desjarlais R, Eisenberg L, Good b, Kleinman A. World mental health: problems and priorities in low-income countries. New York, Oxford University Press. 1995.

²³ Shah E. Poverty, Inequality and Health. An International Perspective: D Leon, G Walt (eds). Oxford: Oxford University Press, 2001. International Journal of Epidemiology. 2001, 10;30(5):1202-a-1203.

²⁴ Kohn R, Levav I, Almeida J, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J., (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev PanamSaludPública. 11;18(4-5):229-240.

La pobreza y las situaciones que la conlleva, como el desempleo, la baja instrucción, las privaciones, consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar y la falta de un hogar, no sólo abundan en los países pobres que es mayor la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento, sino que afectan también a una minoría considerable en los países ricos.²⁵

Existen también pruebas de que la evolución de los trastornos mentales y del comportamiento está determinada por la situación socioeconómica del individuo. Puede ser el resultado de una carencia general de accesibilidad a los servicios de salud mental, unida a las barreras que impiden a ciertos grupos socioeconómicos el acceso a la asistencia médica.

Los países pobres disponen de muy pocos recursos para la asistencia psiquiátrica y éstos a menudo quedan fuera del alcance de los segmentos más pobres de la sociedad. Incluso en los países ricos, la pobreza, unida a factores como la ausencia de cobertura de seguro médico, el menor nivel de instrucción, el desempleo y la condición de minoría racial, étnica y lingüística, puede levantar barreras infranqueables para el acceso a la asistencia médica. El desfase terapéutico es grande para la mayoría de los trastornos mentales, pero en la población pobre es enorme.²⁶

5.3 MUJER Y SALUD MENTAL

En los distintos niveles socioeconómicos, los numerosos papeles que las mujeres desempeñan en la sociedad las exponen a un mayor riesgo de padecer trastornos mentales y del comportamiento que otros miembros de la comunidad. Las mujeres siguen soportando la carga de responsabilidad ligada a su condición de esposas, madres, educadoras y cuidadoras de otras personas, al tiempo que se están convirtiendo en una parte fundamental de la fuerza de trabajo; constituyen ya la principal fuente de ingresos para hogares. Además de las presiones que las mujeres soportan como consecuencia de sus responsabilidades, cada vez más amplias y a menudo encontradas, se enfrentan a una importante discriminación sexual y a las situaciones adversas que conlleva, como la pobreza, el hambre, la malnutrición, el exceso de trabajo y la violencia doméstica y sexual.

Por ello no sorprende constatar que las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de que se les prescriban psicofármacos. La violencia contra las mujeres

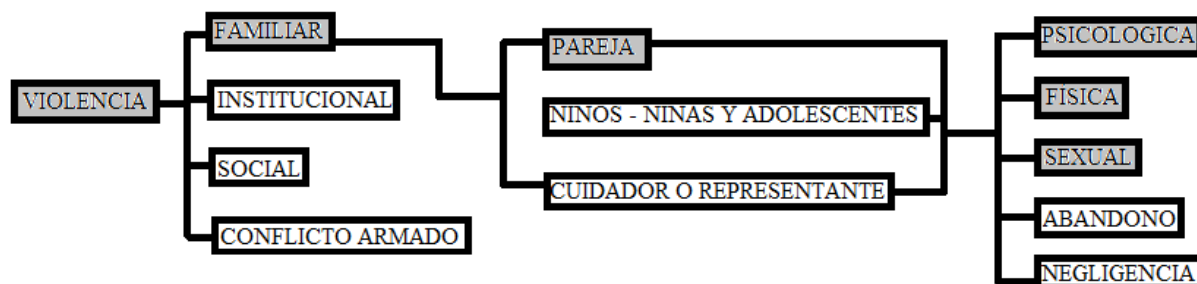
²⁵ Spiegel D, Kraemer H, Bloom J, Gottheil E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*. 10;334(8668):888-891.

²⁶ OPS. (2008). Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. CD48/8. Washington, D.C. [Internet]. [cited 2011 Ago 21]; Available from: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-08-s.pdf>.

constituye un importante problema social y de salud pública que afecta a estas sin distinción de edad, ámbito cultural o nivel de ingresos.²⁷

5.4 VIOLENCIA

Violencia es cualquier acción u omisión, que cause muerte, daños o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial a un individuo, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea en el ámbito público o en el privado. No está relacionada con la edad, tanto niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores pueden ser afectadas por la violencia. Tampoco se encuentra relacionada con el origen de las personas, afecta en todas sus diversidades, etnia, cultura, nivel socioeconómico, opción religiosa o política y orientación sexual.²⁸



5.4.1. TIPOS DE VIOLENCIA

- **Violencia física:** Es toda acción u omisión intencional que causa daño en la integridad física a un individuo, puede ser de intensidad leve, moderada o grave y su ocurrencia antigua, reciente o recurrente. Se identifica que afecta más a las mujeres del Municipio de Soacha.
- **Violencia emocional o psicológica:** Se centra en los efectos adversos sobre la conducta, la emocionalidad, la seguridad y la capacidad de adaptarse al medio, la cual puede enmarcarse como alejada y ajena a toda conducta con sentido constructivo, educativo o protectora. La violencia psicológica se clasifica en leve, como aquel que es reparable en un corto tiempo de tratamiento. Moderado el que

²⁷ WHO. (2005). Atlas Child and Adolescent Mental Health Resources. Global Concerns: Implications for the Future. World Health Organization. Geneva.

²⁸ OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1993), La violencia contra las mujeres y las niñas: análisis y propuestas desde la perspectiva de la salud pública (MSD13/6), Washington, D.C.

requiere un intervención prolongada al individuo y a su familia. Grave, aquél que no tiene retroceso y sus secuelas acompañan a la víctima toda la vida.

- **Violencia Sexual:** Acciones u omisiones que amenazan o lesionan la libertad, la seguridad, la integridad y el libre desarrollo de la sexualidad de los individuos, incluye prácticas sexuales no voluntarias, explotación sexual comercial, prácticas sexuales con terceros, trata de personas con fines de explotación sexual.
- **Gestación y maltrato:** Se presencia conductas que por acción u omisión degraden a la mujer embarazada poniendo en peligro el desarrollo normal del feto. Su gravedad está dada según el riesgo directo o indirecto para el desarrollo del niño por nacer, se evidencian factores de riesgo como los son los embarazos no deseados, negación permanente del embarazo, mujeres con intento de aborto o aborto anteriores, mujeres que planean dar sus hijos en adopción, fármaco dependencia o alcoholismo, padres con antecedentes de maltrato, padres con enfermedad mental, madres adolescentes.
- **Violencia Económica:** Pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos económicos destinados a satisfacer las necesidades del individuo.

Todas las anteriores manifestaciones de maltrato hacen parte de la violencia intrafamiliar o doméstica antes referida; siendo ésta el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos tendientes a detectar tempranamente, diagnosticar maltrato físico, psicológico o sexual.²⁹

De acuerdo con la Ley 294 de 1996, reformada por la Ley 575 de 2000, la violencia intrafamiliar es todo comportamiento u omisión protagonizada por los miembros que forman el grupo familiar por afinidad o afiliación, sin diferencia de edad, sexo, raza, posición social, estado anímico, lo que involucra que está conducta cause en la víctima daño corporal, emocional, sexual, económico y social, dirigida de manera dolosa a causar. La violencia puede ser física, psicológica (verbal, emocional, rechazo, presión, terrorismo, corrupción económica, entre otros.) y sexual (actos sexuales abusivos con menor de 14 años, acceso carnal violento y abusivo).

