



# Salud mental

## CAPÍTULO VII



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



UNIDOS

## CAPÍTULO VII SALUD MENTAL

La Organización Mundial de la Salud, OMS en octubre del 2021 manifestó que “El mundo no alcanza la mayoría de las metas de Salud Mental fijadas para el 2020; la ampliación del Plan de Acción sobre Salud Mental de la OMS hasta 2030 ofrece una nueva oportunidad de avanzar a este respecto” (Fuente: <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>). Se reporta un fracaso al prestar servicios de salud mental ya que la pandemia ha aumentado estos problemas y las personas necesitan mayor atención. El Atlas en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud- OMS que se publica cada 3 años, con el reporte de 171 países da cuenta que aún no se ha avanzado en ampliar la red de atención de salud mental acorde a las necesidades, además recopila en su informe, políticas, inversiones, recursos humanos, legislación, disponibilidad y utilización de servicios de salud, y sistemas de información, sirve además para monitorear los alcances al Plan de Acción Integral sobre Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud- OMS. Se evidencia en el documento la falta de avances en liderazgo, la gobernanza, incumplimiento de las metas en prestación de servicios comunitarios, promoción y prevención de servicios de salud mental y sistema de información. La única meta que se alcanzó para el 2020 fue la reducción de la tasa de suicidio del 10%. Solo el 25% de los países informó sobre la descentralización de los servicios de salud mental y el fortalecimiento de los servicios de salud mental en entornos comunitarios cumplimiento de todos los criterios de integración definidos en la Estrategia de Atención Primaria en Salud. Se presentó un ligero aumento en los programas de promoción y prevención de la salud mental pasando de 41% en 2014 a 52% en 2020, pero sin informar los avances e impacto de estos.

Según la Organización Mundial de la Salud -OMS la depresión alcanza al 3.8% de la población mundial, cerca de 280 millones de personas presentan depresión, la depresión puede llevar al suicidio, siendo este la cuarta causa de muerte en el grupo de 15-29 años

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud-OPS, en las Américas la pandemia por COVID-19 ha agravado la situación de salud mental, los trastornos mentales, neurológicos y el consumo de sustancia psicoactivas y el suicidio; por el suicidio 100.000 personas fallecen por año en las Américas.

La OPS informa que los trastornos de salud mental aumentan lesiones intencionales y no intencionales y aumentan riesgos de otras enfermedades. La depresión es la primera causa de enfermedad de salud mental, es dos veces mayor en las mujeres, durante el embarazo y puerperio; en países industrializados la presentan entre el 10-15% y entre el 20-40% en países en desarrollo. La carga de trastornos mentales y neurológicos en adultos mayores aportan a las enfermedades no transmisibles. En la región la prevalencia en mayores de 60 años está entre el 6.4% y 8.48% e espera que esta se duplicara cada 20 años.



610

La mediana de la brecha para el tratamiento para las personas adultas y graves con trastornos afectivos, de ansiedad y consumo de psicoactivos, está en 73.5% en América, siendo inferior con 42.7% en el Norte y mayor para Latinoamérica con 77.9%.

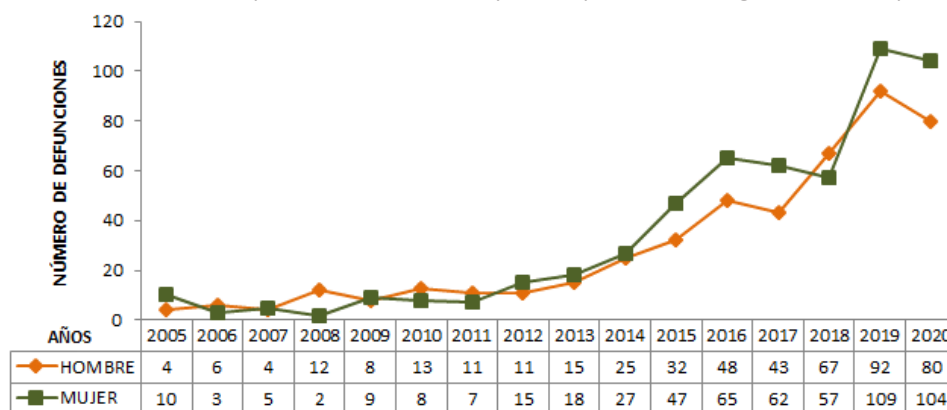
El 60% del gasto en salud mental se destina a hospitales psiquiátricos, el gasto total en salud mental alcanza solo el 2%.

Eventos que causan grado de estrés importante, como la pandemia COVID-19, se convierten en factor de riesgo para aparición, exacerbación o recaída de un gran número de problemas relacionados a la salud mental, en las Américas, ha habido aumento de depresión, ansiedad, desasosiego, insomnio, igualmente a las personas con COVID-19 presentan complicaciones neurológicas y mentales.

## 7.1. Indicadores de Salud Mental en Antioquia

En Antioquia, de acuerdo con la información del Sistema Integral de Información de la Protección Social-SISPRO, se evidencia que las defunciones por trastornos mentales y de comportamiento en los últimos 15 años están en ascenso, presentando una pendiente mayor para los años 2018 y 2019, en el año 2020 se observa una disminución en el número de defunciones por esta causa, en ambos sexos; no obstante persiste un mayor número de defunciones entre las mujeres, observándose 24 defunciones más en este grupo poblacional, este comportamiento pudiera estar relacionado a que la mujer utiliza más los servicios de salud, lo que mejora el diagnóstico y el certificado de defunción lo evidencia con más claridad.

Figura 251. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, según sexo. Antioquia, 2005 – 2020

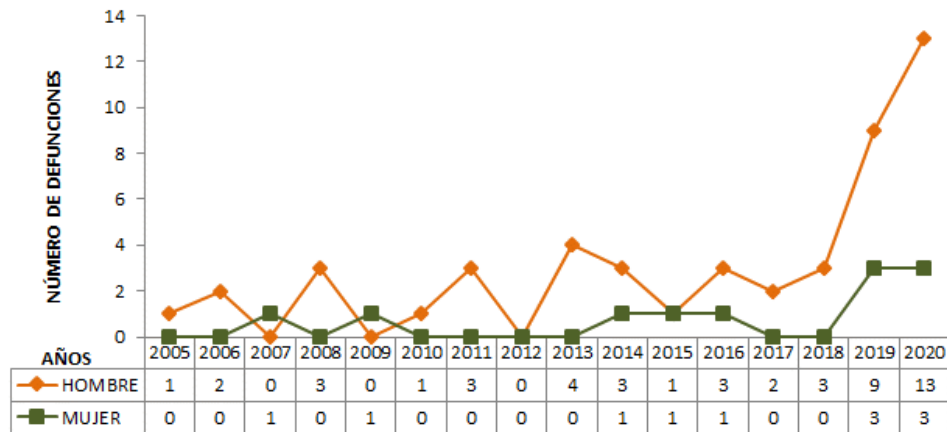


Fuente: SISPRO

Para el Departamento, las muertes por el consumo de sustancias psicoactivas de las personas que sufren un trastorno mental y de comportamiento está en ascenso, causando un número de fallecidos, con tendencia a incremento, especialmente en los últimos 2 años, es necesario además aclarar que este reporte pueda tener subregistro debido a que aún el estigma del consumo puede

enmascarar el diagnóstico final, los registros indican que son los hombres quienes aportan más fallecimientos (48 casos) por esta causa, situación que es coherente porque hay mayor número de hombres reconocidos como consumidores de sustancias psicoactivas; no obstante en los dos últimos años se aprecia un incremento en las defunciones por esta causa en las mujeres.

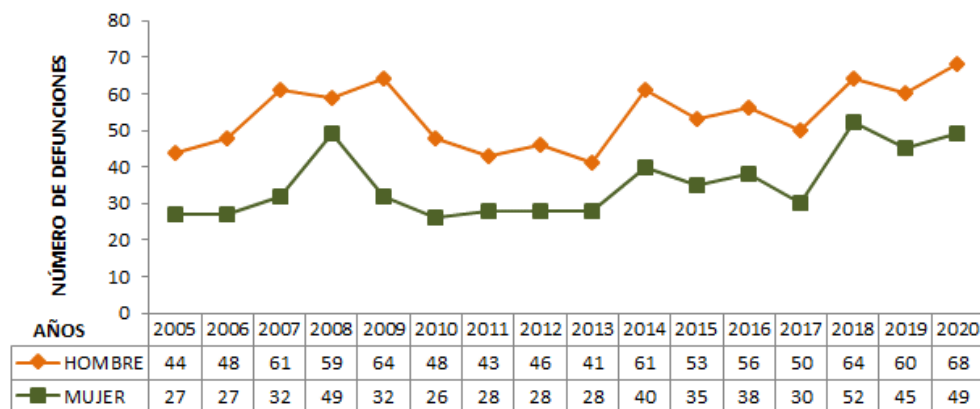
Figura 252. Número de defunciones por trastornos mentales y de comportamiento, debido al consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. Antioquia, 2005 – 2020



Fuente: SISPRO

Para los antioqueños la muerte por epilepsia ha presentado una oscilación en el comportamiento en el período comprendido entre 2005 y 2020 tanto en hombres como en mujeres, con una leve tendencia al aumento; los hombres presentan mayor número de personas fallecidas por este diagnóstico, lo que puede tener como explicación que son los hombres quienes presentan más casos de lesiones por causas externas y dentro de estas presentan mayor número de lesiones del sistema nervioso que dejen secuelas y una de ellas es la epilepsia. La Organización Mundial de la Salud - OMS, informa que la muerte prematura es tres veces más frecuente en personas con epilepsia.

Figura 253. Número de defunciones por epilepsia, según sexo. Antioquia, 2005 – 2020



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



612



## 7.2. Morbilidad específica en salud mental

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

Al evaluar la morbilidad atendida, por eventos relacionados con la salud mental, en el año 2021 se observa, que la mayor proporción de consultas se presentó por trastornos mentales y del comportamiento, este porcentaje se vio incrementado a medida que aumentaba el grupo de edad de los consultantes; pasando de un 84.9% en la primera infancia a un 88.0% en las vejez; en todos los cursos de vida se observó en el año evaluado un incremento en la proporción de consultas por esta causa, en la juventud se atendieron la mayor proporción de consultas por este grupo de causas, 90.3% del total de consultas en este ciclo vital.

En cuanto a las consultas por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, encontramos que los cursos de vida en los cuales se presentan un mayor porcentaje de consultas por esta causa son en su orden, la juventud y la adultez, con un 14.7 y un 10.6% del total de consultas respectivamente; en el primer grupo esta proporción disminuyó con respecto a lo observado el año anterior.

En cuanto a la consulta relacionada con la epilepsia se observa que la primera infancia es el grupo poblacional en el cual se puede observar una mayor proporción de consultas por esta causa, a pesar de la disminución en 6.8 puntos, observado el año 2021; en segundo lugar, está el grupo de infancia en el cual el 12.5% de las consultas estuvo relacionada con la epilepsia, con excepción de la vejez en todos los otros cursos de vida, se observó disminución en las consultas por esta causa.

En total en el Departamento en el período comprendido entre 2009 y 2021 se atendieron 7'785.465 consultas relacionadas a los tres grandes grupos de causas de salud mental; la causa que predomina son los trastornos mentales y del comportamiento con 6'011.629 de consultas, que equivale al 87% del total de consultas, seguido por la epilepsia con el 13% del total.



