

## BOLETÍN DE SALUD MENTAL

### DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

2012

---

**Luis Carlos Delgado Peñón**

Gobernador

**Ricardo Rivas Arenas**

Secretario de Salud

**Zulma Liliana Acosta**

Directora de Salud Pública

Secretaria de Salud del Tolima

**María del Carmen Ramírez**

Coordinadora Programa de Salud Mental

Secretaria de Salud del Tolima

**Yasmith de los Ríos Bermúdez**

Gerente

Hospital Especializado Granja Integral E.S.E

Elaborado por el equipo técnico:

**Leonardo Ayala Muñoz**

Médico Psiquiatra

Hospital Especializado Granja Integral E.S.E.

**Ángela María García**

Enfermera Epidemióloga

Convenio HEGI – SST

**Mélida Ríos Ríos**

Psicóloga

Hospital Especializado Granja Integral E.S.E.

## Contenido

1. Introducción: Salud mental y determinantes sociales.....	2
2. Determinantes sociales de la salud mental en el Tolima. ....	2
Empleo .....	2
Pobreza .....	2
Niñez y adolescencia.....	3
Entorno familiar .....	4
Educación.....	4
Emergencias y desastres.....	4
Desplazamiento forzado .....	4
Población en condiciones de vulnerabilidad .....	6
3. Eventos relacionados con Morbilidad mental.....	6
Morbilidad psiquiátrica.....	6
Suicidio e intento suicida .....	7
Conductas adictivas .....	9
Defunciones por causa externa .....	10
4. Actividades de salud mental pública ..	12
Articulación interinstitucional e intersectorial.....	12
Promoción y prevención.....	13
Atención primaria .....	13
Capacitación en atención primaria en salud.....	13
Gestión del conocimiento.....	14
Vigilancia epidemiológica .....	14
Otras actividades .....	14
5. Conclusiones y perspectivas .....	15

## 1. Introducción: Saludmental y determinantes sociales.

Antes de considerar la situación de salud mental en el departamento, es importante aclarar algunos conceptos. La OMS define salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>1</sup>, es decir que ni la salud física ni la salud mental existen por separado, y si se habla de salud, necesariamente se está hablando de salud mental; esta es definida por la OMS como un estado de bienestar en que la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, y trabajar de forma productiva y fructífera, siendo capaz de contribuir a su comunidad.<sup>2</sup> En este orden de ideas resulta claro que la salud mental no depende tan solo de factores internos propios de cada individuo, sino que se relaciona en gran medida con lo que sucede en su entorno. De aquí surge el concepto de Determinantes Sociales de la Salud, que corresponden a las circunstancias en que transcurre la vida de las personas, incluyendo sus condiciones de vida, el acceso a diferentes recursos, y los servicios de salud disponibles. Estos determinantes ejercen una influencia decisiva sobre las condiciones de salud y enfermedad de las personas y comunidades.<sup>3</sup> Partiendo de estos conceptos, el boletín revisa diferentes

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS. 1946.

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental. 2004. Pág. 7.

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanar las desigualdades en una generación. OMS 2008. Pág. 1.

determinantes sociales que afectan la salud mental en el departamento, así como indicadores relacionados con salud y enfermedad mental, y las intervenciones que se realizan en salud mental pública bajo la coordinación de la Secretaría de salud Departamental.

## 2. Determinantes sociales de la salud mental en el Tolima.

El Plan de desarrollo 2012 – 2015<sup>4</sup> es una fuente importante de información sobre múltiples determinantes sociales en el departamento, y se ha tomado como fuente de los datos presentados a continuación, salvo anotación en contrario.

### Empleo

El empleo en condiciones dignas, sin períodos de desocupación, seguro, con una remuneración adecuada, y con la posibilidad de equilibrio entre la vida personal y laboral, genera condiciones muy importantes para la salud de los adultos y sus familias.<sup>5</sup> En 2010 había en el departamento, un 14,6% de desempleo, superior al porcentaje nacional.

### Pobreza

La satisfacción de necesidades básicas, esencial para la vida y el desarrollo integral

<sup>4</sup> Departamento del Tolima. Plan de desarrollo 2012 – 2015. Disponible en: [http://www.tolima.gov.co/tolima/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24:insumos-departamento-administrativo-de-planeacion&catid=3](http://www.tolima.gov.co/tolima/index.php?option=com_content&view=article&id=24:insumos-departamento-administrativo-de-planeacion&catid=3)

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Resumen analítico del informe final: subsanar las desigualdades en una generación. Pág. 8. OMS, 2008.

de las personas, es evaluada por el DANE partiendo de indicadores que se definen de la siguiente manera: viviendas inadecuadas (condiciones impropias para el alojamiento humano), viviendas con hacinamiento crítico (más de tres personas por cuarto), viviendas con servicios inadecuados (carentes de sanitario o acueducto), viviendas con alta dependencia económica (más de tres personas por miembro ocupado, donde el jefe de hogar ha aprobado máximo dos años de educación primaria), viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela (hay uno o más niños de 6 a 12 años, pariente del jefe de hogar y que no asiste a un centro educativo). A partir de estos indicadores se clasifican como pobres o con necesidades básicas insatisfechas los hogares que tienen una de las condiciones anotadas, y se consideran en miseria cuando hay dos o más necesidades básicas insatisfechas.<sup>6</sup> De acuerdo con el censo 2005<sup>7</sup> el 29,8% de la población en el Tolima tenía necesidades básicas insatisfechas (Incluyendo pobreza y miseria), siendo este porcentaje mayor en la zona rural (50,92%) en comparación con las cabeceras municipales (19,68%). Para 2011 carecían de acueducto 134.056 personas en zonas urbanas y 159.945 en zona rural. Más aún, la calidad del agua en los acueductos existentes no siempre es satisfactoria; así en 2011, el índice de riesgo para el consumo de agua potable (IRCA) tuvo un promedio