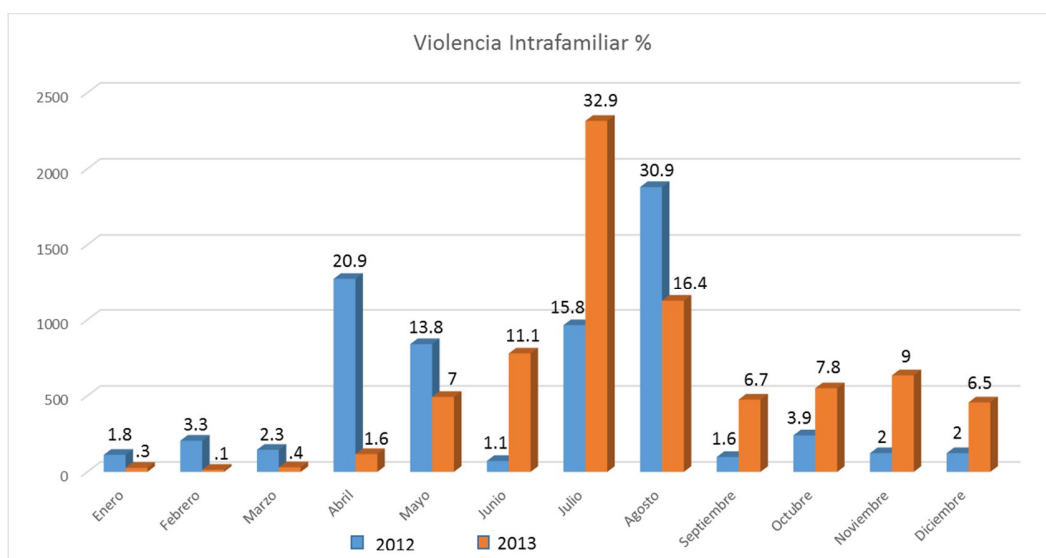
A continuación se dará a conocer los casos de Violencia reportados en el año 2012 y 2013 en el municipio de Soacha.:

²⁹ Unidad de violencia Intrafamiliar Programa Chile Acoge. (2012). Orientaciones Técnicas Modelo de Intervención Centros de la Mujer

Tabla No 2“Número total de Casos de Maltrato Intrafamiliar comparación año 2012 y 2013”

CASOS DE VIOLENCIA		
TIPO DE VIOLENCIA	2012	2013
FISICO	396	1343
SEXUAL	52	217
EMOCIONAL	1949	6970
TOTAL	2397	8530
OTROS		
ABANDONO	947	3590
NEGLIGENCIA	163	142
TOTAL	1110	3732

Tabla No 3“Porcentaje de Casos de Maltrato Intrafamiliar comparación año 2012 y 2013”



Fuente. Salud Mental 2012– 2013

Tabla No 4 “Maltrato Intrafamiliar Física por Ciclo Vital en el año 2012”

AGRESIÓN FÍSICA			
Edad	Masculino	Femenino	Total
0 - 5 Años	8	9	17
6 - 11 Años	10	14	24
12 - 17 Años	13	48	61
18 - 28 Años	9	103	112
29 - 59 Años	26	127	153
60 y mas	6	12	18
No reporta	6	5	11

Fuente. Salud Mental 2012

Tabla No 5 “Maltrato Intrafamiliar Física por Ciclo Vital en el año 2013”

AGRESIÓN FÍSICA			
Edad	Masculino	Femenino	Total
0 - 5 Años	20	30	50
6 - 11 Años	15	20	35
12 - 17 Años	9	52	61
18 - 28 Años	35	405	440
29 - 59 Años	100	609	709
60 y mas	16	24	40
No reporta	1	7	8

Fuente. Salud Mental 2013

Como se muestra en las anteriores tablas, el Ciclo Vital que presenta mayor violencia física oscila entre 29 – 59 años con 127 casos de género femenino y 26 casos masculino para el año 2012, 609 casos de género femenino y 100 casos masculino, con notable aumento para el año 2013.

Tabla No 6“Violencia Sexual por Ciclo Vital en el año 2012”

AGRESIÓN SEXUAL			
Edad	Masculino	Femenino	Total
0 - 5 Años	1	3	4
6 - 11 Años	2	12	14
12 - 17 Años	1	15	16
18 - 28 Años	1	10	10
29 - 59 Años	1	7	8
60 y mas	0	0	0

Fuente. Salud Mental Secretaria de Salud Soacha 2012.

Tabla No 7“Violencia Sexual por Ciclo Vital en el año 2013”

AGRESIÓN SEXUAL			
Edad	Masculino	Femenino	Total
0 - 5 Años	9	31	40
6 - 11 Años	14	35	49
12 - 17 Años	17	80	97
18 - 28 Años	1	16	17
29 - 59 Años	1	12	13
60 y mas	0	1	1

Fuente. Salud Mental Secretaria de Salud Soacha 2013.

Como se muestra en las gráficas, se evidencia que la violencia sexual se presenta principalmente en el ciclo de 12 – 17 años de edad, se identifica que esta problemática se encuentra incrementando de forma alarmante principalmente en sexo femenino. Se observan diferentes, características como las diversas condiciones de migración, pandillas juveniles, actores de grupos armados y abandono de padres.

Tabla No 8“Maltrato Emocional por Ciclo Vital en el año 2012”

AGRESIÓN EMOCIONAL			
Edad	Masculino	Femenino	Total
0 - 5 Años	23	34	57
6 - 11 Años	28	32	60
12 - 17 Años	36	153	189
18 - 28 Años	108	504	612
29 - 59 Años	212	715	927
60 y mas	31	72	103
No reporta	0	1	1

Fuente. Salud Mental Secretaria de Salud Soacha 2012.

Tabla No 9“Maltrato Emocional por Ciclo Vital en el año 2013”

AGRESIÓN EMOCIONAL			
Edad	Masculino	Femenino	Total
0 - 5 Años	52	88	140
6 - 11 Años	38	59	97
12 - 17 Años	55	242	297
18 - 28 Años	384	1963	2347
29 - 59 Años	876	2954	3830
60 y mas	78	144	222
No reporta	8	29	37

Fuente. Salud Mental Secretaria de Salud Soacha 2013.

Como se evidencia en la anteriores tablas, los rangos de edad que presentan mayor maltrato emocional es el de 29 – 59 años con aumento significativo en el año 2013, sin embargo se debe tener en cuenta que las personas que reciben algún tipo de maltrato siempre ira asociado el maltrato emocional.

Tabla No 10 “Casos de Abandono por Ciclo Vital en el año 2012”

ABANDONO			
Edad	Masculino	Femenino	Total
0 - 5 Años	4	2	6
6 - 11 Años	1	4	5
12 - 17 Años	13	62	75
18 - 28 Años	76	295	371
29 - 59 Años	124	343	467
60 y mas	1	5	6
No reporta	8	9	17

Fuente. Salud Mental Secretaria de Salud Soacha 2012.

Tabla No 11 “Casos de Abandono por Ciclo Vital en el año 2013”

ABANDONO			
Edad	Masculino	Femenino	Total
0 - 5 Años	5	9	14
6 - 11 Años	2	1	3
12 - 17 Años	11	68	79
18 - 28 Años	279	1200	1479
29 - 59 Años	476	1455	1931
60 y mas	25	50	75
No reporta	2	7	9

Fuente. Salud Mental Secretaria de Salud Soacha 2013.

Como se identifica en las gráficas anteriores, el abandono es una de las formas de maltrato más frecuente en el ciclo de vida de 29 – 59 con aumento significativo en el año 2013, el cual se presenta con mayor frecuencia en mujeres por diferentes factores sociales, como desplazamiento, migración de familias, dificultades de pareja. Así mismo se identifica que las comisarías de familia son las instituciones que presentan mayor reportes de está ciclo de vida.

Tabla No 12“Casos reportados por Negligencia en el año 2012”

NEGLIGENCIA			
Edad	Masculino	Femenino	Total
0 - 5 Años	16	23	39
6 - 11 Años	18	9	27
12 - 17 Años	8	22	30
18 - 28 Años	1	20	21
29 - 59 Años	7	16	23
60 y mas	1	5	6
No reporta	8	9	17

Fuente. Salud Mental 2012.

Tabla No 13“Casos reportados por Negligencia en el año 2013”

NEGLIGENCIA			
Edad	Masculino	Femenino	Total
0 - 5 Años	22	32	54
6 - 11 Años	7	12	19
12 - 17 Años	5	21	26
18 - 28 Años	4	16	20
29 - 59 Años	7	15	22
60 y mas	0	0	0
No reporta	1	0	1

Fuente. Salud Mental 2013.

