COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

Educación para la salud mental, epilepsia, violencias y consumo de sustancias psicoactivas

Estrategias de orientación para el desarrollo de acciones de educación para la salud mental, epilepsia, violencias y consumo de sustancias psicoactivas en los territorios

Estrategias de orientación para el desarrollo de acciones de educación para la salud mental, epilepsia, violencias y consumo de sustancias psicoactivas en los territorios

Ministerio de Salud y Protección Social

Guillermo Alfonso Jaramillo
Ministro de Salud y Protección Social

Jaime Hernán Urrego Rodríguez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Luis Alberto Martínez Saldarriaga
Viceministro de Protección Social

Vicente López Pinzón
Secretario General

Betsabé Ximena Velasco Hernández
Directora (E) de Promoción Prevención

Yuliana Andrea Valbuena Bedoya
Subdirectora (e) de Enfermedades No Transmisibles

Bibian Yiseth Moreno Mayorga
Coordinadora del Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

Nubia Esperanza Bautista Bautista
Coordinadora del Grupo Convivencia Social y Ciudadanía

Equipo Técnico

Nelly Yulissa Rivas
Grupo Convivencia Social y Ciudadanía
Dirección de Promoción y Prevención

Liana Milena Baquero Hernández
Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental
Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

Laura Milena Múnera Restrepo
Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental
Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

Agradecimientos

A los referentes territoriales de Salud mental y Convivencia Ciudadana de Colombia
A los líderes comunitarios y Académicos que nos han apoyado en el proceso; Betty Roncancio de la liga Colombiana de Autismo, Esperanza Morales de la Asociación nacional de Enfermeras de Colombia, Catalina Rojas López de la Universidad Nacional de Colombia, Diana Patricia Molina de la Universidad de Antioquia, Olga Díaz Usme de la Universidad del Bosque, Fernando Peñaranda de la Universidad de Antioquia.

Bogotá, 2024

Educación para la salud mental, epilepsia, violencias y consumo de sustancias psicoactivas

Orientaciones para el desarrollo de acciones en los territorios

Tabla de Contenido

1. Propósito, objetivos y población sujeto 6

1.1. Propósito 6

1.2. Objetivo General 6

1.3. Objetivos Específicos 6

1.4. Población Sujeto 6

2. Marcos de Referencia 7

✓ **3. Marco Conceptual: Promoción de la Salud Mental, Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, la Discapacidad Psicosocial, Problemas, Trastornos Mentales y Violencias en Salud Mental** 11

3.1 Promoción de la Salud Mental 11

3.2 Prevención y los conceptos de prevención de la Discapacidad Psicosocial, Problemas, Trastornos y Violencias en Salud Mental 14

4. Marco conceptual y metodológico Educación para la Salud 22

4.4 Fundamentos pedagógicos que sustentan la educación para la salud en el marco de las RIAS 29

5. Propuestas Pedagógicas Educación para la salud mental, epilepsia, violencias y consumo de sustancias psicoactivas 31

5.1 Propuesta Pedagógica Educación para la Salud en Salud Mental 31

5.2 Propuesta Pedagógica Educación para la Salud en Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 39

5.3 Propuesta Pedagógica Educación para la Salud en Prevención de las Violencias . 47

5.4 Propuesta Pedagógica Educación para la Salud en Prevención de la Epilepsia 52

6. Gestión para el Desarrollo de Acciones de Educación para la Salud en los Territorios 56

6.1 Elementos Claves para la Orientación 56

6.2 Desarrollo de Acciones de Educación para la Salud Mental en los Territorios 56

6.3 Gestión (Resolución 518 de 2015 y Resolución 3280 de 2018) 57

6.4 Planeación desde la reflexión (Resolución 1536 de 2015 -Planeación Integral en Salud-, identificar las necesidades y recursos) 58

7. Bibliografía 67

8- Anexos 75

Introducción

En el marco del Objetivo 2 de la Estrategia de Promoción de la Salud Mental -CONPES 3992 de 2020- el cual busca “fortalecer los entornos en los que se desarrolla la población colombiana, así como sus competencias socioemocionales individuales y colectivas, para prevenir los problemas o trastornos mentales, el consumo o abuso de SPA, y las violencias” se desarrolla la acción 2.36: “Diseñar, conjuntamente con la academia y agentes privados, estrategias que orienten el desarrollo de acciones de educación para la salud mental, epilepsia, violencias y consumo de sustancias psicoactivas en los territorios”.

Con el propósito de orientar a los actores del Sistema de Salud en Colombia en lo referido a la implementación de procesos de Educación para la Salud en los territorios; al definir un marco de referencia basado en la evidencia, establecer los aspectos clave en relación con la promoción de la salud mental, la prevención de la epilepsia, las violencias y el consumo de sustancias psicoactivas, aportar elementos estratégicos en consonancia con el diálogo de saberes y su relación con el proceso de educación para la salud, y realizar orientaciones generales para poner en marcha un proceso de educación para la salud en la promoción de la salud mental, prevención de la epilepsia, violencias y consumo de sustancias psicoactivas.

Se espera que este documento esté asociado con el Programa Nacional de Promoción de la Salud Mental y Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, definido en la acción 2.17 del mencionado CONPES, y con el que se busca desarrollar técnicamente los 5 ejes de la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018) y la Política Integral para la Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas (Resolución 089 de 2019), articulando las orientaciones que se han dado desde la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental y disponiendo estrategias de implementación en los territorios por entornos y curso de vida, lo que a su vez repercutirá en la transformación de representaciones sociales que favorecen la discapacidad psicosocial y las violencias.

Este documento está dirigido a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tomadores de decisiones, Secretarías e Institutos Departamentales y Distritales de Salud, en el marco de sus funciones para la garantía del derecho a la salud, puesto que busca brindar orientaciones respecto a Educación para la salud que posibiliten el desarrollo de procesos inmersos en el plan de intervenciones colectivas. También puede ser utilizado por otros actores involucrados en los procesos de educación para la salud para la promoción de la salud mental, prevención de la epilepsia, violencias y consumo de sustancias psicoactivas en los territorios; entendiendo de antemano que la comunidad en general será la principal beneficiada haciendo énfasis en los grupos poblacionales más vulnerados por razones de edad, género, pertenencia étnica, o por presentar alteraciones en su salud por trastornos mentales y/o consumo de sustancias psicoactivas.

En esta versión actualizada 2024 se incluyen recomendaciones específicas en educación para la salud en prevención del consumo de SPA por curso de vida, así como los aspectos generales que deben guiar las intervenciones para maximizar su efectividad y evitar efectos contrapreventivos.

1. Propósito, objetivos y población sujeto

1.1. Propósito

Orientar a los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud-SGSSS para la implementación de la educación para la salud en el marco de la implementación de las políticas de Salud Mental y Prevención y Atención del consumo de sustancias psicoactivas.

1.2. Objetivo General

Aportar elementos de reflexión y acción que permitan la implementación de la educación para la salud, en personas, familias, cuidadores y comunidades en el marco de las Políticas de Salud Mental y Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, desde un enfoque de participación social en salud mental.

1.3. Objetivos Específicos

- Establecer el marco de referencia de la promoción de la salud mental y la prevención de la epilepsia, las violencias, y el consumo de sustancias psicoactivas que permita articular la educación para la salud en las acciones de los entes territoriales.

- Desarrollar la conceptualización de la Educación para la Salud, en el marco de la normatividad vigente del Ministerio de Salud y Protección Social, aportando elementos pedagógicos y didácticos para su articulación en la promoción de la Salud Mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, prevención de las violencias y prevención de las epilepsias.

- Orientar propuesta pedagógicos de educación para la salud en salud mental, prevención del consumo, de las violencias y de la epilepsia, en el marco de la implementación de las políticas de salud mental y prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas.

1.4. Población Sujeto

Este documento está dirigido a los actores del Sistema General de Seguridad Social que realizan acciones en Educación para la Salud, en el marco de la implementación de las Políticas de Salud Mental y Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

2. Marcos de Referencia

En el marco de la educación para la salud, en esta sección se recogen y analizan las orientaciones del Programa Nacional de Promoción de la Salud Mental y Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, el cual presenta, ampliamente, las características de ambos constructos.

2.1 Marco Normativo

2.1.1 Ley estatutaria 1751 de 2015

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 reconoce el derecho a la salud como fundamental para todos los colombianos. Bajo esta premisa, se busca garantizar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad, sin discriminación. Para ello, esta legislación establece directrices claras que enfatizan la importancia de una atención centrada en el paciente, su familia y comunidad, considerando un enfoque diferencial y de curso de vida. La ley promueve la autonomía del paciente, permitiéndole tomar decisiones informadas sobre su atención y tratamiento. En cuanto al financiamiento, la ley destaca que los recursos para salud deben ser usados de manera eficiente y transparente, con un enfoque en lograr los mejores resultados para la salud del paciente. Además, se prohíbe a las entidades de salud crear barreras administrativas que impidan o limiten el acceso a los servicios. La ley también enfatiza la protección especial a grupos vulnerables y promueve la participación activa de la ciudadanía en decisiones relacionadas con políticas de salud. En esencia, esta ley busca reorientar el sistema de salud colombiano, priorizando la salud y bienestar de los ciudadanos por encima de intereses comerciales o administrativos.

2.1.2 Resolución 3280 de 2018

La Resolución 3280 de 2018 tiene como propósito definir las pautas técnicas y operativas para poner en marcha la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIAPMS). Esta ruta es una guía para que los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y otras entidades que realizan acciones en salud, puedan asegurar el derecho a la salud de todas las personas que viven en Colombia.

La RIAPMS es una de las dos rutas integrales de atención en salud (RIAS) que se establecieron con la Resolución 3280 de 2018, junto con la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal (RIAMPP). Estas rutas buscan un modelo que se enfoque más en la prevención que en la curación, ofreciendo una atención completa a las personas, familias y comunidades, basada en valoraciones integrales, detección temprana de enfermedades, diagnósticos, tratamientos, rehabilitación, paliación y educación para la salud.

2.1.3 Resolución 518 de 2015

En la Resolución 518 de 2015 se dictan las disposiciones con relación a la Gestión de la Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del

Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC, Establece las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos que serán financiados con recursos del Plan de Salud Pública de Intervenciones. Disposiciones que serán de obligatorio cumplimiento por todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

El Ministerio de Salud y Protección Social, el INVIMA y el Instituto Nacional de Salud como autoridades sanitarias, estarán a cargo de la coordinación de la implementación de los procesos para las Gestión de la Salud Pública.

Esta resolución define al PIC- Plan de Intervenciones Colectivas como un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud – POS, que busca impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud e incidir en sus resultados, a través de ejecución de intervenciones colectivas o individuales desarrolladas a largo del curso de la vida, en el marco al derecho a la salud y lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública- PDSP y a su vez será dirigido y administrado por el Estado.

Las intervenciones colectivas del PIC son gratuitas y dirigidas a la totalidad de la población, sin importar el estado de aseguramiento. No están sujetos a procesos de afiliación, periodos mínimos de cotización, copagos, cuotas moderadas o cuotas de recuperación.
Los contenidos del plan para su ejecución cobertura, monitoreo y evaluación se definirán de acuerdo con:

- Problemáticas, necesidades y potencialidades de los municipios, distritos y departamentos.
- Resultados en salud priorizadas de cada entidad, dimensiones y metas del PDSP.
- Las estrategias en las líneas operativas de promoción en salud y gestión de riesgo definidas en el Plan Territorial de Salud.
- Competencias y responsabilidades establecidas en la ley

2.1.4 Resolución 1536 de 2015 -Planeación Integral en Salud-, identificar las necesidades y recursos

La Resolución 1536 de 2015 determina las disposiciones para el proceso de Planeación Integral para la Salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal como de las instituciones del Gobierno Nacional. Además, incluye las obligaciones que tienen las EPS, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB y las Administradoras de Riesgos Laborales – ARL para cumplir con el proceso de planeación acogiendo e integrando en los insumos que permitan su ejecución.
Tal resolución hace referencia a la Planeación Integral para la Salud como el conjunto de procesos que le permite a las entidades territoriales definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud – PTS, el cual solo aplica para los departamentos y distritos.
Por lo tanto, aclara que el Plan Territorial de Salud – PTS es el instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud, el cual le permite a las entidades territoriales cumplir con las estrategias establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública.

- ✓ Equidad en Salud
- ✓ Afectación Positiva de los determinantes de la salud

- ✓ Mitigación de los impactos de la carga de la enfermedad

Dentro del Plan Territorial de Salud están incluidos contenidos como:

- ✓ Análisis de Situación de Salud- ASIS, el cual hace referencia a una metodología analítica-sintética que tiene diferentes tipos de modelos explicativos los cuales permiten caracterizar, medir y explicar.
- ✓ Priorización de la caracterización de la población afiliada a las EPS, EAPB y ARL
- ✓ Priorización en Salud Pública
- ✓ Componente estratégico y de inversión plurianual del plan territorial de salud.

Adicional aclara que las autoridades responsables del plan integral para la salud son:

- Alcalde o Gobernador
- Asamblea departamental, Concejos municipales o distritales
- Secretaría, departamento administrativo u oficina de planeación
- Entidad Territorial de salud
- Consejo Territorial de Planeación

Por lo tanto, los programas de Educación para la salud deben estar articulados con el Plan integral de salud, porque debe ser respuesta promocional y preventiva.

2.1.5 Resolución 4886 de 2018 de Salud Mental

La Resolución 4886 de 2918 establece la salud mental como una prioridad en el país, considerando la variedad de factores que influyen en ella. Esta política tiene como objetivo fortalecer las habilidades psicosociales mediante programas que promuevan entornos saludables y promueve una colaboración estrecha con instituciones que previenen problemas mentales, consolidando la relación con los servicios de salud. Hace énfasis en varios enfoques para el logro de la prevención de los trastornos y problemas mentales y la promocion de la salud mental: el desarrollo basado en derechos humanos, el enfoque de curso de vida; el enfoque de género; el enfoque diferencial poblacional, que garantiza derechos universales respetando diferencias como discapacidad y etnia; y el enfoque psicosocial, que busca comprender las circunstancias individuales para ofrecer apoyo adecuado. La resolución subraya que cada etapa de la vida es preciosa y debe ser vivida plenamente, permitiendo que las decisiones enriquezcan el crecimiento integral de la persona en todas sus áreas.

2.1.6 Resolución 089 SPA – Consumo de Sustancias Psicoactivas

La "política integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas" de Colombia, mediante la resolución 089 de 2019, busca garantizar una atención integral a individuos, familias y comunidades que enfrenten riesgos o consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, asegurando respuestas continuas, efectivas y considerando a las personas como sujetos de derechos. La política se estructura en torno a varios ejes estratégicos que buscan transformar las condiciones sociales, comunitarias e intersectoriales para asegurar el ejercicio pleno del derecho a la salud, la convivencia y la inclusión social; (1) Fortalecimiento de los factores protectores frente al consumo de sustancia psicoactivas, con las siguientes líneas de acción; (2) Prevención de los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas, con las siguientes líneas de acción; (3) Tratamiento integral; (4) Rehabilitación integral e inclusión social; y (5) Gestión, articulación y coordinación intersectorial.

La política toma en cuenta el enfoque diferencial, de género, de desarrollo humano basado en derechos, de curso de vida, ecológico, de determinantes sociales y enfoque de salud familiar y comunitaria.

2.1.7 CONPES- 3992 de Salud Mental

El CONPES 3992 de 2020 establece directrices para promover la salud mental, estructurándose en tres ejes principales. El primero apunta a incrementar la coordinación intersectorial, con el propósito de potenciar las acciones de promoción de la salud mental, prevención, atención integral e inclusión social para quienes enfrentan problemas mentales o consumen sustancias psicoactivas (SPA). El segundo eje se centra en reforzar los entornos sociales, desarrollando competencias socioemocionales en toda la población. El tercer eje busca optimizar la atención en salud mental e inclusión social, especialmente para las víctimas de violencia y aquellos con trastornos mentales o consumo de SPA, mediante el fortalecimiento de los servicios de salud, la capacitación del personal y la integración social. El objetivo central de esta política es reducir la incidencia de trastornos mentales, el consumo de SPA y la violencia. Este esfuerzo conjunto y multidisciplinario se enmarca en la implementación de la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886

de 2018) y se articula con la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de SPA (Resolución 089 de 2019).

2.1.8 Política Nacional de Drogas 2023-2033

La Política Nacional de Drogas 2023-2033 de Colombia "Sembrando vida, desterramos el narcotráfico", tiene como objetivo principal centrar sus acciones en el bienestar humano y medioambiental. Esta política reconoce la problemática del narcotráfico como transnacional y enfatiza la corresponsabilidad de todos los países involucrados, buscando que no solo los países productores y de tránsito asuman los costos. Se proyecta una reducción significativa de los cultivos de coca ilícitos para 2026 y se apunta hacia un cambio de paradigma que priorice la salud y el bienestar, a la vez que combate el crimen y aborda las causas estructurales del narcotráfico. Un énfasis especial se pone en el eje de salud, que busca promover la salud integral, prevenir el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), garantizar el acceso a tratamientos y atención para problemas derivados del consumo de SPA, y reducir riesgos, daños y estigmas asociados a su uso. Esta línea estratégica se dirige a todos los individuos con relación a las SPA, desde aquellos con un uso ocasional hasta los que tienen una dependencia, ofreciendo respuestas diferenciadas y enfocándose en la prevención, especialmente en niños, niñas y adolescentes. Se busca fortalecer la Atención Primaria en Salud, potenciando el cuidado de la salud individual y colectiva. El enfoque está respaldado por planteamientos internacionales que promueven un tratamiento del tema de las drogas basado en derechos humanos, igualdad de género y salud, en consonancia con consensos globales como UNGASS 2016.

✓ 3. Marco Conceptual: Promoción de la Salud Mental, Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, la Discapacidad Psicosocial, Problemas, Trastornos Mentales y Violencias en Salud Mental

3.1 Promoción de la Salud Mental

Las declaraciones de Ottawa (1986) y Yakarta (1997) consideraron la Promoción de la Salud como el “proceso mediante el cual las personas, las familias y las comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación para la salud y la prevención y fomento de la salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, el empoderamiento y la construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente”.

Estas declaraciones, además de las que han surgido posteriormente y que ya han sido referenciadas, hacen aproximaciones al concepto, y de forma general, permiten señalar que coinciden en que la promoción de la salud es un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La promoción de la salud incluye las

acciones dirigidas a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, a partir de intervenciones individuales y colectivas.

Resulta relevante resaltar lo planteado por Marchiori, (2003), quien reconoce dos abordajes en el desarrollo de la promoción de la salud: uno dirigido a los comportamientos individuales (acciones orientadas a la modificación de estilos de vida) y otro, que propone una relación con los determinantes sociales.

La OMS define los determinantes sociales como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria” (http://www.who.int/ social_determinants/es/). Así mismo, la comisión Lancet identifica el fenómeno de la transmisión generacional de la pobreza y plantea una relación bidireccional entre las situaciones adversas en la niñez, como pobreza y violencias, con la aparición de problemas y trastornos mentales, incluidos el consumo de sustancias psicoactivas, junto con mayores dificultades en el acceso a bienes y servicios como salud, educación y trabajo (Lancet, 2018).

Para el abordaje de los determinantes sociales se toman en cuenta los intermedios (que incluyen los factores psicosociales y conductuales), y los estructurales, que están en relación con los gobiernos, políticas públicas, e incluso los aspectos culturales y valores sociales (ibid.).

Con relación a la promoción de la salud mental y su articulación con los determinantes sociales, la OMS (2004) hace un llamado a enmarcar las acciones en salud mental desde un enfoque de derechos humanos por su universalidad, interdependencia e integralidad en cada sujeto, individual o colectivo. Actuar desde este marco de derechos permite identificar los determinantes sociales que afectan la salud mental y actuar en consecuencia, y son precisamente los derechos humanos los que deben guiar el diseño, implementación y evaluación de las políticas y programas de salud mental.

En el avance de las políticas, la OPS (2012) presenta orientaciones sobre cómo abordar estas problemáticas, siendo la educación para la salud una de las estrategias priorizadas, con lo que hace énfasis en la corresponsabilidad social en el manejo de la prevención y control de las enfermedades. En ese sentido, el abordaje de las enfermedades, incluyendo los trastornos mentales, se concibe desde la perspectiva de la educación para la salud con el fin de mejorar los niveles de prevención de dichas enfermedades y en general de muertes evitables.

En ese sentido, cobra importancia del cuidado para la promoción de la salud y prevención de enfermedades, específicamente de la salud mental, siendo clave la educación para la salud como base del aprendizaje, cuidado individual, colectivo y poblacional.
Por lo tanto, en el *Cuadro N°1* se retoman los conceptos relacionados con la promoción de la salud mental.