---

<sup>6</sup> Fuente de los datos: DANE. Página web, ruta de acceso: "Información, sociales, calidad de vida, necesidades básicas insatisfechas" disponible en: [http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=231&Itemid=66](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=231&Itemid=66)

<sup>7</sup> Fuente del dato: DANE RESULTADOS CENSO GENERAL 2005. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según departamento y nacional a 31 de Diciembre de 2011.

departamental de 24,65 %, que corresponde a un riesgo medio de contraer enfermedades relacionadas con el consumo de agua, y solo en 17 municipios el agua tuvo un IRCA adecuado, es decir que no generaba un riesgo para la salud.<sup>8</sup> Para 2005, en el Tolima había un déficit de 128.195 viviendas, 41,4 % en áreas urbanas, y 58,6 % en áreas rurales.<sup>9</sup>

## Niñez y adolescencia

Los determinantes sociales que afectan a niños, niñas y adolescentes tienen una importancia especial ya que los afectan cuando son más vulnerables en términos psicosociales, al momento en que se está estructurando su personalidad y desarrollo psicosocial para toda la vida. En Tolima, para los años 2009 a 2011, el 11,3% de niños y niñas menores de 5 años tenían desnutrición crónica. En 2010 solo el 68% de niños y niñas menores de un año en habían sido registrados, con las implicaciones que esto tiene en términos del ejercicio de sus derechos y acceso a servicios. Para el mismo año, 1.748 niños y niñas de 5 a 17 años efectuaban actividades remuneradas, y 300 con edades entre los 6 y 11 años, tenían que dedicar 15 horas o más para realizar oficios del hogar.<sup>10</sup> En el mismo año 2010 se denunciaron en el departamento 1.955 casos de maltrato contra niños, niñas y adolescentes, distribuidos así: 741 de 0 a 5 años, 672 de 6 a 11 años y 524 de 12 a 17 años. Igualmente se registraron 226 denuncias por abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes, distribuidas así: 50 con

---

<sup>8</sup> Departamento del Tolima. Plan de Desarrollo 2012 – 2015, página 264.

<sup>9</sup> Departamento del Tolima. Plan de Desarrollo 2012 – 2015, página 264 y 265.

<sup>10</sup> Departamento del Tolima. Plan de desarrollo 2012 – 2015. Página 54.

víctimas de 0 a 5 años, 107 entre los 6 y 11 años y 69 entre los 12 a 17 años. Asimismo se reportaron 33 casos de explotación sexual contra niños, niñas y adolescentes. Cabe anotar que en 2011, el porcentaje de embarazos en mujeres de 10 a 19 años para el Tolima fue del 25,12%.

### Entorno familiar

El entorno familiar y de pareja tiene un papel esencial en la salud mental de sus integrantes, siendo un escenario donde se espera encontrar afecto y protección que faciliten el desarrollo psicosocial de sus miembros. En Tolima durante el año 2010 se registró una tasa de 177 por 100.000 mujeres víctimas de maltrato en la pareja, situación que ocurría principalmente en el hogar, con 62% de los casos, a manos del compañero permanente en un 42% de eventos y por parte del ex compañero en el 30%.

### Educación

La educación es un factor esencial para el desarrollo humano.<sup>11</sup> Según datos del Plan de Desarrollo departamental, la cobertura en educación básica primaria en el Tolima es del 84,9%<sup>12</sup> y la deserción a este nivel se encuentra en un 8%. La cobertura es menor en la educación media, con un 35,81% y deserción del 5,78%. Con respecto a las pruebas Saber, en el año 2011 los puntajes departamentales se ubicaron en un nivel bajo, inferior o muy inferior para el 40,3 % de los casos. En 2005 el 10,7% de la población del departamento era analfabeta.

---

<sup>11</sup> Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental. OMS 2004. Pág. 25.

<sup>12</sup> Departamento del Tolima. Plan de Desarrollo 2012 – 2015, página 53. No se especifica año del dato.

### Emergencias y desastres

Un determinante social importante en el departamento es la exposición al riesgo de emergencias y desastres hídricos, meteorológicos, volcánicos, epidemiológicos, tecnológicos, geológicos y relacionados con inestabilidad social,<sup>13</sup> los cuales acarrear un gran potencial de impacto sobre la integridad física y psicológica de las personas, así como sobre sus condiciones de vida y de organización familiar y comunitaria. El cambio climático global puede generar cambios importantes en el medio físico. Se prevé un aumento de 1,4 grados centígrados en la temperatura promedio del departamento, y una reducción de la precipitación media anual entre el 10 y el 30%,<sup>14</sup> con el consiguiente impacto en el ecosistema, la actividad agropecuaria y cadenas productivas relacionadas, afectando la economía, y en el perfil epidemiológico, este último al comprometer la seguridad alimentaria y modificar la distribución geográfica de los vectores de enfermedades infecciosas.

### Desplazamiento forzado

Tolima ha sido el octavo departamento, con mayor número de víctimas de desplazamiento forzado entre 1997 y 2010.<sup>15</sup> Durante el decenio 2001 – 2010 hubo desplazamiento forzado en todos los

---

<sup>13</sup> Departamento del Tolima. Plan de Desarrollo 2012 – 2015, página 105.

<sup>14</sup> Departamento del Tolima. Plan de Desarrollo 2012 – 2015, página 255.