Tabla 133. Morbilidad específica por causas asociadas a salud mental. Antioquia, 2009 – 2021

| Ciclo vital                  | Gran causa de morbilidad   | Total |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | Δ pp 2020-2021 | Tendencia |
|------------------------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------|-----------|
|                              |  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  | 2021  |                |           |
| Primera infancia (0 - 5años) | Trastornos mentales y del comportamiento   | 58,96 | 58,57 | 65,10 | 64,86 | 70,15 | 68,89 | 73,21 | 73,91 | 74,26 | 75,90 | 77,76 | 74,20 | 81,01 | 6,81           |           |
|                              | Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas | 0,72  | 0,34  | 0,86  | 0,71  | 0,21  | 0,27  | 0,29  | 0,20  | 0,46  | 0,23  | 0,92  | 0,77  | 0,16  | -0,60          |           |
|                              | Epilepsia  | 41,04 | 41,43 | 34,90 | 35,14 | 29,85 | 31,11 | 26,79 | 26,09 | 25,74 | 24,10 | 22,24 | 25,80 | 18,99 | -6,81          |           |
| Infancia (6 - 11 años)       | Trastornos mentales y del comportamiento   | 74,79 | 76,88 | 79,02 | 81,48 | 85,20 | 85,00 | 85,89 | 90,54 | 88,94 | 90,32 | 90,16 | 86,06 | 87,44 | 1,37           |           |
|                              | Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas | 0,39  | 0,23  | 0,22  | 0,18  | 0,16  | 0,13  | 0,24  | 0,20  | 0,18  | 0,18  | 0,24  | 0,14  | 0,07  | -0,06          |           |
|                              | Epilepsia  | 25,21 | 23,12 | 20,98 | 18,52 | 14,80 | 15,00 | 14,11 | 9,46  | 11,06 | 9,68  | 9,84  | 13,94 | 12,56 | -1,37          |           |
| Adolescencia (12 - 17 años)  | Trastornos mentales y del comportamiento   | 69,45 | 70,62 | 71,70 | 74,02 | 76,36 | 77,70 | 79,84 | 82,01 | 80,57 | 80,70 | 84,18 | 81,98 | 86,86 | 4,89           |           |
|                              | Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas | 5,97  | 9,13  | 6,16  | 7,99  | 9,65  | 8,71  | 9,91  | 9,16  | 9,39  | 11,31 | 7,61  | 6,98  | 4,60  | -2,38          |           |
|                              | Epilepsia  | 24,58 | 20,25 | 22,14 | 17,99 | 13,98 | 13,59 | 10,26 | 8,83  | 10,04 | 7,98  | 8,21  | 11,04 | 8,54  | -2,51          |           |
| Juventud (18 - 28 años)      | Trastornos mentales y del comportamiento   | 76,50 | 80,11 | 79,17 | 81,22 | 83,13 | 84,49 | 87,90 | 87,97 | 84,61 | 87,95 | 89,77 | 88,14 | 91,32 | 3,18           |           |
|                              | Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas | 6,38  | 11,80 | 11,39 | 12,85 | 13,77 | 13,69 | 16,51 | 13,63 | 12,37 | 16,92 | 11,59 | 10,67 | 9,01  | -1,66          |           |
|                              | Epilepsia  | 23,50 | 19,89 | 20,83 | 18,78 | 16,87 | 15,51 | 12,10 | 12,03 | 15,39 | 12,05 | 10,23 | 11,86 | 8,68  | -3,18          |           |
| Adultez (29 - 59 años)       | Trastornos mentales y del comportamiento   | 83,07 | 83,87 | 83,61 | 84,00 | 84,90 | 84,88 | 89,12 | 88,80 | 85,19 | 87,87 | 89,16 | 86,35 | 89,82 | 3,47           |           |
|                              | Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas | 3,32  | 4,67  | 3,77  | 5,01  | 5,39  | 5,64  | 7,37  | 6,13  | 5,50  | 8,52  | 6,16  | 5,53  | 5,61  | 0,08           |           |
|                              | Epilepsia  | 16,93 | 16,13 | 16,39 | 16,00 | 15,10 | 15,12 | 10,88 | 11,20 | 14,81 | 12,13 | 10,84 | 13,65 | 10,18 | -3,47          |           |
| Vejez (60 años y más)        | Trastornos mentales y del comportamiento   | 88,99 | 89,74 | 91,54 | 92,49 | 91,54 | 90,14 | 92,96 | 92,74 | 91,02 | 92,39 | 92,35 | 91,61 | 91,80 | 0,19           |           |
|                              | Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas | 1,76  | 1,19  | 1,32  | 0,90  | 1,98  | 1,51  | 1,92  | 1,87  | 1,56  | 1,70  | 2,14  | 1,35  | 1,64  | 0,29           |           |
|                              | Epilepsia  | 11,01 | 10,26 | 8,46  | 7,51  | 8,46  | 9,86  | 7,04  | 7,26  | 8,98  | 7,61  | 7,65  | 8,39  | 8,20  | -0,19          |           |

Fuente: SISPRO

En Antioquia, las mujeres presentan el mayor número con 3'818.091 de consultas debido a los tres grandes grupos de causas de salud mental, en tanto los hombres la utilización de los servicios por estas tres grandes causas fueron un total de 3'147.002 consultas.

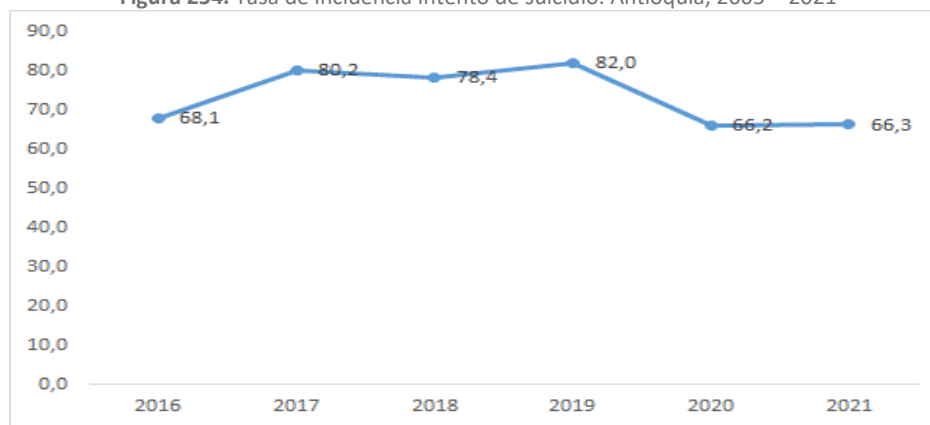
### 7.3. Comportamiento del Intento de Suicidio en Antioquia

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

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

El alto número de casos, los costos para los servicios de salud y la afectación de las familias y la sociedad en general, han hecho que éste se considere un problema de salud pública, objeto de vigilancia epidemiológica, frente al cual se han generado diferentes respuestas desde diferentes estamentos gubernamentales; no obstante, como puede verse en la siguiente figura, al evaluar el comportamiento del evento en los últimos 6 años las tasas de incidencia exhiben un comportamiento fluctuante, con un pico de 82 casos por 100.000 habitantes, en 2019, para luego descender hasta 66.3 por 100.000 habitantes en 2021, valor muy similar al observado el año anterior.

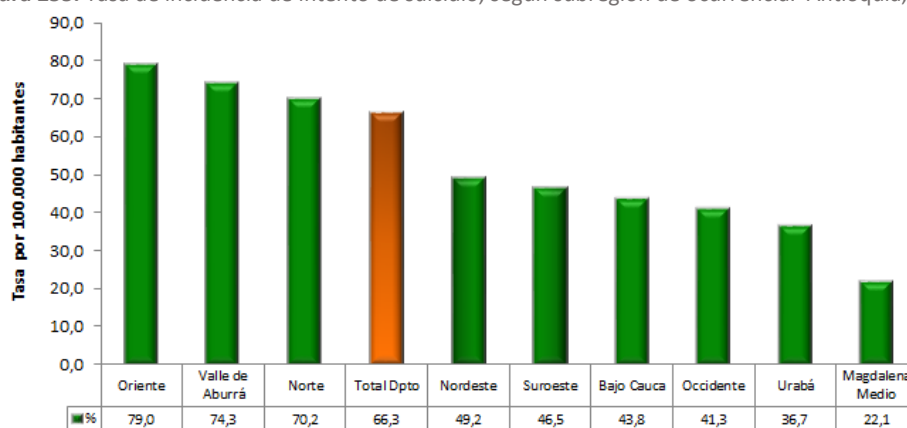
Figura 254. Tasa de incidencia intento de suicidio. Antioquia, 2005 – 2021



Fuente: Sivigila

Por subregión la tasa más alta se presenta en el Oriente 79 casos por 100.000 habitantes, seguida del Valle de aburra 74.3 por 100.000 habitantes, el Urabá y el Magdalena Medio con 37 y 22 casos respectivamente, presentan las tasas más bajas del departamento, situación que puede deberse a subregistro de la información.

Figura 255. Tasa de incidencia de intento de suicidio, según subregión de ocurrencia. Antioquia, 2021



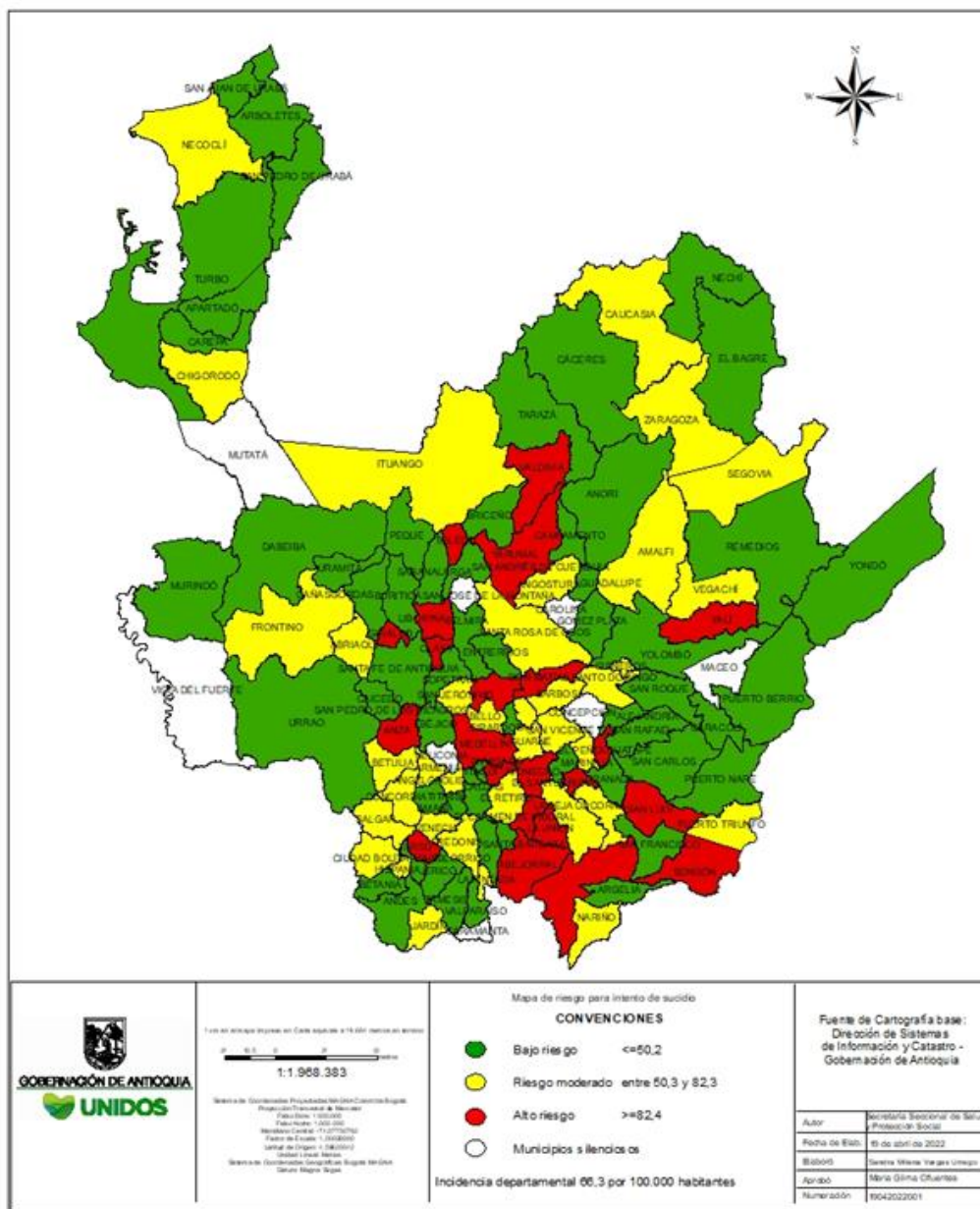
Subregión

Fuente: Sivigila



Al georreferenciar el riesgo de intento de suicidio, se observa que el alto riesgo que corresponde a una tasa de 82.4 por 100.000 habitantes o más, se concentra en 21 municipios de los 125 del Departamento, estos son: Abejorral, Anzá, Donmatias, El Santuario, Envigado, Giraldo, Guatapé, La Ceja, La Unión, Liborina, Medellín, Olaya, Rionegro, San Luis, San Pedro de los milagros, Sonsón, Tarso, Toledo, Valdivia, Yalí y Yarumal. Los municipios de Dabeiba, Puerto Nare, Caldas, Jericó y Betania, con tasas que oscilan entre 10 y 4 casos por 100.000 habitantes, se identifican con el menor riesgo.