Cuadro Nº1 Promoción

SALUD MENTAL	
CONVIVENCIA	"Desarrollo de capacidades individuales, colectivas y poblacionales que reconozcan a los sujetos ejercer y gozar de los derechos, y por esta vía vivenciar una salud mental para afrontar los desafíos de la vida". (Ministerio de salud, Política Nacional de Salud mental)
INVOLUCRAMIENTO PARENTAL	"Se entiende como la presencia y participación regular de los padres en la vida y cotidianidad de los hijos, que implica: a. Diálogo y concertación permanente con fines de acompañamiento, apoyo, control y supervisión a las actividades de los niños, niñas y adolescentes. b. Construcción de afecto y confianza, vínculos y relaciones, en un ambiente de respeto y libertad". (Ministerio de salud, Política Nacional de Salud mental)
HABILIDADES PSICOSOCIALES PARA LA VIDA	Hace referencia a las competencias que permiten a los individuos afrontar las exigencias de la vida cotidiana y tener relaciones que posibiliten el mayor desarrollo del capital humano. La OMS/ OPS ha definido diez habilidades básicas, a saber: a. Autoconocimiento: Reconocimiento de la propia personalidad, características, fortalezas, debilidades, aspiraciones, expectativas y otros. Construir sentidos sobre sí mismo, los demás y los entornos. Saber qué se quiere en la vida e identificar los recursos personales con que se cuenta para lograrlo. b. Empatía: Capacidad para ponerse en el lugar de otra persona y desde esa posición comprender sus sentimientos para responder de forma solidaria, de acuerdo con las circunstancias. c. Comunicación efectiva o asertiva: Habilidad para expresarse en los diferentes contextos relacionales y sociales afirmando su ser y estableciendo límites en las relaciones sociales. d. Relaciones interpersonales: Competencia para interactuar positivamente con las demás personas, y establecer y conservar relaciones interpersonales significativas, así como ser capaz de terminar aquellas que bloqueen el crecimiento personal. e. Toma de decisiones: Capacidad para evaluar diferentes posibilidades, teniendo en cuenta necesidades, valores y posibles consecuencias, tanto en la propia vida como en la de otras personas. f. Solución de problemas y conflictos: Destreza para manejar los conflictos de forma creativa y flexible, identificando en ellos oportunidades de cambio y crecimiento personal y social. g. Pensamiento creativo: Utilizar los procesos de pensamiento para buscar respuestas innovadoras a los diversos desafíos vitales. h. Pensamiento crítico: Usar la razón, sentimientos y emociones, para ver la realidad desde perspectivas diferentes, para abordarla de formas novedosas. Política Nacional de Salud Mental Ministerio de Salud y Protección Social - Resolución 4886 de 2018 28 i. Manejo de emociones y sentimientos: Reconocer y gestionar positivamente las emociones y sentimientos en las diferentes personas y contextos. j. Manejo de la tensión y el estrés: Identificar las fuentes de tensión y estrés en la vida cotidiana, saber reconocer sus distintas manifestaciones y encontrar vías para eliminarlas o contrarrestarlas de manera saludable.
FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA PROPIA	Implica, de una parte, el reconocimiento de otras culturas o prácticas culturales en razón de la diversidad regional y local, y de otra, promover las cosmovisiones, valores, rituales y creencias que favorezcan los procesos propios de interacción a nivel comunitario, familiar e individual, así como la identidad de los grupos étnicos. (Ministerio de salud, Política Nacional de Salud mental)

3.2 Prevención y los conceptos de prevención de la Discapacidad Psicosocial, Problemas, Trastornos y Violencias en Salud Mental

Al igual que el concepto de promoción, la prevención también surgió en la 1era Conferencia Internacional de Otawa de Promoción de la Salud, no obstante, desde entonces este término ha sido relegado en varias ocasiones hasta el punto en el que la mayoría de los sistemas de salud están basados en un enfoque curativo y no en uno basado en la prevención y promoción, para el caso de Colombia se está basado en la prevención y promoción, lo que ha llevado a que actualmente la educación en salud tenga una mayor orientación hacia estos dos conceptos [1]. La prevención busca hacer un análisis completo del paciente y el contexto en el que este se desarrolla, con el fin de reconocer los factores de riesgo que posee y aquellos que pueden llegar a aparecer en un futuro y que de cierta manera favorezcan la aparición de condiciones que afecten la salud de la persona; es decir, lo que se busca es evitar que aparezcan estos factores de riesgo, limitar su exposición a los mismos o tomar otro tipo de medidas preventivas que permitan minimizar su papel en la historia natural de la enfermedad[2].

Es de reconocer que la promoción y la prevención en salud mental ha adquirido realce en las últimas décadas, aunque es necesaria su incorporación en las agendas de los sistemas de salud, tarea en la que Colombia ha venido trabajando, para trascender de la perspectiva de la salud mental en salud publica centrada en la lógica del tratamiento y la rehabilitación, por lo que "La expectativa es, en consecuencia, que políticas y programas promocionales y preventivos puedan contribuir a un mayor bienestar y salud mental positiva (promoción), a evitar el desarrollo de problemas y trastornos de salud mental (prevención primaria) y a reducir el impacto de estos últimos por la vía de su detección y tratamiento temprano (prevención secundaria). Programas promocionales y preventivos efectivos permitirían reducir el costo personal y social de presentar problemas o trastornos de salud mental y disminuir las necesidades de tratamiento y rehabilitación (CIHI, 2011)"[3].

Por lo tanto, en el *cuadro Nº 2 Prevención* se presenta los conceptos más importantes de condiciones que afectan la salud mental de las personas.

Cuadro Nº 2 Prevención

DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL	**La Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas acuña el término "discapacidad mental", para referirnos a ese colectivo en el presente documento utilizaremos la referencia a "personas con discapacidad psicosocial", por ser la auto -denominación propia por la que ha adoptado este colectivo desde los debates para la adopción del texto de la mencionada convención,**

[1] National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion the Power of prevention; chronic disease, the public health challenge of the 21st century. Atlanta: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 2009.

[2] Premik M, Pavlekovic G, Kragelj LZ, Donev D. Healthy Public Policy, University of Ljubljana. Hans Jacobs Publishing Company. 2007.

[3] Promoción y prevención en Salud mental: ¿esperanza Fundada, vana ilusión o Contrabando Psicopatologizador?. Papeles del Psicólogo, vol. 40, núm. 3, 2019.

	aunque la denominación no haya sido incorporada finalmente en su letra. **Hace alusión a aquellos sujetos que con diagnóstico de trastorno mental han sufrido los efectos sociales negativos del estigma, la discriminación y la exclusión**
PROBLEMAS MENTALES	El malestar y las dificultades en la interacción con los otros, que se generan por la vivencia de eventos estresantes y no son tan graves como un trastorno mental.
ENFERMEDAD MENTAL	Concepción Biomédica Manifestación de desórdenes en diferentes procesos cerebrales que median el funcionamiento psicológico. Concepción Conductual Alteraciones o desajustes del hábito, es decir, respuesta "mal adaptativas" "indeseables" o "inaceptables". Concepción Cognitiva Formas distorcionadas con irracionales de pensamiento que llevan a desajustes en el comportamiento o afecciones emocionales. Concepción Socioeconómica Expresión de condiciones socioeconómicas del contexto y de las condiciones sociales.[4]
TRASTORNOS MENTALES	"Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental" (El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM, versión 5). De acuerdo con el Atlas Mundial de Salud Mental los trastornos mentales más prevalentes en el mundo son la depresión unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, Alzheimer y otras demencias, trastornos por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario.
Depresión	"Es un síndrome o agrupación de síntomas como tristeza, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, malestar y dificultad para lidiar con las obligaciones del día a día, los cuales suelen acompañarse de otros síntomas físicos que provocan malestar y afectan el funcionamiento mental y dificultan el desarrollo de la vida cotidiana. La depresión es un factor de riesgo para sufrir otras enfermedades médicas, o bien empeora los desenlaces de pacientes que ya sufren otras enfermedades, al hacer que su pronóstico sea menos favorable. El riesgo y la complicación más temida de la depresión es la muerte por suicidio"[5]. Diferentes sucesos pueden actuar como desencadenantes de la depresión, pero algunas veces la depresión aparece sin una causa aparente. Algunas personas se encuentran en mayor riesgo de presentar depresión: • Personas con historia previa de depresión. • Personas con historia familiar de depresión. • Personas que tienen problemas psicosociales como separación conyugal, desempleo, fallecimiento de seres queridos, soledad, problemas en las relaciones interpersonales o consumo de alcohol o de

[4] http://medfam.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2021/05/salud_mental_MF_14may21.pdf

[5] Ministerio de salud y protección social 2013. Guía de práctica clínica Detección temprana y diagnóstico de depresión (episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente) en adultos

	sustancias psicoactivas. • Personas con enfermedades médicas crónicas; especialmente, cuando hay compromiso de la funcionalidad (enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedades que involucran dolor crónico y trastornos neurológicos). • Personas que presenten otros trastornos mentales. • Personas que atraviesan por épocas de cambios hormonales (embarazo o menopausia). Existen diferentes tipos de depresión, que su médico debe diagnosticar. La gravedad de la depresión es variable, y se clasifica en leve, moderada y grave. *Depresión leve* es cuando una persona con un episodio depresivo leve presenta un número pequeño de síntomas de depresión, y tiene una leve dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social. *Depresión moderada* es cuando una persona en la categoría de depresión moderada tiene dificultades importantes para realizar su trabajo usual, así como sus actividades escolares, domésticas o sociales, debido a los síntomas de depresión. *Depresión grave* Durante un episodio depresivo grave el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación. Es probable que la pérdida de la autoestima y los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de Para pacientes y familiares 18 | CINETS suicidio es considerable en estos casos. El paciente suele tener una escasa capacidad para continuar con su actividad laboral, social o doméstica. Suele presentar síntomas físicos (dolor de cabeza, de espalda, entre otros) asociados a la depresión.
Trastorno Bipolar	El TB (antes llamado enfermedad maníacodepresiva) se caracteriza por un estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos polos completamente opuestos: la manía, o fase de exaltación, euforia y grandiosidad, y la depresión, o fase en la que predominan la tristeza, la inhibición y las ideas de muerte. Es una enfermedad crónica y recurrente del estado de ánimo, que generalmente limita la funcionalidad del paciente y en todo caso requiere un abordaje integral farmacológico y psicosocial. Especialmente en los casos que son mal o infradiagnosticados (y consecuentemente mal tratados) constituye una enfermedad devastadora, con una enorme carga socioeconómica y sanitaria[6]. Las personas afectadas experimentan episodios depresivos alternados con períodos de síntomas maníacos. Durante el episodio depresivo, experimentan un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días. Los síntomas maníacos pueden incluir euforia o irritabilidad, mayor actividad o energía y otros síntomas, como aumento de la verborrea, pensamientos acelerados, mayor autoestima, menor necesidad de dormir, distracción y comportamiento impulsivo e imprudente. Las personas con trastorno bipolar tienen un mayor riesgo de cometer suicidio. Sin embargo, existen opciones terapéuticas eficaces, como psicoeducación, reducción del estrés y fortalecimiento del funcionamiento social y medicación.[7]
	La esquizofrenia es un trastorno mental del grupo de los trastornos psicóticos, que cursa con alteraciones en el pensamiento, percepción,

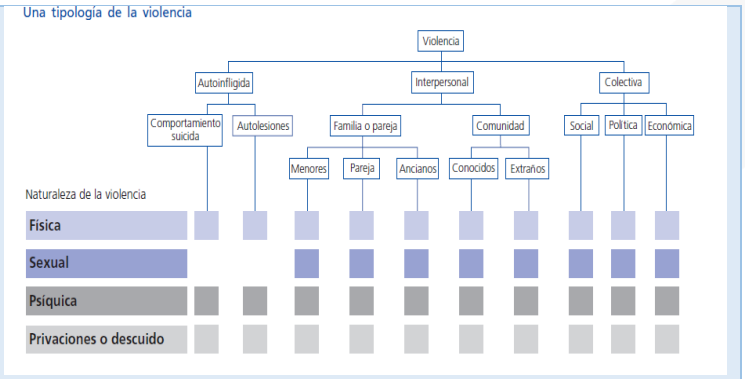
[6] Organización Mundial de la salud. https://www.who.int/es/

[7] Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, España, 2012- Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar.

Esquizofrenia	afecto y comportamiento. Su frecuencia en la población es del 1%, esto quiere decir que, de cada 100 personas, 1 tendrá esquizofrenia. Se presenta igual en hombres y mujeres, no tiene ninguna relación con clases sociales y su inicio generalmente es en adultos jóvenes, aunque puede diagnosticarse a cualquier edad. Es una condición de salud crónica (para toda la vida), generalmente se manifiesta por periodos que alternan crisis o exacerbaciones de los síntomas, seguidos de un periodo asintomático o de remisión. No se conoce la causa específica, pero los estudios practicados hasta el momento concluyen que es el resultado de la acción de múltiples factores, entre ellos: genéticos, biológicos (alteraciones en la actividad de sustancias llamadas neurotransmisores que están involucradas en funciones cerebrales) y ambientales.[8]
Epilepsias	Epilepsia es un término amplio usado para definir alteraciones de índole neurológica que generan crisis recurrentes, convulsivas o no convulsivas (CDC, 2018). Se trata de un síndrome cerebral crónico, caracterizado por crisis recurrentes –usualmente autolimitadas– de diversas etiologías (condiciones genéticas, materno-perinatales, consumo de sustancias, neuroinfecciosas, accidentes, entre otras) y manifestaciones clínicas variadas (motoras, sensoriales, vegetativas) que pueden cursar con hallazgos paraclínicos (estudios electrofisiológicos, imagenología, etc.). Se suelen considerar causas potencialmente prevenibles de epilepsia las lesiones pre y perinatales, infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC), Trauma craneoencefálico (TCE) y eventos cerebrovasculares (ECV). En conjunto, estos fenómenos dan cuenta de cerca del 25% de toda la carga global por epilepsia. La identificación de los procesos de epileptogénesis –es decir, mecanismos subyacentes al desarrollo de algún tipo la epilepsia– en casos de epilepsia primaria (genéticos, inmunológicos, metabólicos, etc.) o secundaria (secuelas post traumáticas, neuroinfecciosas, intoxicaciones, etc.) vienen siendo objeto de potenciales intervenciones (genéticas, dietarias, inmunomoduladoras y neurofarmacológicas) con miras a prevenir su aparición (Chang, et.al., 2016, Binder, et.al., 2020); sin embargo, se trata de un campo en desarrollo, y su aplicación en humanos es todavía lejana (Binder, et.al., 2020). Es por esto por lo que la prevención de aquellos factores claramente identificados como facilitadores para la aparición de epilepsias (prevención primaria), seguirán siendo el principal objeto de intervenciones multinivel en países como Colombia.
Consumo de Sustancias Psicoactivas	El consumo de SPA es un fenómeno complejo que afecta a diferentes sectores de la población, y que tiene diversas consecuencias en la salud, el bienestar y el desarrollo humano. No todo consumo de SPA es problemático, ya que existen formas de consumo recreativo que no implican dependencia ni daños significativos. Sin embargo, hay casos en los que el consumo se vuelve problemático, es decir, cuando interfiere con el funcionamiento normal de la persona, genera sufrimiento o deterioro, o aumenta el riesgo de padecer enfermedades o accidentes. El consumo de sustancias psicoactiva es particularmente preocupante en niñas, niños y adolescentes, quienes están más expuestos a las

[8] Ministerio de salud y protección social, 2014, Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia.

	consecuencias negativas de las sustancias psicoactivas debido a su desarrollo cerebral aún en proceso. El consumo en estas etapas puede afectar el aprendizaje, rendimiento académico, habilidades sociales y proyecciones de vida futuras (Minsalud 2019). Por ello, es esencial prevenir el consumo de SPA en las niñas, niños y adolescentes. Esta prevención, basada en evidencia científica, debe abordar factores individuales, familiares, escolares y comunitarios que inciden en el consumo. A largo plazo, esta inversión social mejora la salud, calidad de vida, convivencia y seguridad, haciendo esencial el compromiso colectivo en su implementación. La intervención debe ser integral, considerando los distintos contextos de cada individuo y garantizando el respeto a los derechos humanos. El Lineamiento Nacional de Prevención del Consumo de SPA (Minsalud 2020) sugiere intervenciones clasificadas en: Universales: Para toda la población, promoviendo estilos de vida saludables y previniendo el inicio o incremento del consumo de SPA; Selectivas: Para grupos en riesgo, buscando reducir este riesgo y reforzar factores protectores; Indicadas: Para aquellos con consumo problemático, ofreciendo tratamiento especializado y apoyo en recuperación y reintegración social. Las estrategias más efectivas se enfocan en intervenciones tempranas en entornos cercanos, como el escolar o familiar, y abordan, además del uso de sustancias, el desarrollo social y comportamental. Sin embargo, muchos países aún implementan intervenciones sin base en evidencia científica y con escasa inversión, reflejando resultados limitados según Minsalud (2020).
VIOLENCIAS	La Organización Mundial de la Salud - OMS, en su informe sobre violencia y salud en el año 2002, define la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OMS, 2002). Teniendo en cuenta la naturaleza de los actos de violencia, esta puede ser física, sexual, psíquica o que incluye privaciones o descuido, y se clasifica según las características de quien comete el acto de violencia, distinguiendo entre la violencia infligida por grupos grandes como el Estado, contingentes políticos organizados, tropas irregulares y organizaciones terroristas (violencia colectiva), la violencia impuesta por otro individuo o un número pequeño de individuos (violencia interpersonal) y la violencia que una persona se inflige a sí misma (violencia autoinfligida) (OPS, 2003).



Tomado de: OPS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2003. p 6.

La mejor manera de contrarrestar las violencias es previniéndolas, interviniendo sus orígenes y causas estructurales. La experiencia internacional ha demostrado, sobre la base de investigaciones y estudios empíricos, que es posible prevenir las violencias y disminuir sus efectos, así como transformar aquellos factores de riesgo y determinantes sociales (estructurales e intermedios) que conducen a respuestas violentas.

Ahora bien, los determinantes intermedios guardan relación con las circunstancias materiales, (calidad de la vivienda, vecindario, posibilidades de consumo, entorno físico de trabajo), con factores psicosociales (circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales), con factores conductuales y biológicos (nutrición, actividad física, consumo de tabaco, drogas y alcohol) y la cohesión social (existencia de confianza mutua, respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad); estos contribuyen a la manera en que las personas valoran su salud y el sistema de salud (exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas).

En este ámbito más cercano al individuo, se materializan las condiciones estructurales definidas anteriormente, lo que permea las condiciones personales y de los entornos en los que transitan las personas, estableciendo una relación directa con la salud individual y colectiva.

La OMS ha identificado estrategias para la prevención de la violencia (OMS, 2014), que pueden reducir potencialmente múltiples tipos de violencia y ayudan a disminuir la probabilidad de que los individuos generen actos violentos o se conviertan en víctimas.

a. Prevención de la violencia mediante la reducción de la disponibilidad y del consumo nocivo de alcohol.

b. Restricción del acceso a medios letales: armas de fuego, armas blancas y plaguicidas.

c. Promoción de la igualdad en materia de género para prevenir la violencia contra la mujer.

d. Cambios de las normas sociales y culturales que propician la violencia.

e. Reducción de la violencia mediante programas de identificación, atención y apoyo a las víctimas.

A. Violencia Colectiva

La violencia colectiva se subdivide en violencia social, violencia política y violencia económica. A diferencia de las otras dos categorías generales, las subcategorías de la violencia colectiva indican los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de individuos o por el Estado.

	La violencia colectiva infligida para promover intereses sociales sectoriales incluye, por ejemplo, los actos delictivos de odio cometidos por grupos organizados, las acciones terroristas y la violencia de masas. La violencia política incluye la guerra y otros conflictos violentos afines, la violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes. La violencia económica comprende los ataques por parte de grupos más grandes motivados por el afán de lucro económico, tales como los llevados a cabo con la finalidad de trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales o crear división económica y fragmentación. Evidentemente, los actos cometidos por grupos más grandes pueden tener motivos múltiples (OPS, 2003). **B. Violencia Interpersonal** La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías: • Violencia familiar o de pareja: esto es, la violencia que se produce sobre todo entre los miembros de la familia o de la pareja, y que, por lo general, aunque no siempre, sucede en el hogar. • Violencia comunitaria: es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar. En el primer grupo se incluyen formas de violencia, como el maltrato de los menores, la violencia contra la pareja y el maltrato de las personas mayores. El segundo abarca la violencia juvenil, los actos fortuitos de violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos. **C. Por razones de género** En cumplimiento de varios instrumentos internacionales, normatividad nacional y jurisprudencia de la Corte Constitucional, se ha reconocido que las violencias de género son una grave violación de derechos humanos, un asunto de salud pública y un obstáculo para la consolidación de la paz en el país. Las violencias de género se entienden como "Cualquier acción o conducta que se desarrolle a partir de las relaciones de poder asimétricas basadas en el género que sobrevaloran lo relacionado con lo masculino y subvaloran lo relacionado con lo femenino" (SIVIGE, 2016). Es decir, son las violencias que se producen con base en las discriminaciones y desigualdades en razón al sexo y al género. Ahora bien, las violencias contra las mujeres se pueden clasificar según las características de la violencia como violencia física, psicológica, sexual, económica y patrimonial. Sin embargo, a partir de la Ley 1257 de 2008, se incluyen otras definiciones de daño como son: daño psicológico, daño o sufrimiento físico, daño o sufrimiento sexual, daño patrimonial, cada una de estas como consecuencias de acciones dirigidas a vulnerar los derechos de las mujeres y que impactan los diferentes ámbitos de la vida de las mujeres, físico, emocional y patrimonial, generando efectos nocivos para la salud. **D. Violencia Autoinfligida** La violencia autoinfligida comprende el comportamiento suicida y las autolesiones. El primero incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio —también llamados “parasuicidio” o “intento deliberado de matarse” en algunos países— y suicidio consumado. Por contraposición, el automaltrato incluye actos como la automutilación (OPS, 2003). **Conducta suicida** Recogiendo la evidencia científica y las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud, desde el orden nacional bajo el

	liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social, en el ámbito de sus competencias, se proyecta visibilizar la conducta suicida como el peor desenlace en salud mental, acompañando a los actores del sector salud y de otros que intervienen en el goce efectivo de la salud, en la ejecución de acciones que impacten los determinantes sociales de la salud de una manera integral e integrada, partiendo del enfoque de derechos, la intersectorialidad, la interseccionalidad y la participación comunitaria; en el marco de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en las Américas (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Para esto, se plantea la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia, la cual delimita siete componentes comunes para la prevención y esboza los elementos diferenciales que deben ser considerados en este quehacer según el momento del curso de vida, el género y la pertenencia étnica. Con esta Estrategia, el Ministerio de Salud y Protección Social busca orientar, mediante cinco hitos de implementación, a los diferentes actores del sector salud y a los demás sectores que se relacionan con los entornos donde tiene lugar el desarrollo humano, para que desplieguen planes, programas y proyectos que, puestos en favor del bien común y basados en las características diferenciales territoriales y poblacionales, aporten al incremento de la capacidad de respuesta ante eventos angustiantes de la vida, a la limitación en la exposición a amenazas del contexto y a la afectación de los determinantes sociales que potencian las amenazas y disminuyen la capacidad de respuesta frente a ellas. En el marco de una perspectiva integradora que haga posible la intervención de los contextos sociales y los modos de vida de las comunidades, deben plantearse acciones en consonancia con los determinantes de la salud mental, entre los que se encuentran los biológicos muchos inmodificables como el momento del curso de vida y el sexo, los psicológicos como la interpretación y significación que el sujeto hace de los fenómenos que acontecen en el curso de su vida, y los sociales que se relacionan con las redes de apoyo, las características de la vivienda, la educación, los servicios de salud, las oportunidades de desarrollo, la economía y las características de la sociedad, la cultura y el ambiente (Organización Panamericana de la Salud, 2014). Analizando las características epidemiológicas, demográficas, sociales, económicas y políticas, se establecieron siete componentes básicos para la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida, los cuales se relacionan estrechamente con la Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Estos componentes, se despliegan en los diferentes entornos mediante planes, programas y proyectos en el marco de las competencias de cada actor involucrado y de las disposiciones de la Política Nacional de Salud Mental, cuyos ejes estratégicos orientan las acciones sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarias que garantizan el ejercicio pleno de la salud mental como parte integral del derecho a la salud de la población que reside en el territorio colombiano con enfoque de atención primaria en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

4. Marco conceptual y metodológico Educación para la Salud

Teniendo en cuenta el objetivo de este documento relacionado con brindar orientaciones respecto a la Educación para la salud que posibiliten el desarrollo de procesos inmersos en el plan de intervenciones colectivas, herramienta de planeación del orden departamental, distrital y municipal, donde se determinan los procesos de promoción y prevención grupales y poblacionales, se efectúa aproximaciones al concepto de Educación para la Salud, se aclara la concepción de Educación para la salud planteada en esta cartera desde las Rutas Integrales y se estipula los fundamentos pedagógicos para sus desarrollo.