<sup>15</sup> Fuente del dato: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD. Anexo 1: Expulsión de personas 1997 a diciembre de 2010 por departamento. En: Desplazamiento forzado tierras y territorios agendas pendientes: la estabilización socioeconómica y la reparación. Bogotá 2011.

municipios del Tolima, para un total de 157.080 víctimas.<sup>16</sup> Esta tendencia se mantuvo durante el primer trimestre de 2011, último período reportado por el Departamento para la Prosperidad Social, cuando resultaron afectadas 4.431 personas

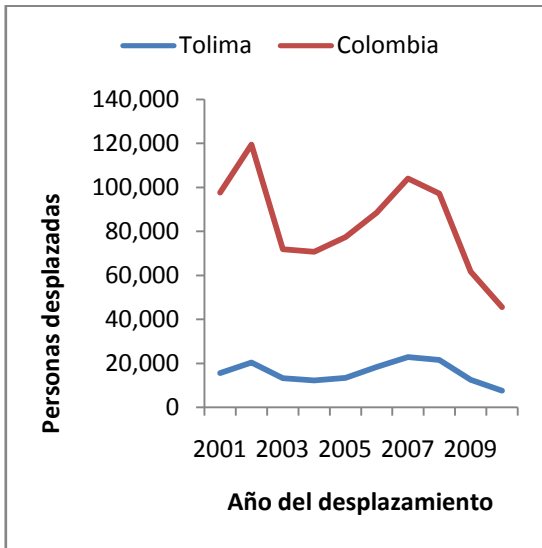


Gráfico 1: Colombia y Tolima Desplazamiento forzado 2001 – 2010. Fuente datos: Departamento para la Prosperidad Social DPS.

El gráfico 1 muestra como la dinámica de este fenómeno ha estado correlacionada a lo largo de la década, entre Colombia y el Tolima.

Como se observa en el gráfico 2, han sido once los municipios más afectados, concentrando el 60% de todos los casos de desplazamiento forzado en el departamento (95.152 personas). Estos son: Chaparral, Planadas, Rioblanco, Ibagué, Líbano, Ataco, San Antonio, Rovira, Ortega, Coyaima y Natagaima.

Tolima 2001 - 2010

Once municipios con mayor número de desplazados en el decenio.

Fuente datos: Departamento para la Prosperidad Social, Estadísticas de desplazamiento.

Municipio	TOTAL
Chaparral	12.824
Planadas	12.404
Rioblanco	11.734
Ibagué	11.006
Líbano	9.853
Ataco	9.153
San Antonio	7.261
Rovira	7.252
Ortega	7.009
Coyaima	6.556
Natagaima	6.305

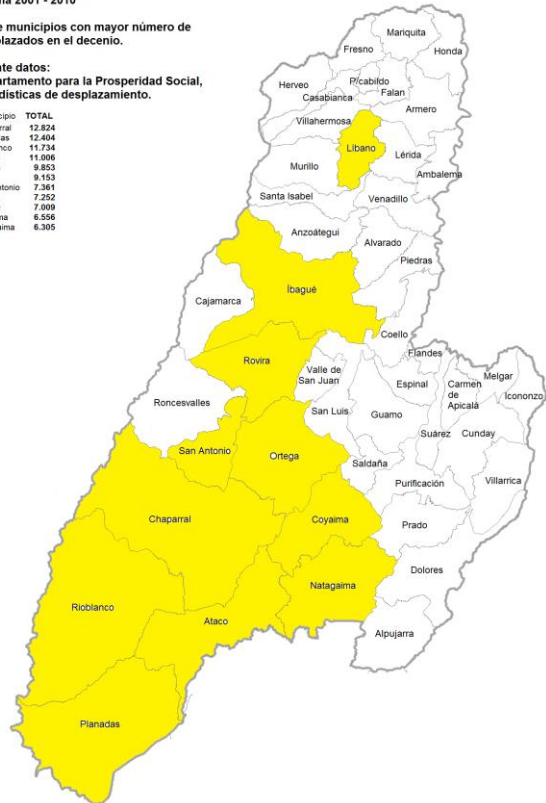


Gráfico 2. Once municipios con más víctimas de desplazamiento forzado 2001 - 2010. Fuente datos: Departamento para la Prosperidad Social.

El gráfico 3 permite verificar la tendencia global del decenio hacia una leve disminución de los casos, con un nivel máximo de víctimas en 2007 con 22.797 desplazamientos, y un descenso pronunciado entre 2008 y 2010, cuando bajó 7.540 casos, que si bien representa una tercera parte frente al 2007, sigue siendo una situación grave en términos humanitarios.

<sup>16</sup> Fuente datos: Departamento para la prosperidad social. Disponible en: <http://www.dps.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=621&conID=556&pagID=838>

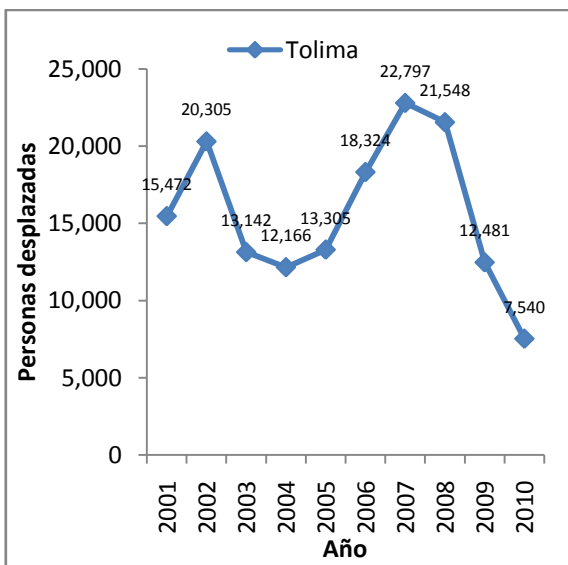


Gráfico 3. Tolima: Tendenciadel desplazamiento forzado 2001 - 2010. Fuente datos: Departamento para la Prosperidad Social.

### Población en condiciones de vulnerabilidad

La vulnerabilidad de las poblaciones se relaciona primordialmente con su exposición a determinantes sociales adversos. En el Tolima las poblaciones vulnerables incluyen las comunidades indígenas, las comunidades afro descendientes y Rom, niños, niñas y adolescentes trabajadores, víctimas de desplazamiento forzado, adultos mayores, personas discapacitadas y población LGTBI.