Según lo evidenciado en las anteriores gráficas la negligencia se presenta con mayor frecuencia en menores de 5 años y adulto mayor para los años de 2012 y 2013, por diferentes circunstancias, como condiciones económicas de la progenitora o de la pareja; es importante resaltar que también existen casos de negligencia donde se reporta a la progenitora por cuidados precarios durante el embarazo o hacia sus hijos.

Según lo reportado por las víctimas de violencia Intrafamiliar, las agresiones físicas, verbales y psicológicas se presentan al interior del hogar en presencia de hijos y personas cercanas.

Con la anterior información, se enmarcan los factores de riesgo que degradan la salud mental de algunos habitantes del municipio de Soacha y la necesidad de atención en servicios de salud mental.

5.5 IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA

La ideación y la conducta suicida es una problemática que se está incrementando de forma significativa, evidenciándose que las personas no generan estrategias y habilidades para resolución de conflictos.

La intención suicida está definida como aquella acción realizada de manera deliberada hacia sí mismo que da como resultado una lesión y no la muerte se puede dividir en *tentativa de suicidio*: conducta para suicida o común mente llamada gesto auto lítico, en el que no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario; y el *suicidio fallido*: en el que hay intención auto lítica pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado o no se logra el suicidio consumado, aunque las intenciones de la muerte son evidentes³⁰

Suicidio consumado. Todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado.

Los factores de riesgo que inciden en la conducta suicida, se encuentran relacionados con múltiples etiologías: estados depresivos, situaciones delirantes, desintegración de la familia, dificultades en las relaciones afectivas, drogadicción crónica, crisis económicas, costumbres y modas, fracasos en el alcance de las metas sociales y personales, enfermedades físicas graves y situaciones de abandono, entre otros factores³¹

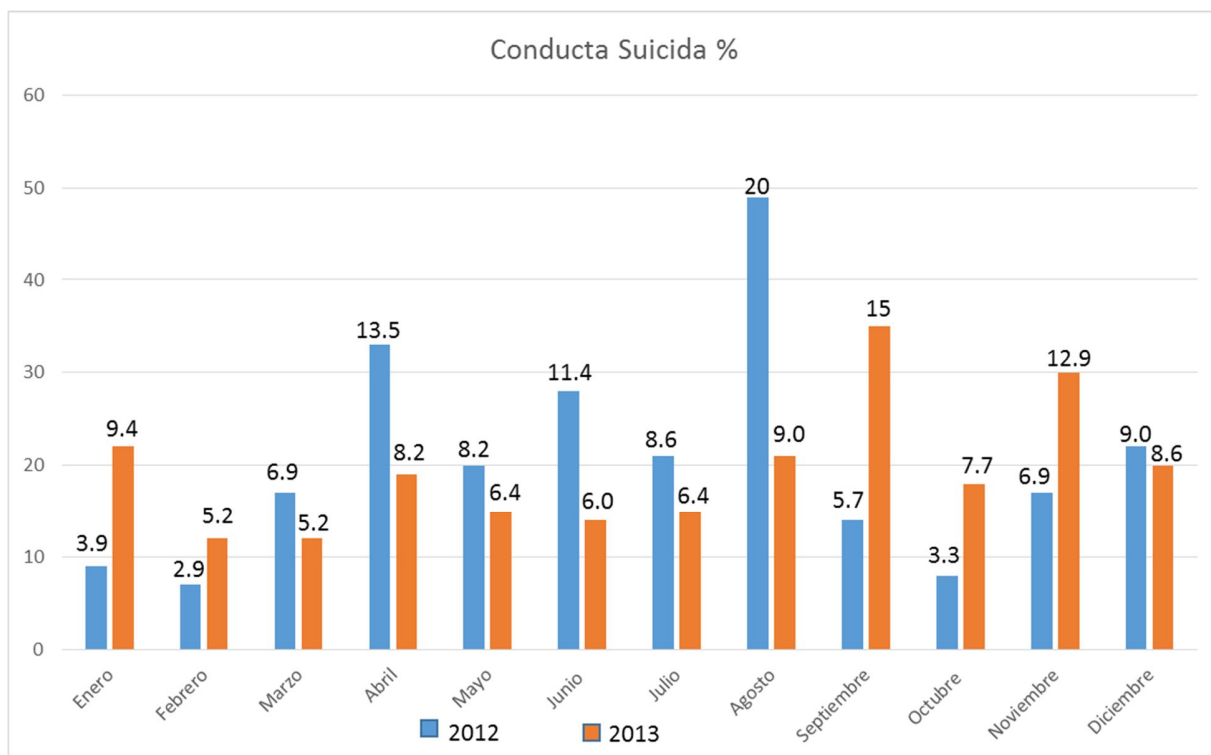
En Soacha la tasa de suicidios en 2005 fue de tres por cada 100.000 habitantes y en el 2006 de cuatro por cada 100.000 habitantes. En el primer periodo del 2011 se reportan 18 casos de suicidio en Soacha, el más alto en Cundinamarca. Se evidencia un aumento del 22% del 2006 al 2011, lo cual es altamente preocupante.³²

³⁰ Rodríguez, L. (1981). *Criminología*. Editorial Porrúa, S.A. Av República Argentina, México.

³¹ Rodríguez J. Zaccarelli M. Pérez R. (2006) Guía Práctica de Salud Mental en Desastres. Serie Manuales y Guías sobre Desastres. Organización Panamericana de la Salud.

³² Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (2012). Estado de avance de los objetivos de Desarrollo del Milenio.

Tabla No 14 “porcentaje de conducta suicida por mes en comparación año 2012 y 2013”



Fuente. Salud Mental 2012- 2013.

Con la anterior gráfica se puede identificar, que se presentan más conductas de suicidio en el último semestre del año con prevalencia en Agosto del 2012 y Septiembre del 2013, lo cual evidencia como ha incrementado esta problemática en el municipio de Soacha, es importante iniciar educación para que los habitantes, adquieran habilidades para solucionar conflictos, tomar decisiones asertivamente identificando consecuencias tanto positivas como negativas en su vida personal, generando todo el proceso de auto-concepto y elaboración adecuada de duelos. Estas son las principales técnicas que se deben abordar en la población para reducir la incidencia de conducta suicida.

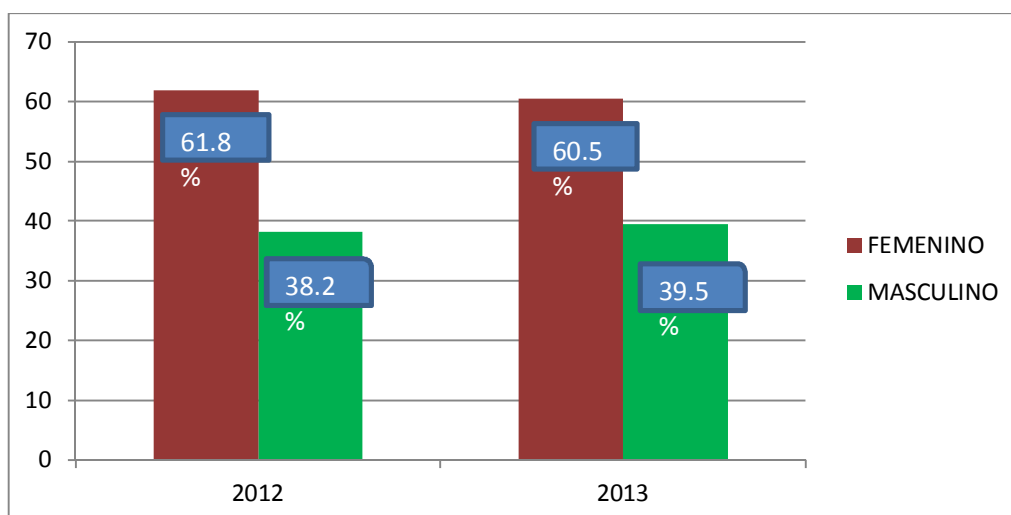
Tabla No 15 “Conducta Suicida Vs Ciclo Vital”

CONDUCTA SUICIDA			
Edad	2012	2013	Total
0 - 5 Años	1	0	1
6 - 11 Años	2	0	2
11 - 17 Años	75	80	155
18 - 28 Años	66	92	158
29 - 59 Años	84	48	132
60 y mas	0	0	0
No reporta	0	0	0

Fuente. Salud Mental 2012 –2013

Con la anterior gráfica se puede inferir que la conducta suicida se presenta principalmente en personas entre los 29 y 59 años de edad para el año 2012, así mismo se presenta en el año 2013 prevalencia en personas que oscilan en 18 y 28 años pertenecientes al Municipio de Soacha, lo cual obedecen a diferentes causas sociales como desplazamiento forzado, abandono, bajo rendimiento escolar, no adecuado elaboración de duelos, matoneo, abuso sexual, disfunción familiar, consumo de sustancias psicoactivas, estrés postraumático, entre otros. Por otro lado el grupo de los adultos presentan estas conductas principalmente por motivo económico, violencia intrafamiliar y familias disfuncionales.

