



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

MODELO DE ATENCIÓN PARA EVENTOS EMERGENTES EN SALUD MENTAL, EN EL MARCO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD EN SALUD

Ministerio de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe

Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruíz Gómez

Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga

Director Promoción y Prevención

Fernando Ramírez campos

Subdirector de Enfermedades No Transmisibles

Supervisión Técnica

Marcela Galeano Castillo

Nubia Bautista Bautista

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES

Marcelo Pisano

Jefe de Misión en Colombia

Alejandro Guidi

Jefe de Misión Adjunto en Colombia

Beatriz Elena Gutiérrez Rueda

Oficial Salud y Género

Mario Andrés Daza Vargas

Coordinador de Gestión Regional

Walter Sabogal Quintero

Asistente Técnica y Administrativa



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Equipo de trabajo Hospital Mental de Antioquia (HOMO)

Gabriel Vargas Cuadros. MD, Psiquiatra, Candidato a Maestría en Intervención Social. Investigador principal.

Ángela Patricia Rodríguez Betancur. MD, Psiquiatra. Co-investigadora.

Claudia Fernanda Vásquez Arango. Psicóloga, Maestría en Lingüística. Co-investigadora.

Edwin Daniel Montoya Gutiérrez. Sociólogo, candidato a la especialización en sistemas de información y gestión del conocimiento. Co-investigador.

Katherine Cadavid Ospina. Trabajadora social, especialista en Intervenciones psicosociales. Co-investigadora.

María Aurora Gallo Rodríguez. Terapeuta Ocupacional. Especialización en Teorías, Métodos y Técnicas en Investigación Social. Maestría en Competencias y Habilidades. Co-investigadora.

Sara Marcela Vargas. Historiadora, Especialización en Teorías, Métodos y Técnicas en Investigación Social. Candidata a Maestría en Trabajo Social. Co-investigadora.

Sebastián Quintero Mesa. Comunicador Audiovisual, Co-investigador.

Wilson Adolfo Gallego Hoyos. Psicólogo clínico. Candidato a maestría “Theoretical Psychoanalytic Studies” UCL. Co-investigador.

Yury Viviana Caro. Gerente en sistemas de información. Co-investigadora.



TEMA

1. MARCO TEÓRICO

**2. ACCIONES ESPECÍFICAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD
DESDE LA GESTIÓN DE RIESGO**

**3. ORGANIZACIÓN TERRITORIAL PARA LA ATENCIÓN EN
SALUD**

4. OPERATIVIZACIÓN DEL MODELO

5. MODELO PARA VIOLENCIA ESCOLAR POR PARES (VEP)

**6. MODELO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA (TCA)**

7. MODELO PARA CONDUCTA SUICIDA

**8. INDICADORES DE ESTRUCTURA, PROCESO Y
RESULTADO**

9. ANEXOS

10. BIBLIOGRAFÍA

I. MARCO TEÓRICO

El marco conceptual y de operación del presente Modelo, en consonancia con la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia lo constituye la gestión del riesgo en salud mental

A.

A. Marco conceptual y de operación: gestión de riesgo

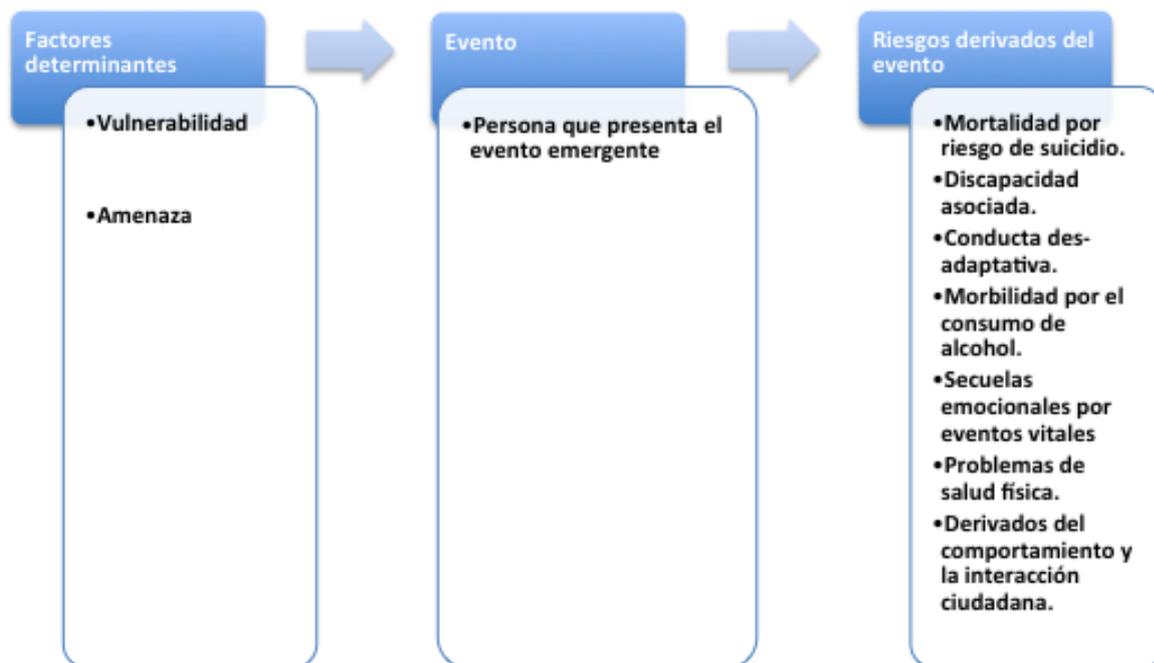
El riesgo hace referencia a la ocurrencia o aparición de un evento/problema/efecto (usualmente negativo) en salud, a lo largo del tiempo y connota una probabilidad diferencial de que dicho evento ocurra.