Hay que destacar que de las 185 comunidades indígenas del departamento, 111 es decir el 60 % no disponen de tierras (resguardos). Esta carencia tiene repercusiones importantes tanto en su organización social como en sus condiciones económicas y en la posibilidad de desarrollar su vida cultural y sus prácticas ancestrales. Falta recorrer un camino importante para superar la situación de vulnerabilidad en estas poblaciones.

## 3. Eventos relacionados con Morbilidad mental

### Morbilidad psiquiátrica

La información sobre morbilidad psiquiátrica basada en los RIPS efectivamente reportados por las diferentes IPS a la Secretaría de Salud da cuenta de 6.978 pacientes atendidos en el año (corte al 30 de noviembre); los principales diagnósticos son retraso mental (33,3%) y trastornos de ansiedad (26,4%), seguidos de otras condiciones menos frecuentes. Este resultado debe interpretarse como correspondiente a la población general atendida en los diferentes servicios, incluyendo aquellos de medicina general. Cuando se revisa la información del Hospital Especializado Granja Integral, dedicado exclusivamente a la atención psiquiátrica, se encuentra un perfil que concentra aquellas condiciones que ameritan hospitalización. Así, el 91,8% de las hospitalizaciones se distribuyen de la siguiente manera:

- 40,2% Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- 24,5% Trastorno afectivo bipolar y trastorno esquizoafectivo.
- 13,4% Trastorno depresivo.
- 7,3% Trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas.
- 4,4% Retraso mental.
- 1,9% Trastornos de adaptación.

Con respecto a la oferta de servicios, el departamento cuenta con 47 instituciones que prestan servicios ambulatorios de salud mental, una institución de hospitalización general que ofrece hospitalización psiquiátrica, dos hospitales y una clínica psiquiátrica que suman 136 camas. No se

cuenta con servicios específicos para niños, niñas y adolescentes.

### Suicidio e intento suicida

El suicidio es un evento con graves repercusiones, no solo por causar una muerte prematura, sino también por el impacto que genera en los sobrevivientes, principalmente el grupo familiar y la comunidad. Es importante tener en cuenta que por cada persona que llega a suicidarse, hay un gran número de individuos que no llegan a esta conducta, pero que igualmente se encuentran en condiciones que afectan gravemente su salud mental y requieren una intervención psicosocial oportuna. Al revisar el comportamiento de las tasas de suicidio en Colombia y Tolima entre 2005 y 2010 (grafico 4)

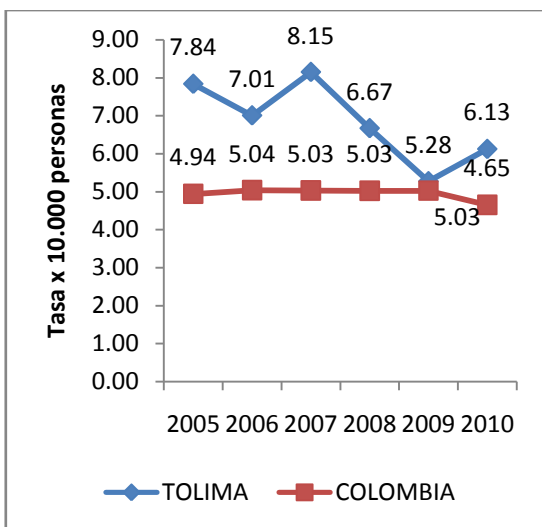


Gráfico 4. Tasas de suicidio en Colombia y Tolima. 2005 – 2010. Tasas por 100.000 personas. Fuente datos: DANE, estadísticas vitales.

se observa que las tasas de suicidio en el departamento son mayores que las del país.

De acuerdo con SIVIGILA departamental, que registra los intentos de suicidio realizados mediante intoxicación, en 2012 se

registraron 469 casos, donde las mujeres representan un 65%. (Corte a 30 de noviembre). En cuanto al tipo de tóxicos utilizados (Gráfico 5) predominaron los plaguicidas (55%) y fármacos (32%).

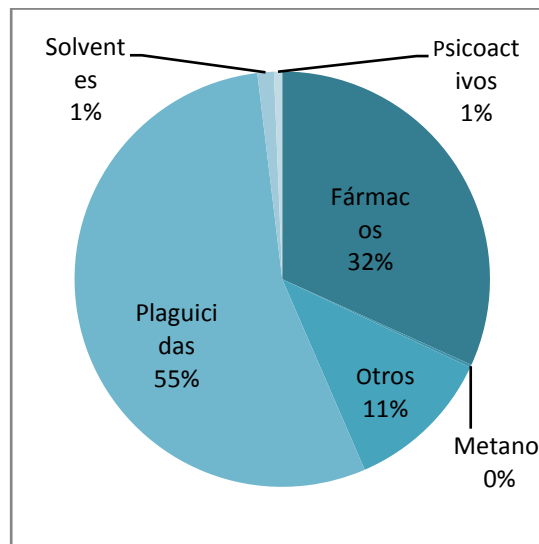


Gráfico 5. Tolima 2012: Intento suicida según tipo de tóxico utilizado. Fuente datos: SIVIGILA departamental. Corte de información a 30 de noviembre.

Con respecto a las edades de quienes intentaron suicidarse mediante intoxicación, el gráfico 6 muestra como la mayor proporción se dio en adolescentes y adultos jóvenes, principalmente en el grupo de 15 a 29 años (33%). Resulta llamativo que SIVIGILA registra dos casos de intentos suicidas en personas de 0 a 4 años, lo cual indica la necesidad de depurar el registro.