Tabla No 16 “Porcentaje de Conducta Suicida Por Sexo en comparación año 2012 y 2013”



Fuente. Salud Mental Soacha 2012 - 2013.

Según lo identificado en la anterior gráfica se presenta mayor prevalencia en conducta suicida en el sexo femenino con 61.8% en el año 2012 y 60.5% en el año de 2013. Sin embargo cabe aclarar que se presenta mayor conducta consumada en hombres debido a que buscan estrategias de muerte contundentes.

Tabla No 17“Mecanismo utilizado en la Intención Suicida en el año 2012”

Mecanismo Utilizado	frecuencia	Porcentaje Valido
Intoxicación Exógena	159	68.2
Objeto Corto punzante	36	15,5
Inmersión	1	0,4
Asfixia Mecánica	8	3,4
Lanzamiento al Vacío	3	1,3
Lanzamiento a Vehículo	0	0
Arma de Fuego	2	0,9
Total	233	100

Fuente. Salud Mental 2012.

Tabla No 18“Mecanismo utilizado en la Intención Suicida en el año 2013”

Mecanismo Utilizado	frecuencia	Porcentaje Valido
Intoxicación Exógena	169	74,8
Objeto Corto punzante	20	8,8
No aplica	20	8,8
Asfixia Mecánica	8	3,5
Lanzamiento al Vacío	6	2,7
Lanzamiento a Vehículo	2	0,9
Arma de Fuego	1	0,4
Total	226	100,0

Fuente. Salud Mental 2013.

Según lo evidenciado en las anteriores gráficas, los casos reportados al sistema de vigilancia y control de conducta suicida, el mecanismo de mayor frecuencia es intoxicación exógena en los años 2012 y 2013. Se considera posiblemente por la fácil adquisición y bajo costo de estas sustancias.

Por los datos estadísticos anteriores se debe implementar un modelo de intervención y seguimiento a víctimas en el municipio de Soacha, donde se pueda realizar un abordaje oportuno e integral a las personas afectadas, de fácil acceso, sin importar aseguramiento, que sea un proceso terapéutico completo según necesidad del paciente.

5.6 EQUIPO DE SALUD MENTAL

El equipo de Atención Primaria de Salud Mental es quien recibe los pacientes y conforma la puerta de entrada de la demanda asistencial del equipo, así mismo debe contar con dispositivos de rehabilitación que proporcionan programas y acciones individuales de rehabilitación y reinserción social con los enfermos crónicos de su área de acción.³³ El equipo de Salud Mental es el recurso comunitario básico y tiene como función atender las necesidades de Salud Mental de una población determinada bajo una organización y funcionamiento concreto, está constituido por profesionales que atienden la primera línea, debiendo estar capacitado para resolver un buen número de los problemas emocionales y psicológicos que los pacientes presentan; estas disciplinas estarán presentes y distribuidas en los equipos según las necesidades de sus programas y áreas de acción, aunque los especialistas en Salud Mental no se integran orgánicamente con estos equipos, éste ha de contar con la colaboración estrecha de los Equipos de Salud Mental (ESM).³⁴

Los Equipos de Salud Mental son servicios dirigidos a la atención ambulatoria de personas con trastornos mentales, especialmente aquellas que, por la complejidad de su sintomatología, desbordan la capacidad de atención de los Equipos de Atención Primaria, constituyendo un importante mecanismo de reducción de la necesidad de hospitalización; estos equipos podrán ubicarse físicamente en las instituciones extra hospitalarias que favorezcan la accesibilidad de los ciudadanos y su plena integración en el sistema de salud.

Los recursos humanos mínimos con los que deberán contar son:³⁵

- Médicos y Personal de Enfermería: Establecer el primer contacto con el usuario a través de la identificación y canalización de víctimas del municipio de Soacha, elaborar la historia de acogida valorando la urgencia de la demanda, prestar cuidados de enfermería en Salud Mental a la población que corresponda.

³³ Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.(2014). Plan Estratégico de Salud Mental. Dirección General del Hospitales. Salud Madrid

³⁴ Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. (2013) Plan de Salud Mental de la Región de Murcia. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud

³⁵ Bonilla S. (2012). IV Encuentro Distrital de Salud Mental Memorias. Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá Humana.

- **Terapeutas ocupacionales:** Realiza valoración inicial identificando fortalezas y dificultades del paciente, familiares o cuidadores y evalúan componentes del desempeño ocupacional, cognitivo, socio afectivo y productivo; fomenta o potencializa los procesos ocupacionales de auto cuidado y utilización de tiempo libre.
- **Trabajadores Sociales:** Realiza diagnóstico de condiciones socioeconómicas del paciente y la dinámica de la red familiar, realiza contactos necesarios de red de apoyo institucional (integración social, comisaria de familia, programas de alcaldía, comedores comunitarios entre otros) según la posibilidad de acceso del paciente, promueve el trabajo de equipo y coordinación con los otros trabajadores sociales de otras instituciones públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos y servicios sociales de la zona, informar y orientar a los pacientes y familiares para la mejora de su calidad de vida, participar en las tareas de apoyo en actividades clínicas, formativas de investigación y coordinación, a los equipos de atención primaria y en los programas de prevención y promoción de Salud Mental.
- **Médicos psiquiatras:** Atención especializada al paciente y familia, psicoterapia de apoyo y prescripción de psicofármacos los cuales se deben entregar el 1er día de visita, indicación de hospitalización y derivación de pacientes a otros especialistas a otros centros, psico-educación: la importancia de adherencia al tratamiento, identificación de sintomatología de próximas crisis, intervenir en las actividades de rehabilitación, prevención y promoción de la Salud Mental.
- **Psicólogos:** Atención especializada al paciente y familia brindando psicoterapia, seguimiento de paciente logrando pautas de interacción adaptadas entre paciente y familiares o cuidadores, intervenir en las actividades de rehabilitación, prevención y promoción de la Salud Mental.

Los Equipos de Salud Mental van dirigidos a un grupo de población concreta, bien determinado por la edad, por patología o situación clínica concreta. Por lo anterior se definen programas que se deben establecer de carácter permanente debido a la población afectada y las perspectivas de larga duración de diferentes problemáticas.³⁶

³⁶ República de Chile Ministerio de Salud. (2000). Plan Nacional de Salud Mental y psiquiatría Santiago; Ministerio de Salud.

Los objetivos del Equipos de Salud Mental son:

El apoyo y asesoramiento a los Equipos de Atención Primaria.

El diagnóstico, la evaluación y el tratamiento, a través de intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras.

La remisión de pacientes al resto de los dispositivos de la red de salud mental y la potenciación de la continuidad de cuidados, mediante el seguimiento de determinados pacientes a lo largo del proceso asistencia, sin tener en cuenta aseguramiento.