Mapa 50. Riesgo para Intento de suicidio. Antioquia 2021.



Fuente: Sivigila



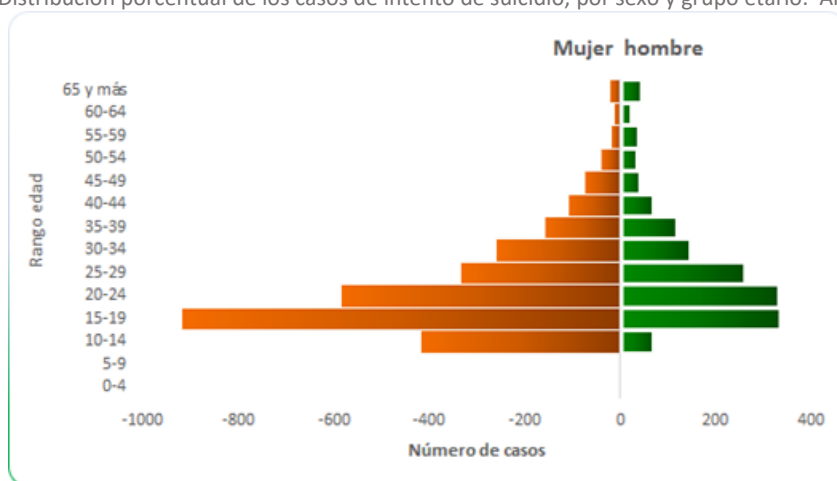


Al analizar el comportamiento de intento de suicidio por sexo, es consistente con lo documentado en la literatura donde el mayor número de intentos de suicidio se presentan en las mujeres porque utiliza métodos menos letales que el hombre, es por esta razón que los intentos de suicidios se repiten más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

Nuevamente las tasas más altas de intento de suicidio se presentaron en el grupo de adolescentes, seguido del grupo de jóvenes, en el año 2021, el riesgo de esta conducta aumento en estos dos grupos poblacionales pasando de una tasa de 160 a 175 casos por 100.000 adolescentes y de 154 a 161 intentos en los jóvenes (20 a 24 años).

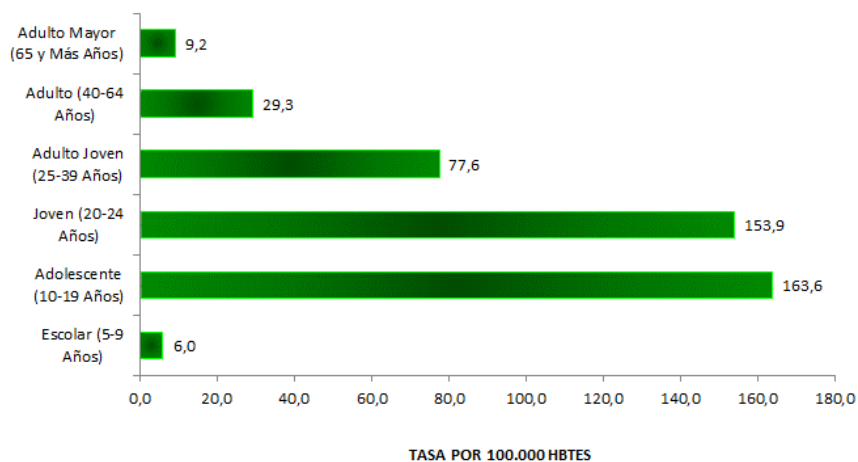
En cuanto al grupo de niños de 5 a 9 años, la tasa se redujo a la mitad pasando de 6 a 3 casos por 100.000 niños, el total de casos notificados fue 16.

Figura 256. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, por sexo y grupo etario. Antioquia, 2021



Fuente: SIVIGILA

Figura 257. Distribución de los casos de intento de suicidio, por grupo de edad. Antioquia, 2021



Fuente: SIVIGILA



Al caracterizar los casos de intento de suicidio por los 5 grupos étnicos, se identifica que el 98.9% de las personas reportadas no se identificaron como pertenecientes a ninguna etnia priorizada en el país; el 0.6% (26 personas) se reconocieron afrodescendientes y se identificaron 11 casos en indígenas, 9 de ellos, Embera (de estos 4 se identificaron como Embera Chami y uno Embera Katio) uno Nasa y otro sin reporte de pertenencia a ningún grupo.

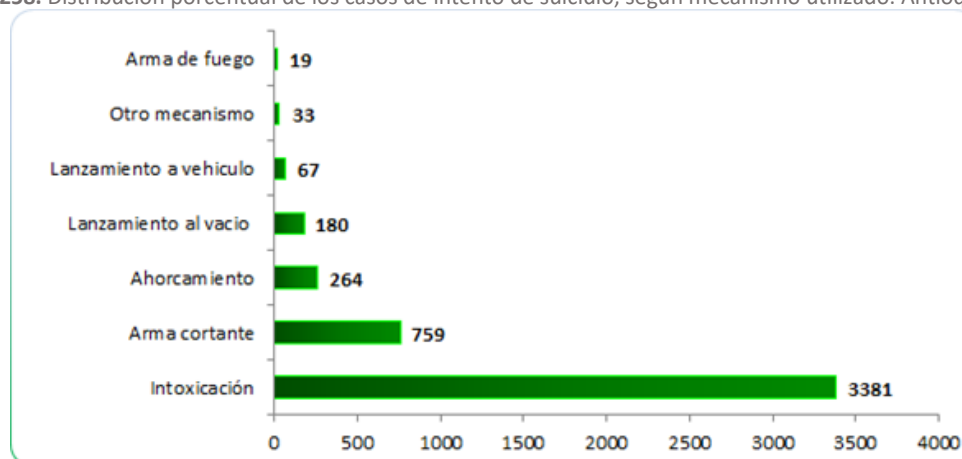
El 59.6% de las personas que intentaron suicidarse fueron hospitalizados, lo importante es hacer seguimiento cuantos de estas personas fueron integrados a un programa de terapia y atención por psicólogo y psiquiatra con el fin de reducir el riesgo de otros intentos.

La mayor proporción de casos notificados pertenecían al régimen contributivo, seguido del régimen subsidiado. El 3.6% de los casos notificados o no estaban asegurados o fueron reportados como estado indeterminado, en cualquiera de los dos casos se trata de personas que por su estado de no aseguramiento se ve restringido su acceso a una institución de salud, alcanzando escasamente la atención de urgencia, lo que los deja en un gran estado de vulnerabilidad por no poder contar con atenciones complementarias que suelen necesitar la personas que manifiestan conducta suicida.

De los pacientes no asegurados 46 (1.0%) son migrantes venezolanos, y bien se ha documentado que un porcentaje de ellos vive en condiciones muy precarias, favoreciendo la presencia de varios eventos de interés en salud pública, con desenlaces infortunados como muerte materna, sífilis gestacional y congénita, entre otros, por sus precarias condiciones de vida y falta de acceso a los servicios de salud.

La intoxicación es el mecanismo más frecuente utilizado en los casos de conducta suicida aportante el 75% de los casos, el 17% fue por arma cortante y el 6% por ahorcamiento, constituyéndose estos en los tres mecanismos más frecuentemente utilizados; el arma de fuego fue el menos reportado.

Figura 258. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, según mecanismo utilizado. Antioquia, 2021



Fuente: SIVIGILA



El 87% de los pacientes fueron remitidos a Psiquiatría, el 62% a Psicología y el 38% a Trabajo Social; dada la complejidad y multicausalidad de la conducta suicida, pero cuando está asociada a trastornos psiquiátricos, el tema que se ha identificado es el acceso a estos servicios, especialmente en los municipios más alejados del Valle de Aburrá, que no cuentan con estos profesionales en el territorio y la aseguradora ofrece la consulta en municipios algunas veces alejados de su lugar de residencia; esta situación es particularmente crítica para acceder al servicio de psiquiatría toda vez que estos están concentrados en el Valle de Aburrá y algunos municipios de oriente, lo que se constituye en una barrera de acceso por la disponibilidad de recursos económicos para asistir a las citas asignadas, costo representado en pasajes, alimentación, etc.

#### 7.4. Comportamiento de Suicidio en Antioquia

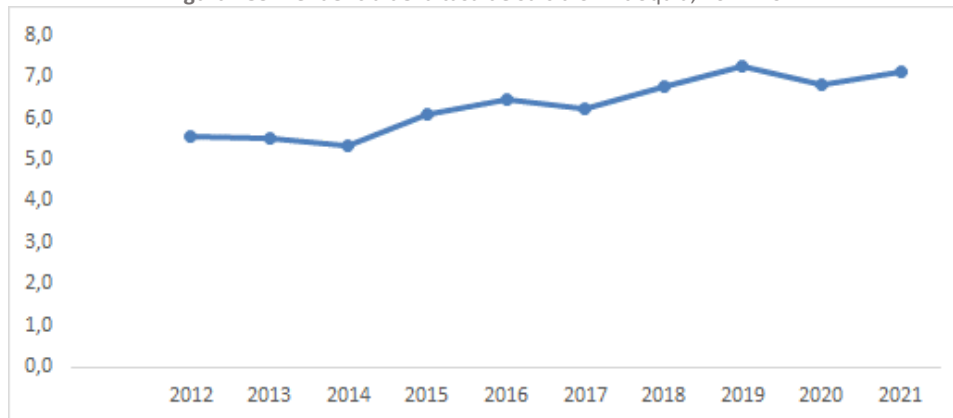
En el mundo de acuerdo a la OMS, (Informe de septiembre del 2021), 1 de cada 100 fallecimientos se debe al suicidio, anualmente se presentan cerca de 700.000 suicidas, entre las personas de 15 a 29 años es la cuarta causa de muerte, los hombres se suicidan el doble que las mujeres (12.6 por cada 100.000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

En las Américas es la región donde más asciende la tasa de suicidios, incrementado en un 17%. A pesar de esto solo 38 de los países han implementado estrategias de prevención del suicidio.