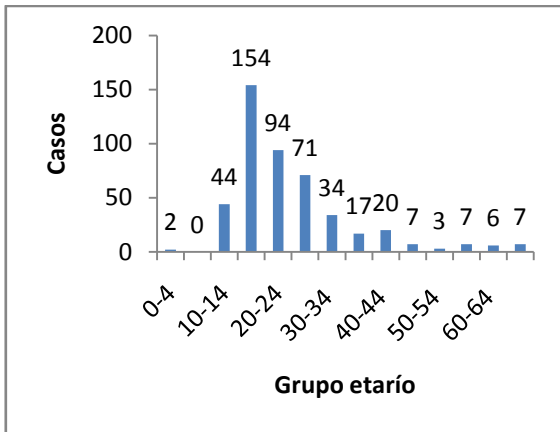


Gráfico 6. Tolima 2012: Intento suicida con tóxicos, por grupo etario. Fuente datos: SIVIGILA departamental.

Con respecto a los casos en que se consumió el suicidio, cuando se revisa el comportamiento por municipios para el período entre 2005 y 2010, varios de ellos mantienen tasas consistentemente mayores que el resto del departamento, tal como se observa en el Gráfico 7.

Tomando en cuenta que entre 2005 y 2010 se suicidaron 446 hombres y 120 mujeres en el departamento,<sup>17</sup> la proporción entre ambos géneros es de 3,7 hombres por cada mujer, con menor diferencia que en el resto del país, donde Medicina Legal reporta una proporción de 4 hombres por cada mujer.<sup>18</sup>

En relación con los grupos etarios de las personas que se han suicidado, la tasa de suicidios ha sido más alta en el grupo de 15 a 44 años y en mayores de 65 años durante 2009 y 2010.

La información preliminar sobre seguimiento a personas que realizaron intentos suicidas en el departamento en 2012 da cuenta de 49 casos en los municipios de Ibagué, Icononzo,

Mariquita, Guamo, Falan, Santa Isabel, Espinal, Chaparral y Ortega. Estas personas son principalmente mujeres, la edad promedio es de 22 años, y la mayoría (77,6%) residen el área urbana. La mitad (51%) presentaba como factor de riesgo una relación de pareja disfuncional, y una quinta parte (18%) tenía como factor de riesgo una relación disfuncional con sus padres. El 24,4% de estas personas, había tenido al menos un intento suicida con anterioridad.

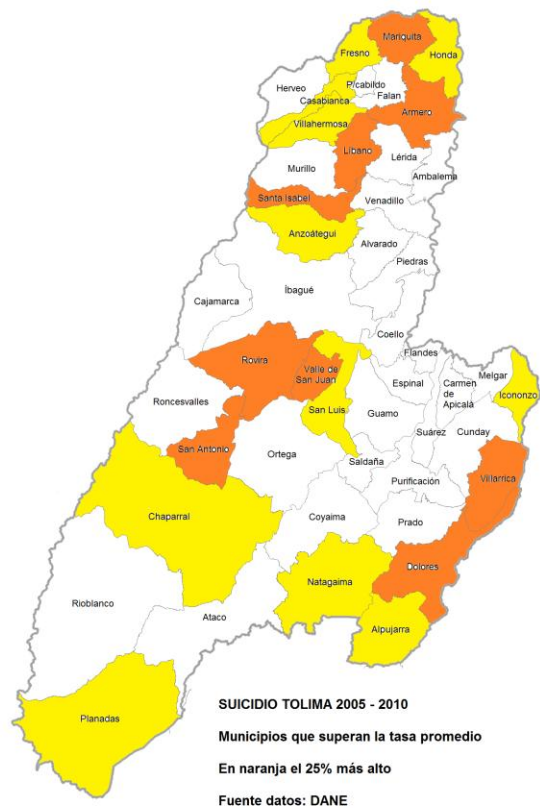


Gráfico 7. Suicidio Tolima 2005 - 2010. Municipios que superan la tasa promedio. En naranja el 25% más alto. Fuente datos: DANE.

<sup>17</sup> Fuente: DANE.

<sup>18</sup> Fuente: Foresis 2011. Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses.



## Conductas adictivas

De acuerdo con el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas,<sup>19</sup> un 18,98% de la población del Tolima presenta consumo de tabaco y un 31,55% de alcohol en el último mes. Para el último año un 2,62% ha consumido alguna sustancia ilícita. El mismo estudio reportó un porcentaje de abuso o dependencia (adicción) de 2,06% para cualquier sustancia ilícita, el cual es superior al porcentaje nacional de 1,29%.

La percepción de riesgo relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas es una variable que se refiere a que tan peligroso se considera consumirlas; puede inferirse que si la percepción de riesgo es baja, la persona tendría menos temor de consumir, y por el contrario, si la percepción de riesgo es alta, habría menos riesgo de que alguien acepte usar la droga.

Se encontró un porcentaje similar entre el país y el departamento respecto a la percepción de un gran riesgo asociado al consumo de diversos psicoactivos lícitos e ilícitos. En todo caso es preocupante que una fracción de la población, aunque no sea mayoritaria, no identifique claramente el riesgo de consumir alcohol y otros psicoactivos.

Con respecto a la facilidad para adquirir los psicoactivos, un 49,32% de las personas consideró fácil conseguir marihuana y un 22,84% dijo lo mismo sobre la cocaína. Resulta llamativo que casi la mitad de las

personas considera fácil adquirir una sustancia ilícita.

El Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en escolares,<sup>20</sup> muestra como en términos generales, la percepción de riesgo asociado al consumo de psicoactivos aumenta al aumentar la edad y el grado escolar. Igualmente se observó una tendencia a presentar menor consumo de psicoactivos en adolescentes que cuentan con mayor presencia de los padres en sus actividades cotidianas. El mismo estudio señala como la presencia de casos de inicio temprano de consumo de psicoactivos, hace recomendable iniciar acciones preventivas desde los doce años o antes, y en la primaria. Otro aporte del estudio se refiere a la importancia de hacer un control efectivo del acceso a alcohol y tabaco entre los estudiantes, además del que se hace sobre las drogas ilícitas, ya que se evidencia una relación entre la disponibilidad de estas sustancias y su consumo.