El apoyo a las Urgencias e Intervención en crisis.³⁷

Según el Plan Nacional de Salud Mental en Chile la solución de los problemas de Salud Mental constituye indiscutiblemente una tarea cada vez más importante de la Salud Pública en el mundo. La prevalencia de la vida de los principales trastornos mentales es de 36%, esta situación se tradujo en la aplicación de estrategias de salud pública agrupadas en dos planes nacionales de salud mental y psiquiatría los cuales se ejecutaron por el Ministerio de Salud. En el primer lugar se encuentran las líneas de acción del desarrollo de servicios comunitarios, atención integral en los servicios de salud y la creación de vínculos intersectoriales. Estos programas tienen un enfoque bio-psicosocial y dan prioridades a las acciones preventivas y de intervención temprana dirigidas a mejorar continuamente la calidad de la atención con la participación activa de los usuarios, sus familiares y organizaciones locales. El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, tiene como propósito contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para relacionarse entre sí y con el medio ambiente, de modo que promuevan el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognoscitivas, afectivas, y relacionales.³⁸

Por las políticas aprobadas por el Estado para la Salud Mental, en Chile se ha adoptado paulatinamente el modelo comunitario, considerado como el mejor modelo para la atención de trastornos psiquiátricos, tanto terapéuticos como éticos. Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la psiquiatría comunitaria han demostrado que los factores biológicos explican solo parcialmente

³⁷ Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. (2013) Plan de Salud Mental de la Región de Murcia. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud

³⁸ Plan Nacional de Salud Mental en Chile 10 Años de Experiencia (2005), Ministerio de Salud, Departamento de Salud Mental, Santiago, Chile, Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador, Santiago de Chile

la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos, ya que algunos factores psicosociales condicionan su aparición y duración mediante una compleja interacción entre las personas, su entorno social inmediato y sus antecedentes.³⁹ Las estrategias que se llevaron a cabo fueron la inter-sectorialidad en Salud Mental, programas de Salud Mental, prioridades programáticas, red de servicios de Salud Mental y Psiquiatría, estructura organizativa, inversiones para la Salud Mental y regulación.

Así mismo se presentaron dificultades y falencias, principalmente la resistencia al cambio, como en todo proceso de transformaciones la puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría ha despertado temores. Los trabajadores con experiencia en los servicios psiquiátricos tradicionales se sienten inseguros con el modelo comunitario y no ven claramente los beneficios del cambio.

Este fenómeno se evidencia por la insuficiencia de los planes de desarrollo de los recursos humanos específicos para los servicios de salud mental y psiquiatría que permitan aplicar y dar continuidad a este modelo de atención, otras dificultades que se presentaron fue la distribución de los recursos, el sistema de registro en información de Salud Mental. Como resultados alcanzados, los avances del sistema público de salud mental en Chile son numerosos. Aumento real y sostenido del presupuesto de Salud Mental los trastornos mentales constituyen 15% de la carga total de enfermedad la inversión pública en salud mental en Chile era solo de 1% del presupuesto asignado de la salud en 1990, a partir de que se presentó el proyecto y fue aprobado la proporción del presupuesto de salud destinada a la salud mental ha aumentado sostenida y significativamente hasta llegar a 2.4% en 2003.

Los programas para trastornos mentales prioritarios, programas para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión, este programa inicio en el 2001 y en tres años se logró generalizar a todos los centros de atención primaria de salud de Chile, articulando con los centros de atención psiquiátrica, el programa presta atención al cuidado integral a los pacientes desde una perspectiva bio-psicosocial, lo que ha ayudado a sistematizar y orientar el trabajo cotidiano de los equipos de salud mental y a mejorar la capacidad resolutive de los equipo de atención primaria.⁴⁰ Programa para el tratamiento de esquizofrenia, programa para el tratamiento y la rehabilitación de personas con dependencia de alcohol y de drogas, ampliación de la cobertura de la atención, programa de mejoramiento continuo de la calidad y satisfacción de los usuarios.

Los avances logrados en Chile, como el desarrollo de la puesta en marcha de los anteriores programas de la red de los centros de Salud Mental en los diferentes niveles del sector público de salud, son el resultado de la aplicación de un nuevo

³⁹ WHO. (2003). World health organization. Organization of services for mental health. Geneva.

⁴⁰ WHO. (2003). World health organization. Organization of services for mental health. Geneva.

modelo de atención comunitario en salud, son el resultado de la aplicación de un nuevo modelo de atención comunitario en salud mental y psiquiatría. Uno de los mayores logros observados durante el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría fue la contribución de miles de usuarios, familiares, técnicos y profesionales a lo largo de todo el país. Con su motivación y creatividad fueron capaces de encontrar caminos concretos para hacer funcionar los nuevos programas y alimentaron con sus experiencias las estrategias nacional es tanto de la gestión como la atención.⁴¹

Con todo lo anterior, se propone un modelo de atención en dos direcciones; una de ellas es guiar acciones propias a la atención integral de la violencia intrafamiliar y la conducta suicida y en una segunda dirección responder a las necesidades sentidas de los prestadores de servicios de salud, acciones propias que satisfacen las necesidades, el bienestar y calidad de vida de los habitantes del municipio de Soacha.

6. MODELO DE ATENCIÓN

Detección del Caso: Son todas las entidades que dentro de su competencia abordan la problemática de Violencia Intrafamiliar, las que pertenecen a la Red de servicios sociales, así como la comunidad en general, están en la responsabilidad de reportar la información frente a la detección de un posible caso de violencia intrafamiliar o maltrato infantil, que pueda llevar ante la autoridad competente. Así mismo, es deber de las instituciones disponer de la logística necesaria para realizar el acompañamiento a la víctima hasta la instancia donde se pondrá la denuncia.

Evento: Los eventos que identifiquen las organizaciones y comunidad del Municipio de Soacha, frente a Violencia Intrafamiliar, ideación y conducta suicida.

Atención Institucional: Las entidades encargadas de recibir los casos (EPS – IPS, Hospital Mario Gaitán Yanguas, Hospital Cardiovascular del Niño o comisarias de Familias), ya sean de violencia intrafamiliar o ideación y conducta suicida, deben garantizar la protección de los derechos de la víctima.

Seguimiento: Las instituciones que generen la respectiva atención a los eventos de Salud Mental, deben generar intervención a personas o familias que han presentado Violencia Intrafamiliar, ideación y conducta suicida; Se debe llevar un proceso terapéutico por seis meses como mínimo.

⁴¹ Universidad de Chile (2002). Evaluación de la efectividad del programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria. Universidad de Chile, facultad de medicina, escuela de salud pública, Informe final Santiago.

Gráfico No 1 “Modelo de atención”