4.1 Generalidades de la Educación para la Salud

El concepto de educación para la salud cuenta con múltiples bases conceptuales debido a su relación en las manifestaciones sociales, determinadas por contextos históricos, que data de los mismos conceptos de ***Educación*** y ***Salud*** que se han venido gestando a través de la historia humana, como lo manifiesta más claramente Valadez:

"La educación es un fenómeno característico de la vida del hombre, es una realidad social permanente, una función vital de la sociedad que ha acompañado al ser humano en el transcurso de su historia. De igual manera la salud-enfermedad constituye un proceso vital humano de carácter histórico, determinado social y económicamente y condicionado por los procesos de trabajo y consumo, traducido esto en las diferentes formas de inserción y participación en el funcionamiento general de la sociedad, en la apropiación del espacio, del tiempo, de los bienes y servicios que la sociedad produce" (Valadez, 1995:23-28)

como la finalidad del presente documento es brindar orientaciones respecto a la Educación para la salud que posibiliten el desarrollo de procesos inmersos en el plan de intervenciones colectivas, herramienta de planeación del orden departamental, distrital y municipal, donde se determinan los procesos de promoción y prevención grupales y poblacionales, o como se define en el MSPS;

"Es un plan de beneficios compuesto por intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, las cuales se enmarcan en las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud (PTS), y buscan impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y alcanzar los resultados definidos en el PTS. Comprende un conjunto de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos definidos en el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015, los cuales se ejecutarán de manera complementaria a otros planes de beneficio" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Se traen a colación los conceptos que posibilitan estos desarrollos desde una perspectivas formal de la EpS la cual implica procesos de planificación, acción y verificación de forma programática y reconoce que existen modelos de educación para la salud centrados en los individuos y el cambio de sus conductas, pero que para el caso del alcance de este documento se retoman los conceptos de Educación para la salud-EpS que plantean el

reconocimiento de las influencias del medio, de los factores sociales, ambientales y las desigualdades económicas que inciden en las condiciones de salud de las personas y las poblaciones, es decir :

"*un proceso de educación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales, y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión, ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y participar en la salud colectiva». (Perea Quesada, R. 1992)*[9]., que permite "*Comprender las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la información sanitaria, y el conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y comunitaria" (Serrano González M. 2018)*[10]. Aunque la educación para la salud tiene una función preventiva y correctiva, en la que busca la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el uso adecuado de los servicios de salud, su principal finalidad está en promover estilos de vida saludables y en posibilitar la modificación de los contextos de vida desde el desarrollo de la conciencia social por medio de la dialéctica entre la persona y su contexto, la cual implica que la educación para la salud esta vista desde una perspectiva participativa.

Según la OMS 1983 "*Si se enfoca la EpS desde un modelo participativo y adaptado a las necesidades la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y este no estará únicamente centrado en el "saber", sino también en el "saber hacer".*[11]"

Por lo tanto, la educación para la salud *"con enfoque integral como un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud en la cual participan las personas y los diferentes sectores del desarrollo" (Proinapsa, 2014)*[12], que lleva al mejoramiento de las estructuras sociales, no únicamente del comportamiento de la persona, parte de un modelo epistemológico *"socioconstructivista, fundamentado en una concepción holísticodialéctica de la realidad y del proceso salud-enfermedad, como fenómenos que conforman un proceso histórico, superando lo meramente biológico" (Villaseñor, 1995, pàg 37-47)*[13], es decir la comunidad y los profesionales de la salud son seres sociales inmersos y responsables de su proceso de aprendizaje, por lo que los profesionales de la salud ejercen el rol de orientadores y no de dadores de contenidos, se debe conocer el contexto y al cultura de las personas sujetos del proceso de enseñanza, para lo cual la dialéctica es esencial y se incentiva los procesos de ayuda mutua por medio de la participación, por lo tanto la educación para la salud desde la perspectiva participativa es: *"Eps participativa, crítica, emancipadora, cuyo modelo más representativo lo constituye la Educación Popular, que se refiere al trabajo educativo que se realiza para y con los sectores populares desde*

---

[9] Perea Quesada R. La Educación para la salud reto de nuestro tiempo. Madrid. Universidad Nacional de Educación a Distancia-UNED.1992.

[10] Serrano González M.I. Educación para la Salud del siglo XXI: Comunicación y salud. Madrid. Diazsantos. 1997

[11] Antecedentes y Conceptos de Educación para la salud, Junta de Extremadura, consejería de sanidad y consumo, 2006.

[12] OPS, DOCUMENTO CONCEPTUAL: Educación para la Salud con Enfoque Integral, Instituto Proinapsa-UIS. 2017.

[13] Villaseñor, M. (1995). "Educación popular", I. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Salud. México, D.F.

su práctica cotidiana, dentro de una perspectiva de clase. Como instrumento pedagógico, se vincula con dos movimientos, la investigación participativa y la organización popular" (Aldana y Núñez, 2002, pág. 10- 28)[14], por lo tanto, se debe asumir como un proceso continuo, reflexivo y crítico, que redirecciona sus acciones metodológicas a la participación, el empoderamiento y la lectura de realidad, por medio de la generación de espacios de dialogo que promueven reflexión y critica de resignificación de la conciencia social.

Estos paradigmas de la Educación para la Salud, se articulan a los tipos de educación según sus énfasis, desarrollado por Kaplún (2002); 1- Educación dirigida al conocimiento; 2- Educación dirigida a los efectos; y 3- Educación basada en el proceso, que implica que los modelos sean exógenos o endógenos al individuo, y que se vea al otro como objeto o como sujeto:

MODELO EDUCACION	TIPO DE EDUCACIÓN	ENFASIS
Exógeno (planteados fuera del destinatario)	objeto	Contenidos (pone el acento en el conocimiento)
Exógeno (plantado fuera del destinatario)	Objeto	Efectos (pone el acento en el cambio de comportamiento)
Endógeno (parte del destinatario)	Sujeto	Proceso (pone el acento en el cambio social, desde la reflexión y toma de consciencia del sujeto)
Estos modelos son tipos ideales, en la realidad los modelos pueden estar mezclados, pero puede acentuarse en determinado modelo y énfasis, sin prescindir de los otros modelos, o énfasis. Tomado de Kaplan 2002.		

Kaplún (2002) desarrolla o conceptualiza estos tres tipos de educación de la siguiente manera:
Educación que pone el énfasis en los contenidos: Es la educación realizada por profesores a alumnos, tiene como fin transmitir conocimiento. Este tipo de educación es considerada como vertical, autoritaria, denominada por Paulo Freire como Bancaria; lo que se busca es dar instrucciones o conocimientos a una persona o comunidad considerada a priori ignorante. Aquí el educador es el instruido y el educando es el ignorante.
Educación que pone el énfasis en los efectos: llamada también ingeniería del comportamiento busca moldear la conducta de las personas con objetivos o conductas definidas de antemano. En este caso el comunicador /educador se concibe como un arquitecto de la conducta humana. Es también llamada comunicación manipuladora.
Educación que pone el énfasis en el proceso: aquí lo importante es la transformación de la persona, desde el diálogo y la toma de conciencia social. Su interés principal está en el desarrollo de capacidad. Se busca propiciar reflexiones que guíen una toma de conciencia individual o colectiva. El educador / comunicador y un facilitador del proceso.
Coherente con estas transformaciones del concepto y la implementación de la Educación para la Salud, desde el Ministerio de Salud y Protección Social se ha avanzado en la conceptualización y fortalecimiento de la Educación para la Salud, articulado a las denominadas Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, que hacen su aparición en el año 2016

[14] Aldana C. y Núñez C. "Educación Popular y los Formadores Políticos". Cuadernos de formación para la práctica democrática, 3. Guatemala: Instituto Centroamericano de Estudios Políticos. 2002.

4.2 Educación para la salud en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS

Las Rutas integrales de Atención en Salud (RIAS) son una herramienta de obligatorio cumplimiento establecidas en el marco de la Política PAIS y la Resolución 3202 de 2016, que contribuyen a que las personas, familias y comunidades **alcancen resultados en salud** teniendo en cuenta las particularidades del territorio donde viven, se relacionan y se desarrollan. Permiten **orientar y ordenar la gestión** de la atención integral en salud a cargo de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- de manera continua y consecuente con la situación y características de cada territorio así como la gestión intersectorial para la afectación de los determinantes sociales de la salud. Integran además las atenciones individuales, colectivas y poblacionales para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y plantea las acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

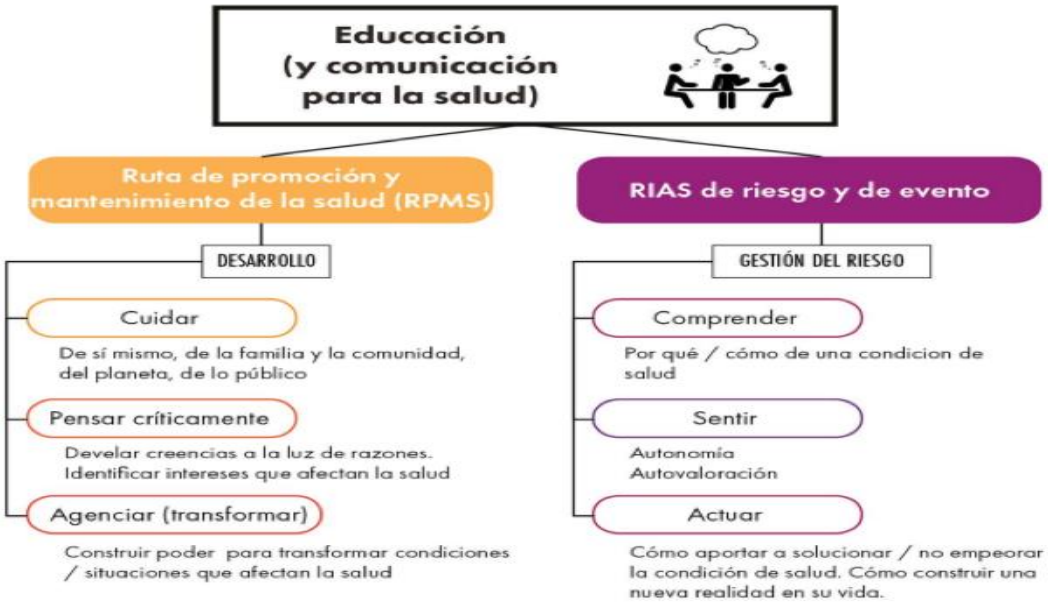
La resolución 3202 de 2016 define 3 tipos de RIAS

1. Resolución 3280 de 2018, que es la Ruta integral de atención en salud para la promoción y mantenimiento de la salud (RPMS) Centrada en la promoción de la salud, la prevención del riesgo y la enfermedad; así como la generación de una cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades. Aplica para toda la población residente en el territorio. La Resolución 3280 de 2018, adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Es importante resaltar de este documento.

2. Rutas Integrales de Atención en Salud para grupos de riesgo. Tienen el objetivo de identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo, ya sea para evitar la aparición de una o varias condiciones específicas en salud o para realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según cada situación. Esta ruta aplica para la población en riesgo residente en el territorio, ya sea detectada en el marco de la RPMS, en el marco de otra Ruta de Riesgo o por demanda espontánea. La RIAS para población materno – perinatal (RIAMP) hace parte de este grupo de RIAS de riesgo, aunque se considera totalmente vinculada a la RPMS y es un “bucle” de la atención en el marco de la RPMS.

3. Ruta integral de atención en salud para eventos específicos. Estas rutas se definen a partir de aquellos eventos específicos priorizados por RIAS de riesgo. Se orientan al tratamiento, rehabilitación y paliación, según sea el caso.

La educación (y comunicación) para la salud se desarrolla tanto para las RIAS de riesgo como para la RPMS, el siguiente esquema nos permite comprender de qué manera se complementan estos escenarios:



La **Resolución 3280 de 2018** establece directrices claras sobre la educación y comunicación en salud. Su propósito principal es asegurar que todas las personas tengan acceso a información de salud comprensible, detallada y autónoma. Esta resolución reconoce la necesidad de adecuar el contenido educativo a las diferencias cognitivas asociadas con la edad y madurez del individuo, aunque no son los únicos factores considerados.

Para garantizar la eficacia de la educación en salud, se sugiere la realización de jornadas pedagógicas dirigidas a distintas poblaciones. A través de estas, se busca que tanto individuos como comunidades se apropien de conocimientos y habilidades esenciales para mejorar su calidad de vida, desde la infancia hasta la vejez.

La resolución clasifica las etapas de vida en: Primera infancia e infancia, Adolescencia. Juventud, Adultez y Vejez. En cada etapa, la enseñanza se adapta según las capacidades cognitivas y necesidades del grupo. Por ejemplo, en la fase de "Primera infancia e infancia", la instrucción se dirige a los cuidadores para que, a través de ellos, se promueva la salud en los infantes. En contraste, en la "Adultez", se enfatiza la promoción y mantenimiento de la salud.

Adicionalmente, se establecen tres tipos de educación: (i) Educación Individual: Orientada hacia individuos o familias, considerando a la familia como una unidad debido a su núcleo central en el cuidado de la salud. (ii) Educación Grupal: Dirigida a comunidades o conjuntos de familias con situaciones de salud similares. (iii) Educación Colectiva: Para comunidades con situaciones de salud específicas que compartan un entorno o que pertenezcan a una misma etnia. Es crucial entender que estos tipos de educación no son mutuamente excluyentes; un individuo puede beneficiarse de más de un tipo según sus necesidades.

En el marco de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud - RPMS, se han definido objetivos específicos por momento de curso de vida, valorando lo que cada momento implica y con base en la premisa del desarrollo de capacidades de cuidado, de agencia y para ejercer sus derechos en especial el derecho a la salud, que pueden resumirse bajo el siguiente esquema:

4.3 Resultados en Salud y Educación para la Salud

Una de las apuestas esenciales planteadas en las RIAS y que se concretan en la RPMS son los resultados en salud como apuesta central en la que deben combinarse los esfuerzos de todos los actores. Son los cambios en las condiciones de vida, concepciones y prácticas que promueven, mantienen y recuperan la salud a la vez que favorecen el desarrollo integral de las personas, familias y comunidades, atribuidos a las intervenciones y atenciones en el continuo de la atención integral en salud
Comprenden resultados finales o de impacto y resultados intermedios o de efecto.

Los **resultados de impacto** requieren de la acción sectorial e intersectorial que incide en los determinantes sociales y están relacionados con el logro de los resultados intermedios. Los indicadores de impacto se relacionan de manera especial con compromisos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y tienen una fuerte relación con las posibilidades de desarrollo de un Estado.

Para el caso de Salud Mental, violencias, epilepsia y prevención del consumo de sustancias psicoactivas ya hay unos resultados definidos en la Resolución 3280, articulados al proceso de educación para la salud, que incluyen capacidades y contenidos para su implementación, o que contribuyen a resultados en salud mental, promoción de la convivencia, prevención de las violencias, epilepsia y consumo de sustancias psicoactivas (resaltadas en verde)

<table>
<tr><th>Primera Infancia</th><th>Infancia</th><th>Adolescencia</th><th>Juventud</th><th>Adultez</th><th>Vejez</th></tr>
<tr><td colspan="5" rowspan="2">Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vistafísico-motor, socio-emocional y cognitivo</td><td>Personas adultas mayores que conservan las habilidades cognitivas</td></tr>
<tr><td>Personas adultas mayores que conservan la independencia funcional</td></tr>
<tr><td colspan="6">Niñas y niños alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta los 6 meses</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas con adecuado estado nutricional</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas sin problemas y trastornos en salud mental</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas sin morbilidad evitable</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas sin mortalidad evitable</td></tr>
</table>

Resolución 3280 2018 - Minsalud

<table>
<tr><th>Primera Infancia</th><th>Infancia</th><th>Adolescencia</th><th>Juventud</th><th>Adultez</th><th>Vejez</th></tr>
<tr><td colspan="6">Personas con adecuado estado de salud visual</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas con adecuado estado de salud auditiva y comunicativa</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas con adecuado estado de salud bucal</td></tr>
<tr><td colspan="2">Personas que ejercen sus derechossexuales</td><td colspan="4">Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="4">Personas con prácticas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="4">Personas con habilidades sociales y emocionales parala promoción de la salud mental y convivencia</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="3">Trabajadores con prácticas de cuidadode su salud en el trabajo</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas con capacidades para afrontar los diferentes sucesos vitales</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas, familias y comunidades que cuentan con redes de apoyo comunitarias y sociales parala promoción de la salud</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas, familias y comunidades con capacidad de agencia y prácticas para el cuidado de susalud</td></tr>
<tr><td colspan="2">Personas cuidadoras con prácticas para el cuidado de la salud y crianza promotora de la salud y del desarrollode niñas y niños</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado y protección de los entornos</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas, familias y comunidades que habitan, laboran y estudian en entornos saludables</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas, familias y comunidades empoderadas para la exigibilidad y ejercicio del derecho a lavida y la salud</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas con detección temprana de alteraciones y riesgos en salud</td></tr>
</table>

En la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, Resolución 3280, se encuentran definidos unos resultados que apuntan a la promoción de la salud mental con las capacidades y los contenidos que permitan implementar las sesiones de educación para la salud.

Resultados 3280
1. Personas sin problemas y trastornos mentales.
2. Personas con prácticas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas.
3. Personas con habilidades sociales y emocionales para la promoción de la salud mental y convivencia.
4. Personas con capacidades para afrontar los diferentes sucesos vitales.
5. Personas, familias y comunidades que cuentan con redes de apoyo comunitarias y sociales para la promoción de la salud.
6. Personas, familia y comunidades con capacidad de agencia y prácticas para el cuidado de su salud.
7. Personas, familias y comunidades empoderadas para la exigibilidad y ejercicio del derecho a la vida y la salud.

Los procesos de educación para la Salud, desde las RIAS se consideran una intervención promocional de primer orden; aportan de manera significativa a resultados en salud vinculados al fortalecimiento de capacidades y habilidades, incorporación de prácticas de

cuidado y articulados a procesos de empoderamiento y movilización social y relacionada con procesos de fortalecimiento de redes de apoyo social y comunitario.
En los anexos de la Resolución 3280, páginas 214 a la 236 se encuentran la propuesta de educación para la salud, articulada con los resultados, capacidades y contenidos a desarrollar, por curso de vida, dirigida a la familia, y en el marco de las intervenciones colectivas – PIC. Con la inclusión de los resultados dirigidos a la promoción de la salud mental y la promoción de la convivencia.
Este es un ejemplo de los desarrollos para la implementación de la Educación para la Salud en el marco de las RIAS, para la promoción de la salud mental y la convivencia:

Resultados de salud esperados • Personas con prácticas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas
Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos
Interactúa con las demás personas de forma asertiva y empática lo que le permite establecer, mantener o terminar vínculos.
Contenidos de las sesiones educativas
• Análisis del significado de la empatía y entrenamiento en cómo ponerla en práctica permanentemente para fortalecerla. • Reconocimiento y comprensión de las emociones y sentimientos de otras personas. • Identificación de la red de interacciones y vínculos que actualmente tiene cada uno y qué les aportan a sus relaciones. • Importancia de una adecuada comunicación en las relaciones interpersonales y desarrollo de capacidades para comunicar lo que se piensa, siente y quiere, de manera asertiva, así como de afrontar barreras y obstáculos que surgen en los procesos de comunicación entre las personas. **Si se trabaja alrededor de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos:** • Reconocimiento de la sexualidad como una forma de expresión, comunicación y relación con otros/as. • Empatía como capacidad de interpretar adecuadamente las necesidades del otro y como forma de prevenir acosos y agresiones en el aspecto sexual. • Reconocimiento de las relaciones afectivas basadas en la explotación, la manipulación o la violencia, estableciendo como límite el respeto de la dignidad y libertad humanas. • Ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de una manera firme, sin hacerse ni hacer daño a las demás personas o al entorno. **Si se trabaja alrededor de la convivencia:** • Promover la comunicación dentro de la pareja y la familia, y en su entorno social, fomentando relaciones equitativas, independientemente del sexo y la edad. • Relaciones significativas que apoyan su bienestar emocional.

4.4 Fundamentos pedagógicos que sustentan la educación para la salud en el marco de las RIAS

El Ministerio de Salud y Protección Social ha hecho avances y desarrollos significativos sobre el tipo de Educación para la Salud que debe realizarse en el marco de la salud pública, y define la Educación para la Salud como “El proceso pedagógico (dialógico e intencionado) de construcción de conocimiento y aprendizaje que, mediante el diálogo de saberes, pretende construir o fortalecer el potencial de las personas, familias, comunidades y organizaciones para promover el cuidado de la salud, gestionar el riesgo en salud y transformar positivamente los entornos en los que se desenvuelven sus vidas” (Resolución 3280 de 2018).