Respecto a los estudiantes de secundaria del Tolima entre los 2 y 18 años, el estudio encontró que en el último mes 8,95% consumieron cigarrillo, y 34,32% alcohol, sustancias cuyo expendio, vale reiterar, está prohibido a menores de 18 años. Para el último año, el 4,46% había consumido marihuana, el 1,26% cocaína, y el 0,49% basuco, siendo este último porcentaje superior al nacional que es de 0,47%. 3,14% había consumido el inhalable Dick<sup>21</sup> en el último año, porcentaje que también es superior al nacional, de 2,73%. Para

---

<sup>19</sup> Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, referido a la población general de 12 a 65 años, encuesta en hogares efectuada a poblaciones desde los 30.000 habitantes.

---

<sup>20</sup> Colombia. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia – 2011.

<sup>21</sup> Sustancia inhalable que contiene el disolvente cloruro de metileno.

interpretar estos datos debe tenerse en cuenta que si bien a simple vista algunos porcentajes podrían no parecer muy altos, están referidos a sustancias ilícitas o a otras cuyo expendio está prohibido para menores de 18 años, esto sumado al riesgo derivado de la manera en que se obtienen los recursos para financiar el consumo, la adquisición de sustancias en un marco de ilegalidad, y el riesgo de adicción y deterioro psicosocial asociados al uso de alcohol y otras drogas.

Otro aspecto a considerar en el departamento es la baja puntuación de la variable “percepción de gran riesgo” para el consumo frecuente de sustancias; tan solo se dio esta percepción en el 56% de estudiantes para marihuana, el 58,8% para cocaína, el 59,2% para basuco y el 59% para éxtasis. Este resultado fue similar al registrado en la población nacional.

En cuanto al acceso a drogas, el 79,81% de los estudiantes tolimeses reportó que nunca le habían ofrecido probar o comprar drogas. Al 13,8% le habían ofrecido drogas en el último año y al resto en el último mes o hace más de un año.

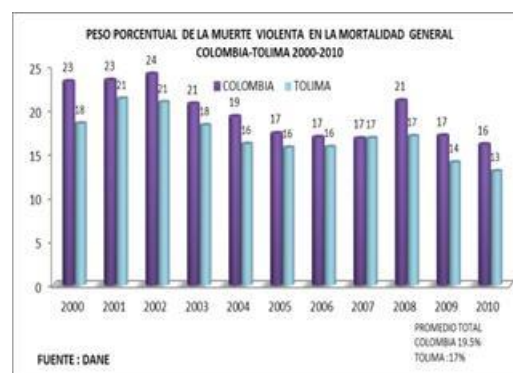
En relación con la disponibilidad de drogas, el 30,71% reportó que estas se llevaban, probaban o intercambiaban en el colegio y 41,56% consideró que esto ocurría en sus alrededores. El 16,29% había presenciado la venta o intercambio de drogas en su colegio, y el 28,05% había visto a alguien consumiéndolas en el colegio o sus alrededores.

### Defunciones por causa externa

Entre las defunciones por causa externa, no solo el suicidio debe ser considerado desde una perspectiva de salud mental. Muchos de

estos eventos se relacionan con patrones de conducta que pueden entenderse, abordarse y modificarse preventivamente desde esta óptica, esto sin contar con su efecto sobre las familias y comunidades afectadas, además de su vínculo con diferentes determinantes sociales. Tal es el caso de los accidentes de tránsito, otros accidentes y el homicidio, muchas veces ligados al consumo de alcohol y otros psicotrópicos, o relacionados con patrones de socialización basados en la violencia.

**Gráfico 8. Peso porcentual de la muerte violenta en la mortalidad general Colombia 2000-2010.**



FUENTE: DANE

Como se observa en el gráfico 8, para el período comprendido entre 2000 y 2010, el peso porcentual de la muerte violenta respecto a la mortalidad general se ha comportado con tendencias similares para Colombia y Tolima, siendo un poco más bajo en el departamento, con un promedio de 17% frente al nacional de 19,5%.

**Gráfico 9. Peso porcentual de la violencia interpersonal y la intervención legal en los homicidios Tolima 2000-2010.**



FUENTE: DANE

El gráfico 9 muestra que los homicidios en el departamento se han asociado principalmente a violencia interpersonal, aunque un porcentaje variable entre el 3,6% y 9% corresponde a intervenciones legales y operaciones de guerra, que reflejan la importancia de otros determinantes sociales de la salud mental. La tabla 1 muestra como se han producido 13311 muertes por causa externa en el Tolima, durante el período de once años entre 2000 y 2010, para un promedio de 1210 muertes de causa externa por año, que afectan principalmente a los hombres, con una proporción de 5,3 hombres por cada mujer.

**Tabla 1. Muertes por causa externa en el Tolima, 2000 - 2010.**

AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2000	1138	182	1320
2001	1303	280	1583
2002	1205	223	1428
2003	1080	203	1283
2004	865	157	1022
2005	960	200	1160
2006	974	201	1175
2007	1011	186	1197
2008	966	186	1152
2009	870	158	1028
2010	825	138	963
<b>TOTAL</b>	<b>11197</b>	<b>2114</b>	<b>13311</b>

FUENTE: DANE

Con respecto al homicidio, el gráfico 10 muestra como entre 2000 y 2010 las tasas de homicidio casi siempre han sido menores en Tolima que en Colombia, exceptuando los años 2006 a 2008. En general se observa una tendencia a la disminución en la tasa de homicidios en este período, similar en Tolima y Colombia, llegando a una tasa de 31 (Tolima) y 41 (Colombia) homicidios por 100.000 personas en el año 2010.