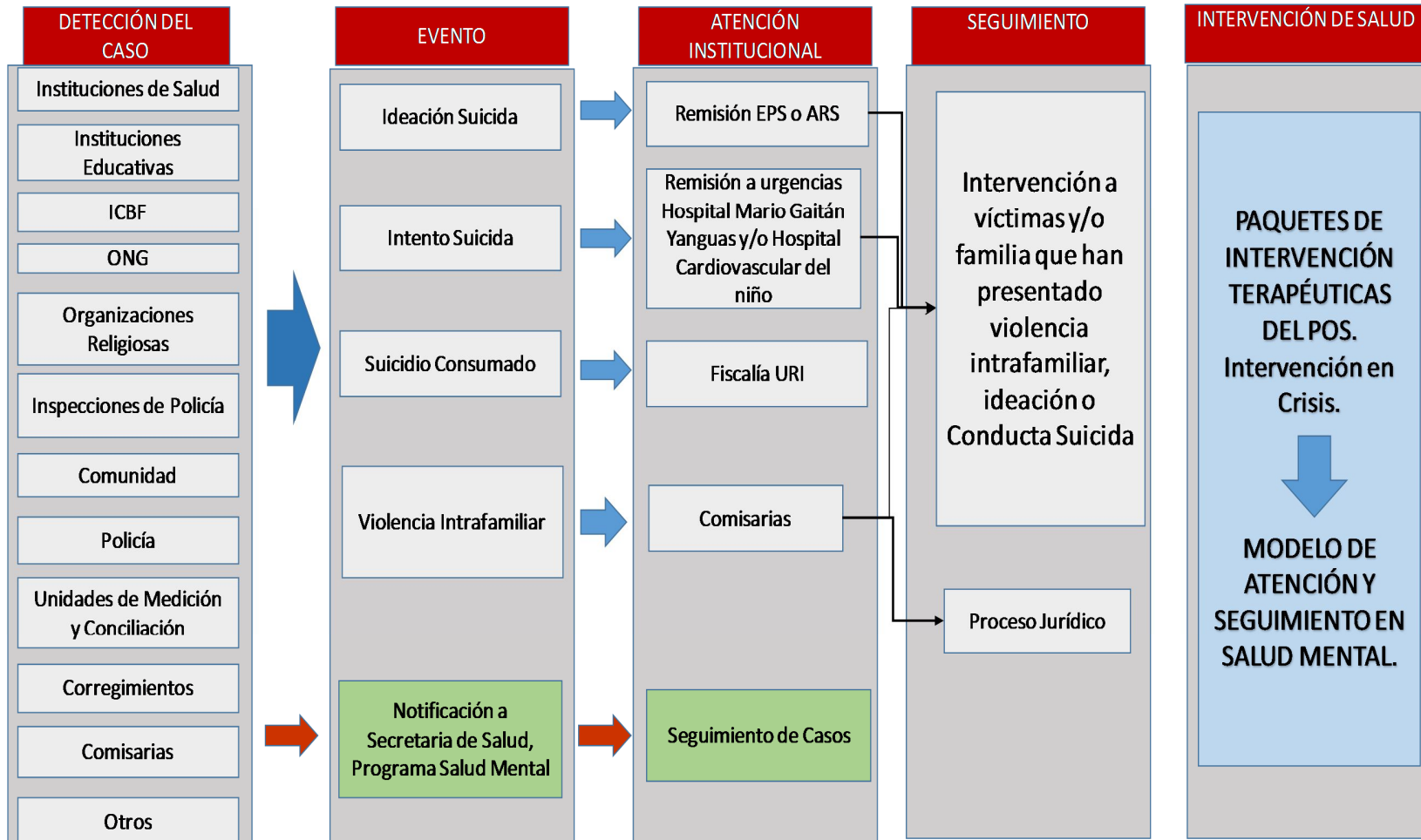
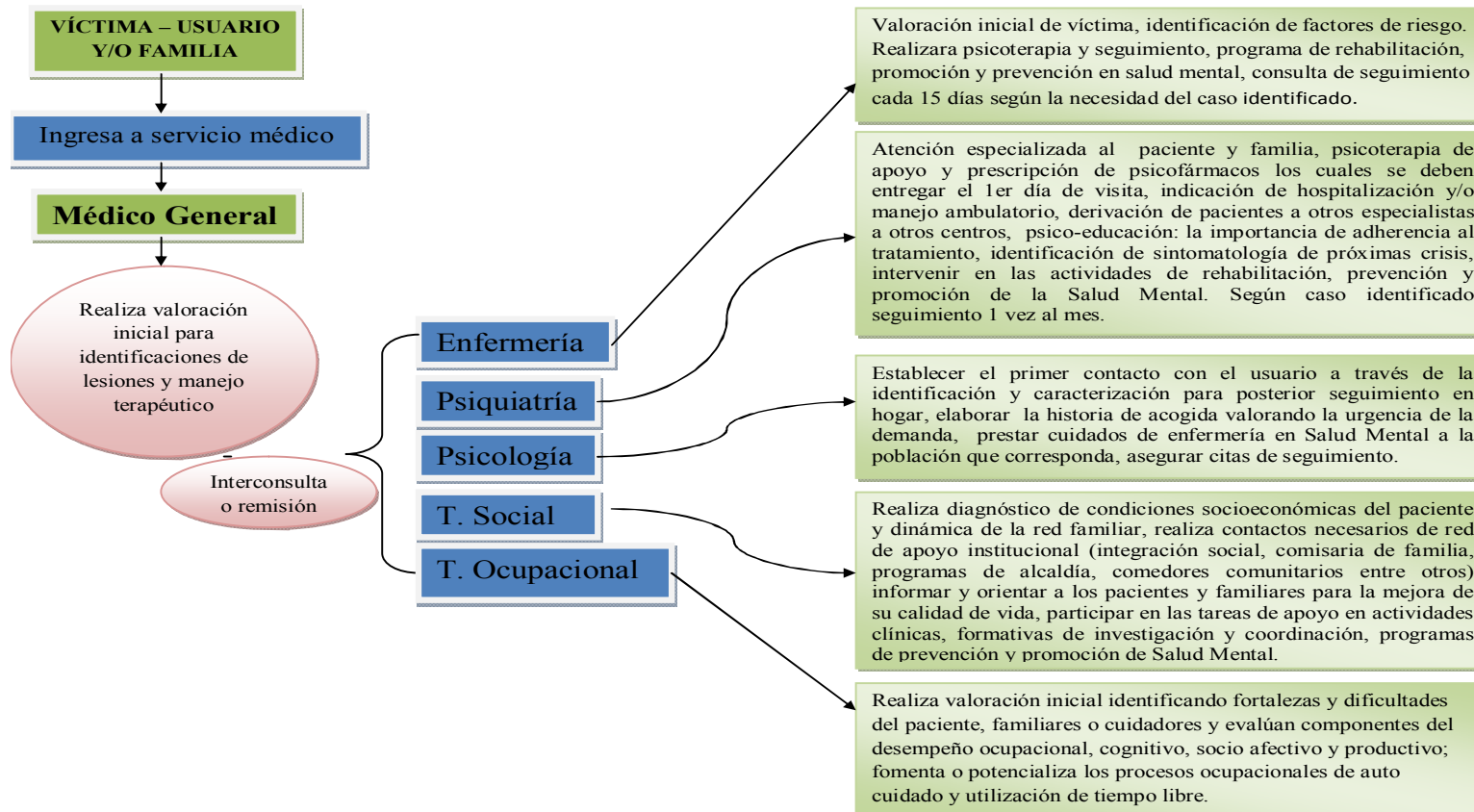


Gráfico No 2 “Equipo de Salud Mental”



7. METODOLOGIA

7.1 FASES

Una investigación de tipo transversal Concluyente – Descriptiva en el año 2012 y 2013.

7.2 GRUPO OBJETO

Personas habitantes del Municipio de Soacha que presentaron algún evento de salud mental (violencia intrafamiliar y conducta suicida) y que fueron notificados por diferentes entidades (centros de salud, comisarías de familia, ICBF, ONG, Unidad de atención de víctimas de conflictos armados, instituciones educativas, policía de infancia y adolescencia Y comunidad) a la secretaria de salud

7.3 TECNICA A UTILIZAR Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Cuantitativa.

Fuente de información Primaria – Interna: Utilizando como método estadístico el análisis de la base de datos del año 2012 y 2013 del sistema de vigilancia epidemiológica de los eventos de salud mental (violencia intrafamiliar y conducta suicida) de la secretaria de salud de Soacha; la recolección de la información se hace mediante las fichas de notificación provenientes de las diferentes entidades (centros de salud, comisarías de familia, ICBF, ONG, Unidad de atención de víctimas de conflictos armados, instituciones educativas, policía de infancia y adolescencia, comunidad) que son ingresadas a una base de datos y en donde se realiza su debida consolidación.

8. PROCESAMIENTO DE DATOS

Se tabulan la información obtenida de la base de datos de la secretaria de salud y se realizan tablas comparativas entre los años 2012 y 2013; se realizan indicadores para evidenciar incidencia de problemática en este municipio; con los siguientes resultados:

9. ANALISIS DE DATOS

En el año 2012: 37 hombres y 59 mujeres por cada 100.000 habitantes presentaron algún tipo de conducta suicida.

En el año 2013: 39 hombres y 55 mujeres por cada 100.000 habitantes presentaron algún tipo de conducta suicida.