En Colombia, de acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social, durante los años 2010 a 2019 la tasa de suicidio osciló entre 4 y 5.7 por 100.000 habitantes, el 17% se presentó entre niños, niñas, adolescentes y jóvenes de 5-19 años, con tasas que van de 2.6 a 3.5 por 100.000 habitantes. Dos casos se presentaron entre menores de 4 años.

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

Figura 259. Tendencia de la tasa de suicidio Antioquia, 2012-2021



FUENTE: DANE. 2021

Información Preliminar

Procesa: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Tabla 134. Distribución de los casos y tasas de Suicidios Antioquia 2012 - 2021

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

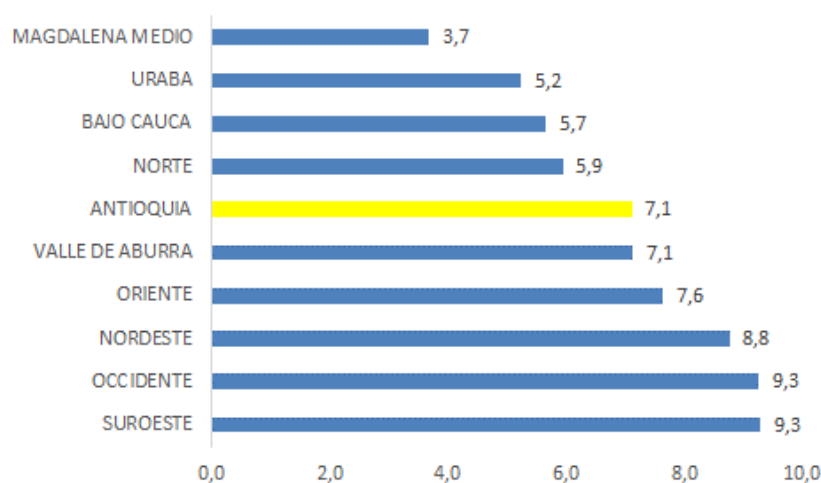
FUENTE: DANE. 2021

Información Preliminar

Procesa: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

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

Figura 260. Tasa de incidencia suicidio por subregión, Antioquia 2021



Fuente: DANE. 2021

Información Preliminar

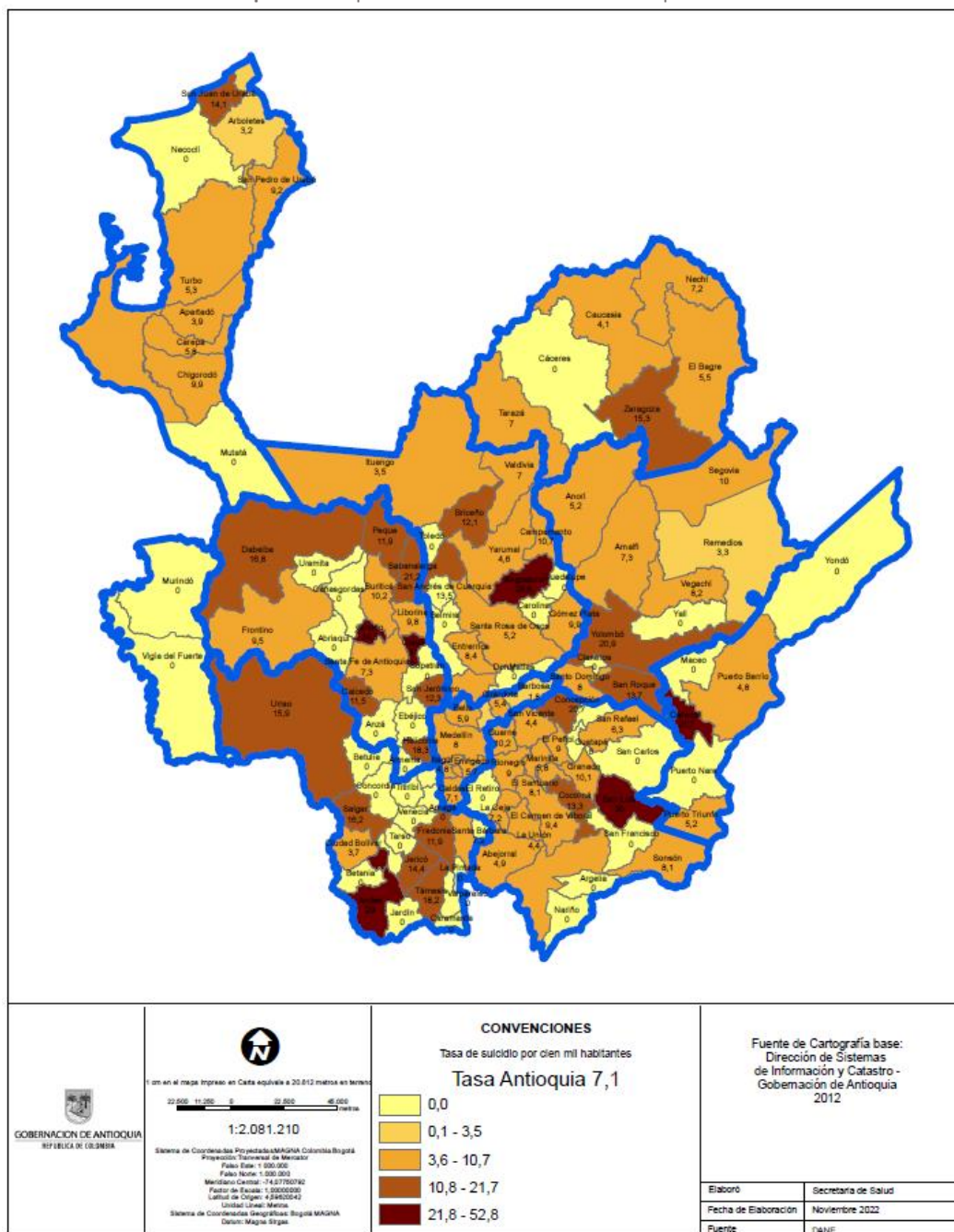
Procesa Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia





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

Mapa 51. Comportamiento del suicidio en Antioquia 2021.



Fuente. DANE. Información preliminar.



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

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

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

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

### 7.5. Comportamiento de Violencia de Género en Antioquia

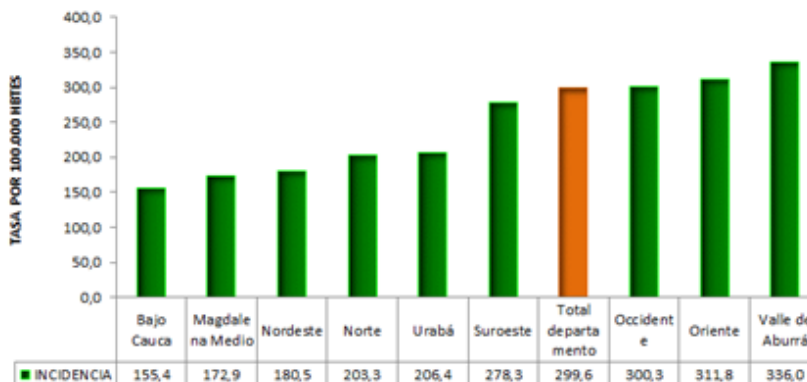
De acuerdo con la OMS, la Violencia de Género afecta a más de la mitad de la población mundial, y no puede ser ignorada. El Objetivo de Desarrollo Sostenible No 5, destinado a la igualdad de género, define las metas a conseguir, faltan 10 años para que ninguna mujer o niña se quede atrás en la carrera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

En Antioquia en el año 2021 se notificaron un total de 16.689 casos sospechosos de violencia intrafamiliar, de género y sexual; estos se distribuyeron así: violencia física 7.718 casos, violencia psicológica 2.177 casos, negligencia y abandono 648 casos y violencia sexual 6.146 casos.

El comportamiento de la violencia de género e intrafamiliar en el departamento de Antioquia, sostiene la tendencia de una mayor frecuencia de casos reportados por violencia física presentando una tasa de 114 casos por cien mil habitantes, seguida de la violencia sexual con una tasa de 91 casos por cien mil habitantes, violencia psicológica y negligencia y abandono presentan unas tasas de 32 y 10 por cien mil habitantes respectivamente. La tasa de violencia física, psicológica y negligencia disminuyeron con respecto al año anterior; la tasa de violencia sexual aumentó pasando de 76.8 a 90.6 casos por 100.000 habitantes. La tasa de negligencia y abandono evidenció una disminución marcada pasando de 32 a 10 casos por 100.000 habitantes.



Figura 261. Incidencia de violencia por subregión. Antioquia, 2021



Fuente. SIVIGILA

En el mapa de riesgo del comportamiento de la violencia de Género, sexual e Intrafamiliar en todo el departamento de Antioquia durante el 2021, se puede apreciar que hay 51 municipios críticos con tasas que están por encima de la tasa departamental de 407.2 casos por cien mil habitantes. Los tres municipios con las tasas más altas son: Tarso, Titiribí y Támesis, (1135, 1121 y 1102 casos por 100.000 habitantes respectivamente). Con tasas inferiores al indicador departamental se encuentran 74 municipios; las tasas más bajas se observan en los municipios de: Maceo, Caicedo y Alejandría con tasas de: 47, 46 y 42 casos por 100.000 habitantes.

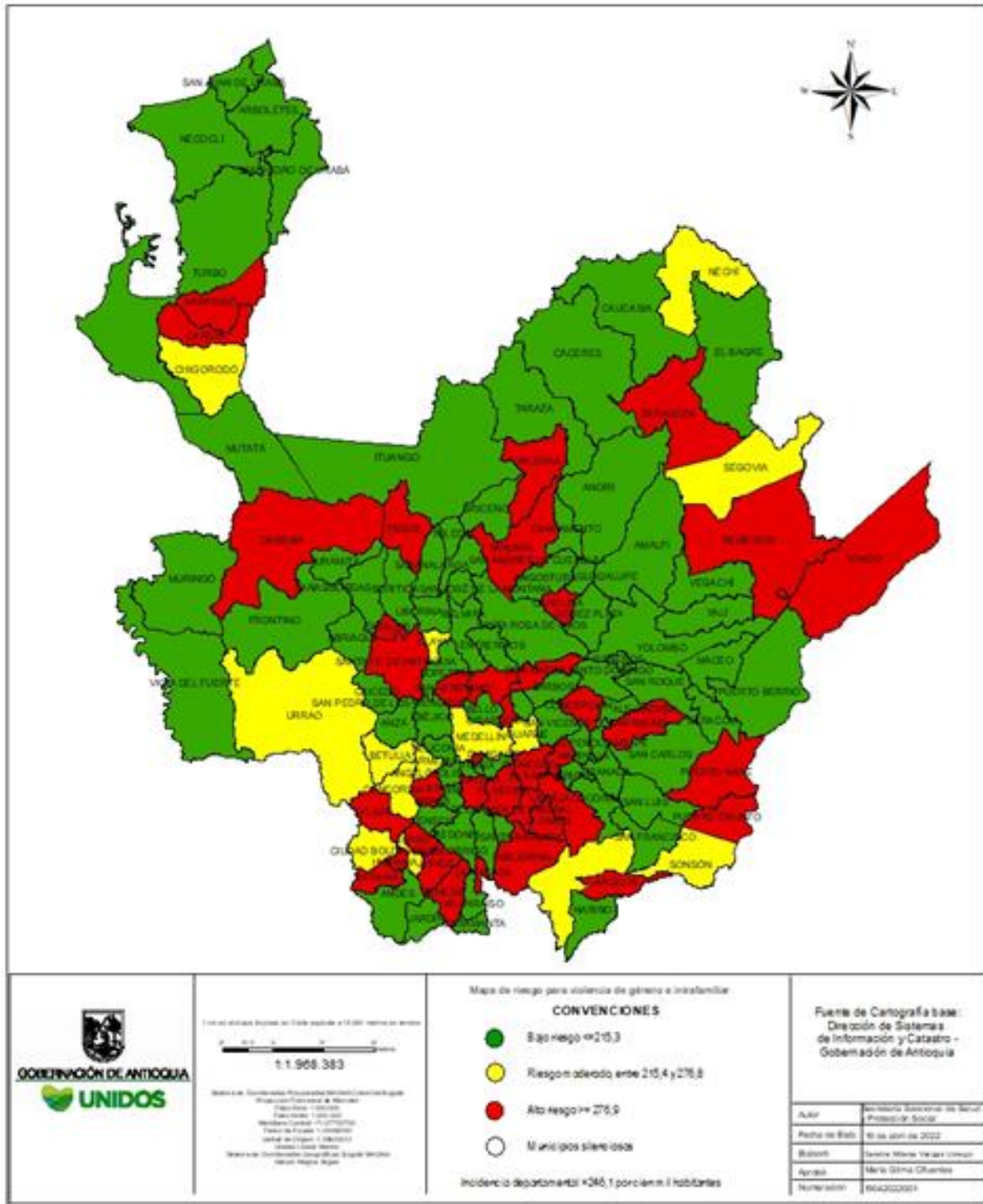
Además, cuando se evalúan las tasas de incidencia por tipo de violencia se observan diferencias entre las subregiones y municipio, así, la subregión Valle de Aburrá tiene la tasa más alta de violencia sexual con 109 casos por 100.000 habitantes; los municipios con tasas más altas de violencia sexual en esta subregión son en su orden: Medellín, Bello e Itagüí, con tasas de 130, 98 y 80 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