## 4. Actividades de salud mental pública

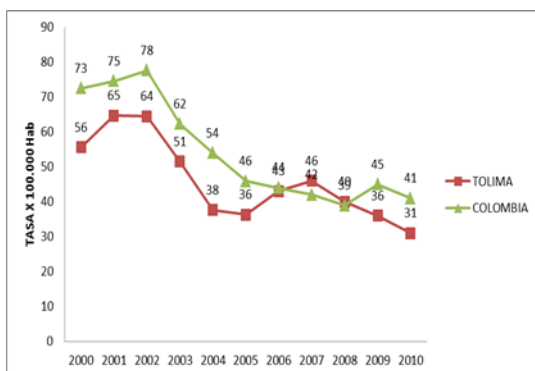
El departamento, a través de la Secretaría de Salud coordina la realización de una serie de actividades de salud mental pública en los 47 municipios, las cuales se describen a continuación.

### Articulación interinstitucional e intersectorial

Se orienta mediante el apoyo y la asistencia técnica a cada uno de los municipios para el cumplimiento de las siguientes acciones:

- Elaboración y seguimiento a la ejecución de los planes operativos anuales de salud mental, en concordancia con los lineamientos técnicos departamentales.
- Funcionamiento de las redes de salud mental que articulan a las diferentes instituciones que realizan acciones transversales en este campo.
- Seguimiento y apoyo técnico para el funcionamiento de los Comités para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
- Seguimiento a la conformación y desarrollo de las actividades de los grupos operativos en salud mental que realizan auto capacitación acciones en salud mental por ciclo vital, en cooperación con las redes de apoyo, estas últimas centradas en la prevención de violencia intrafamiliar, prevención del suicidio y prevención del consumo de psicoactivos.
- Seguimiento al desarrollo e implementación de las rutas de

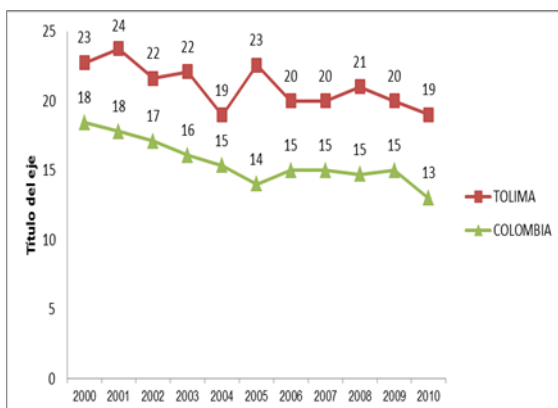
Gráfico 10. Tendencia de la tasa de homicidio Colombia –Tolima. 2000-2010.



FUENTE: DANE

En contraste con lo anterior, las tasas de mortalidad por accidente de tránsito son más altas en Tolima que a nivel nacional, en ambos casos se observa una leve tendencia al descenso, como se observa en el gráfico 11.

Gráfico 11. Tendencia de la tasa de mortalidad por accidente de tránsito Colombia –Tolima 2000-2010



FUENTE: DANE

atención en violencia intrafamiliar y violencia sexual.

- Apoyo técnico a la formulación y ejecución de los planes municipales para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

### **Promoción y prevención**

La secretaría de Salud brinda apoyo técnico y acompañamiento a las actividades realizadas en los municipios para la promoción de la salud mental, la prevención de las conductas suicidas, el consumo de psicoactivos, y la violencia intrafamiliar y sexual, además de las estrategias específicas desarrolladas este año y denominadas: Cultivando amor por nuestros niños y niñas, regreso a la escuela, verano en adolescentes, construyendo sueños, y años maravillosos donde recordar es vivir.

### **Atención primaria**

La Secretaría de Salud brinda apoyo técnico a las unidades locales de salud de los municipios para el desarrollo de las siguientes actividades:

- Seguimiento a familias afectadas por el suicidio de uno de sus integrantes
- Seguimiento a personas que han efectuado intentos de suicidio.
- Seguimiento en comunidad a pacientes con enfermedad mental.
- Seguimiento a la implementación de la guía de atención a mujer y menor maltratados.
- Seguimiento casos reincidentes de violencia intrafamiliar, o donde se suma el abuso sexual, o donde la víctima es menor de 14 años, o se encuentra embarazada, o si resulta hospitalizada a causa del evento, o

cuando se involucra el uso de armas de fuego.

### **Capacitación en atención primaria en salud**

En este punto se realizaron las siguientes acciones durante 2012.

- Taller de sensibilización y formación a funcionarios de la Salud para la promoción de denuncia y atención oportuna en caso de maltrato infantil y abuso sexual ), así como a su detección.
- Taller de sensibilización y formación a funcionarios de IPS públicas, en la guía de atención a mujeres, niñas y niños maltratados.
- Taller de sensibilización y formación a psicólogos y psicólogas para apoyar las redes de prevención del suicidio, de consumo de psicoactivos y prevención de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y el abuso sexual.
- Capacitación en la implementación de la estrategia "Vivo Jugando" en 10 municipios, incluidos los cuatro del plan de consolidación del sur del Tolima: Chaparral, Ataco, Planadas y Rioblanco.
- Taller de sensibilización a referentes municipales de salud mental, sobre la Ley 1257 de 2008 "no violencias contra las mujeres" y su decreto reglamentario
- Realización del congreso departamental de salud mental y prevención del Consumo de sustancias psicoactivas, con participación aproximada de 250

personas, realizado los días 3 y 4 de diciembre de 2012.

## Gestión del conocimiento

Se realizaron las siguientes acciones:

- Ajuste técnico al documento de política pública de salud mental, como preparación para ser presentado en 2013 a la Asamblea Departamental.
- Desarrollo y publicación del boletín anual de salud mental.
- Apoyo técnico a la realización de piezas comunicativas para las actividades de salud mental en los diferentes municipios del departamento.

## Vigilancia epidemiológica

Se han realizado las acciones de vigilancia epidemiológica en temas de salud mental por medio de SIVIGILA, y en el seguimiento a sobrevivientes de intentos de suicidio, familias de personas que se suicidaron, seguimiento en comunidad a personas con enfermedad mental controlada, y casos de violencia intrafamiliar, entre otros aspectos.