Tabla No 19“Comportamiento por mes en conducta suicida”

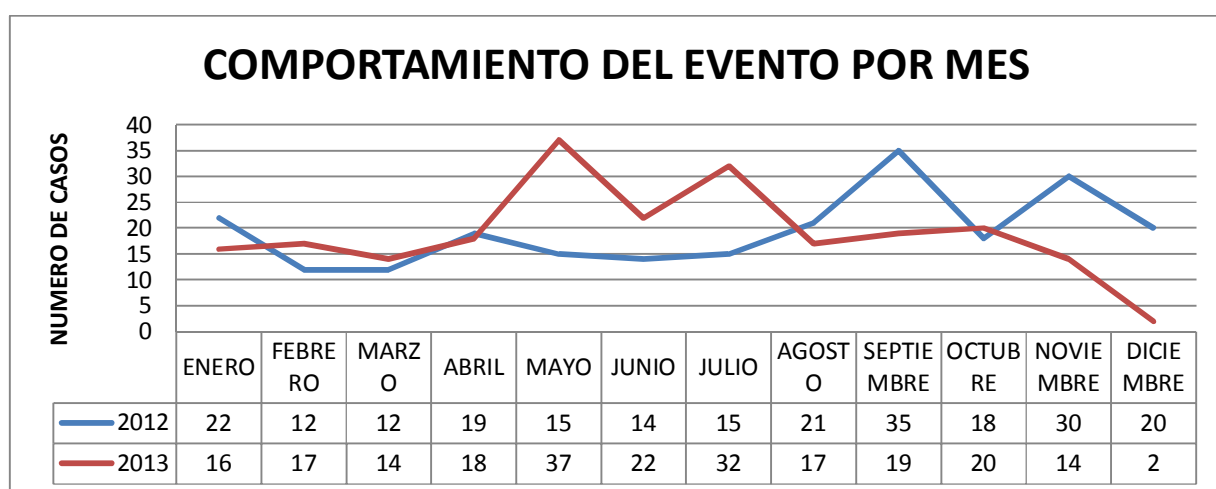
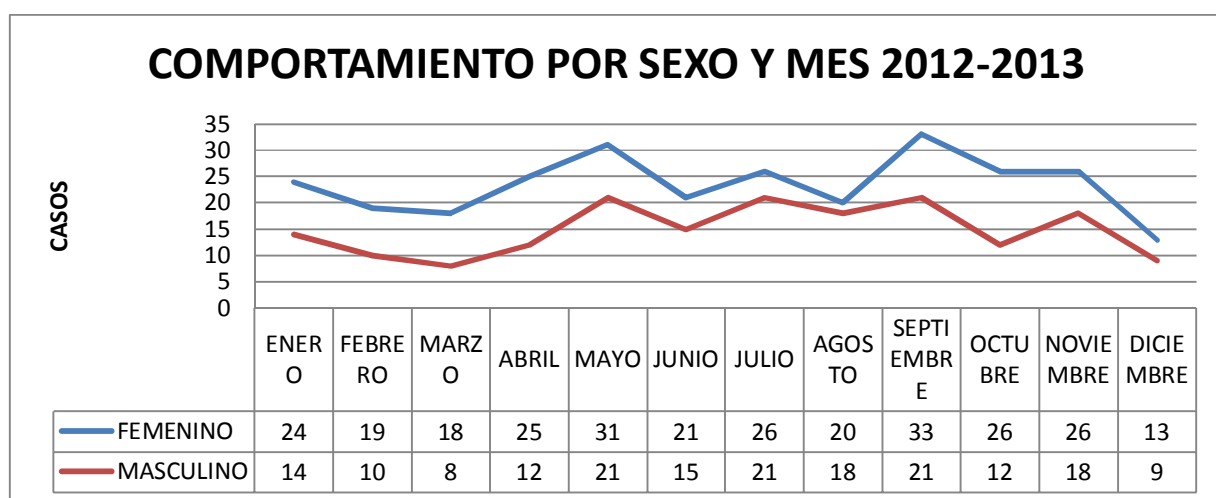


Tabla No 20“Comportamiento por sexo mes en conducta suicida”



Como es evidente en las Gráficas el comportamiento del evento en el mes de septiembre del año 2012 se incrementa la conducta suicida en la población de Soacha, donde probablemente esta conducta es desencadenada por la época del año, así mismo se identifica que para el año 2013 el pico se encuentra en el mes de Mayo, con mayor incidencia en el género femenino, sin embargo se identifica para los últimos meses de los dos años (2012 – 2013) el índice tiende a disminuir.

En el año 2012: 342 hombres y 1114 mujeres por cada 100.000 habitantes sufrieron algún tipo de violencia; aproximadamente 3.05 mujeres por día.

En el año 2013: 656 hombres y 2217 mujeres por cada 100.000 habitantes sufrieron algún tipo de violencia; aproximadamente 6 mujeres por día.

10. ALCANCE

Establecer un modelo de atención y seguimiento de víctimas de violencia intrafamiliar y conducta suicida para ser estudiada por la secretaria de salud y las aseguradoras del régimen subsidiado del Municipio de Soacha, a través de la implementación de un equipo de salud mental articulado en su plan de beneficios con el fin de disminuir los costos que se generan en su atención.

11. PRESUPUESTO

Tabla No 21 “Presupuesto mensual”

CARGO	TIPO DE CONTRATO	VALOR DE INGRESO
MEDICO	ORDINARIO	2.500.000
MEDICO	ORDINARIO	2.500.000
PSIQUIATRIA	ORDINARIO	3.000.000
PSIQUIATRIA	ORDINARIO	3.000.000
PSICOLOGOS	ORDINARIO	2.300.000
PSICOLOGOS	ORDINARIO	2.300.000
PSICOLOGOS	ORDINARIO	2.300.000
ENFERMERA	ORDINARIO	2.000.000
ENFERMERA	ORDINARIO	2.000.000
TERAPIA OCUPACIONAL	ORDINARIO	1.800.000
TRABAJADORA SOCIAL	ORDINARIO	1.800.000
TRABAJADORA SOCIAL	ORDINARIO	1.800.000

Contrato de tipo ordinario con prestaciones sociales, seguridad social y parafiscales si se requiere. Presupuesto mensual \$37.771.006.

Cada ARS cuenta con sus propias instalaciones.

13. PLANEACIÓN ESTRATEGICA

Promesa: “Pensamos en tu salud psicológica y la de tu entorno socio familiar”

Misión: Somos una empresa de salud dedicada principalmente a ofrecer acompañamiento a víctimas de violencia; con el fin de brindar bienestar, tranquilidad y mejorar su calidad de vida y entorno familiar; pertenecientes a las aseguradoras del régimen subsidiado del municipio de Soacha, utilizando los mejores estándares de calidad y siempre con honestidad y respeto.

Producto (promesa): Pensamos en tu salud psicológica y la de tu entorno socio familiar.

Precio (costo/beneficio): el invertir aproximadamente \$37.771.006 mensuales se disminuye en 90% las crisis de las víctimas y perse la re consulta y hospitalización.

Promoción (comunicación): Por medio de los profesionales de las aseguradoras de régimen subsidiado, en volantes y protocolos, a través de medios de comunicación.

Plaza (sector a intervenir): Salud mental

Persona (Población objeto): Víctimas de violencia “intrafamiliar” y de conducta suicida.

Procesos (modelo logístico): Equipo de salud mental conformado por psicólogos, psiquiatras, trabajadoras sociales y enfermeras los cuales desde su profesión interviene a la víctima y su entorno socio familiar por medio de visitas a domicilio y consulta en IPS.

Evidencia física: Cambio de conducta- mejorar calidad de vida

Estrategias:

- Implementar un equipo de profesionales competentes que coadyuven a la mejora de la salud mental de la comunidad de Soacha.
- Aplicar una política fundamentada en salud pública con la vinculación de profesionales competentes en las mejores condiciones laborales.
- Reforzar la adherencia de las víctimas al esquema de salud mental para disminuir la escasa vinculación a programas de salud.
- Desarrollar conjuntamente con las aseguradoras del régimen subsidiado programas de salud mental para la comunidad de Soacha.