La subregión de Oriente tiene la tasa más alta de violencia física (143 casos por 100.000) y Psicológica (107 casos por 100.000). Los municipios que aportan las tasas de violencia física más altas en esta subregión son: El Retiro, La Unión y Marinilla con tasas de 595, 356 y 335 por 100.000 habitantes respectivamente. En cuanto a la tasa de violencia psicológica, son estos mismos municipios los que presentan las tasas más altas, la diferencia se encuentra en la magnitud del evento, siendo Marinilla el municipio con la tasa más alta, seguido de El Retiro y finalmente La Unión, con tasas de 769, 534 y 346 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

Magdalena Medio presentó la tasa más alta de negligencia y abandono, de 85 casos por 100.000 habitantes; nuevamente son los municipios de Puerto Triunfo y Yondó los que aportaron las tasas más altas, 259 y 117 casos por 100.000 respectivamente.



Mapa 52. Georreferenciación de la Violencia de Género, Antioquia 2021



Fuente: SIVIGILA





Cada año se observa que son las mujeres las más afectadas en todas las modalidades de violencia, representando en el 85% de los casos.

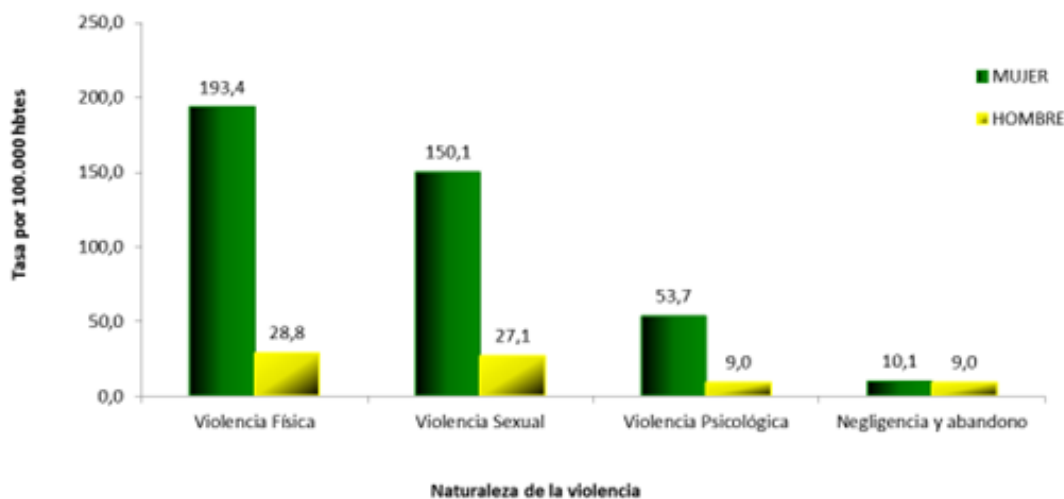
La tasa de violencia según sexo para el 2021 en el Departamento en mujeres es de 407 casos por 100.000 mujeres y de hombres es de 74 casos por 100.000 hombres. Se observó disminución en la tasa para ambos sexos.

Al evaluar la tasa de violencia por naturaleza se observa una disminución en la tasa en todos los tipos de violencia excepto en la violencia sexual, la cual aumento en ambos sexos, pasando de 125 a 150 casos por 100.000 mujeres y de 25 a 27 casos por 100.000 hombres.

La violencia de género e intrafamiliar se categoriza en cuatro modalidades, si bien se presentan casos tanto en hombres como en mujeres, la afectación es francamente diferente en contra de las mujeres. Presentándose 5 casos de violencia, en cualquier modalidad, contra mujeres por cada hombre afectado. Al mirar esto por algunas modalidades de violencia se encuentra que para la violencia psicológica la relación es de 6.0 mujeres por cada hombre y la violencia física es de 6.7 mujeres por cada hombre. Esto se expresa en tasas significativamente más altas en las mujeres con respecto a los hombres, en las modalidades física, psicológica y sexual; frente a la negligencia y el abandono la vulnerabilidad la dan otras variables como la edad, por lo cual las tasas acá son muy similares para ambos sexos.

Durante el año 2021 se presentó un mayor porcentaje de víctimas de violencia sexual en el grupo de edad comprendido por adolescentes (entre los 10 a 19 años) con un 51%, seguido del grupo escolares (5 a 9 años) con un 15% de los casos y en tercer lugar los adultos jóvenes (25 a 39 años) con el 11% de los casos.

Figura 262. Incidencia de violencia, según naturaleza. Antioquia, 2021



Fuente: Sivigila

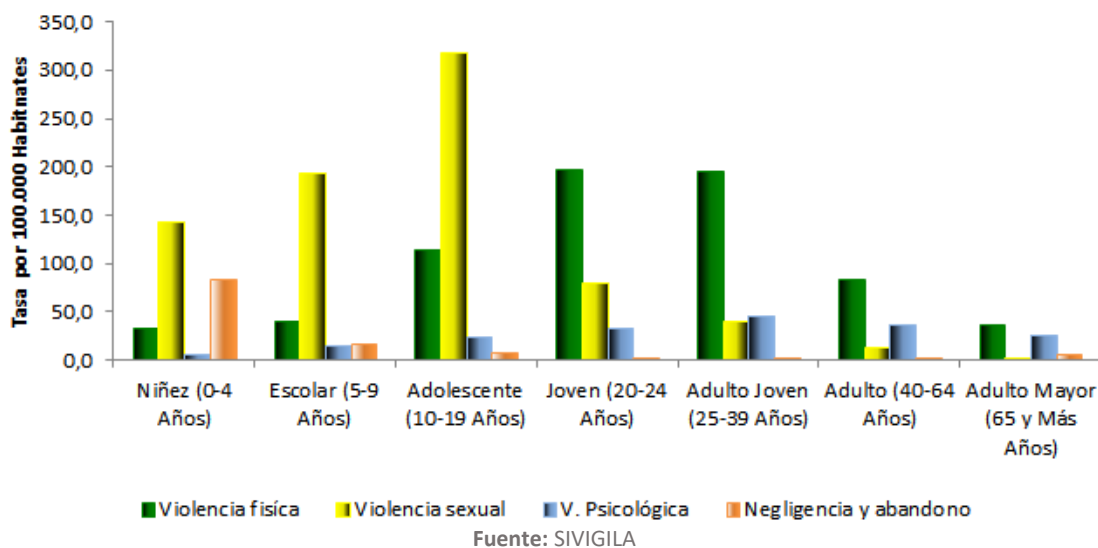


El comportamiento de la violencia de género e intrafamiliar en el departamento de Antioquia, sostiene la tendencia de una mayor frecuencia de casos reportados por violencia física presentando una tasa de 114 casos por cien mil habitantes, seguida de la violencia sexual con una tasa de 91 casos por cien mil habitantes, violencia psicológica y negligencia y abandono presentan unas tasas de 32 y 10 por cien mil habitantes respectivamente. (Figura 3).

La tasa de violencia física, psicológica y negligencia disminuyeron con respecto al año anterior; la tasa de violencia sexual aumentó pasando de 76.8 a 90.6 casos por 100.000 habitantes. La tasa de negligencia y abandono evidenció una disminución marcada pasando de 32 a 10 casos por 100.000 habitantes.

En todos los ciclos vitales se presentan violencias de todos los tipos, pero puede observarse que el riesgo es diferencial de acuerdo al ciclo vital del ser humano, así; los niños de 0 a 4 años tienen la tasa más alta de negligencia y abandono con 83 casos por 100.000 niños; en los adolescentes es la violencia sexual, expresado en una tasa de 318 por 100.000 adolescentes; en los jóvenes la violencia física con una tasa de 198 por 100.000 jóvenes y los adultos jóvenes a la violencia psicológica con una tasa de 45 por 100.000.

Figura 263. Incidencia de violencia intrafamiliar, según naturaleza y ciclo vital. Antioquia, 2021



## 7.6. Fortalecimiento de la salud mental en Antioquia

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

En el departamento de Antioquia aplicando lo establecido en la ley y con base en el análisis de la situación de salud en el Departamento, y para dar respuesta a los efectos en la salud mental



ocasionados por la pandemia por el COVID-19, además con el fin de alcanzar las metas de salud mental, definidas en el Plan de Desarrollo de Antioquia “Unidos por la Vida 2020-2023”, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia desde el año 2020 ha fortalecido todas y cada una de las estrategias para abordar la problemática de la salud mental no solo desde la promoción, prevención y reducción, sino impulsando una red de atención que favorezca el acceso oportuno estructurado y especializado para que toda la población prevenga las condiciones y mantenga en control las que ya le han sido diagnosticadas.

El Plan de Desarrollo, en la Línea 4: Nuestra Vida, define el Proyecto: Salud Mental, Convivencia Social, Salud Para el Alma Antioquia, el cual ha estructurado tres componentes, el primero se denomina “Intervenciones colectivas” que propende por la creación de una “Red protectora” en cada uno de los 125 municipios, la red está conformada por gestores comunitarios y gestores institucionales que buscan identificar y gestionar cada uno de los casos en el territorio y canalizar al servicio de salud cuando se requiera, para las intervenciones se utilizan una serie de estrategias que tienen en cuenta el curso de vida, los entornos, la población diferencial y la territorialidad; el segundo componente es la “Prestación de servicios” que busca la intervención oportuna de los casos que requieren atención básica o especializada de los servicios de salud y por ultimo “Inclusión social” que acompaña el seguimiento de los casos, fomenta la psicoeducación y aborda la reducción del estigma en relación a la salud mental.

Es así como el proyecto: Salud Mental, Convivencia Social, Salud Para el Alma Antioquia, desplegó toda una oferta institucional a través de 3 componentes, el primero se denomina “Intervenciones colectivas” que propende por la creación de una “Red protectora” la red está conformada por gestores comunitarios y gestores institucionales que buscan identificar y gestionar cada uno de los casos en el territorio y canalizar al servicio de salud cuando se requiera, para las intervenciones se utilizan una serie de estrategias que tienen en cuenta el curso de vida, los entornos, la población diferencial y la territorialidad; el segundo componente es la “Prestación de servicios” que busca la intervención oportuna de los casos que requieren atención básica o especializada de los servicios de salud y por ultimo “La Inclusión social” que acompaña el seguimiento de los casos, fomenta la psicoeducación y aborda la reducción del estigma en relación a la salud mental.