En ese sentido, el proceso de educación para la salud en el marco de las RIAS invita a reconocer la diversidad de actores y de voces, a construir horizontalmente sentidos y valores sobre la salud, el cuidado y el bienestar, reconociendo que los sujetos son el producto de su historia en un contexto particular, en un mundo en constante cambio. Así, es de total relevancia reconocer la historia de los sujetos, los significados que le otorgan (ellos y su cultura) a determinados saberes, prácticas y relaciones que explican su salud,

así como comprender la relación población - territorio, para reconocer cómo han llegado a ser lo que son y, a partir de ello, construir o fortalecer conjuntamente saberes, valores y prácticas que aporten a la promoción y mantenimiento de su salud.
En el siguiente cuadro, entonces se resume la postura pedagógica de la educación para la salud en el marco de las RIAS:

Fundamentos pedagógicos que sustentan la EpS en el marco de las RIAS:		
1	Enfoque de educación para la salud[16]	1º De segunda generación: EpS comportamental 2º De tercera generación: EpS participativa y emancipatoria.[17]
2	Modelo pedagógico	Interestructurante dialogante
3	Perspectiva pedagógica	Constructivismo social (Aprendizaje significativo) Pedagogía crítica
4	Orientación pedagógica	Basada en Derechos
5	Currículo	Problematizador
6	Estrategia didáctica	Diálogo de saberes
7	Técnicas educativas	De educación popular, constructivistas, de desarrollo de pensamiento crítico, de aprendizaje significativo.

(Minsalud 2018)

La perspectiva pedagógica desde la cual se realizarán las acciones de EpS en el marco de las RIAS se basa en:

a) Constructivismo social: Se parte que el conocimiento, entonces, no es un objeto que se transmite de una otro, sino una construcción que depende del medio social en el que está inmersa la persona, y que es adquirido mediante operaciones mentales cognitivas (contrastar, construir, comunicar, pensar), que se despliegan tanto por la actividad propia como por la participación en escenarios de actividad cooperativa para el aprendizaje. Uno de los métodos por excelencia para lograr el aprendizaje lo constituyen los proyectos.

b) Aprendizaje significativo: El cual implica, por un lado, la motivación de la persona por aprender y por otra que quien organiza el proceso pedagógico averigüe qué experiencias previas tiene el sujeto, con el fin de diseñar las estrategias didácticas que permitan que los nuevos aprendizajes se vinculen a las ideas previas de forma significativa, lo cual se traduce en mayor retención de conocimientos.

c) Pedagogía crítica- Educación popular: Se basa en la idea de que es posible crear una sociedad justa y equitativa y por tanto se requiere empoderar a las personas, quienes mediante una lectura crítica de la realidad y la problematización de las relaciones sociales (de los poderes que circulan
en ella), serán capaces de develar intereses, conflictos y por tanto de actuar para mejorar la situación que viven (Mejía 2016, Torres 1993).

e) **Dialogo de saberes**: Se entiende como una interacción entre diversos saberes, donde se reconoce que tanto los sectores populares como el talento humano formado en espacios académicos tiene saberes que no sólo se diferencian por los campos de contenidos que cada uno de ellos tiene, sino porque han sido construidos desde lógicas culturales y prácticas históricas diferentes. Lo que hay que reconocer en el diálogo con los participantes de los procesos de EpS, es que existen diversas y válidas lógicas culturales y por tanto lo

que corresponde es comprender la lógica interna de los discursos sobre los cuales los sujetos basan sus actuaciones (para nuestro caso, su actuar en relación con la salud y la vida). Una vez comprendido el discurso del otro, el ejercicio pedagógico se centrará en ampliar el universo de sentido de los sujetos que participan del proceso educativo (Torres 1993)

5. Propuestas Pedagógicas Educación para la salud mental, epilepsia, violencias y consumo de sustancias psicoactivas

5.1 Propuesta Pedagógica Educación para la Salud en Salud Mental

Dado que la salud mental en el campo de la salud pública como concepto ha evolucionado, desde la concepción biologicista que la considera como en el DSM IV TR.CIE-10 "Ausencia de trastornos mentales, según criterios del modelo biomédico", hasta una concepción socioeconómica y holística que es producto de las críticas hacia 1970- 1980 que se hicieron a las concepciones medicalizada y riesgo individual, dando lugar a concepciones que analizan las estructuras y modelos sociales en donde la salud mental "Se concibe en términos de derechos y desarrollo humano[15], y es "mucho más que la ausencia de enfermedad: es una parte intrínseca de nuestra salud y bienestar individuales y colectivos, significa ser más capaces de relacionarse, desenvolverse, afrontar dificultades y prosperar. La salud mental existe en un complejo proceso continuo, con experiencias que abarcan desde un estado óptimo de bienestar hasta estados debilitantes de gran sufrimiento y dolor emocional"[16], además implica abordar desde una perspectiva más positiva la salud mental de tal manera que se trabaje desde el diálogo y la toma de conciencia para potenciar el reconocimiento y manejo de los recursos propios de y del entorno, para propender por un mayor grado de bienestar en las diferentes situaciones con o sin enfermedad.

Por lo tanto, es sobre esta última concepción que se basa esta propuesta, la cual requiere del esclarecimiento de los ejes o núcleos temáticos como se estipula en el *Manual Metodológico y pedagógico para el desarrollo del proceso de educación para la salud en el marco de las rutas integrales de atención en salud*, definen el "qué" enseñar. Responden a las capacidades que se quieren promover, que a su vez guardan relación con los resultados de salud esperados. Se requiere precisarlos para estructurar los ciclos educativos con sus respectivos contenidos. De esta manera se ordenan los aprendizajes esperados para cada sesión y para cada ciclo educativo. En este sentido, un *núcleo temático*, opera como un "conjunto de conocimientos que se desarrollan (…) frente a una pretensión de aprendizaje" e implica alcanzar un objetivo mediante unos temas (Colombia en Paz, p. 45). Así, los núcleos temáticos agrupan las capacidades que se quieren promover en relación con un eje temático. Los núcleos temáticos se construyen partiendo de la resolución 3280, sin

[15] http://medfam.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2021/05/salud_mental_MF_14may21.pdf

[16] Informe Mundial sobre salud mental, transformando la salud mental para todos, OMS, 2022.

embargo, estos deben adecuarse a las condiciones y características socioculturales y económicas de los sujetos y sus territorios.

Para facilitar la comprensión se aclaran los conceptos básicos a tener en cuenta para desarrollar la propuesta pedagógica, los cuales son:

Salud mental positiva: es un "estado de bienestar en el que el individuo es capaz de desarrollar sus habilidades, hacer frente a las situaciones cotidianas de estrés, trabajar de forma productiva y fructífera además de contribuir en su comunidad. La Salud Mental Positiva potencia la cohesión social y el capital social, mejora la paz yestabilidad en el entorno, contribuye al desarrollo económico de la sociedad y es uno de los principios que comparten las democracias europeas". (Lluch 1999).

Interculturalidad: se puede entender como "una práctica que busca eliminar las actitudes y conductas etnocéntricas y racistas que caracterizan a la sociedad peruana en su conjunto, y ofrece pautas que preparan a los individuos y grupos sociales para desarrollar una valoración positiva de la diversidad cultural y para entender y manejar adecuadamente los conflictos que surjan del contacto entre culturas, apuntando a superar la discriminación y la exclusión"[17].

Núcleo Temático: es un conjunto de contenidos que construyen una unidad conceptual.

Resultados en salud: son las contribuciones colectivas con el fin de generar las condiciones y oportunidades necesarias y posibles para crear, construir, o fortalecerlos conocimientos, las habilidades, y las actitudes que se requieren para gestionar la propia salud y aportar al cuidado de los otros y de los entornos[18].

Capacidades: hace referencia a las habilidades a nivel cognitivo, valorativo opráctico de las personas, familias y comunidades, que les permita mejorar la salud[19].

En consecuencia, se presenta a continuación dos (2) ejemplos de cómo se pueden construir propuestas pedagógicas en salud mental, que son parte esencial de los programas de promoción de la salud mental, aclarando que no son estas las únicas posibles a desarrollar, pero si buscan orientar los procesos de educación para la salud en salud mental, por lo tanto, las propuestas se presentan a continuación:

---

[17] EL CONCEPTO DE INTERCULTURALIDAD Nila Vigil y otros. PUCP

[18] Manual Metodológico y Pedagógico para el desarrollo del proceso de educación para la salud en el marco de las rutas integrales de atención en salud –RIAS

[19] https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-educacion-comunicacion.pdf

Ejemplo 1.

1. Propuesta de Salud Mental Positiva:

Objetivo General: Fortalecer el cuidado comunitario de la salud mental desde el abordajede conocimientos y habilidades necesarios sobre la promoción de la salud mental con líderes comunitarios urbanos.

Resultados en Salud:

- Personas con habilidades sociales y emocionales para la promoción de la saludmental y convivencia
- Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico motor,socio-emocional y cognitivo.
- Personas con prácticas que favorecen el establecimiento de rel acionessignificativas, sanas y constructivas.
- Personas, familias y comunidades con capacidad de agencia y prácticas para elcuidado de su salud

Núcleos Temáticos:

1. Introducción a la Salud Mental positiva: Conceptos, relación con el cuidado de simismo y de los demás.
2. Factores de la salud Positiva
3. Habilidades para la Vida
4. Salud mental positiva en la comunidad

Núcleos Temáticos y Contenidos:

1. **Introducción a la Salud Mental Positiva: Conceptos, relación con el cuidadode sí mismo y de los demás.**
    - Definición de Salud Mental positiva
    - Cuidado Bio-psico-social-espiritual
    - Autocuidado de la Salud Mental o cuidado de si mismo
2. **Factores de la salud positiva**
    - Satisfacción personal
    - Actitud Prosocial
    - Autocontrol
    - Autonomía
    - Resolución de problemas y autoactualización
    - Habilidades de relación interpersonal[24]
3. **Habilidades para la Vida[25]**
    - Comunicación asertiva
    - Relaciones Interpersonales
    - Manejo de problemas y conflictos
4. **Salud Positiva en la Comunidad**
    - Reconocimiento de los activos de la comunidad para la salud

mental y laconvivencia[26]

Capacidades:

- Identificar y comprender las diferentes emociones.
- Reconocer las percepciones socioculturales del contexto sobre las emociones.
- Reconocimiento de diez destrezas psicosociales
- Aplicación de destrezas psicosociales en el manejo de situaciones personales y deinteracción con las demás personas
- Reconocimiento de factores positivos de la comunidad para la salud mental

Propuesta de Evaluación (Perspectiva de Educación Popular y Crítica):

1. Reflexiones Individuales: Facilitar espacios para que los participantes reflexionen sobre sus emociones, y las percepciones socio culturales sobre las emociones, se sugiere aplicar el cuestionario[27].
2. Reflexiones Grupales: Facilitar espacios para que los participantes reflexionen sobre su autocuidado; autoestima, sentido de identidad, crecimiento- autoactualización, autonomía, etc.
3. Estudios de Caso: Presentación de situaciones reales para que los participantes propongan soluciones y estrategias de intervención.
4. Role Playing: Simulaciones de situaciones donde se enfrenten a manejo de situaciones personales y de interacción con las demás personas, para practicar respuestas y estrategias de manejo de destrezas psicosociales.
5. Creación de Materiales Educativos: Desarrollo de folletos, infografías o videos que aborden la temática de salud mental positiva con los participantes de la comunidad.
6. Evaluación Participativa: Involucrar a los participantes en el proceso de creación delos contenidos a desarrollar, permitiendo que expresen sus opiniones y sugerenciaspara mejorar el programa

Ejemplo 1.

Propuesta de Salud Mental Positiva: Vínculo afectivo y del apego seguro en lacrianza para el desarrollo integral

Objetivo: Desarrollar capacidades socioemocionales en las madres, padres y cuidadores para la crianza y el cuidado emocional para el curso de vida de la primera infancia desde las intervenciones individuales y colectivas.

Resultados en salud: Es necesario identificar los efectos en salud esperados para laprimera infancia, los cuales se presentan a continuación:

- Para niños y niñas (Resolución 3280, p. 210 – 214)
- Para madres, padres y cuidadores (Resolución 3280, p. 210 – 214).
- Padres y cuidadores con prácticas para el cuidado de la salud y crianza promotorade la salud y del desarrollo de niñas y niños.

• Padres, madres y cuidadores con capacidades para identificar signos de alarma ocomplicaciones en el estado de salud de sus hijos/as
• Padres y cuidadores con prácticas para el cuidado y protección de los entornosdonde viven los niños y las niñas

---

Núcleos temáticos en Salud Mental para el curso de vida de primera infancia: son los*propósitos educativos* esperados en salud mental de acuerdo con la resolución 3280 de lasintervenciones individuales y colectivas.

1. Introducción a la Salud Mental positiva: Conceptos, relación con el cuidado desí mismo y de los demás.
2. Factores de la salud Positiva
3. Vínculo afectivo, apego seguro y buen trato para promover la salud mental delos niños y las niñas.
4. Educar en el desarrollo de habilidades sociales y emocionales para la promociónde la salud física y mental
5. Educar en habilidades para la vida
6. Promover la crianza compartida
7. Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud en la primerainfancia
8. Promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesosvitales

---

Núcleos Temáticos y Contenidos:

1. **Introducción a la Salud Mental Positiva: Conceptos, relación con el cuidadode sí mismo y de los demás.**
   - Definición de Salud Mental positiva
   - Cuidado Bio-psico-social-espiritual
   - Autocuidado de la Salud Mental o cuidado de sí mismo

2. **Factores de la salud positiva**
   - Satisfacción personal
   - Actitud Prosocial
   - Autocontrol
   - Autonomía
   - Resolución de problemas y autoactualización
   - Habilidades de relación interpersonal[28]

3. **Habilidades para la Vida[29]**
   - Comunicación asertiva
   - Relaciones Interpersonales
   - Manejo de problemas y conflictos

4. **Buen Trato: Parentalidad positiva y apego seguro[30][31]**
   - ¿Qué es la parentalidad positiva?
   - Características de la parentalidad positiva
   - Actividades de parentalidad positiva

5. **Crianza Compartida**
    - Que es la crianza compartida o cocrianza
    - Beneficios

6. **Practicas de cuidado en la primera infancia**[32][33]
    - Salud e higiene
    - Activar el cuerpo
    - Expresión artística y cultural
    - Estimulación
    - Emociones
    - Afecto y cariño
    - Situaciones de riesgo

Capacidades (Resolución 3280, p. 212):

- Padres y cuidadores que identifican y comprenden las diferentes emociones.
- Padres y cuidadores que identifican un clima de buen trato con los niños y al interiorde la familia, y previenen el maltrato a los niños.
- Padres y cuidadores que reconocen los vínculos amorosos seguros y pacientes paraasegurar los cuidados básicos al bebé.
- El juego como motor del desarrollo integral del niño y la niña
- Reconocimiento de diez destrezas psicosociales
- Reconocimiento de la crianza compartida

Propuesta de Evaluación (Perspectiva de Educación Popular y Crítica):

1. Reflexiones Individuales: Facilitar espacios para que los participantes reflexionen sobre sus emociones, y las percepciones socio culturales sobre las emociones, se sugiere aplicar el cuestionario[34].
2. Reflexiones Grupales: Facilitar espacios para que los participantes reflexionen sobre su autocuidado; autoestima, sentido de identidad, crecimiento- autoactualización, autonomía, etc.
3. Estudios de Caso: Presentación de situaciones reales para que los participantes propongan soluciones y estrategias de intervención.
4. Role Playing: Simulaciones de situaciones donde se enfrenten a manejo de situaciones personales y de interacción con las demás personas, para practicar respuestas y estrategias de manejo de destrezas psicosociales.

Adicional se pueden guiar de la “FICHA PARA LA PLANEACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DELA SESIÓN EDUCATIVA”[35], para la fase de planeación y construcción de sesión educativacomo esta:

1.2 RECURSO NRO. 2. FICHA PARA LA PLANEACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA SESIÓN EDUCATIVA

DESCRIPCIÓN (lugar y participantes)					
Momento por curso de vida **(NOMBRE)**					
Ciclo		Sesión		Duración	
NÚCLEO TEMÁTICO					
Capacidades					
Objetivo de aprendizaje					
CONTENIDOS					
INDICADORES DE LOGRO					
CRITERIOS DE EVALUACIÓN					

DESARROLLO

MOMENTO INICIAL: PRESENTACIONES Y SABERES PREVIOS

- Duración:
- Actividad 1 (nombre)
- Tipo de actividad
- Duración
- Espacios, recursos y materiales

MOMENTO CENTRAL: PROFUNDIZACIÓN TEMÁTICA, PROBLEMATIZACIÓN Y DIÁLOGO DE SABERES

- Duración:
- Actividad 2 nombre de la actividad
- Tipo de actividad (desde el diálogo de saberes)
- Descripción
- Espacios, recursos y materiales
- Descripción de la actividad para su desarrollo
- Espacios, recursos y materiales

Nota: puede realizar 1, 2 o 3 actividades (todo depende de tiempo disponible)

MOMENTO DE CIERRE: EVALUACIÓN DE LA SESIÓN Y RUTA DE ACCIÓN
Duración:

Fuente: Manual Metodológico y Pedagógico para el desarrollo del proceso de educación para la salud en el marco de las rutas integrales de atención en salud –RIAS

Se ajusta la propuesta pedagógica por medio de la siguiente ficha:

1.3 RECURSO NRO. 3. SESIÓN PARA EL AJUSTE DE LA PROPUESTA PEDAGÓGICA (TOMADO DEL EJEMPLO DE VEJEZ)

DESCRIPCIÓN (lugar y participantes)	**Participantes:** 15 personas mayores habitantes de un centro de protección integral mixto ubicado en zona urbana. **Lugar:** Salón social del centro de protección social.				
Momento por curso de vida	Vejez				
Ciclo 2	Sesión	1	Duración	120 minutos	
NÚCLEO TEMÁTICO	N/A				
Capacidades	N/A				
Objetivo de aprendizaje	Presentar la propuesta pedagógica al grupo de personas mayores con el fin de concertarla grupalmente y facilitar las adecuaciones acordes con las necesidades educativas del grupo.				
CONTENIDOS	Propuesta pedagógica: ciclos educativos, núcleos temáticos, contenidos y capacidades.				
INDICADORES DE LOGRO	El grupo de participantes: 1. Conoce la propuesta pedagógica y reflexiona sobre su pertinencia. 2. Participa en la adecuación de la propuesta teniendo en cuenta sus necesidades educativas.				
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	Se hará en consenso con el grupo				

DESARROLLO

1. Momento previo

- Construcción y adecuación del espacio y los materiales. La silletería se ubica en círculo y se deja el espacio para ubicar las sillas de ruedas de aquellas personas con dificultades para la movilidad.
- Preparación de la sesión
- Coordinación de la fecha y hora del encuentro con la institución.
- Realización de la convocatoria y confirmación de participación. Al momento de citar a las personas mayores se les pedirá que lleven a la sesión un objeto o elemento que los represente o que tenga un valor especial para ellos.

2. Momento inicial: Presentaciones

Duración: (40 minutos)

Generación de acuerdos: Antes de iniciar la sesión es importante que el grupo de participantes genere unos acuerdos con respecto al encuentro educativo:
-Duración de la sesión y momentos de receso
-Uso de la palabra
-Respeto por los otros
-Participación activa

Actividad 1. *Mi historia se cuenta así* (25 minutos)

Este ejercicio es clave para reconocer la historia de las personas mayores y hacerlo en espacios grupales. Se realiza un círculo con los participantes y cada uno dice su nombre y cuenta algo de su historia a partir de un símbolo u objeto que lo represente. El facilitador inicia la actividad ejemplificando: Mi nombre es Diana y me representa con una vela porque me gusta ser luz y aportar a los demás.

Materiales: Sillas disquetas en círculo, objeto que lleva cada participante a la sesión.

Actividad 2. *Identificación de necesidades educativas e intereses del grupo* (15 minutos)
Una vez reconocidos como integrantes del grupo, las personas mayores y el facilitador pasan a la segunda actividad. El facilitador inicia la actividad con una pregunta para el grupo: ¿cómo que piensan que deberíamos trabajar como grupo para mejorar o mantener nuestra salud y lograr un envejecimiento más activo y saludable? A partir de esta pregunta recoge las ideas de los participantes y las escribe en fichas que luego serán utilizadas en el momento de concertación de la propuesta.

Materiales: Marcador, fichas bibliográficas, tablero o papelógrafo.

Receso: 20 minutos

3. Momento central: Presentación y concertación de la propuesta, intercambio de saberes

Duración: (40 minutos)

Actividad 3. *El tendedero*

El facilitador regresa en el espacio un tendedero en el que ubica los ciclos, los núcleos temáticos, los contenidos y las capacidades. Además, prepara las fichas con los aportes recogidos por el grupo con respecto a las necesidades educativas e intereses comunes. Evocando la metáfora de un tendedero con ropa nueva que puede quitarse o al que se le pueden añadir más cosas, presenta al grupo la propuesta pedagógica planeada previamente. Va colgando cada ciclo, explica sus objetivos y luego le añade los núcleos temáticos que se espera desarrollar. Una vez "colgados" los ciclos y los núcleos va añadiendo las ideas expuestas por las personas mayores en los lugares que corresponden de acuerdo con la temática de los núcleos, evidenciando la articulación entre la propuesta, los saberes y necesidades del grupo.

Cada vez que añade o quita algo toma en cuenta a las personas mayores y pone en consideración del grupo el orden, la prioridad y la cantidad de núcleos temáticos y contenidos. Finalmente pone a disposición del grupo fichas en blanco para el caso de que falten nucleos o contenidos que no hayan sido mencionados durante la elaboración del tendedero.

Recomendación: Se sugiere tener registro fotográfico de la actividad con el fin de preservar la memoria colectiva y poder realizar las adecuaciones pertinentes una vez terminada la sesión inicial y previo al segundo encuentro con el grupo. Para ello se solicita el consentimiento del grupo y se explica la finalidad de dicha acción.

Materiales: Una cuerda para simular el tendedero, pinzas de ropa, fichas de cartulina, propuesta pedagógica.

4. Momento de cierre: evaluación de la sesión y revisión de acuerdos

Duración: 10 minutos.

Actividad 4. Antes de terminar la sesión educativa el facilitador pide que voluntariamente dos o tres participantes hagan un recuento de los aspectos generales de la propuesta pedagógica presentada y concertada y nombren los acuerdos a los que se llegaron grupalmente (criterios de evaluación del logro). Luego se solicitó a los participantes que expresaran en una palabra lo que se llevan de la sesión presenciada (autoevaluación) y lo que destacan de ella. Finalmente, el facilitador solicitó al grupo dar recomendaciones para mejorar las siguientes sesiones y pidió calificar los siguientes items acorde con una escala de valoración de 1 a 5 (siendo 1 la peor calificación y 5 la mejor). A continuación, se presentan los resultados promedio obtenidos:

1. El cumplimiento del objetivo de la sesión	5
2. La participación de sus compañeros	4
3.El papel del facilitador	4
4. El desarrollo de la sesión educativa	5
5. El cumplimiento de los acuerdos establecidos	4

El facilitador cierra la sesión agradeciendo por la participación y presencia del grupo y hace una reflexión sobre la importancia de seguir asistiendo a este espacio e invita para la próxima sesión que se realizará en 15 días.