Tabla No 23 “DOFA”

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Comunidad con deficiencia en los servicios de salud mental.	Escasa vinculación de servicios de salud mental en los programas de las aseguradoras en de salud.
Profesionales capacitados	La demanda es elevada en relación a la oferta
Condiciones laborales limitadas	
Rentabilidad (seguimiento de víctimas que disminuye el reingreso a servicios de salud)	
OPORTUNIDAD	AMENAZAS
Implementar un equipo de salud en Soacha	El programa no tenga la importancia que se merece por las entidades encargadas de ofrecer servicios de salud en Soacha.
Atender víctimas de patologías abandonadas por el sistema de salud por su poca prevalencia pero alto índice de secuelas.	Victima no se adhiera al programa
Aportar ideas y ejecuciones para la implementación de una política de salud pública.	No hay competidores
Población dispuesta a apoyarse en el programa.	

14. CONCLUSIONES

Basados en los datos estadísticos recolectados durante el año 2012 y 2013 se presentó un aumento de 356% en casos de violencia intrafamiliar de 2397 a 8530 respectivamente, mientras en el evento de conducta suicida fue 228 a 220; con disminución de 8 casos; sin embargo, es indispensable aclarar que no hay una adecuada notificación de las entidades encargadas y según la proyección DANE al año 2013, se observa una disminución de la población aproximadamente de 2850 personas.

Se estableció que un equipo de salud mental está conformado por médico general, psiquiatra, psicólogo, enfermero, trabajo social y terapeuta ocupacional; brindando un manejo interdisciplinario oportuno y completo.

Se diseñó un modelo de atención, compuesto por un equipo interdisciplinario para el manejo de víctimas y victimarios, con el fin de minimizar la incapacidad, deterioro personal, familiar y laboral.

Se presentó el modelo de atención y seguimiento a víctimas de violencia intrafamiliar y conducta suicida a la secretaria de salud del municipio de Soacha con el fin de ser incluido al portafolio de servicios; sin embargo, se tuvo como respuesta que se debe presentar a las aseguradoras del régimen subsidiado debido a nivel socioeconómico de la población y queda sujeta a estudio en relación a presupuesto e implementación.

Siguiendo directriz de secretaria de salud, se radica propuesta a las aseguradoras del régimen subsidiado ubicadas en el municipio de Soacha lo cual nos encontramos a espera de respuesta.

Se presentó a la Secretaria de Salud y a las Aseguradoras de régimen subsidiado del Municipio de Soacha el Modelo de atención y seguimiento en Salud Mental a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Conducta Suicida, con el fin de dar a conocer; apoyado estadísticamente, la necesidad que tiene la población de un programa fundamentado en la salud mental, debido a que por los altos índices de violencia intrafamiliar que está expuesta la población de este municipio, se genera una serie de secuelas que afectan la calidad de vida de la víctima, deserción escolar, intentos suicidas, desempleo, etc.; que hace que se aumente el nivel de delincuencia e inseguridad, se crea un inadecuado ambiente para el proyecto de vida de los hijos de estas víctimas y por ende de sus familiares, lo que conlleva a un alto uso de servicios de urgencias por crisis en las víctimas o por daños en personas que estas mismas producen, lo que generan mayor costo en la atención; al realizar una inversión aproximadamente de \$37.771.006 mensual, se disminuye los gastos por estas mismas víctimas en servicios médicos.

REFERENCIAS

Fernández, P., Socorras E. (2012), Violencia Intrafamiliar en el sector Venezolano las Tunlitas, Santiago de Cuba, ImedisanVol 16 N 7.

Unicef,(2000),Catarina.udlap.mx/u_a/tales/documentos/lec/coolman_s_sa/capitulo1.pdf Recuperado el 30 de Junio de 2014

Heise,(1994),Catarina.udlap.mx/u_a/tales/documentos/lec/coolman_s_sa/capitulo1.pdf Recuperado el 30 de Junio de 2014

Luis, F. (2013), Análisis de la Situación en Salud, Municipio Soacha Cundinamarca, Secretaria Municipal de Soacha.

Garzón, C. (2005), Diagnósticode Género de la Población de Soacha, con énfasis en mujeres desplazadas. Plan de Ordenamiento Territorial Soacha (2004) [file:///C:/Users/clauidiamarcela/Downloads/4088%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/clauidiamarcela/Downloads/4088%20(1).pdf) Recuperado el 05 de Agosto de 2013

Ruiz, M., Villamizar, D., Acosta, C., Muñoz, M., Amaya, L. (2011), Ministerio de la Protección Social. Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto.

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2001), Proyecto de Política de Salud Mental. Paquete de Orientación Sobre Política y Servicios.

Ley 1616 de 21 de Enero de 2013, Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones, Artículo 3.

Prince M, Patel v, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. (2012), No healthwithout mental health. Lancet. "Primer Estudio Poblacional de Salud Mental, Medellín.

Organización Mundial de la Salud. Programa de acción para superar las Brechas en Salud Mental – mhGAPpag, 3 Editores: OMS. Número de páginas: 48, Fecha de Publicación: 2008, ISBN: 9789241596206 (Accesado 16 de Abril 2012). Disponible en: http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/index.html.

Ministerio de la Protección Social República de Colombia (2003), Estudio Nacional de Salud Mental. Disponible en: www.minsalud.gov.co

Lewis D., Lieberman J. (2000), Catching up on schizophrenia: naturalhistory and neurobiology. Neuron. Nov; 28(2):325-334.

Berke J., Hyman S. (2000), Addiction, dopamine, and the molecular mechanisms of memory. *Neuron*. Mar;25(3):515-532

Bijl RV., Ravelli A., Van Zessen G. (1998). Prevalence of f psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Primer Estudio Población de Salud Mental, Medellín. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

Morales G, López E, Antona C. (2010). Métodos de facilitación afectiva para identificar el impacto del tratamiento clínico de la fobia social. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*.12(2):181-201.

Desjarlais R, Eisenberg L, Good b, Kleinman A. (1995). *World mental health: problems and priorities in low-income countries*. New york, Oxford University Press.

Shah E. *Poverty, Inequality and Health*. (2001). An International Perspective: D Leon, G Walt (eds). Oxford: Oxford University Press, 2001. *International Journal of Epidemiology*. 2001 10;30(5):1202-a-1203.

Kohn R, Levav I, Almeida J, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J,. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública.*RevPanam Salud Pública*. 11;18(4-5):229-240.

Spiegel D, Kraemer H, bloom J, Gottheil E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *TheLancet*. 10;334(8668):888-891.

OPS. (2008). Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. CD48/8.Washington, D.C. [Internet]. [cited 2011 Ago 21];Available from: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-08-s.pdf>.

WHO. (2005). *Atlas Child and Adolescent Mental Health Resources*. Global Concerns: Implications for the Future. World Health Organization. Geneva.

OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1993).*La violencia contra las mujeres y las niñas: análisis y propuestas desde la perspectiva de la salud pública*. (MSD13/6), Washington, D.C.

Unidad de violencia Intrafamiliar Programa Chile Acoge. (2012). *Orientaciones Técnicas Modelo de Intervención Centros de la Mujer*

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (2012). Estado de avance de los objetivos de Desarrollo del Milenio.

Rodríguez, L. (1981). Criminología. Editorial Porrúa, S.A. Av. República Argentina, México.

Rodríguez J. Zacarelli M. Pérez R. (2006) Guía Práctica de Salud Mental en Desastres. Serie Manuales y Guías sobre Desastres. Organización Panamericana de la Salud.

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.(2014). Plan Estratégico de Salud Mental. Dirección General del Hospitales. Salud Madrid.

Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. (2013) Plan de Salud Mental de la Región de Murcia. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud

Bonilla S. (2012). IV Encuentro Distrital de Salud Mental Memorias. Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá Humana.

Republica de Chile ministerio de salud. (2005). Plan Nacional de Salud Mental y psiquiatría. Santiago; Ministerio de Salud. Revista Panam Salud pública /pan Am J PublicHealt 18(4/5).

Plan Nacional de Salud Mental en Chile 10 Años de Experiencia (2005), Ministerio de Salud, Departamento de Salud Mental, Santiago, Chile, Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador, Santiago de Chile

WHO. (2003). World health organization. Organization of services for mental health. Geneva.

Universidad de Chile (2002). Evaluación de la efectividad del programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria. Universidad de Chile, facultad de medicina, escuela de salud pública, Informe final Santiago.