Para el fortalecimiento del talento humano que atiende la salud mental en el Departamento se estructuró el Diplomado de programa de acción que busca superar las brechas en salud mental-MHGAP auspiciado por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social y operado por la Facultad Nacional de Salud Pública, dirigido a los integrantes del equipo de salud municipal fortaleciendo la referencia de forma oportuna y la contrarreferencia para seguimiento en el nivel primario una vez que ya ha sido reducido sus riesgos y así se beneficien de la Rehabilitación Basada en la Comunidad-RBC.





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

## 7.7. Estrategias de Promoción y Prevención y Reducción de Daño.

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

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

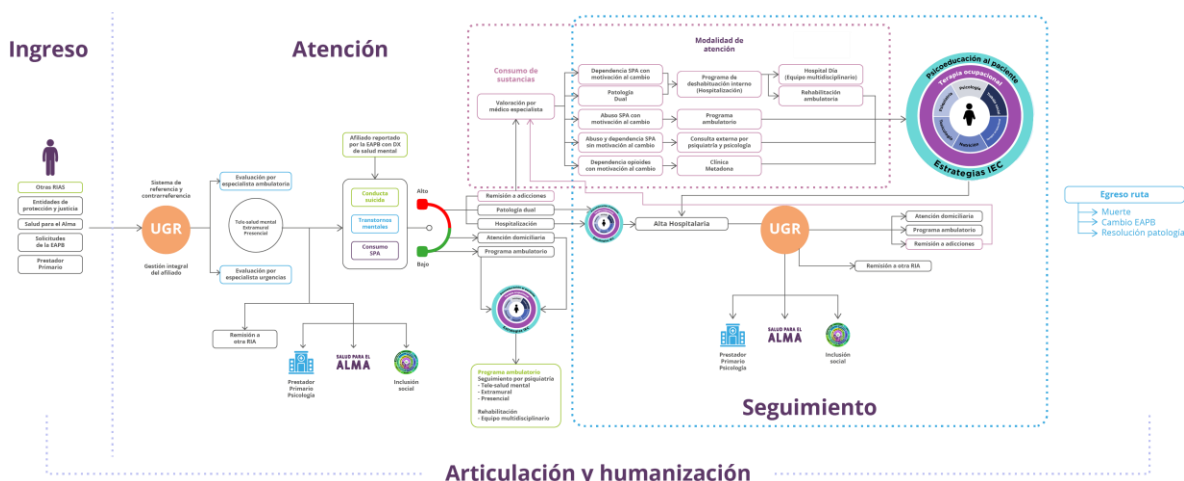
Estos dispositivos no están direccionados a realizar tratamiento escolar. En relación de los dispositivos se tiene:

- Centros de Escucha CE: Constituyen una opción de organización de la escucha comunitaria para afrontar la salud mental y problemáticas asociadas, y generar opciones de respuesta con presencia de los actores comunitarios y las redes de recursos. Buscan dar una respuesta inmediata a demandas y necesidades procedentes de la población de una comunidad local con riesgo o gravemente excluida y en particular de los integrantes del grupo objetivo.





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



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

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

- El Curso virtual tutores de resiliencia que integra temas como: Aspectos generales salud mental positiva, Factores de riesgo y factores de protección, Modelo de intervención y resiliencia, Rehabilitación basada en la comunidad, con temas como temas como: (de formación de capacidades para la promoción de salud mental, Primeros auxilios psicológicos, Habilidades para la vida).
- Procesos comunitarios de resiliencia en jóvenes, Estrategias de trabajo con comunidades, Comunicación audiovisual y multimedia, Manejo de software para diseño y edición de videos
- Procesos de formación en el curso de MHGAP, Diplomado Virtual MHGAP, 90 horas para profesionales de la salud que puedan fortalecer capacidades en la atención seguimiento y

acompañamiento adecuado de trastornos mentales y del comportamiento, trastornos neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.

- SAMU: es un aplicativo que permite a los equipos psicosociales, maestros, psicólogos, investigadores, profesionales de la salud, etc. tamizar la situación en salud mental, determinando los niveles de riesgo. SAMU identifica riesgos en la salud mental de niños entre los 8 y 17 años y en adultos de todos los grupos de edades. SAMU evalúa el estado emocional de los adultos y la resiliencia en niños y niñas. Los profesionales de diferentes ramas, pueden descargar el aplicativo y evaluar al número de personas que lo deseen y obtendrán resultados de manera inmediata.

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

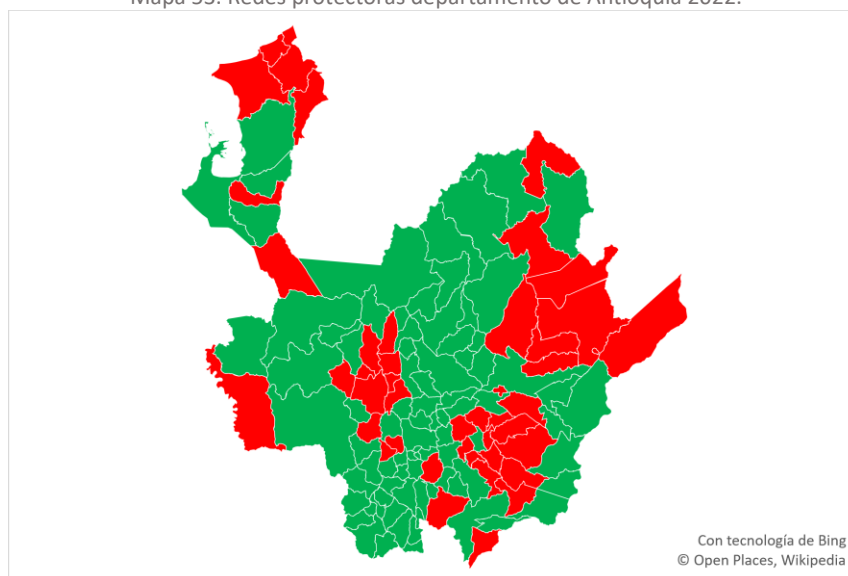
### Fortalecimiento de la oferta institucional

A través de la articulación de la oferta departamental para el 2021, se brindaron 2.014 asesorías en las 4 líneas del proyecto, dirigida a los actores municipales de los 125 municipios. Acompañamiento a 108 municipios para la adopción de la política pública de salud mental.

### Entorno comunitario

Implementación de 80 redes protectoras, 2.368 gestores territoriales formados en salud mental, son integrantes de la comunidad para que detecten situaciones e integren a la ruta de atenciones en salud.

Mapa 53. Redes protectoras departamento de Antioquia 2022.



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



## En el entorno del hogar

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

## En el entorno educativo

Atendida por APH y personal psicosocial, para las personas que presentaron alteración o trastorno en salud mental durante la pandemia COVID-19, se activó la Línea de Atención a comunidad 5407180 - 018000413838 en la que expertos dan acompañamiento psicosocial, asesoría a las familias y activación de rutas de atención con el respectivo seguimiento, con el fin de hacer intervenciones en forma temprana, para prevenir deterioro del estado de salud mental de las personas beneficiarias se ha atendido 7.430 personas que han utilizado la línea.

## Línea telefónica

Atendida por APH y personal psicosocial, para las personas que presentaron alteración o trastorno en salud mental durante la pandemia COVID-19, se activó la Línea de Atención a comunidad 5407180 - 018000413838 en la que expertos dan acompañamiento psicosocial, asesoría a las familias y activación de rutas de atención con el respectivo seguimiento, con el fin de hacer intervenciones en forma temprana, para prevenir deterioro del estado de salud mental de las personas beneficiarias se ha atendido 6.430 personas que han utilizado la línea.

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

Emitido los miércoles, con la participación de profesionales de salud mental en temas estratégicos y cruciales de salud mental como; elaboración del duelo, la depresión la esquizofrenia, la identificación precoz de los niños que pueden desencadenar trastornos mentales entre otros.

Figura 264. Logros del Proyecto Salud Para el Alma, Salud Mental y Convivencia Social Antioquia, 2021

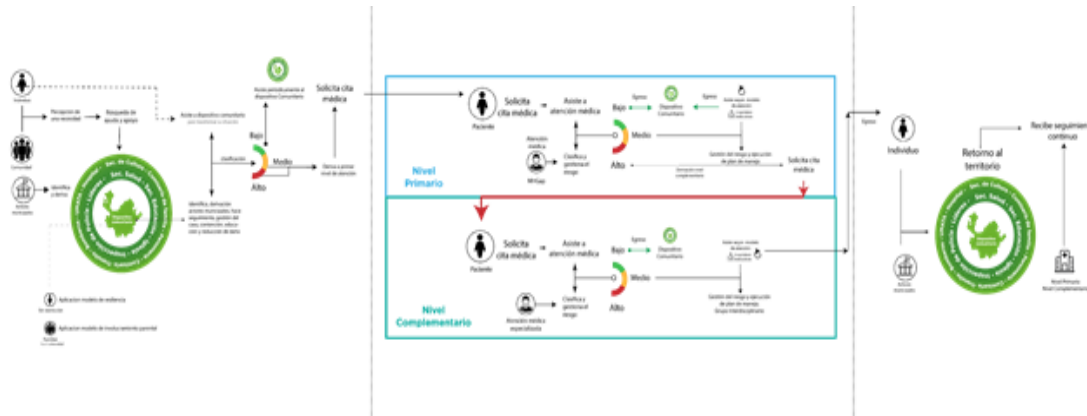


Fuente: Elaboración Propia, Proyecto de Salud mental, Salud para el Alma, Convivencia Social. 2021



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

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



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

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

## Resiliencia

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

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

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





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

Funcionalidad familiar: Para Antioquia, los escolarizados de la zona urbana cuyas familias eran funcionales, es decir, aquellas en las cuales la comunicación efectiva, la disciplina y el apoyo emocional y afectivo son relevantes, constituyeron el 39,2%. Fue en las subregiones Oriente, Suroeste, Norte, Nordeste y Valle de Aburrá donde predominaron las familias funcionales (47,8%, 47,3%, 45,7%, 39% y 39%, respectivamente). Las subregiones donde prevalecieron las familias con algún grado de disfuncionalidad fueron Bajo Cauca, Magdalena Medio, Urabá y Occidente.

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

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

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

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

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

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

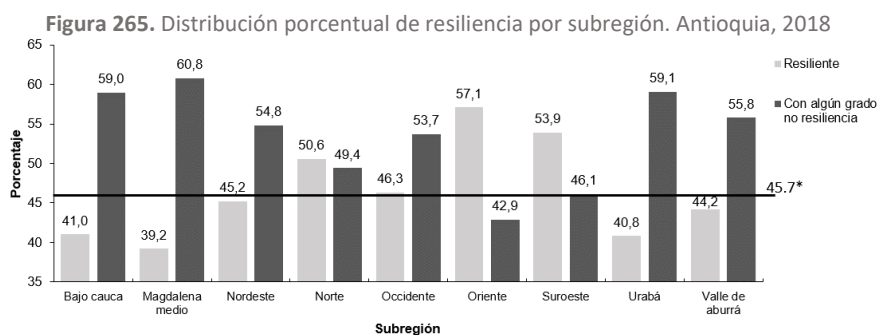
Afectividad: En Antioquia, la proporción de afectividad estimada por parte de los estudiantes fue del 53,2%, en contraste con el 17,6% y el 2,4% cuyas respuestas al dominio relacionado con la afectividad revelaron que eran afectivos ocasionalmente o no afectivos, respectivamente. Por subregión se destacaron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

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

**Tabla 135.** Distribución porcentual de los niveles de resiliencia por subregión. Antioquia 2018.

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

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



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



Resiliencia vs. Variables demográficas, familiares y de vulnerabilidad social. En Magdalena Medio, Urabá y Bajo Cauca, los estudiantes presentaron mayores oportunidades de algún grado de no resiliencia con respecto a los que provenían del Valle de Aburrá, aunque sin diferencias estadísticas. En las demás subregiones, las oportunidades de algún grado de no resiliencia fueron menores que las de los escolarizados del Valle de Aburrá, con variaciones entre un 4%, para el Nordeste, y de un 41%, para el Oriente.