## Otras actividades

Adicionalmente la Secretaría de Salud brindó apoyo técnico y acompañamiento a otras acciones relevantes en salud mental pública como la realización de tamizajes psicosociales y definición de rutas de apoyo para la población víctima de desplazamiento forzado, apoyo a los comités consultivos, e implementación del libro de acercamiento para personas con discapacidad mental.

## Grado de avance del programa de salud mental pública a 30 noviembre de 2012 en los 47 municipios del departamento del Tolima

En la tabla número 2 se puede observar el porcentaje de avance de cada uno de los municipios en la implementación de estas actividades a través de sus planes operativos de salud mental pública, con corte a noviembre 30 de 2012.

Es importante anotar que el inicio del periodo de gobierno de los actuales alcaldes y gobernador, y la jubilación en el primer trimestre del año, de la referente de salud mental en el departamento generó atrasos en la contratación de las acciones de salud pública tanto a nivel departamental como municipal, y la no inclusión de muchas de estas actividades en los poa municipales.

Para el seguimiento al programa se realizó un consolidado del grado de avance en el desarrollo de las acciones de salud mental pública en cada uno de los 47 municipios del departamento, obteniendo los resultados que se reflejan en la tabla Nro.2

### Convenciones:

El color **verde** señala el porcentaje de acciones cumplidas al cien por ciento

El color **amarillo** señala el porcentaje de cumplimiento parcial

El color **rojo** señala el porcentaje de acciones no cumplidas

El color **azul** señala el porcentaje de actividades que no le aplican al municipio (ya que no fueron incluidas en los POA o por que no se presentaron casos de violencia o suicidio a los que hay que hacer seguimiento, o actividades ejecutadas por el equipo coordinador)

El color **blanco** señala el porcentaje de acciones sobre las cuales los municipios no reportaron ninguna información.

**Tabla 2. Grado de avance en la ejecución del componente de salud mental pública de los POA de los 47 del Tolima con corte al 30 de noviembre de 2012**

MUNICIPIO	Cumple %	Parcialmente %	No cumple %	No aplica %	Sin dato %
Alpujarra	51	16	22	11	0
Alvarado	62	0	9	18	11
Ambalema	40	29	0	20	11
Anzoategui	69	0	7	13	11
Armero - Guayabal	69	0	5	15	11
Ataco	22	4	56	18	0
Cajamarca	60	7	0	22	11
Carmen de Apicalá	76	7	6	12	0
casabianca	64	4	11	20	0
Chaparral	13	22	42	11	11
Coello	58	2	16	13	11
Coyaima	67	0	13	20	0
Cunday	76	4	7	13	0
Dolores	78	2	7	13	0
Espinal	64	2	2	20	11
Falan	44	13	18	13	11
Flandes	29	7	42	11	11
Fresno	51	9	22	18	0
Guamo	78	0	9	13	0
Hervey	60	16	11	13	0
Honda	38	24	20	18	0
Ibagué	13	4	31	4	47
Icononzo	64	0	13	11	11
Lérida	60	4	9	27	0
Libano	62	9	9	20	0
Mariquita	67	7	7	20	0
Melgar	4	0	76	9	11
Munillo	69	4	7	20	0
Natagaima	20	2	62	16	0
Ortega	38	2	40	20	0
Palocabildo	11	0	73	4	11
Piedras	18	0	67	4	11
Planadas	73	2	11	13	0
Prado	84	0	4	11	0
Purificación	82	7	7	4	0
rioblanco	58	4	18	20	0
Roncesvalles	62	0	11	16	11
Rovira	69	2	2	16	11
Saldaña	78	4	4	13	0
Saln Luis	58	0	2	29	11
San Antonio	69	0	9	11	11
Santa Isabel	60	9	11	20	0
Suarez	71	7	9	13	0
Valle de San Juan	29	9	33	18	11
Venadillo	49	7	2	31	11
villa hermosa	47	11	22	20	0
Villarrica	38	27	27	9	0

comunitarios y en especial con el sector salud, para lograr efectos más significativos en el perfil epidemiológico y el bienestar de la comunidad.

Las intervenciones destinadas a promover la salud mental y a prevenir la enfermedad mental, así como las acciones transversales en salud mental, deben articularse de acuerdo con el modelo de atención primaria en salud mental que fortalece la atención en el nivel de baja complejidad y desarrolla mecanismos efectivos de participación comunitaria, sin descuidar el desarrollo complementario de los servicios de mediana y alta complejidad, apoyándose en la investigación científica y la medición de indicadores para establecer su impacto y realimentar los planes y programas.

La política departamental de salud mental está diseñada para su aplicación en el decenio 2013 – 2021, en concordancia con los periodos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para las acciones de salud pública. Sus resultados deben materializarse en un mejoramiento de los indicadores de impacto de las condiciones de salud mental y el perfil de morbilidad psiquiátrica de la población departamental, la consolidación de recursos comunitarios para las acciones de atención primaria en salud mental, el fortalecimiento de la producción y aplicación de nuevos conocimientos en las acciones de salud mental pública, el fortalecimiento del modelo de atención primaria en salud mental con criterios de calidad, y la eliminación de barreras de acceso a los medicamentos y servicios de salud mental.

## 5. Conclusiones y perspectivas

La información expuesta en el presente informe, permite sustentar los planteamientos contenidos en el documento técnico de política de salud mental, cuya presentación a la Asamblea Departamental se ha previsto en el Plan Operativo Anual de la Secretaría de Salud para 2013. Sus aspectos más relevantes son:<sup>22</sup>

Es necesario fortalecer la articulación de las intervenciones en salud mental entre los diferentes sectores públicos, sociales,

<sup>22</sup> Secretaría de Salud del Tolima. Documento técnico, política de Salud Mental. Versión febrero de 2013.