Fuente: Manual Metodológico y Pedagógico para el desarrollo del proceso de educación para la salud en el marco de las rutas integrales de atención en salud –RIAS

Ejemplo de una Sesión Educación para la Salud Mental Positiva en madres, padres y cuidadores

Objetivo: Comprender como las capacidades socioemocionales en las madres, padres y cuidadores inciden en la crianza y el cuidado emocional para el curso de vida de la primera infancia
Duración: 130 minutos

Actividades:

1. Introducción y rompehielos (20 minutos)
   - Presentación breve del tema y objetivos de la sesión.
   - Actividad de rompehielos: Pide a los participantes que se coloquen de piey organicen en circulo y van lanzando una madeja de lana y se va quedando con el cordel, en la medida en que cada uno de los participantesva diciendo su nombre, lugar de procedencia y su expectativa frente a la sesión. Al terminar se recoge la madeja recordando lo dicho por elparticipante anterior.

2. Dialogo Inicial (20 minutos)
   - Indagar inicial mente que conceptos tiene sobre: habilidades emocionales,sociales y cognitivas, autoconocimiento, empatía, Comunicación asertiva, toma de decisiones, manejo de sentimientos y emociones, pensamiento crítico

3. Presentación sobre Emociones y Habilidades para la Vida (20 minutos)Se sugiere emplear preguntas para las definiciones y ejemplos:
   - Definición de habilidades emocionales, sociales y cognitivas (¿Qué son las habilidades emocionales?, ¿Qué son las habilidades sociales?, ¿Quéson las habilidades cognitivas?)[36]
   - Definición y ejemplos del autoconocimiento
   - Definición y ejemplos de la empatía
   - Definición y ejemplos de la Comunicación asertiva
   - Definición y ejemplos de toma de decisiones
   - Definición y ejemplos de manejo de sentimientos y emociones
   - Definición y ejemplos de pensamiento crítico
   - Las consecuencias del no desarrollo de habilidades para la vida en lacrianza.

4. Dinámica individual (20 minutos) – red de vínculos
   - Se pide a los participantes que realicen el trabajo de manera individual y personal
   - Se entrega a los participantes un diagrama de red de vínculos y círculos de papel de color amarillo, rojo, azul, verde
   - Se aclara que cada color significa; color azul las personas con las que sesiente más a gusto, después en color verde las personas con las que se siente más o menos a gusto y en color amarillo las personas con las que se siente menos a gusto.
   - Se aclara que en cada circulo debe colocar la siguiente información; yo, las personas con las que se relaciona con más frecuencia, las personas con las que se relaciona en frecuencia media y la personas con las que serelaciona con menos frecuencia.

5. Dinámica Grupal (15 minutos)
   - Se pide a los participantes que presenten la red de vínculos queelaboraron y comenten que aprendieron de ella.
   - Que consideran que se podría mejorar o fortalecer.

6. Taller Creativo (20 minutos)
   - Descripción: Los participantes, en grupos, crean infografías que muestrentips para mejorar los vínculos con familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos etc. de forma positiva.
   - Objetivo: afianzar la importancia

7. Cierre y Reflexiones Finales (15 minutos)
   - Invita a los participantes a compartir lo que aprendieron y cómo puedenaplicarlo en su vida diaria.
   - Resalta la importancia de cuestionar y fortalecer la red de vínculos
   - Resaltar como los vínculos se afianzan o debilitan en relación con lasemociones.
   - Reforzar la relación de habilidades emocionales con la crianza en la primera infancia.

5.2 Propuesta Pedagógica Educación para la Salud en Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas

La prevención del consumo de sustancias psicoactivas es un desafío de salud pública que requiere intervenciones efectivas y basadas en evidencia. La educación para la salud desempeña un papel crucial en este contexto, ya que permite abordar los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores en diferentes etapas del desarrollo humano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Sin embargo, es fundamental que estas intervenciones educativas se diseñen e implementen de manera cuidadosa, teniendo en cuenta las necesidades y capacidades propias de cada curso de vida, para evitar efectos contraproducentes o contrapreventivos (Secretaría Distrital de Salud, 2021).

El Manual de estrategias de prevención del uso de sustancias psicoactivas de Bogotá (Secretaría Distrital de Salud, 2021) y la Resolución 089 de 2019 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) brindan orientaciones valiosas para el desarrollo de acciones educativas en prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Estos documentos resaltan la importancia de adoptar un enfoque afirmativo, libre de estigma y sensible al curso de vida, que promueva el desarrollo integral y el bienestar de las personas, más allá de centrarse únicamente en el consumo de sustancias psicoactivas.

El consumo de sustancias psicoactivas presenta desafíos significativos en la salud, bienestar y desarrollo de individuos, afectando ampliamente a diversos grupos demográficos. Si bien no todo consumo conlleva problemas, se torna perjudicial cuando altera el bienestar cotidiano, induce a enfermedades o eleva el riesgo de accidentes. La juventud, particularmente niños y adolescentes, emerge como una población especialmente vulnerable, dado que durante estas fases vitales el cerebro se encuentra en pleno desarrollo, aumentando su susceptibilidad a daños irreparables ocasionados por las SPA. Estos efectos adversos no se limitan a alteraciones biológicas, sino que también impactan áreas como el rendimiento académico, las habilidades sociales y la trayectoria vital.

Además del impacto en la salud, el consumo de SPA conlleva un profundo estigma social que se manifiesta de diversas formas, desde percepciones asociadas a la ilegalidad hasta nociones de falta de voluntad o "culpa" individual. Este estigma puede erosionar la empatía y el apoyo social, desencadenando exclusión y aislamiento, especialmente en grupos como mujeres, niños, jóvenes, habitantes de calle, indígenas y personas que se inyectan drogas. El estigma también está entrelazado con el sistema de género, donde las mujeres que consumen SPA enfrentan sanciones sociales más severas al transgredir roles tradicionales. Ante esta realidad, la educación para la salud debe ser afirmativa, inclusiva y basada en una comprensión profunda del fenómeno, promoviendo acercamientos respetuosos y fundamentados en evidencia científica. A continuación, se analizarán las recomendaciones específicas para la educación en salud en prevención del consumo de SPA por curso de vida, así como los aspectos generales que deben guiar estas intervenciones para maximizar su efectividad y evitar efectos contrapreventivos.

Educación para la salud en prevención del consumo de sustancias psicoactivas por curso de vida

1. Primera infancia (0-5 años):
   - Promoción de vínculos afectivos seguros y estables con cuidadores primarios.
   - Desarrollo de habilidades socioemocionales básicas: reconocimiento y manejo de emociones, empatía, comunicación asertiva.
   - Fomento de ambientes seguros y protectores en el hogar y espacios de cuidado.
   - Educación a cuidadores sobre estilos de crianza positivos y prácticas que promuevan el desarrollo saludable.

2. Infancia (6-11 años):
   - Fortalecimiento de habilidades para la vida: autoestima, manejo emocional, toma de decisiones, resolución de problemas.
   - Promoción de estilos de vida saludables: alimentación balanceada, actividad física, uso adecuado del tiempo libre.
   - Educación sobre autocuidado y reconocimiento de situaciones de riesgo.
   - Fomento de resiliencia y factores protectores individuales, familiares y comunitarios.

3. Adolescencia (12-17 años):
   - Desarrollo de pensamiento crítico y habilidades para resistir la presión social frente al consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo alcohol.
   - Fortalecimiento de factores protectores: proyecto de vida, autoestima, resiliencia, redes de apoyo.
   - Promoción de habilidades sociales y comunicación asertiva. Fomento de alternativas de ocio libres de sustancias psicoactivas, incluyendo alcohol.
   - Sensibilización sobre influencia de medios y publicidad en la normalización del consumo de alcohol.

4. Juventud (18-28 años):
   - Educación sobre patrones de consumo de bajo riesgo y estrategias de reducción de daños.
   - Promoción de alternativas de socialización y espacios de esparcimiento libres de drogas.
   - Fortalecimiento de habilidades para toma de decisiones autónomas frente al consumo.
   - Sensibilización sobre riesgos del policonsumo y mezclas de sustancias.
   - Orientación sobre servicios de atención y rutas de apoyo para manejo de consumos problemáticos.
   - Transformación de prácticas sociales y familiares asociadas al consumo de bebidas alcohólicas.
   - Reducción de Estigma y Autoestigma por el Consumo de Sustancias Psicoactivas

5. Adultez (29-59 años):
   - Sensibilización sobre su rol como referentes y modelos para generaciones más jóvenes.

- Educación sobre riesgos del consumo de alcohol y otras drogas en ámbito laboral y familiar.
- Promoción de estrategias de afrontamiento del estrés y manejo emocional alternativos al consumo.
- Transformación de prácticas sociales y familiares asociadas al consumo de bebidas alcohólicas.
- Reducción de Estigma y Autoestigma por el Consumo de Sustancias Psicoactivas

6. Vejez (60 años y más):
   - Educación sobre riesgos del consumo de alcohol y otras sustancias en interacción con condiciones de salud y medicamentos.
   - Sensibilización a cuidadores y personal de salud sobre detección y manejo de consumos problemáticos en personas mayores.
   - Promoción de redes de apoyo social y espacios de participación que fomenten un envejecimiento activo y saludable.
   - Transformación de prácticas sociales y familiares asociadas al consumo de bebidas alcohólicas.
   - Reducción de Estigma y Autoestigma por el Consumo de Sustancias Psicoactivas

La educación para la salud en prevención del consumo de sustancias psicoactivas incluyendo alcohol debe abordar integralmente el desarrollo y bienestar de las personas, más allá del consumo de sustancias psicoactivas (Secretaría Distrital de Salud, 2021). Es esencial que las intervenciones se adapten a las necesidades y capacidades de cada curso de vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). La educación debe ser afirmativa, respetuosa de la diversidad y libre de juicios morales (Secretaría Distrital de Salud, 2021).

Se recomienda el uso de métodos interactivos y participativos que involucren los saberes previos de los participantes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Asimismo, es clave asegurar la coherencia y continuidad de los mensajes en diferentes entornos (Secretaría Distrital de Salud, 2021). La evaluación de resultados no debe limitarse a los conocimientos adquiridos, sino que también debe considerar las actitudes y capacidades desarrolladas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Es importante recalcar que estos temas deben abordarse desde una perspectiva integral, participativa y adaptada a las necesidades y contextos específicos de cada población. La educación para la salud en prevención del consumo de sustancias psicoactivas debe articularse con otras estrategias y programas que promuevan el bienestar, la equidad y el desarrollo humano en cada curso de vida.

Un enfoque de educación para la salud sensible al curso de vida, basado en evidencia, afirmativo y libre de estigma, permitirá una prevención efectiva y evitará generar efectos contrapreventivos indeseados en niños, niñas, adolescentes y jóvenes (Secretaría Distrital de Salud, 2021; Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

A continuación, se presentan dos propuestas pedagógicas de educación para la salud para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Propuesta 1 de Educación para la Salud en: transformación de prácticas sociales y familiares asociadas al consumo de bebidas alcohólicas.

Objetivo. Desarrollar capacidades individuales y colectivas para la transformación de prácticas sociales y familiares asociadas al consumo de bebidas alcohólicas

---

Resultados en salud:

- Reducción del consumo perjudicial de alcohol en la población sujeto.
- Disminución de los problemas asociados al consumo excesivo de alcohol como violencia, accidentalidad y enfermedades.
- Mejora del bienestar físico, mental y social de las personas y las familias.
- Fortalecimiento de la capacidad de afrontamiento y resolución de problemas sin depender del alcohol.

Núcleos temáticos:

1. **Alcohol y salud:**
   - Definición de alcohol y tipos de bebidas alcohólicas.
   - Prevalencia y patrones de consumo de alcohol.
   - Efectos del alcohol en el organismo y la salud.
   - Consumo de bajo riesgo, perjudicial y dependencia.

2. **Determinantes sociales y culturales:**
   - Normas sociales y culturales sobre el consumo de alcohol.
   - Publicidad, medios de comunicación e industria alcohólica.
   - Presión social de pares y entorno.
   - Patrones de consumo familiares y comunitarios.

3. **Habilidades psicosociales:**
   - Toma de decisiones responsable.
   - Establecimiento de metas.
   - Manejo de emociones y situaciones de estrés.
   - Comunicación asertiva y relaciones interpersonales.
   - Resolución de conflictos.

4. **Alternativas saludables:**
   - Actividades sociales, recreativas y culturales sin alcohol.
   - Relajación, meditación, yoga, ejercicio físico.
   - Pasatiempos y hobbies.
   - Grupos de apoyo comunitario.

Capacidades

- Conocer los conceptos básicos sobre el alcohol, sus efectos y riesgos para la salud.
- Analizar críticamente las normas sociales y publicidad sobre el alcohol.

- Identificar los patrones de consumo propios y de la comunidad.
- Desarrollar habilidades para la toma de decisiones responsable, el manejo de emociones y la resolución de conflictos.
- Diseñar alternativas saludables para reemplazar el consumo de alcohol.
- Elaborar un plan personal y comunitario para reducir el consumo perjudicial de alcohol.

Propuesta de Evaluación:

1. Prueba objetiva de conocimientos adquiridos sobre sustancias psicoactivas.
2. Dinámicas participativas (socio-dramas, foros, debates) para evaluar habilidades en prevención y toma de decisiones.
3. Encuestas de entrada y salida para medir cambios en actitudes y percepciones.
4. Prueba de conocimientos sobre efectos y riesgos del consumo de alcohol
5. Sociodramas y juegos de roles sobre manejo de presión de pares
6. Trabajos grupales para proponer opciones de recreación en la comunidad
7. Evaluación de cambios en percepción de riesgo y actitudes frente al consumo de alcohol.
8. Análisis de propuestas creativas de los estudiantes sobre alternativas de recreación.

Ejemplo de una Sesión Educación para la Salud en transformación de prácticas sociales y familiares asociadas al consumo de bebidas alcohólicas.

Propuesta de Sesión: "Normas Sociales y Culturales en el Consumo de Alcohol"

Objetivo General: Explorar y comprender cómo las normas sociales y culturales influyen en la percepción y el consumo de alcohol entre los jóvenes.

Duración: 2 horas

Actividades:

1. **Inicio y Sensibilización (20 minutos)**
   - Descripción: Proyección de un breve documental o collage de escenas de películas/series que muestren diferentes contextos culturales y sociales donde se consume alcohol.
   - Objetivo: Introducir el tema y sensibilizar a los participantes sobre cómo el alcohol está presente y es percibido en diferentes culturas y contextos sociales.

2. **Discusión Guiada (30 minutos)**
   - Descripción: Discusión grupal sobre las escenas proyectadas: ¿Qué normas sociales y culturales pueden identificar en las escenas? ¿Cómo estas normas afectan la percepción del consumo de alcohol?
   - Objetivo: Fomentar el pensamiento crítico y la reflexión sobre las normas culturales y sociales y su relación con el alcohol.

3. **Actividad de juego de roles (30 minutos)**
    - Descripción: Los participantes se dividen en pequeños grupos y se les proporciona un escenario hipotético relacionado con el consumo de alcohol en diferentes contextos culturales y sociales. Deberán actuar la situación y luego discutir cómo las normas influyen en las decisiones y comportamientos de los personajes.
    - Objetivo: Vivenciar y explorar cómo las normas sociales y culturales pueden influir en las decisiones individuales sobre el consumo de alcohol.

4. **Taller Creativo (30 minutos)**
    - Descripción: Los participantes, en grupos o individualmente, crean posters o infografías que muestren las normas sociales y culturales del consumo de alcohol y cómo estas pueden ser positivas o negativas.
    - Objetivo: Facilitar una reflexión más profunda y permitir a los participantes expresar sus percepciones y comprensiones a través de medios visuales**.**

5. **Evaluación (10 minutos)**
    - Descripción: Cuestionario breve con preguntas relacionadas con lo aprendido durante la sesión. Las preguntas pueden incluir tanto aspectos factuales como reflexivos, pidiendo a los participantes que expresen en sus propias palabras las conexiones entre normas culturales/sociales y el consumo de alcohol.
    - Objetivo: Evaluar la efectividad de la sesión en términos de aprendizaje y comprensión del tema por parte de los participantes.

Ver:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/reduccion-consumo-nocivo-alcohol.pdf

Propuesta 2 de Educación en Salud: " Reducción de Estigma y Autoestigma por el Consumo de Sustancias Psicoactivas

---

Objetivo General: Fomentar un ambiente inclusivo y respetuoso, promoviendo el entendimiento y la empatía hacia las personas que consumen sustancias psicoactivas, con un enfoque especial en mujeres y la población LGBTI.

Resultados en Salud:

1. Disminución del estigma y autoestigma relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en la población en general, con énfasis en mujeres y población LGBTI.
2. Aumento de la empatía y apoyo social hacia las personas que consumen sustancias psicoactivas.

3. Promoción del enfoque diferencial para reducir situaciones de inequidad y garantizar el goce efectivo de derechos a grupos marginados.

Núcleos Temáticos:

1. Derechos Humanos y Enfoque Diferencial.
2. Estereotipos y Estigma hacia Consumidores de Sustancias Psicoactivas.
3. Género, Consumo y Estigma.
4. Estigma Social y Autoestigma.
5. Modelos de Atención en Salud Afirmativos.

Contenido:

1. **Derechos Humanos y Enfoque Diferencial**:
    - Declaraciones y pactos internacionales firmados por Colombia.
    - Importancia del enfoque diferencial.
2. **Estereotipos y Estigma hacia Consumidores de Sustancias Psicoactivas**:
    - Estereotipos de ilegalidad y culpa individual.
    - Impacto en redes de apoyo y exclusión social.
    - Agravantes de estigma en grupos vulnerables.
3. **Género, Consumo y Estigma**:
    - Impacto diferencial en mujeres y población LGBTI.
    - Mandatos de género y consumo.
    - Estereotipos de drogodependencia en hombres y mujeres.
    - Barreras de género para buscar ayuda.
4. **Estigma Social y Autoestigma**:
    - Conceptualización del estigma y autoestigma.
    - Procesos de categorización y asociación a estereotipos.
    - Impacto en autoestima y aislamiento.
5. **Modelos de Atención en Salud Afirmativos**:
    - Importancia de servicios universales de salud inclusivos.
    - Capacitación para atender necesidades de la población LGBTI.

Capacidades a Desarrollar:

1. Reconocimiento y valoración de los derechos humanos en el contexto del consumo de sustancias.
2. Identificación y desmitificación de estereotipos asociados al consumo.
3. Comprensión de la intersección entre género, estigma y consumo.
4. Reflexión crítica sobre procesos de estigmatización y autoestigmatización.
5. Promoción de modelos de atención en salud inclusivos y respetuosos.

Propuesta de Evaluación (Perspectiva de Educación Popular y Crítica):

1. Reflexiones Grupales: Facilitar espacios para que los participantes compartan sus percepciones y vivencias en relación a los temas tratados.
2. Estudios de Caso: Presentación de situaciones reales para que los participantes propongan soluciones y estrategias de intervención.

3. Creación de Materiales Educativos: Desarrollo de folletos, infografías o videos que aborden la temática de estigma y autoestigma, destinados a educar a la comunidad.
4. Role Playing: Simulaciones de situaciones donde se enfrenten a estigmas, para practicar respuestas y estrategias de manejo.
5. Evaluación Participativa: Involucrar a los participantes en el proceso de evaluación, permitiendo que expresen sus opiniones y sugerencias para mejorar el programa.

Ejemplo de una Sesión Educación para la Salud en reducción de estigma consumo de SPA

Objetivo: Comprender cómo los mandatos de género influyen en las percepciones y comportamientos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, y cómo esto puede contribuir al estigma y discriminación.
Duración: 100 minutos

Actividades:

1. **Introducción y rompehielos (10 minutos)**
   - Presentación breve del tema y objetivos de la sesión.
   - Actividad de rompehielos: Pide a los participantes que compartan una expectativa o estereotipo de género que hayan escuchado o experimentado en relación al consumo de sustancias.

2. **Presentación sobre Mandatos de Género y Consumo (20 minutos)**
   - Definición y ejemplos de mandatos de género.
   - Cómo estos mandatos definen la imagen de la drogodependencia: fenómeno masculino vs. vicio femenino.
   - Las consecuencias del incumplimiento de estos mandatos, como la estigmatización de las mujeres como irresponsables o vinculadas a la prostitución.
   - La relación del consumo en población LGBTI con mecanismos de afrontamiento ante el estrés y discriminación**.**

3. **Discusión Grupal (20 minutos)**
   - Divide a los participantes en grupos pequeños y distribuye tarjetas con escenarios relacionados con mandatos de género y consumo.
   - Pide a cada grupo que discuta y reflexione sobre el escenario presentado: ¿Cómo se manifiesta el mandato de género? ¿Qué consecuencias tiene? ¿Cómo se podría desafiar o cambiar este mandato?
   - Luego, cada grupo comparte sus reflexiones con el resto.

4. **Dinámica juego de roles (20 minutos)**
   - Proporciona a los participantes varios roles o personajes que enfrentan diferentes mandatos de género y situaciones relacionadas con el consumo.

- Pide a los participantes que se pongan en el lugar de ese personaje y compartan cómo se sienten, qué desafíos enfrentan y cómo podrían buscar apoyo o recursos.

5. **Cierre y Reflexiones Finales (20 minutos)**
   - Invita a los participantes a compartir lo que aprendieron y cómo pueden aplicarlo en su vida diaria.
   - Resalta la importancia de cuestionar y desafiar los mandatos de género y apoyar a aquellos que enfrentan estigma y discriminación debido a su consumo.
   - Pide a los participantes que escriban en una hoja de papel una reflexión sobre cómo los mandatos de género han influido en sus propias percepciones o comportamientos relacionados con el consumo y cómo pueden trabajar para desafiar estos mandatos.