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

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

**Tabla 136.** Distribución de la resiliencia según variables demográficas, familiares y de vulnerabilidad social en escolarizados. Antioquia, 2018-2019

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

| Variables y categorías                           | No Resilientes | Resilientes | Prevalencia | RP (IC 95% RP) †   |
|--|----------------|-------------|-------------|--------------------|
|  | N              | N           |             |                    |
| Ningún evento                                    | 1309           | 1037        | 55,8        | 1*                 |
| <b>Variables familiares</b>                      |                |             |             |                    |
| <b>Tipo de familia</b>                           |                |             |             |                    |
| Otro tipo de familia                             | 409            | 233         | 63,7        | 1,10 (1,09 – 1,18) |
| Monoparental                                     | 683            | 537         | 56          | 0,96 (0,90 - 1,03) |
| Nuclear  | 634            | 462         | 57,8        | 1*                 |
| <b>¿Cuál es la persona que le da más cariño?</b> |                |             |             |                    |
| Madre  | 821            | 551         | 59,8        | 1,14 (1,04 – 1,19) |
| Padre  | 195            | 132         | 59,6        | 1,14 (1,02 – 1,27) |
| Otros  | 316            | 188         | 62,7        | 1,20 (1,09 – 1,32) |
| Ambos padres                                     | 394            | 361         | 52,2        | 1*                 |
| <b>Actividad principal de la madre</b>           |                |             |             |                    |
| Desempleada                                      | 86             | 37          | 69,9        | 1,12 (0,95 - 1,27) |
| Se dedica al hogar                               | 464            | 491         | 48,6        | 0,78 (0,72 – 0,84) |
| Jubilada/Pensionada                              | 15             | 15          | 50          | 0,80 (0,56 - 1,15) |
| Se desconoce                                     | 76             | 39          | 66,1        | 1,06 (0,92 - 1,22) |
| Negocio familiar                                 | 82             | 37          | 68,9        | 1,32 (0,91 - 1,93) |
| Trabaja  | 1003           | 613         | 62,1        | 1*                 |
| <b>Actividad principal del padre</b>             |                |             |             |                    |
| Desempleado                                      | 88             | 51          | 63,3        | 1,04 (0,91 - 1,19) |
| Se dedica al hogar                               | 15             | 21          | 41,7        | 0,68 (0,24 – 0,91) |
| Jubilado/Pensionado                              | 22             | 64          | 25,6        | 0,42 (0,29 – 0,60) |
| Se desconoce                                     | 454            | 342         | 57          | 0,94 (0,80 - 1,02) |
| Negocio familiar                                 | 20             | 15          | 57,1        | 0,87 (0,45 - 1,70) |
| Trabaja  | 1127           | 739         | 60,4        | 1*                 |
| <b>¿Quién tiene la autoridad en la casa?</b>     |                |             |             |                    |
| Padre  | 87             | 61          | 58,8        | 1,22 (1,05 – 1,42) |
| Madre  | 822            | 526         | 61          | 1,26 (1,17 – 1,37) |
| Otros  | 364            | 156         | 70          | 1,45 (1,33 – 1,58) |
| Ambos padres                                     | 453            | 489         | 48,1        | 1*                 |

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

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

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



cariño incrementaron su oportunidad de algún grado de no resiliencia 6,0 veces con relación a aquellos estudiantes que afirmaron que ambos padres, sin distingos, los trataban afectivamente. El número de personas que habitaban en la casa del escolarizado, y que formaban parte de su familia, no influyó en la resiliencia, aunque si este ejecutaba alguna actividad por dinero, la oportunidad de algún grado de no resiliencia se incrementaba en un 30%

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

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

## Involucramiento Parental

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

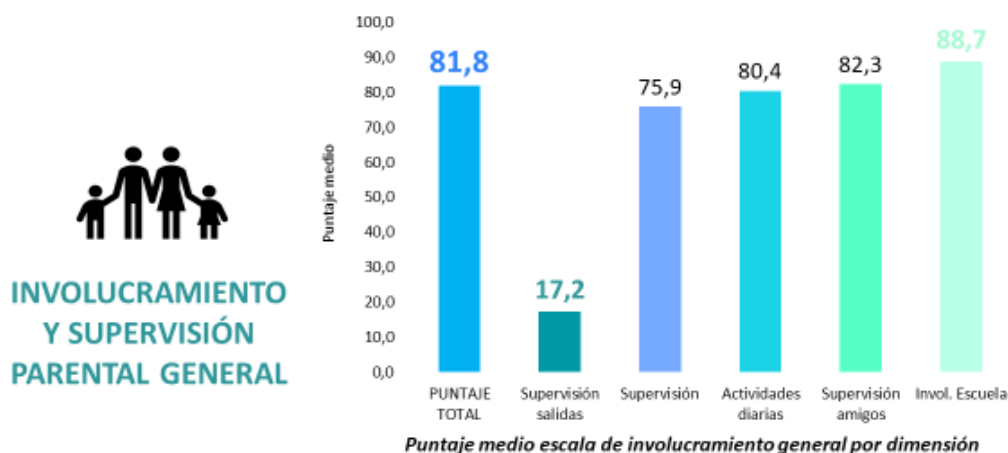
Con relación al involucramiento parental es necesario comprender que: Familia desde una concepción tradicional, se puede observar que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros” (Carbonell, José et al 2012. P.4) Desde su origen, la familia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

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



organización y adquisición de habilidades, incluye aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, cultural y social<sup>70</sup>. En este proceso es fundamental el ambiente familiar y escolar<sup>71</sup>. En este sentido, el involucramiento parental y las prácticas de crianza juegan un papel importante. El involucramiento parental consiste en una serie de actividades que el acudiente, padre o madre emprende para satisfacer las necesidades y establecer un adecuado diálogo para comprender la necesidad de los niños, niñas o adolescentes, esto abarca atender actividades escolares, participar activamente en la escuela, revisar las tareas y escuchar atentamente sus necesidades y sus actividades diarias<sup>72</sup>.

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



<sup>70</sup>Ministerio del Protección Social. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 Años. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2000.

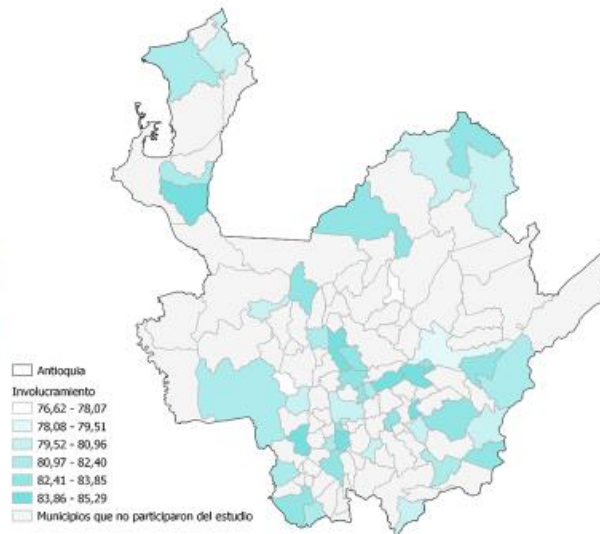
<sup>71</sup>Shonkogg JP, Garner AS. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on early childhood. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics. 2012;129(1):e232-e46.

<sup>72</sup>Georgiou SN. Parental involvement: Definition and outcomes. Social Psychology of Education. 1996;1(3):189-209.

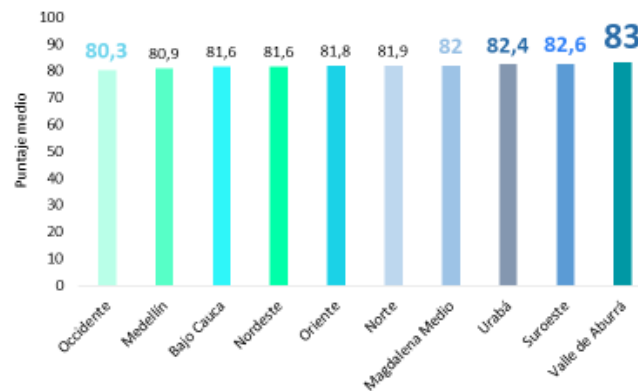


## INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL GENERAL

| MUNICIPIO   | PUNTAJES |
|-------------|----------|
| Campamento  | 76,6     |
| Calcedo     | 77,3     |
| Yalombó     | 78,1     |
| Caucasia    | 79,5     |
| Granada     | 79,5     |
| Puerto Nare | 79,5     |
| Itagüí      | 79,8     |
| Nariño      | 79,9     |



## INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL GENERAL

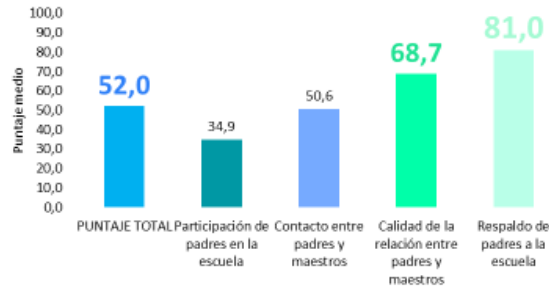


Puntaje medio escala de involucramiento general por región

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



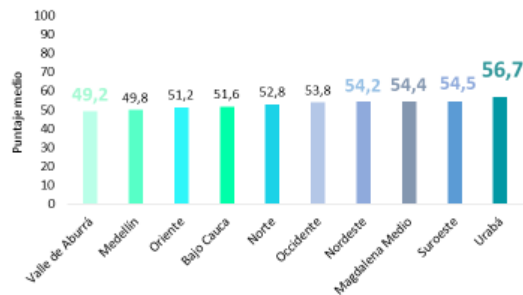
## INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL EN LA ESCUELA



Puntaje medio escala de involucramiento en la escuela por dimensión



## INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL EN LA ESCUELA



Puntaje medio escala de involucramiento en la escuela por región



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







## INVOLUCRAMIENTO Y SUPERVISIÓN PARENTAL EN LA ESCUELA

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



Se concluyó que se requiere:

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

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

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

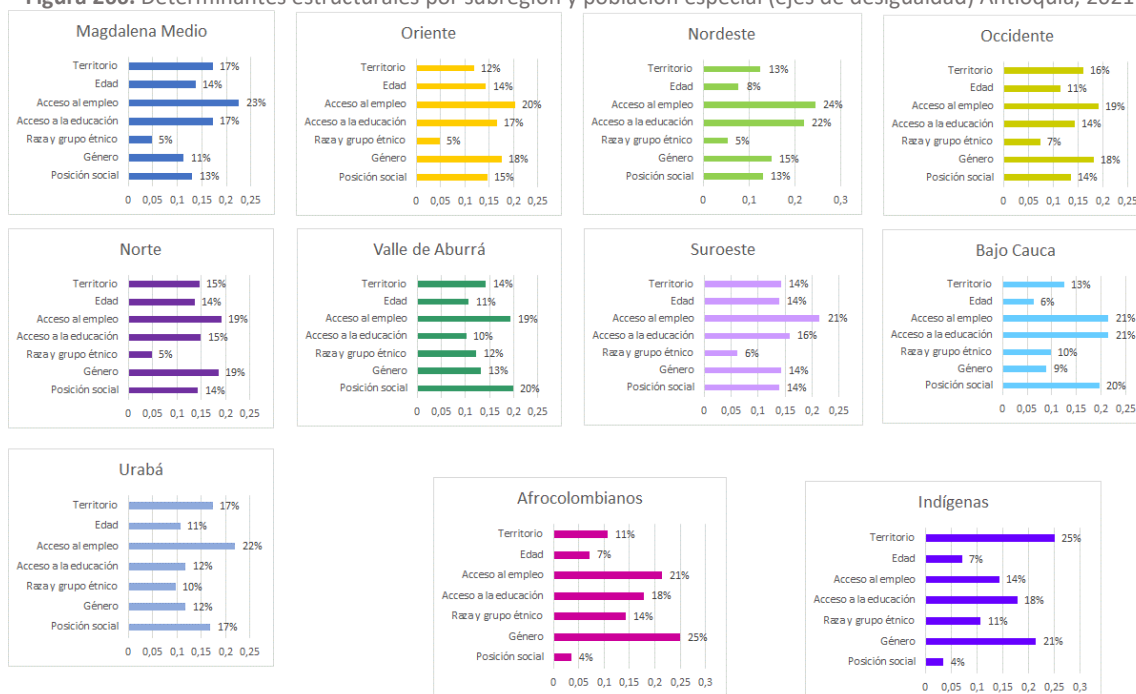


641

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

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

Figura 266. Determinantes estructurales por subregión y población especial (ejes de desigualdad) Antioquia, 2021



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

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

Al analizar el peso de los determinantes sociales se evidencia que hay tres determinantes claros

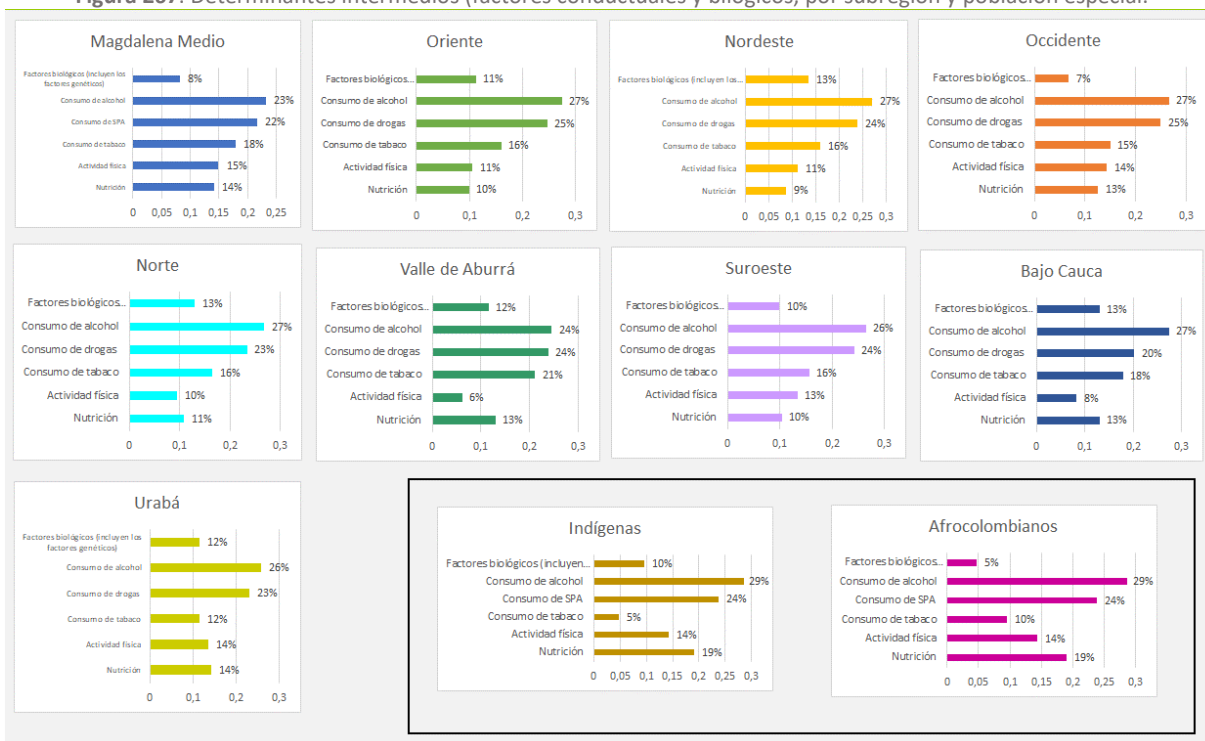


que son los de mayor peso en todas las subregiones del Departamento, como son el acceso al empleo, el acceso a la educación y la posición social, encontrándose algunas subregiones donde el orden de estos tres determinantes se invierte, en la subregión del Valle de Aburrá donde la posición social tiene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

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

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

Figura 267. Determinantes intermedios (factores conductuales y bilógicos, por subregión y población especial.

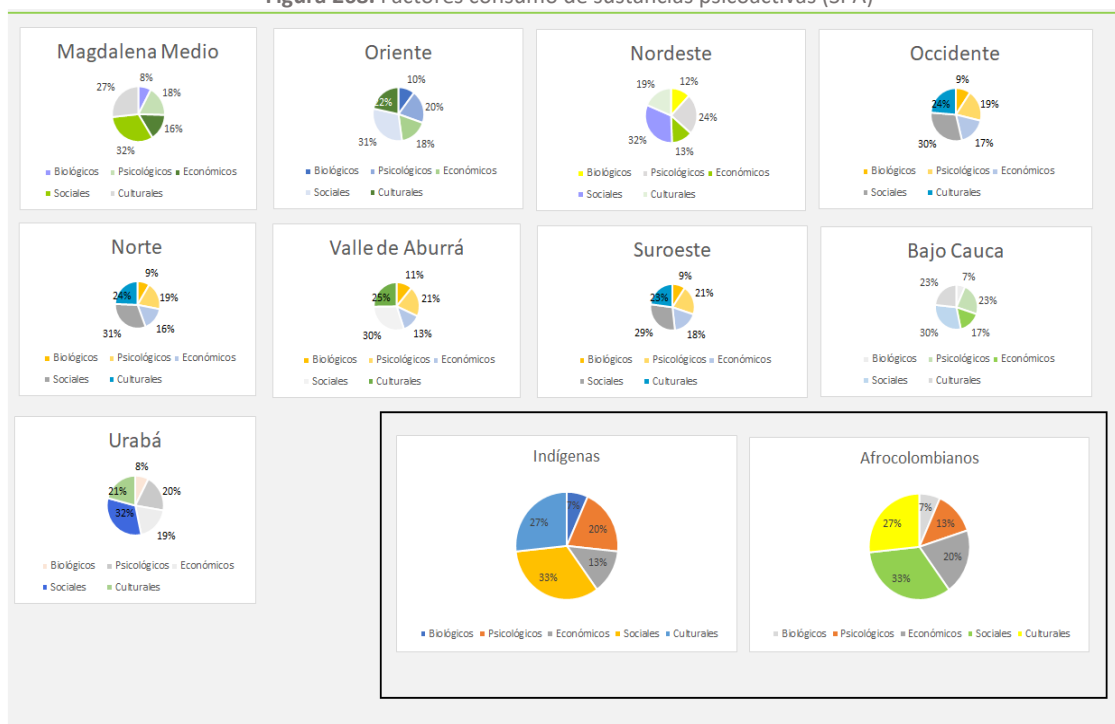


Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia



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

Figura 268. Factores consumo de sustancias psicoactivas (SPA)



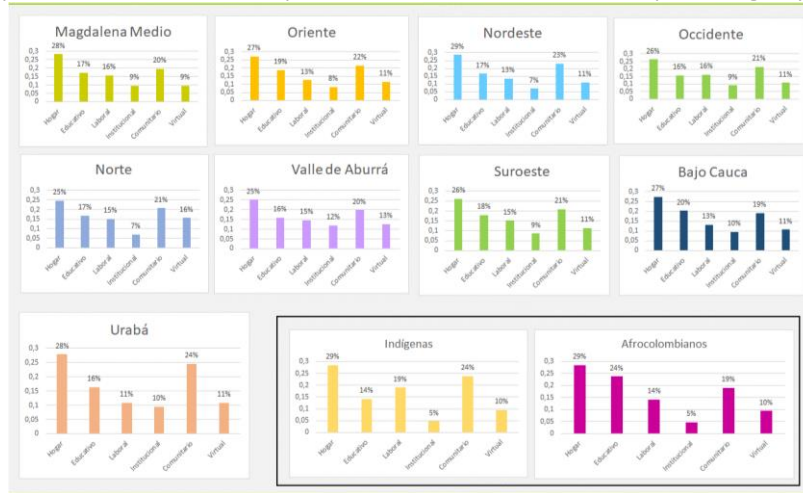
Fuente. SSSA

Al investigar el factor relacionado al origen de porque las personas usan SPA, es importante el peso porcentual que se le da las relaciones sociales, en todas las subregiones e inclusive en los dos grupos étnicos peso porcentual oscila entre 29 a 33% siendo el factor de mayor peso. En segunda posición están los factores culturales, es preocupante que se relacione la cultura con el consumo el uso de SPA, el peso esta entre 19 y 27%, es de resaltar que las dos etnias lo reconocen con un peso de 27%. El factor psicológico tiene un buen peso para el consumo de SPA en todas las regiones, entre el 13 y 24%, el más bajo es en el grupo indígena, debe ser que para ellos desde la



cosmovisión no se reconoce los aspectos psicológicos como son identificados en el mundo occidental.

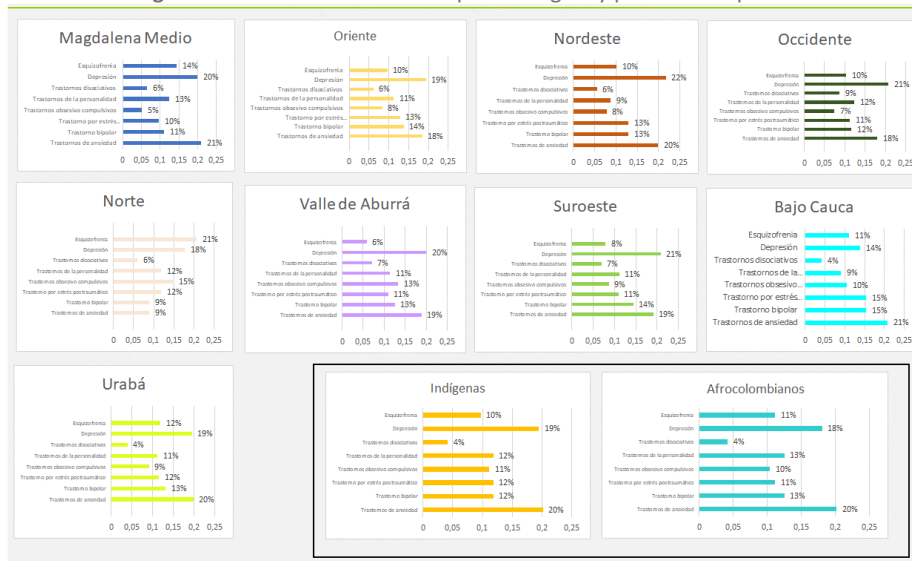
Figura 269. Principales entornos causantes de problemas o enfermedades mentales por subregión y población especial



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

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

Figura 270. Trastornos mentales por subregión y población especial.



Fuente. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia



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

## Conclusiones

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