Ver documento:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/orientaciones-eliminar-estigma-discriminacion-personas-consumen-sustancias-psicoactivas-enfoque-genero-poblacion-lgtbi.pdf

5.3 Propuesta Pedagógica Educación para la Salud en Prevención de las Violencias

La violencia es un fenómeno complejo que tiene múltiples causas y se manifiesta de diversas formas y niveles en la sociedad. Su prevención y abordaje requiere una comprensión profunda de sus raíces y la implementación de estrategias multifacéticas que aborden cada nivel de riesgo. El modelo ecológico brinda un marco para comprender los factores de riesgo en el individuo, las relaciones interpersonales, la comunidad y la sociedad.

A nivel individual, se deben modificar comportamientos de riesgo mediante programas de crianza y campañas de sensibilización. En las relaciones cercanas, se busca promover ambientes familiares saludables y apoyar a quienes sufren violencia. En espacios públicos como escuelas y vecindarios, hay que resolver problemas subyacentes que llevan a comportamientos violentos. A nivel social, es clave enfrentar desigualdades de género, actitudes culturales dañinas, pobreza y falta de acceso a oportunidades.

La violencia social surge ante la dominación prolongada de grupos poderosos sobre otros. Puede tomar forma de revoluciones, rebeliones o subversión, buscando un cambio social por minorías activas, más que toda la sociedad. La violencia política la ejercen estados, partidos y grupos por el control del poder. La violencia económica afecta la subsistencia de personas al limitar el acceso a recursos, mayormente de mujeres.

Para prevenir la violencia interpersonal y el maltrato infantil, se educan a los padres sobre el desarrollo infantil y el manejo conductual. Campañas de concienciación buscan que los

agresores reconozcan el daño y busquen ayuda. En la violencia de género, se deben transformar las normas culturales que refuerzan la desigualdad, como los roles rígidos, la masculinidad tóxica, el control femenino y la legitimación del castigo físico. A nivel comunitario, la pobreza y el aislamiento social incrementan el riesgo de violencia hacia las mujeres. En las relaciones cercanas, el consumo de alcohol se usa para justificar la violencia. En la historia personal, la exposición temprana normaliza la violencia como forma de relacionarse.

En síntesis, la prevención de la violencia requiere un abordaje integral en múltiples niveles, desde factores individuales hasta transformaciones sociales profundas. Las estrategias incluyen: modificación de comportamientos de riesgo, apoyo a familias disfuncionales, resolución pacífica de conflictos, empoderamiento femenino y promoción de la equidad social.

Propuesta de Educación para la Salud: "Prevención y Abordaje de la Violencia en la Sociedad"

Objetivo General: Empoderar a comunidades, líderes comunitarios y jóvenes con conocimientos y habilidades necesarios para tomar decisiones informadas en relación a la prevención y abordaje de los diferentes tipos de violencia en la sociedad.

Resultados en Salud:

- Reducción de los índices de violencia interpersonal, social, política y económica.
- Disminución de las conductas autoinfligidas y del riesgo de suicidio.
- Fomento de relaciones más igualitarias y respetuosas entre géneros.
- Sensibilización y toma de conciencia comunitaria sobre las raíces y manifestaciones de la violencia.

Núcleos Temáticos:

1. Introducción a la Violencia: Conceptos y Manifestaciones.
2. Raíces de la Violencia: Biológicas, Psíquicas, Sociales y Ambientales.
3. Violencia Social y Política: Contexto y Respuestas.
4. Violencia Económica y de Género: Impacto y Desigualdades.
5. Herramientas y Estrategias para la Prevención y Abordaje de la Violencia.
6. Promoción de Salud Mental y Prevención de la Violencia Autoinfligida.

Núcleos Temáticos y Contenidos:

1. **Introducción a la Violencia: Conceptos y Manifestaciones.**
    - Definición de violencia.
    - Clasificación de la violencia: interpersonal, colectiva, autoinfligida.
    - Impacto y consecuencias de la violencia en la sociedad.
2. **Raíces de la Violencia: Psíquicas, Sociales y Ambientales.**
    - Factores biológicos y genéticos relacionados con la violencia.
    - Aspectos psíquicos: traumas, salud mental y emociones.
    - Contexto social: desigualdades, discriminación y exclusión.
    - Factores ambientales: entornos violentos y su influencia.
3. **Violencia Social y Política: Contexto y Respuestas.**

- Historia y ejemplos de violencia social.
- Movimientos de resistencia y cambio.
- Violencia política: definición y ejemplos históricos.
- Impacto de la violencia política en la sociedad.

4. **Violencia Económica y de Género: Impacto y Desigualdades.**
    - Definición y ejemplos de violencia económica.
    - Violencia de género: tipos y manifestaciones.
    - El patriarcado y su influencia en la violencia de género.
    - Estrategias y herramientas para combatir la violencia económica y de género.
5. **Herramientas y Estrategias para la Prevención y Abordaje de la Violencia.**
    - Identificación de factores de riesgo y protección.
    - Estrategias de intervención y prevención.
    - Programas y políticas públicas exitosas.
    - Formación y capacitación en prevención de la violencia.
6. **Promoción de Salud Mental y Prevención de la Violencia Autoinfligida.**
    - Definición y tipos de violencia autoinfligida.
    - Factores de riesgo y protección.
    - Herramientas como el "Plan de Seguridad".
    - Promoción de la salud mental y apoyo comunitario.

Capacidades:

- Identificar y comprender las diferentes manifestaciones de la violencia.
- Reconocer los factores de riesgo y determinantes asociados a la violencia.
- Promover la equidad de género y desafiar roles y normas de género rígidos.
- Aplicar estrategias y herramientas para prevenir y enfrentar situaciones de violencia.
- Fomentar la toma de conciencia y la responsabilidad comunitaria en la prevención de la violencia.

Propuesta de Evaluación desde la Perspectiva de Educación Popular:

1. **Diarios Reflexivos:**
    - Los estudiantes mantienen diarios donde registran sus reflexiones, aprendizajes y cuestionamientos surgidos durante el proceso educativo.
    - Se fomenta la autoevaluación y la metacognición.
2. **Círculos de Diálogo:**
    - Espacios donde los participantes discuten y reflexionan colectivamente sobre los temas abordados, compartiendo sus perspectivas y experiencias.
    - El facilitador evalúa la participación activa, la capacidad de escucha y el respeto por las opiniones de los demás.
3. **Proyectos Comunitarios:**
    - Los estudiantes diseñan e implementan proyectos que buscan solucionar problemas identificados en sus comunidades.
    - Se evalúa la pertinencia, viabilidad y impacto de los proyectos, así como la colaboración y compromiso de los estudiantes.
4. **Portafolios:**
    - Colección de trabajos, reflexiones y evidencias del proceso de aprendizaje de los estudiantes.

- Permite una evaluación holística del progreso y desarrollo del estudiante.

Propuesta de Evaluación desde la Perspectiva Crítica:

1. **Análisis Crítico de Medios:**
   - Los estudiantes analizan y critican representaciones en medios de comunicación, identificando sesgos, estereotipos y estructuras de poder.
   - Se evalúa la capacidad de análisis, argumentación y propuesta de alternativas.
2. **Debates:**
   - Discusiones estructuradas sobre temas controversiales o actuales.
   - Se valora la capacidad de los estudiantes para argumentar desde una perspectiva crítica, respaldar sus puntos de vista con evidencia y escuchar activamente a los demás.
3. **Ensayos Reflexivos:**
   - Los estudiantes escriben ensayos que integran teoría y práctica, relacionando lo aprendido con su realidad y proponiendo acciones transformadoras.
   - Se evalúa la coherencia, profundidad de análisis y capacidad de síntesis.
4. **Participación en Movimientos Sociales o Actividades de Incidencia:**
   - Los estudiantes se involucran en acciones colectivas que buscan el cambio social.
   - Se evalúa el compromiso, la colaboración y la capacidad de movilización y acción.

Ejemplo de una Sesión Educación para la Salud en Prevención de las Violencias

Sesión de Educación para la Salud: "Reconociendo y Transformando Estructuras de Violencia"

Objetivo General de la Sesión: Promover la reflexión y el análisis crítico sobre las estructuras y sistemas que perpetúan la violencia en la comunidad.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las diferentes formas y manifestaciones de la violencia en la comunidad.
2. Analizar las raíces y causas estructurales de la violencia.
3. Fomentar la discusión y el intercambio de experiencias sobre las formas de enfrentar y prevenir la violencia.

Duración: 110 minutos.

Materiales:

- Papelógrafo o pizarra.
- Marcadores.
- Tarjetas de colores.
- Hojas y lápices para los participantes.

Desarrollo de la Sesión:

1. **Introducción (15 minutos):**
   - Bienvenida a los participantes y presentación del objetivo de la sesión.
   - Dinámica de rompehielos: "La telaraña". Los participantes lanzan una madeja de hilo a otra persona y comparten una experiencia relacionada con la violencia. Al final, se forma una telaraña que representa la interconexión de experiencias.

2. **Reconociendo la Violencia (20 minutos):**
   - Los participantes se dividen en pequeños grupos y reciben tarjetas de colores.
   - Se les pide que escriban en las tarjetas diferentes formas de violencia que hayan experimentado o presenciado en su comunidad.
   - Cada grupo pega sus tarjetas en el papelógrafo y se hace una lluvia de ideas.

3. **Análisis Crítico (40 minutos):**
   - Discusión guiada sobre las raíces y causas estructurales de la violencia identificada.
   - Se plantean preguntas como: ¿Por qué creen que ocurren estas formas de violencia? ¿Qué estructuras o sistemas las perpetúan?
   - Se busca que los participantes relacionen la violencia con factores socioeconómicos, políticos y culturales.
   - Se desarrolla contenido con evidencia sobre los diferentes tipos de violencia.

4. **Estrategias de Prevención (30 minutos):**
   - Los participantes se reúnen nuevamente en grupos pequeños.
   - Se les pide que piensen en estrategias o acciones concretas para enfrentar y prevenir la violencia identificada.
   - Cada grupo comparte sus ideas con el plenario.
   - Se desarrolla contenido sobre las estrategias para la prevención de las violencias

5. **Cierre (15 minutos):**
   - Reflexión sobre la importancia de reconocer y transformar las estructuras de violencia.
   - Invitación a los participantes a comprometerse con alguna acción concreta en su comunidad.

Al finalizar la sesión, se pide a los participantes que escriban en una hoja un compromiso personal relacionado con el tema tratado. Además, se realiza un círculo de diálogo donde se invita a compartir reflexiones y aprendizajes del día**.**

5.4 Propuesta Pedagógica Educación para la Salud en Prevención de la Epilepsia

La epilepsia o también llamada enfermedad de los 1000 nombres es una de las enfermedades neurológicas más estudiadas a lo largo de toda la historia. el siglo XIX, que se empieza a estudiar el cerebro y se comienza a considerar la epilepsia como un fenómeno natural. Es por esto por lo que se prueban todo tipo de procedimientos para evitar las crisis, así se realizaban sangrías, amputaciones…etc[20] . En 1979 se crea La Liga Central Contra la Epilepsia. Fundación sin ánimo de lucro que propondrá las clasificaciones de las crisis epilépticas y que hoy en día siguen siendo examinadas para obtener una mayor calidad en dicha clasificación[21] Así mismo la OPS considera la epilepsia como un trastorno crónico no transmisible del cerebro, que afecta a personas de todas las edades en todo el mundo, y se caracteriza por convulsiones recurrentes no provocadas. Por otro lado, hay que hablar sobre la incidencia y prevalencia y efectivamente la epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes[22].. La epilepsia tiene muchas causas y puede ser genética. La epilepsia puede ocurrir en personas que tienen antecedentes de traumatismos de nacimiento lesiones cerebrales (incluyendo traumatismo craneal y accidentes cerebrovasculares) o infecciones cerebrales

Estudios resientes muestran que el 62% de los países de América Latina y el Caribe han reportado tener al menos un anticonvulsivo, pero la mayoría de las veces, estos solo están disponibles en los niveles secundario y terciario de atención, lo que hace que sea muy difícil para las personas acceder al nivel de atención primaria. Adicional la mortalidad por epilepsia en América Latina y el Caribe es de 1,04 por 100.000 habitantes, superior a la de Estados Unidos y Canadá, donde es de 0,50 por 100.000 habitantes.

Pero así mismo la epilepsia se ha asociado durante siglos con el miedo, la incomprensión, la discriminación y el estigma social. Todavía hoy en día, en muchos países, la calidad de vida de las personas que viven con epilepsia y sus familiares se ve afectada por el estigma relacionado con la enfermedad. Además, la epilepsia tiene un impacto en la economía con respecto a la muerte prematura, los servicios de atención médica necesarios y la pérdida de productividad laboral para las personas que viven con el trastorno o los miembros de la familia. Se estima que hasta el 70% de las personas con epilepsia pueden llevar una vida normal considerando los factores psicosociales en el manejo integrado de las personas con epilepsia, si reciben el tratamiento, los cuidados y educación para la mejora de la calidad de vida, 5 investigaciones muestran en general una incidencia de entre 20 y 70 casos por cada 100.000 personas.

Por ello se propone el siguiente ejemplo de propuesta para la prevención primaria de la epilepsia con actores comunitarios:

Ejemplo 1.

Propuesta de Educación para la Salud: "Prevención y Abordaje de la Epilepsia"

Objetivo General: Fortalecer el cuidado comunitario por parte familiares de personas con diagnóstico de epilepsia y de líderes comunitarios, frente a conocimientos y habilidades necesarios para la prevención y abordaje de los diferentes tipos de epilepsia.

Resultados en Salud:

- Personas con prácticas que favorecen el establecimiento de relacionessignificativas, sanas y constructivas.
- Personas con capacidades para la trasformación de conflictos.
- Personas con capacidades para afrontar los diferentes sucesos vitales.
- Personas, familias y comunidades que cuentan con redes de apoyo comunitariasy sociales para la promoción de la salud.
- Personas, familia y comunidades con capacidad de agencia y prácticas para elcuidado de su salud mental.
- Personas, familias, comunidades y personal de salud con prácticas inclusivas en salud mental y reducción del estigma y la discriminación".[40]

Núcleos Temáticos:

1. Introducción a la Epilepsia: Conceptos, tipos de epilepsias y Factores de Riesgo porcurso de vida
2. Las Crisis convulsivas: Concepto, manejo en la comunidad y en el hogar.
3. Introducción al estigma: Conceptos y relación con la epilepsia
4. Prevención de la epilepsia

Núcleos Temáticos y Contenidos:

1. **Introducción a la Epilepsia: Conceptos y Manifestaciones.**
   - Definición de Epilepsia
   - Tipos de Epilepsia: Primaria generalizada o secundaria sintomática
   - Clasificación de la epilepsia por etapa de vida[41]

---

[20] 37 Todo sobre la epilepsia. Historia de la epilepsia. [consultado el 20 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.todosobreepilepsia.com/index.

[21] Liga Central Contra la Epilepsia (LICCE). [consultado el 20 de diciembre de 2014] Disponible en: http://www.epilepsia.org

[22] Grupo de Epilepsia de la Sociedad Española de Neurología. [consultado el 2 de enero del 2015]. Disponible en: http://epilepsia.sen.es/node/163

- Factores de Riesgo: En el embarazo, en el parto, en la infancia, en laadolescencia, en la adultez.

2. **Crisis Convulsivas: Concepto, manejo en la comunidad y en el hogar.**
    - Definición de las convulsiones
    - Factores biológicos y genéticos relacionados con la epilepsia
    - Factores ambientales y sociales relacionados con la epilepsia
    - Manifestaciones de las convulsiones
    - Primeros auxilios en crisis convulsivas[42]
3. **Prevención de la epilepsia**
    - Epilepsia Infantil
    - Recomendaciones para padres[43].
    - Apoyo Familiar y Comunitario

Capacidades:

- Promover el cuidado familiar
- Identificar y comprender las diferentes manifestaciones de la epilepsia
- Reconocer los factores de riesgo y determinantes asociados a la epilepsia
- Aplicar herramientas para prevenir la epilepsia infantil
- Fomentar la toma de conciencia y la responsabilidad comunitaria en la prevenciónde la violencia.
- Comprenden las transformaciones de su proceso vital y se adaptan a los cambiosde forma positiva, aprendiendo de su propia experiencia.
  Propuesta de Evaluación desde la Perspectiva de Educación Popular: Diarios Reflexivos:
- Los participantes mantienen diarios donde registran sus reflexiones, aprendizajes y cuestionamientos surgidos durante el proceso educativo.
- Se fomenta la autoevaluación y la metacognición.
- **Círculos de Diálogo:**
- Espacios donde los participantes discuten y reflexionan colectivamente sobre los temas abordados, compartiendo sus perspectivas y experiencias.
- El facilitador evalúa la participación activa, la capacidad de escucha y el respeto por las opiniones de los demás.
- **Proyectos Comunitarios:**
- Los participantes diseñan e implementan proyectos que buscan solucionar problemas identificados en sus comunidades.
- Se evalúa la pertinencia, viabilidad y impacto de los proyectos, así como la colaboración y compromiso de los estudiantes.
- **Portafolios:**
- Colección de trabajos, reflexiones y evidencias del proceso de aprendizaje de los participantes.
- Permite una evaluación holística del progreso y desarrollo del estudiante.
-
- **Propuesta de Evaluación desde la Perspectiva Crítica: Análisis Crítico de Medios:**
- Los participantes analizan y critican representaciones en medios de

comunicación, identificando sesgos, estereotipos y estructuras de poder.
- Se evalúa la capacidad de análisis, argumentación y propuesta de alternativas.
- **Debates:**
- Discusiones estructuradas sobre temas controversiales o actuales.
- Se valora la capacidad de los estudiantes para argumentar desde una perspectiva crítica, respaldar sus puntos de vista con evidencia y escuchar activamente a los demás.
- **Ensayos Reflexivos:**
- Los participantes escriben ensayos que integran teoría y práctica, relacionando lo aprendido con su realidad y proponiendo acciones transformadoras.
- Se evalúa la coherencia, profundidad de análisis y capacidad de síntesis.
- **Participación en Movimientos Sociales o Actividades de Incidencia:**
- Los participantes se involucran en acciones colectivas que buscan el cambio social.
- Se evalúa el compromiso, la colaboración y la capacidad de movilización y acción

Ejemplo de una Sesión Educación para la Prevención y abordaje de la epilepsia **Introducción a la Epilepsia: Conceptos y Manifestaciones**
1. **Objetivo:** Promover la reflexión y el análisis crítico respecto a la epilepsia, tipos de epilepsias y Factores de Riesgo por curso de vida para familiares y lideres comunitarios Duración: 100 minutos.
Actividades: 1. Introducción y rompehielos (20 minutos) • Presentación breve del tema y objetivos de la sesión. • Actividad de rompehielos: Pide a los participantes que se organicen por parejas,para ello deben intercambiar información de interés como nombre, interés en lasesión expectativas y un dato personal. Después en asamblea cada participantepresenta a su pareja. Dando 2 minutos máximo para la presentación 2. Dialogo Inicial (15 minutos) • Indagar inicial mente que conceptos tiene sobre: la epilepsia, que han escuchado en medios de comunicación, en los centros médicos o a sus familiares.

3. Presentación sobre Emociones y Habilidades para la Vida (20 minutos)Se sugiere emplear preguntas para las definiciones y ejemplos:
    - Definición de Epilepsia (¿Qué es la epilepsia')
    - Tipos de Epilepsia: Primaria generalizada o secundaria sintomática
    - Clasificación de la epilepsia por etapa de vida[44]
    - Factores de Riesgo: En el embarazo, en el parto, en la infancia, en la adolescencia, en la adultez.

4. Dinámica Grupal (30 minutos)
    - Se pide a los participantes que se organicen en grupos y se les comparte un artículo por grupo respecto a la discriminación de personas con trastornos mentales y se efectúa el comparativo con las personas que tienen un diagnóstico de epilepsia.
    - Se promueve el dialogo respecto al papel de los medios de comunicación, de los lideres comunitarios, de los familiares y de las personas con epilepsia.

5. Cierre y Reflexiones Finales (15 minutos)
    - Invita a los participantes a compartir lo que aprendieron y cómo pueden aplicarloen su vida diaria.
    - Resalta la importancia de cuestionar y fortalecer el cuidado comunitario
    - Invitar a que los participantes se comprometan con una acción de cambio

6. Gestión para el Desarrollo de Acciones de Educación para la Salud en los Territorios

6.1 Elementos Claves para la Orientación

Teniendo en cuenta las barreras identificadas y los facilitadores se plantean los siguientes elementos claves para la orientación de los procesos de Educación en la salud mental por parte de las entidades territoriales.

6.2 Desarrollo de Acciones de Educación para la Salud Mental en los Territorios

Tener en cuenta las 8 características de la teoría constructivista para generar ambientes de aprendizaje constructivista:

1) el ambiente constructivista en el aprendizaje provee a las personas del contacto con múltiples representaciones de la realidad; 2) las múltiples representaciones de la realidad evaden las simplificaciones y representan la complejidad del mundo real; 3) el aprendizaje constructivista se enfatiza al construir conocimiento dentro de la reproducción del mismo; 4) el aprendizaje constructivista resalta tareas auténticas de una manera significativa en el

contexto en lugar de instrucciones abstractas fuera del contexto; 5) el aprendizaje constructivista proporciona entornos de aprendizaje como entornos de la vida diaria o casos basados en el aprendizaje en lugar de una secuencia predeterminada de instrucciones; 6) los entornos de aprendizaje constructivista fomentan la reflexión en la experiencia; 7) los entornos de aprendizaje constructivista permiten el contexto y el contenido dependiente de la construcción del conocimiento; 8) los entornos de aprendizaje constructivista apoyan la «construcción colaborativa del aprendizaje, a través de la negociación social, no de la competición entre los miembros[23].

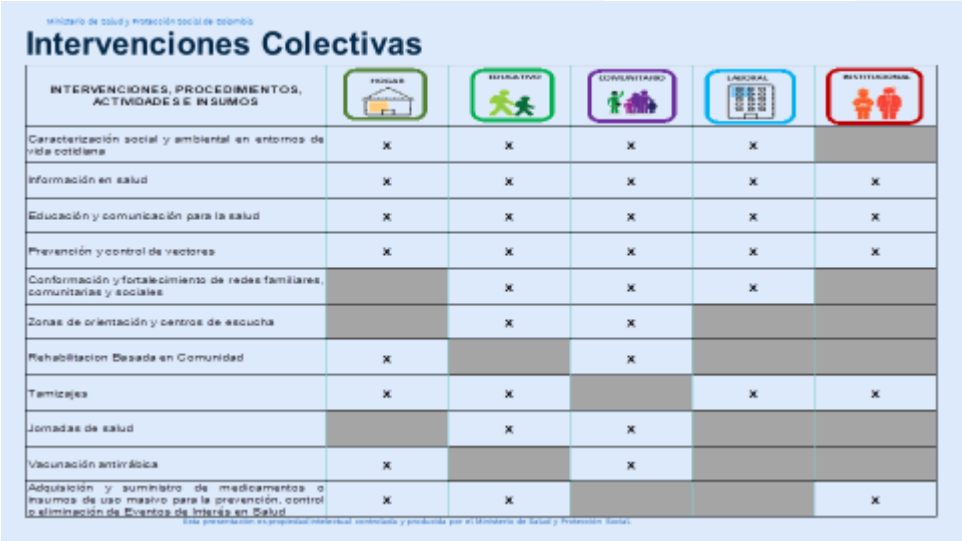
6.3 Gestión (Resolución 518 de 2015 y Resolución 3280 de 2018)

Tomando con ejemplo la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida (Minsalud, 2021) es importante partir de la identificación de las partes interesadas, el análisis de la situación, la evaluación de la necesidad y disponibilidad de recursos, lograr el compromiso político, hacer frente al estigma y potenciar la concienciación de que los eventos en salud mental son problemas importantes y que se puede prevenir (World Health Organization, 2012).

De esta manera y en el marco de lo establecido en la Resolución 518 de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) y en la Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), la gestión de las acciones de Educación para la Salud Mental y para Prevenir Eventos en este sentido, puede desarrollarse a través de la gestión de la salud pública, las intervenciones poblacionales, las intervenciones colectivas y las intervenciones individuales, incorporando los contenidos establecidos en el presente documento a los procesos de planeación de los asuntos propios de la dimensión Convivencia Social y Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), teniendo en cuenta lo señalado en la Resolución 1536 de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

[23] El diseño de entornos de aprendizaje constructivista. Manuel Esteban.

Elaboración Propia



Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Intervenciones Colectivas

INTERVENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INSUMOS	HOGAR	EDUCATIVO	COMUNITARIO	LABORAL	INSTITUCIONAL
Caracterización social y ambiental en entornos de vida cotidiana	x	x	x	x	
Información en salud	x	x	x	x	x
Educación y comunicación para la salud	x	x	x	x	x
Prevención y control de vectores	x	x	x	x	x
Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales		x	x	x	
Zonas de orientación y centros de escucha		x	x		
Rehabilitacion Basada en Comunidad	x		x		
Tamizajes	x	x		x	x
Jornadas de salud		x	x		
Vacunación antirrábica	x		x		
Adquisición y suministro de medicamentos o insumos de uso masivo para la prevención, control o eliminación de Eventos de Interés en Salud	x	x			x

Esta presentación es propiedad intelectual contenida y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Elaboración GSA - MSPS

6.4 Planeación desde la reflexión (Resolución 1536 de 2015 -Planeación Integral en Salud-, identificar las necesidades y recursos)

Consistente en la planeación estrategia y operativa de las Intervenciones Individuales, Intervenciones Colectivas, Intervenciones Poblacionales desde la Salud Mental, las violencias, la epilepsia y el consumo de sustancias psicoactivas y la prevención de los problemas - trastornos mentales, debe ser de carácter participativo y articulada al plan de territorial de Salud, para ello se cuentan con los siguientes criterios de intervención:

Paso 1. Caracterización Poblacional

Es la identificación del contexto territorial, necesidades de información, medios de comunicación, costumbres, ámbitos de intervención, las Familias, grupos de riesgo, las

comunidades para lo cual se realiza la recolección, procesamiento, análisis y difusión de información con uno varios grupos de población priorizados y su entorno social y ambiental así:

A) Se inicia con el conocimiento del contexto territorial, para lo cual las direcciones territoriales de salud, deben tener como insumo el Plan Territorial de Salud, Análisis de la Situación de Salud Territorial - ASIS para identificar, conocer y priorizar las necesidades poblacionales, la caracterización poblacional de EAPB y de la información para la gestión del riesgo en salud de los afiliados o declaratoria del estado de salud de los aseguradores, para priorizar las necesidades en educación en su población afiliada. Así mismo, recopilar información secundaria de otros sectores públicos y privados (PDT, POT), para reconocer aspectos económicos, educativos, sociales, culturales, infraestructura (Espacios comunitarios- Ludotecas, bibliotecas, malocas etc.), entre otros. Con lo cual se puede definir los espacios físicos, el lenguaje, las formas de relacionamiento y las necesidades en salud más importantes.

En el siguiente gráfico se consolida la caracterización del contexto territorial:

Fuente: Estrategia Entorno Hogar

A) La caracterización del Contexto Territorial permite establecer las necesidades de información, con las cuales se busca reconocer o profundizar de manera específica las necesidades, vulnerabilidades, factores de riesgo o de protecciones (psicosociales, ambientales y sociales) en las personas, familias y comunidades y las prácticas de las personas, familias y comunidades.

B) Teniendo en cuenta las necesidades de información se determina si se requiere la caracterización social y ambiental desde cada uno de los entornos, de ser así se requiere tener en cuenta el documento de “Orientaciones para el desarrollo de la actividad de caracterización social y ambiental en el marco del Plan de Salud Pública

de Intervenciones Colectivas – PIC" para definir, priorizar e integrar las intervenciones colectivas, poblacionales y acciones de gestión de la salud pública.

C) Como parte esencial se encuentra el ámbito territorial que es priorizado y en el cual se van a efectuar las intervenciones, las intervenciones que se prioricen deben ser adaptadas para el abordaje de las familias, grupos poblacionales y comunidades teniendo en cuenta el ámbito territorial donde se va a desarrollar, las características geográficas, sociales, históricas y culturales del territorio. De acuerdo con lo anterior se priorizaron los ámbitos según el modelo país así[24]:

Ámbito territorial urbano: se caracteriza por estar conformada por conjuntos de edificaciones y estructuras contiguas agrupadas en manzanas, las cuales están delimitadas por calles, carreras o avenidas, principalmente. Cuenta por lo general, con una dotación de servicios esenciales tales como acueducto, alcantarillado, energía eléctrica, hospitales y colegios, entre otros. En esta categoría están incluidas las ciudades capitales y las cabeceras municipales restantes.[25] Son el principal referente en salud para los territorios vecinos, pues tienen capacidad de resolución completa en relación con el nivel primario de salud, lo que lo convierte en punto focal para articular redes de prestación de servicios que resuelvan casos de alta complejidad[26].

Ámbito territorial rural disperso: Son aquellos municipios y Áreas No Municipalizadas —ANM— que tienen cabeceras pequeñas y densidad poblacional baja (menos de 50 hab/km2). En Colombia, 318 territorios son considerados en la categoría de Rural Disperso, están asociados a una población rural de 3.658.702 y el área es del 64,9% del total nacional[27]. La disponibilidad y accesibilidad a los servicios es muy limitada por la baja densidad poblacional, limitaciones en la oferta de servicios y de recurso humano especializado, carencia de vías de acceso,

[24] Política de Atención Integral en Salud PAIS, enero de 2016.

[25] Conceptos básicos DANE: https://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf.

[26] Política de Atención Integral en Salud PAIS, enero de 2016

[27] Misión para la Trasformación del Campo. Definición de Categorías de Ruralidad. Dirección de Desarrollo Rural Sostenible – DDRS Equipo de la Misión para la Transformación del Campo. 2014.

barreras geográficas o condiciones culturales. El acceso vial a la oferta es una barrera sustancial para la población, usualmente se requiere disponibilidad de transporte aéreo, fluvial o marítimo para acceder a un número sustancial de servicios del plan[28].

Ámbitos territoriales alta ruralidad: estos corresponden a la mayor parte de municipios del país donde la oferta de servicios tiende a ser monopólica y en la mayoría de los casos de naturaleza pública, con prevalencia de servicios de baja complejidad. Los municipios de los ámbitos territoriales con alta ruralidad deben complementar sus servicios con instituciones de mediana y alta tecnología ubicadas en otros municipios para garantizar una oferta suficiente en los diferentes niveles de complejidad[29].

D) Grupo de Hogares, las Familias, las comunidades, las instituciones y las entidades educativas; si se define que se **requiere obtener más información** a la existente en la caracterización poblacional, se requiere definir las viviendas o grupos de viviendas, las comunidades, entidades educativas y/o las instituciones que cuenten con características comunes, que compartan el mismo contexto territorial, con el fin de Identificar las familias o los grupos poblacionales, comunidades, entidades educativas o Instituciones para focalizar las diferentes intervenciones educativas a realizar. Teniendo en cuenta dos aspectos:
- Primero identificar los diferentes actores sociales con quienes se puede potenciar gestionar el proceso educativo en beneficio de las condiciones de salud, el desarrollo humano y la calidad de vida de los núcleos familiares, grupos poblacionales o comunidades que viven en estos territorios.
- Segundo tener en cuenta en el análisis de situación de salud son los eventos de interés en salud pública (Notificados en el SIVIGILA) en el marco de los componentes de la dimensión de Convivencia social y salud mental identificados para las EPS, IPS y por la Entidad Territorial para determinar los contenidos de los planes de educación.

Una vez establecidas las prioridades y necesidades del territorio, se debe **contar con los planes de Educación para la salud** que se desarrollan por parte de la EAPBS, EPS E IPS, así mismo por parte de la entidad territorial se debe definir el entorno o los entornos priorizado(s), se deben puntualizar las poblaciones / escenarios de interés, que permita una visión más holística y complementaria en salud mental.

Igualmente, se deben identificar, priorizar y definir las intervenciones complementarias que realizan en los otros entornos (educativo, laboral, institucional, comunitario) y con las otras dimensiones (Salud ambiental, Seguridad alimentaria y nutricional, Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, salud y ámbito laboral y las dimensiones transversales) del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, que sean para lograr integralmente los resultados esperados.

[28] Política de Atención Integral en Salud PAIS, enero de 2016

[29] Política de Atención Integral en Salud PAIS, enero de 2016.

Si dentro del ejercicio de Caracterización poblacional se identifica evento de salud o riesgo particular, sea positivo o negativo, se debe canalizar el individuo o individuos a los servicios sociales y de salud disponibles en el territorio, de acuerdo con el documento de Orientaciones para el desarrollo del Procedimiento de Canalización en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC y efectuar la activación de las rutas.

Paso 1.1 Caracterización Social y Ambiental

Con el fin de complementar la Caracterización Poblacional y **una vez determinada la necesidad de más información** y de realizar caracterización social y ambiental, se debe determinar:

1. Información Preliminar con que se cuenta por medio de fuentes secundarias de información:

- Análisis de situación de salud del territorio en relación con los eventos en salud asociados a Enfermedades No Trasmisibles – Eventos priorizados (Trastornos mentales, violencias, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas etc.)
- Reconociendo las zonas urbanas y rurales, descripción demográfica, coberturas de agua y saneamiento, disposición de residuos sólidos, disposición de excretas, energía, identificación de determinantes y factores de riesgo relacionados con problemas mentales, sedentarios, consumo de alcohol, mal nutrición, consumo de tabaco, consumo de alcohol y SPA.
- Identificación de actores públicos, privados y comunitarios, que realizan promoción, prevención o control a la modificación y promoción de condiciones y estilos de vida de las personas que favorezcan su salud, tales como: actividad física, alimentación saludable etc. y la prevención de trastornos mentales.

2. Desarrollo de la caracterización social y ambiental:

- Reconocimiento del territorio, la(s) familia(s) y la(s) vivienda(s), los grupos poblacionales, las comunidades: se identificarán el número de integrantes por vivienda, por grupo poblacional o por comunidades, las condiciones de salud y ambiente, la situación de aseguramiento en salud y los determinantes sociales y ambientales.

- Identificación de Aspectos de su cosmovisión, Aspectos de género y familia, Prácticas de crianza, Prácticas de convivencia familiar y comunitaria, Prácticas higiénicas personales dentro de los hogares, entidades o instituciones.

- Identificación de problemáticas, conocimientos, riesgos a la salud, creencias y actitudes relacionadas con los estilos de vida no saludables, así como las condiciones de los equipamientos comunitarios (ludotecas, malocas, salones comunales etc), elementos tecnológicos o materiales (tablero, sillas, mesas etc) con que cuentan, de las IPS, EPS, Instituciones de Educación (prescolar, primaria, básica primaria o Universitaria)
- Identificar en las familias, grupos poblacionales o comunidades la percepción de los riesgos a la salud asociados a los problemas mentales, las violencias, la epilepsia, el consumo de sustancias psicoactivas, al sedentarismo, consumo de alcohol, mal nutrición, consumo de tabaco, consumo de alcohol y SPA.

- Analizar la información recolectada y establecer plan de cuidado a ejecutar con cada familia o grupos de familias, ò propuesta de alcance de intervenciones intersectoriales para cada uno de los entornos.

Paso 2 Análisis de Actores

Un aspecto importante de la planeación operativa es la identificación y análisis de actores e interesados encada una de las intervenciones (individuales, colectivas y poblacionales) en educación para la salud, que permita identificar la competencia y el valor que cada actor le podría dar al plan de educación para la salud, lo que permitirá calcular el efecto potencial que cada uno podría tener en el desarrollo de esta.

Se deben considerar dos categorías importantes de interesados en el diseño de la implementación de la Estrategia: Primero; los niveles de toma de decisiones, en el que se encuentran las instituciones. Segundo; la participación de la población en la identificación de problemáticas o necesidades, en el diseño, ejecución y evaluación de los planes de acción.

- ✓ Identificar las instituciones, organizaciones civiles y comunitarias, que tiene presencia en el territorio (departamento y/o municipio).
- ✓ Identificar si existen redes de apoyo social o grupos de apoyo.
- ✓ Identificar actores públicos, privados y comunitarios, interesados en la modificación y promoción de condiciones y estilos de vida de las personas que favorezcan su salud mental, tales como: promoción de la salud mental, actividad física, alimentación saludable, diminución del riesgo de daño por el consumo de alcohol, consumo de SPA etc.

Una vez identificados los actores en el análisis, determinar cuáles tienen injerencia directa y cuales son de apoyo.

Paso 3. Plan de Acción

Comprende la identificación, selección y ordenamiento de las intervenciones (individuales, Colectivas y Poblacionales) de cada uno de los componentes del programa, los responsables sectoriales e intersectoriales y el periodo de ejecución, en este paso es Necesitamos saber con qué recursos disponemos (humanos, económicos, materiales, etc.) para distribuirlos de manera efectiva: qué acciones se van a llevar a cabo (campañas, cursos, seminarios, talleres etc.) , durante cuánto tiempo, a cuántas personas, cuántas sesiones, qué temas son claves. Igualmente establecer los contenidos programáticos y los aspectos didácticos y pedagógicos a tener en cuenta. Así mismo implica incorporar el proceso de evaluación que se realizara.

Paso 4. Implementación del Plan de Acción

Implica la puesta en marcha de las acciones dentro del plan de acción al Interior de la Dimensión de salud mental y convivencia, de la Dirección y de la Entidad Territorial para ellogro de las metas y resultados.
Además de definir las acciones que se van a desarrollar, si son sesiones educativas se debe tener en cuenta:

a) ***Los contenidos de las Sesiones***:

Definir y desarrollar los contenidos de las sesiones. Tenga en cuenta los documentos dispuestos en el marco normativo y de política pública, mencionados al inicio de este documento; así como los anexos.

b) Las Sesiones:

Definición de:**Tipos**, **número y duración** de sesiones

Tipo de Sesiones	No. de Sesiones/tiempo
Individual	1 sesión por tema Duración sesión 20 a 30 minutos.
Familiar	Máximo 2 sesiones por tema Duración sesión 90 – 120 minutos
Grupal	3-6 sesiones secuenciales por tema. Duración sesión 90 – 120 minutos
Colectiva	9-12 sesiones secuenciales con un mismo grupo, en una misma vigencia del PIC. Duración sesión: 2-3 horas

- **Periodicidad**: Dependiendo las características de la población, la zona, los horariosy actividades de la población defina la periodicidad y la hora de las sesiones (procureque siempre sea la misma hora y hágalo en acuerdo con las personas).
- **Número de personas – sesiones grupales o colectivas**: máximo 20 personas porgrupo; las mismas 20 personas deben participar en todas las sesiones.
- **Participaciones**: Tenga en cuenta que las mismas personas deben participar en todas las sesiones, mínimo en el 80% de estas”[52].

c) La Metodología:

Tomando lo definido anteriormente y conociendo la metodología de dialogo de saberes, estructure una guía para orientar el desarrollo de las sesiones de diálogo de saberes. Para lo anterior, puede hacer uso del documento: “METODOLOGÍA DE LOS DIÁLOGOS DE SABERES” de la OPS, que puede ser consultada en el siguiente link: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55670/9789275324707_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Tenga los siguientes **momentos** claves:

Inicial: Permite la generación de una dinámica de confianza y apropiación, partiendo de un escenario para la construcción de acuerdos y motivar la participación social a partir de los interés y necesidades de los sujetos. En este

momento incluya:

- Bienvenida, presentación de los participantes, rituales de inicio o de armonización(si es el caso), dinámicas de integración.
- Elaboración participativa de la agenda para las sesiones de EPS.
- Acuerdos (reglas) para los encuentros
- Exploración de expectativas de las personas participantes.

Central: Se desarrolla el intercambio de saberes, vivencias y experiencias y se configura el campo del aprendizaje. Se parte del reconocimiento de los resultados que se quieren y lo que se necesita incorporar, interpelar o aquello de lo que se quiere prescindir. Puede incluir:

- Mensaje clave de apertura.
- Reconocimientos de saberes y prácticas previas en salud mental en el contexto de territorio; esto se realiza a partir de preguntas orientadoras sobre el tema.
- Reflexiones sobre los aportes y efectos de estos saberes, prácticas y cosmovisiones en la salud mental y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (desde la interculturalidad, saberes y práctica en el territorio que funcione y aporten al cuidado de la salud mental, o una práctica que requiera transformación o nuevas incorporaciones).
- De acuerdo con el diálogo de saberes se requiere establecer las prácticas y definir entre todos si es una práctica que se puede fomentar, o si hay que eliminarla ya queno es saludable.

Cierre: permite la concreción, que implica mostrar disposición para fortalecer, incorporar, modificar y asumir prácticas de cuidado en salud mental y acciones de empoderamiento.

- Propuesta de ideas fuerzas y mensajes claves (mínimo 10) sobre el cuidado de la salud mental. Identificar los aprendizajes significativos, resultados del diálogo de saberes, las experiencias y vivencia de los individuos, familias, y comunidades.
- Actividad que implique llevar a la práctica simulada los mensajes claves y que muestran predisposición de las personas participantes para el fortalecimiento, la modificación o inclusión de prácticas para el cuidado de la salud mental. Se sugiere,actividades que involucren el cuerpo y el movimiento o actividades de campo que involucren la respuesta a sus necesidades.
- Retroalimentación de la actividad anterior, concreción final de las ideas fuerza y losmensajes claves y actividades para realizar fuera de la sesión que enganchen con la siguiente.

Paso 5. Resultados en Salud

El Plan de acción, Las intervenciones/acciones deben estar encaminadas a la obtención de resultados en la salud mental y convivencia de acuerdo con lo estipulado53, Por lo tanto, se debe establecer que resultados se esperan obtener y en qué tiempo, por lo tanto "Defina los resultados en salud esperados, a partir de los cuales realizará el proceso de

seguimientos y evaluación. Tenga en cuenta los definidos en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud (R. 3280 2018). Incluya resultado en salud direccionado a promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Puede incluir:

- Personas con prácticas que favorecen el establecimiento de relaciones significativas, sanas y constructivas.
- Personas con habilidades sociales y emocionales para la promoción de la salud mental y convivencia.
- Personas con capacidades para la trasformación de conflictos.
- Personas con capacidades para afrontar los diferentes sucesos vitales.
- Personas, familias y comunidades que cuentan con redes de apoyo comunitarias y sociales para la promoción de la salud.
- Personas, familia y comunidades con capacidad de agencia y prácticas para el cuidado de su salud mental.
- Personas, familias y comunidades empoderadas para la exigibilidad y ejercicio del derecho a la vida y la salud.
- Personas sin problemas mentales, trastornos mentales y sin consumo de sustancias psicoactivas.
- Personas, familias, comunidades y personal de salud con prácticas inclusivas en salud mental y reducción del estigma y la discriminación".[54]

Paso 6. Capacidades

"Retomar las capacidades a fortalecer, asociadas al resultado de salud elegido (ver R. 3280 2018). Para esto, puede definir los mensajes claves (saberes - conocimientos), las actitudes (saber hacer - practicas) y las aptitudes (saber ser) sobre los cuales desea establecer el diálogo, generar pensamiento crítico y establecer acuerdos para su fortalecimiento, modificación o incorporación"[55]

7. Bibliografía

8.

- ADEME. (2016). Changer les comportements, faire évoluer les pratiques sociales vers plus de durabilité. L'apport des sciences. Paris: ADEME.
- Agudelo P., Palacio LG. [Prevalence of Taenia solium antibodies in humans andin pigs in an endemic area of Colombia]. Revista de neurología. 2003;36(8):706-9
- Arango J, Vargas H, Vasquez F, Velez G, Villegas A, Ocampo N, Botero D, Estrada J. Condiciones higiénicas, anticuerpos humanos y porcinos contra Cysticercus cellulosae en 40 familias del municipio de San Vicente (Antioquia). Revista Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana. 1988
- Avesturi, L. M. (2010). Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas adolescentes. Canarias: Colegio Oficial de Psicologia de las Palmas.
- Bejarano, I. (2004). Lo culto y lo popular. Medicina letrada / medicina tradicional. Hacia una práctica unificada de los conocimientos médicos. (U. N. Jujui, Ed.) Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, 13 - 22
- Binder D., Boison D., Eid T., Frankel W., Mingorance A., et.al. (2020). Epilepsy Benchmarks Area II: Prevent Epilepsy and Its Progression. Epilepsy Currents; 20 (1 suppl.): 14-22.
- Bonelo EJ, Palma G. Prevalencia de anticuerpos contra cisticerco en pacientescon sintomas neurologicos. Acta Medica Colombiana. 1992;17(5).
- Bronfenbrenner, U. (1987). La ecología del desarrollo humano. Barcelona,España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Bruno E, Bartoloni A, Sofia V, Rafael F, et.al. Sociocultural dimension of epilepsy:an anthropological study among guaraní communities in Bolivia—an International League Against Epilepsy/International Bureau for Epilepsy/World Health Organization Global Campaign against Epilepsy Regional Project. Epilepsy Behav. 2011; 22: 346–351.
- C., B. (2010). Amartya Sen y el desarrollo humano. (E. U. Colombia, Ed.) Revista nacional de Investigación - Memorias, 8(13), 277 - 288.
- Camilo O., Goldstein L.B. Seizures and epilepsy after ischaemic stroke. Stroke 2004; 35 (7): 1769-75.
- Carvalho M., Ximenes R., Montarroyos U., Da Silva P., Andrade V., et.al. (2020). Early epilepsy in Children with Zika-related microcephaly in a cohort in Recife,Brasil: characteristics, electroencephalographic findings, and treatment response. Epilepsia; 61: 509–518.
- CEDRO. (SF). Guía de Sesiones Habilidades pra la Vida, para organizaciones juveniles. SD: CEDRO
- Chang B., Krishnan V., Dulla Ch., Jette N., Marsh E., et al. (2016). Epilepsy Benchmarks Area 1: Understanding the causes of the epilepsies and epilpepsy-related neurologic, psychiatric, and somatic conditions. Epilepsy Currents; 3 (16): 182-186.
- Christensen SS and Eslick GD. Cerebral malaria as a risk factor for the development of epilepsy and other long-term neurological conditions: a meta-

analysis. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2015; 109 (4): 233-8.
- Centers for Disease control and Prevention (CDC) (2018). About Epilepsy. Consultado 09 de febrero en: https://www.cdc.gov/epilepsy/about/index.htm.
- Comunidad de Madrid. (2014). Prevención del Suicidio ¿Qué puedo hacer? Guíade Autoayuda. Madrid: Fundación Española para la Prevención del Suicidio.
    - Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2020). COVID-19 y derechos humanos: los problemas y desafíos deben ser abordados con perspectiva de derechos humanos y respetando las obligaciones internacionales. Costa Rica: 1/20 9 de abril de 2020.
- Crips Ile de France (SF). La prévention s'affiche. Drogues, plaisirs et risques. 11 páginas
- CRIPS. (sf). La prévention s´affiche. Drogues, plaisirs et risques. Seléction d´affiches accompagné d´un livret pédagogique. Paris: CRIPS.
- Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Preterm birth and risk of epilepsy in Swedish adults. Neurology. 2011; 77 (14): 1376-82.
- Coyle C, Mahanty S, Zunt J, Wallin M, Cantey P, et.al. Neurocysticercosis: neglected but not forgotten. PLoS Negl. Trop. Dis. 2012; 6 (5), e1500. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0001500.
- Davis S, Feikin D, Johnson HL. The effect of Haemophilus infl uenzae type B and pneumococcal conjugate vaccines on childhood meningitis mortality: a systematic review. BMC Public Health. 2013;13(suppl) : S21.
- Delgado A., Erazo M. Prevalencia de teniasis, cisticercosis y factores de riesgo asociados, en personas de 20 a 44 año sde edad en el Departamento de Nariño, 2005. Criterios. 2008: 23-52.
- DNP. (2018). Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022 Pacto por Colombia pactopor la equidad. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Dragon, A. G. (2001). Haciendo Olas: Historias de comunicación participativa para el cambio social. New York: Rockefeller.
- Dragon, A. G. (Agosto de 2004). El cuarto mosquetero: la comunicación para el cambio social. (U. d. Norte, Ed.) Investigación y Desarrollo, 12(1), 2 - 23.
- Espinosa C, Toledano R, Aledo A, Garcia I, Gil A. Epidemiological profile of epilepsy in low income populations. Seizure. 2018; 56: 67-72.
- Feigin VL, Bo N, Mensah GA. Global burden of stroke. Circulation Research. 2017; 120: 439-448.
- Flórez AC PS, Peña AP, Benavides A, Villarreal A, Rincón CE, Garzón IP, MuñozL, Guasmayan L. Cisticercosis en Boyacá, Colombia: estudio deseroprevalencia. Acta Neurol Colomb. 2011; 27: 9-18.
- Franco HM, Mejia O, Botero D. Estudio epidemiológico de epilepsia y neurocisticercosis. Rev UIS-Medicina. 1986; 14: 143-64
- García H., González A., Tsang V., O'neal S., Llanos F., et.al. Elimination of Taenia solium transmission in northern Perú. N Engl J Med. 2016; 374: 2335-44.
- García H. Neurocysticercosis. Neurol Clin. 2018; 36: 851–864.
- Giblin K., Blumenfeld H. (2010). Is Epilepsy a Preventable Disorder? NewEvidence from Animal Models. The Neuroscientist; 16(3): 253–275.
- Gripper LB, Welburn SC. (2017). The causal relationship between neurocysticercosis infection and the development of epilepsy - a systematic review. Infect Dis Poverty; 6 (1): 31-37.

- Guekht A, Mizinova M, Ershov A, Guz D, Kaimovsky I, Messina P, et al. In- hospital costs in patients with seizures and epilepsy after stroke. Epilepsia. 2015;56 (8): 1309-13.
- Gutiérrez-García, A. G. (septiembre-octubre de 2006). El suicidio, conceptos actuales. Salud Mental, 29(5), 66-74. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v29n5/0185-3325-sm-29-05-66.pdf
- Haarbauer J., Heggs A., Bistko R. (2018). Prevalence of Parent-Reported Traumatic Brain Injury in Children and Associated Health Conditions. JAMA Pediatr;172(11):1078-1086.
- International League Against Epilepsy (ILAE). Commission on classification and terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. Epilepsia 1981; 22:489-501
- Instituto Complutense de Mediación y Gestión de Conflictos. Cómo resolver los conflictos familiares. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Dirección General de Familia. Madrid.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) (2018). FORENSIS. Datos para la vida. INMLCF: Bogotá.
- Isabel Veladez Figueroa, Martha Villaseñor Farías, Noé Alfaro Alfaro. (2004). Educación para la salud: la importancia del concepto. Revista de educación y desarrollo, 43 - 48.
- Jimeno S., M. (2003). Elementos para un debate sobre la comprensión de la violencia. Bogotá: Centro de Estudios Sociales (CES) Universidad Nacional de Colombi
- J. Rodríguez, J. García. (1996). Psicología Social de la Salud. En A. L. Garrido, Psicología Social Aplicada (págs. 351 - 379). Madrid, España: McGraww Hill.
- Jurik G., Hevner R. (2019). Malformations of cerebral cortex development: Molecules and Mechanisms. Annu. Rev. Pathol. Mech. Dis.; 14: 293–318.
- Kaplún (2002): una pedagogía de la comunicación (el comunicador popular). Editorial Caminos de la Habana . Primera edición en español: Ediciones de la Torre, Madrid 1998. Esta edición: Editorial Caminos 2002. 256 páginas.
- Ladomenou F., Tzanakaki G., Kolyva S., Katsarakin I., et.al. (2020). Conjugate vaccines dramatically reshaped the epidemiology of bacterial meningitis in a well-defined child population. Acta Paediatrica; 109: 368–374.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM, versión 5
- María Vilma Restrepo Restrepo y Aura Ruiz Granada. (2011). Guía Metodológica para "Pactos Comunitarios": Una estrategia para la prevención y mitigación de riesgos y daños por consumo de alcohol a través de la movilización y autorregulación comunitaria. Experiencia Demostrativa, Ministerio de Salud y Protección Social, Corporación Surgir, OPS, Medellín.
- Mariño German S. y Lola Cendales G. (2004). Educación no Formal y Educación Popular. Hacia una pedagogía del diálogo popular. Federación Internacional deFe y Alegría. 120 páginas. Caracas.
- Melo V., Sousa C., Godinho I., Martins S., et.al. (2019). Neurological Complications of Congenital Zika Virus Infection. Pediatric Neurology; 91:3−10.
- Miguel Argibay, Gema Celorio, Juanjo Celorio. (1997). Educación para el desarrollo: El espacio olvidado para la cooperación. Cuadernos de trabajo Hegoa,

19, 43.

- Miguel Argibay, Gema Celorio, Juanjo Celorio, Ainhoa Garagalza, Alicia López. (2009). Educación para la ciudadanía global. Debates y desafíos. (HEGOA, Ed.) Bilbao: HEGOA.
- Millogo A., Kongnyu A., Kabwa M. (2019). Neurocysticercosis and epilepsy in sub-Saharan Africa. Brain Research Bulletin; 145:30–38.
- Ministère de l'éducation nationale, d. l. (2011). Prevention des conduites addictives et animatio. Paris.
- Ministerio de Educación, SENDRONAR. (sf). la Valija Saludable. Prevención de adicciones: Guía de orientación pedagógica para docentes de secundaria.Buenos Aires: Ministerio de Educación.
- Ministerio del Interior. Decreto 457 del 22 de marzo del 2020. Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público. Bogotá.
- Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 460 del 22 de marzo del 2020. Porel cual se dictan medidas para garantizar la prestación del servicio a cargo de las comisarías de familia, dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica. Bogotá.
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, España, 2012- Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012

  2021 La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá, Colombia.

- Ministerio de salud y protección social (2013). Guía de práctica clínica Detección temprana y diagnóstico de depresión (episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente) en adultos.
- Ministerio de salud y protección social, 2014, Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia.
- Ministerio de Justicia y del Derecho, UNodc. (2018). Diseño curricular y metodológico del proceso de formación y asistencias técnicas del Lineamiento de Prevención y la Estrategia Ser, Saber, y Hacer en Prevención. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social, PROFAMILIA, OIM, UNFPA. (2014). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014 - 2021. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Orientaciones para el desarrollode la Información en salud en el marco del PIC. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación Nacional. (2018). Cartilla sobre buen trato a las personas adultas mayores. En:
- https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/cartilla
- -buen-trato-adultos-mayores.pdf. Bogotá
- (2015). Orientaciones para la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias en el PIC. Bogotá.

- (2016). Orientaciones para el desarrollo de la Educación y Comunicación para la salud en el marco del PIC. Bogotá.
- (2016). Resolución 429 de 2016 Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Bogotá.
- (2016). Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Bogotá.
- (2016). Resolución 5108 de 2016 Por la cual se determinan los criterios de asignación de recursos provenientes del impuesto social a municiones y explosivos del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, Subcuenta de Promoción de la Salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- (2017). Documento de educación para los derechos humanos como fundamentode la convivencia social y la salud mental. Intervención en el marco de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en lo referente a Educación para la Salud. Documento borrador. Bogotá.
- (2017). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. Bogotá.
- (2018). Resolución 4886 de 2018 Por la cual se adopta La Política Nacional de Salud Mental. Bogotá.
- (2019). Resolución 086 del 16 de enero 2019. Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Bogotá.
- (2020). Resolución 385 del 12 de marzo de 2020. Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus. Bogotá.
- (2010). Ministerio de Protección Social, Organización Internacional para las Migraciones. Nada justifica la violencia contra las mujeres. Trazando una ruta para motivar reflexiones en torno a las violencias basadas en género.

  En:

  https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/cartilla
- -nada-justifica-la-vcm.pdf. Bogotá.
- (2013). La prevención y la mitigación en manos de los y las jóvenes. Herramientas pedagógicas en prevención del consumo de sustancias psicoactivas y mitigación de su impacto para líderes de organizaciones juveniles.Bogotá: MINSALUD.
- (2016). Autoevaluación del riesgo frente al consumo de SPA. Bogotá: MINSALUD UNODC.
- (2016). Orientaciones y Herramientas para la articulación del componente de alcohol en la Estrategia 4x4. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá: MINSALUD.
- (2017). Documento de educación para la resolución (transformación) de conflictoen el marco de la ruta de gestión integral de riesgos de violencia. Bogotá: Minsalud.
- (2017). Documento de Educación para la resolución (transformación) de conflictos en el marco de la ruta de gestión integral de riesgos de violencia. Bogotá: Minsalud.
- (2017). Documento de educación para los derechos humanos como fundamentode la convivencia social y la salud mental. Intervención en el marco de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en lo referente a Educación para la Salud.

Bogotá: Minsalud.
- (2017). Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención y la atencióndel consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021. Bogotá: MINSALUD.
- (2018). Estrategia de entorno educativo saludable. BOGOTA: MINSALUD.
- (2018). Estrategias de información, educación y comunicación en slaud, incluyente y accesible. Bogotá: Minsalud.
- (2018). Lineamiento de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. Lineamientos política, Bogotá.
- (2018). Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación parala salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS- Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas. Bogotá: Minsalud.
- (2019). Resolución 089 de 2019: Política Integral para la Prevención y Atencióndel consumo de sustancias Psicoactivas. Bogotá: MINSALUD.
- MINSALUD, UNODC. (2016). Estrategia de orientación a jóvenes con consumos iniciales de drogas. Bogotá: MINSALUD.
- MINSALUD, UNODC. (2016). Grupos de autoayuda; Red de apoyo y estrategia para afinazar logros terapéuticos. Bogotá: MINSALUD.
- MINSALUD, UNODC. (2016). Lineamientos para operar programas preventivos. BOGOTÁ: MINSALUD.
- MINSALUD, UNODC. (2016). Prevención del consumo nocivo de alcohol. Bogotá: Minsalud.
- Cartilla Género. Capítulo IV Atención de la violencia basada en género con enfoque étnico. Bogotá
- Ministerio de Salud y la Protección Social (MSPS). Documento borrador: Pautas operativas para las actividades de control de la teniasis y la cisticercosiscausadas por Taenia solium. Subdirección Enfermedades Transmisibles, Bogotá: 2020.
- Montoya, B. (2018). Comportamiento del Suicidio, Colombia 2017. Forensis 2018; 1: 349-383.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2010). Preventing unintentional injuries among under-15s: local strategy, policy andcommissioning. Consultado enero 2020 en: https://pathways.nice.org.uk/pathways/unintentional-injuries-among-under- 15s/preventing-unintentional-injuries-among-under-15s-local-strategy-policy- and-commissioning#content=view-node%3Anodes-coordinating-prevention- activities.
- Nationale, M. d. (2014). Guide Practique ADDY ADO. Un approche éducative dela prévention des additions. Paris: Ministère de l'éducation nationale.
- Nationale, M. d. (sf). Prévention des conduites addictives et animation. Prise en compte de la prévention des conduites addictives dans les formations aux diplomes d Etat des encadrants de l´a animation. Guide méthodologique. Paris:Ministère de l'éducation nationale.
- Neligan A and Shorvon SD. Frequency and prognosis of convulsive status epilepticus of different causes: a systematic review. Arch Neurol.2010;67(8):931-40.
- Nussbaum, M. (2012). Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano. Barcelona: Paidos.
- Obregón, R. (2014). Comunicación, desarrollo y cambio social. Porta

Comunicacin.Com, 8.
- OEA, CICAD, AECI, Ministerio de Sanidad y Consumo. (sf). Manual para la prevención del consumo de drogas. Proyecto descentralización de política de drogas en los países andinos. Perú: Ministerio de Sanidad y Consumo Perú.
- OHCHR. En: https://www.ohchr.org/sp/issues/women/wrgs/pages/wrgsindex.aspx
- OMS. (s.f.). Determinantes sociales de la salud. En http://www.who.int/socia determinats/es/.
- OMS / WHO. WHO global report on falls prevention in older age. Geneva; 2007.
- OMS / WHO. World report on child injury prevention. Geneva; 2008.
- OMS / WHO. Global status report on violence prevention 2014. Geneva; 2014
- Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Ginebra, Suiza: OMS.
- OMS / WHO. Key points: World malaria report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/malaria/media/world-malaria-report-2017/en/, Consultado: 20 enero 2020).
- OMS / WHO. Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
- OMS (2019). Epilepsia: Un imperativo de salud pública. Resumen. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
- OMS (2019) [b]. Teniasis y cisticercosis. Junio 2019. Consultado el 12 de mayode 2020 en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/taeniasis-cysticercosis.
- ONU Mujeres. (2015). Un marco de apoyo a la prevención de la violencia contrala mujer. Recuperado de
- http://www.ciudadmujer.gov.py/application/files/4114/9688/3260/Un_marco_de
- _apoyo_a_la_Prevencion_de_la_Violencia_contra_la_Mujer.pdf
- ONU Mujeres. (2020). Respect Women. Strategy summary. Transformed attitudes, beliefs and norm. Recuperado de https://www.unwomen.org/en/digital- library/publications/2020/07/respect-women-implementation-package
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA). Fall protection in construction. US Department of Labor; 2015.
- OPS. (2009). Manual Familias fuertes. Guía para el facilitador. Washington: OPS.
- Organización de Estados Iberoamericanos (OEI), Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Bogotá.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud.
- Ucar, X. (2009). La Comunidad como elección: teoría y práctica de la acción comunitaria. Universidad Autónoma de Barcelona, Dpte Pedagogía Sistemáticai Social, 1-28.
- Washington, D.C.: Organización Mundial de la salud.

- (2009). Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional parala Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños.
- (2012). Salud en las Américas. Washington, D.C.: Organización Mundial para la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). En: https://www.who.int/features/qa/56/es/#:~:text=R%3A%20El%20enfoque%20de
- %20salud,y%20para%20actuar%20en%20consecuencia
- (2013). Prevención de la violencia: la evidencia. El Paso, TX.
- Owalabi S., Adamu B., Jibo A., Owalabi Sh., Imam A., et.al., (2020). Neurocysticercosis in people with epilepsy in Sub-Saharian Africa: A systematic review and meta-analysis of the prevalence and strength of assocation. Seizure: European Journal of Epilepsy. 2020; 76: 1–11.
- Palomino, P. A., L., G. M., & Manuel, L. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista Internacional de Sociología (RIS). Procesos de exclusión social en un contexto de incertidumbre, 72, Extra 1, 71-91.
- Pérez, Tórrez, Escobar, Arango, Peñaranda (SF). El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud.
- Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas (PAIMEF). (2009). Modelo de Prevención de la Violencia Familiar. Quintana Roo.
- Proyectamos Colombia SAS. (2015). Segunda medición del estudio sobre tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres. Informe final. Recuperado de- https://colombia.unwomen.org/es/biblioteca/publicaciones/2015/12/estudio-tolerancia-vbg
- Ramírez G PG, Rodríguez M, González C. Cisticercosis: Estudio de 80 casos. Acta Medica Colombiana. 1986; 11(2)
- Rosales-Pérez, J. C. (2010). La investigación del proceso suicida. En L. d. Eguiluz, M. H. Córdova, & J. C. Rosales, Ante el suicidio: su comprensión y tratamiento (págs. 81-94). México D.F.: Editorial Pax.
- Salgado D., Vega R., Rodríguez J., Niño A., et.al. Clinical, laboratory and immune aspects of Zika virus-associated encephalitis in children. International Journal of Infectious Diseases. 2020; 90:104–110.
- Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. In M. Lamas, El género. La construcción cultural de la diferencia sexual (pp. 265 - 303). México: PUEG/Porrúa.
- Solar, O., & Alec, I. (2007). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants
- Sykes L., Wood E., Kwan J. Antiepileptic drugs for the primary and secondary prevention of seizures after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014, Issue 1. Art. No.: CD005398. DOI: 10.1002/14651858.CD005398.pub3.
- Thurman DJ, Begley CE, Carpio A, Helmers S, Hesdorffer DC, Mu J, et al. The

primary prevention of epilepsy: a report of the Prevention Task Force of the International League Against Epilepsy. Epilepsia. 2018; 59 (5): 905-14.

- Torres MF, Gonzalez FE, Vergara CD, Alvarado LL, Giraldo JC, et al., Cisticercosis en el departamento del Cauca, 2003. Biomedica. 2005;25(1):187- 7.
- Trotter CL, Lingani C, Fernandez K, Cooper LV, Bita A, Tevi-Benissan C, et al. Impact of MenAfriVac in nine countries of the African meningitis belt, 2010-15: an analysis of surveillance data. Lancet Infectious Diseases. 2017; 17 (8): 867- 72.
- UNESCO. (2004). Cuadernos de ejercicios para la enseñanza de los derechos humanos. Santiago.
- UNIFEM. (2010). Estudio social sobre Tolerancia Social e Institucional a la Violencia Basada en el Género en Colombia. Programa integral contra las violencias de género. Bogotá, Colombia:
- Unidad de Víctimas. (2021). Registro Único de Víctimas. En: https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394 of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinantsof Health DRAFT.
- Vancouver: Commission on social determinants of health.
- Whitehead E, Dodds L, Joseph KS, Gordon KE, Wood E, Allen AC, et al. Relationof pregnancy and neonatal factors to subsequent development of childhood epilepsy: a population-based cohort study. Pediatrics.2006;117(4):1298-306.
- Winkler A, Blocher J, Auer H, Gotwald T, et.al. Epilepsy and neurocysticercosis in rural Tanzania. An imaging study. Epilepsia. 2009; 50: 987–993.
- Yoimy Díaz Brito, Jorge Luis Pérez Rivero, Francizco Báez Pupo, Marlene Conde Martín. (Marzo de 2012). Generalidades sobre promoción y educación para la salud. Revista Cubana de Medicina General Integral.

8- Anexos

Anexo 1. Cuadro de Documentos para Consultar

Nombre del documento	Link de acceso
Manual USAID	LHSS Colombia Manual Metodológico y Pedagógico para el Desarrollo del Proceso de Educación para la Salud en el Marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud_508c.pdf (lhssproject.org)
Primeros auxilios para la epilepsia	Instituto Mexicano de Paramédicos | Escuela de Paramédicos (impa.mx)
Cuento sobre la Epilepsia	wk1sfbHS1Yzujh0xQn0QMwJauIsSMDehCYdwYGdMuu8.pdf (windows.net)

Manual Básico de Primeros Auxilios	manual_primeros_auxilios_2017-libre.pdf (d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net)
Habilidades para la Vida	https://view.genial.ly/61522adfeb991c0db21d1d6c/interactive-content-cartilla-habilidades-para-la-vida-estrategias-pedagogicas https://www.edex.es/product-category/habilidades-para-la-vida/
Crianza positiva	https://si.easp.es/psiaa/wpcontent/uploads/2014/07/promocion_buen_trato.pdf https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/guia_quien_te_quiere_a_ti_vok.pdf
Reducción del consumo nocivo de alcohol	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/reduccion-consumo-nocivo-alcohol.pdf
Eliminación del estigma	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/orientaciones-eliminar-estigma-discriminacion-personas-consumen-sustancias-psicoactivas-enfoque-genero-poblacion-lgtbi.pdf