En adelante entenderemos el riesgo en salud desde dos perspectivas; la primera, la salud pública, para la cual el riesgo es un producto de la conjunción de múltiples factores (en adelante llamados Factores Determinantes) que se pueden agrupar en dos aspectos: factores internos o *vulnerabilidad* individual y factores externos o *amenaza*.

Para la perspectiva de la Percepción Social del Riesgo, el riesgo es función de las decisiones y cursos de acción alrededor de un futuro probable, del cual se observan tres aspectos:

- La percepción del riesgo, representado por las Creencias, Imaginarios y/o representaciones.
- La disposición hacia el riesgo (Actitud), que incluye, Hábitos y costumbres.
- La acción frente al riesgo, manifestada por los Comportamientos y Prácticas sociales.

Figura 1. Relación entre factores determinantes, evento emergente y Riesgos derivados del evento



En el gráfico se representa la relación entre los factores (vulnerabilidad y amenaza), el evento emergente y sus riesgos derivados o efectos. Desde la gestión del riesgo, la disminución en la presentación del evento emergente se logra a partir de la intervención de los factores desde la comunidad; mientras que una vez presentado el evento, las intervenciones se orientan a evitar o



disminuir los riesgos derivados, daños o efectos del mismo, desde los servicios de salud (Gómez, 2014).

En esta medida la gestión del riesgo deberá abordar simultáneamente a ambos. La vulnerabilidad hace referencia a la susceptibilidad individual (sensibilidad o diátesis) y a la capacidad de respuesta individual (resiliencia). La amenaza tiene que ver con la exposición individual y al mismo tiempo con factores relevantes del contexto.

Ante la ocurrencia o presentación del evento (para el presente modelo aplican como eventos emergentes en salud mental, la conducta suicida, la violencia escolar por pares y los trastornos de la conducta alimentaria), la Gestión del Riesgo se orienta a los posibles riesgos asociados en salud Mental.

Riesgos para la salud mental derivados del Evento Emergente:

1. Riesgo de mortalidad representado por el riesgo de suicidio.
2. Riesgo de discapacidad asociada.
3. Riesgo de conducta des-adaptativa (Violencia, Delincuencia, Fracaso Laboral y Escolar entre otros).
4. Riesgo de morbilidad asociada, representada por el consumo de alcohol.
5. Riesgo de secuelas emocionales derivadas de eventos vitales
6. Riesgo de problemas de salud física.
7. Riesgos derivados del comportamiento y la interacción ciudadana.

Desde la Percepción Social del Riesgo, el presente modelo pretende, a partir de la implementación de acciones frente al Riesgo, promover actitudes hacia el riesgo en las personas, que modifiquen la percepción del riesgo.

Un factor fundamental desde la perspectiva de la gestión del riesgo es procurar que los usuarios de servicios, según la Ley 100, y quienes toman decisiones frente al riesgo estén informados y logren una adecuada percepción de (los) riesgo(s) específicos en salud asociados a la presentación del evento emergente, para que puedan asumir y tomar decisiones y cursos de acción de manera autónoma y corresponsable.

Es preciso aclarar que si bien la gestión del riesgo orienta el Modelo, para lograr la integralidad de las intervenciones es necesario incluir acciones de promoción articuladas en red e integradas a las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación para que permitan desarrollar en contexto, planes, programas, proyectos, actividades y tareas en cada comunidad.

B. Procesos para la Gestión de Riesgo en la atención en salud de eventos emergentes

La Gestión de riesgo para atención en salud, exige unos procesos mínimos, que el presente modelo pretende desarrollar mediante acciones (dirigidas a la persona afectada y a la comunidad) organizadas desde el sector salud y articulada a los diferentes sectores y la comunidad, acorde al contexto específico donde se implemente.

Los procesos que adopta el presente modelo, son los siguientes:

1. **Análisis y Tipificación del Riesgo:** Evalúa y clasifica riesgos asociados al evento, evaluando los factores determinantes y los riesgos derivados de su presentación, para determinar el nivel de riesgo y orientar las acciones a desarrollar. Se realiza tanto a la persona afectada como a la comunidad y estará a cargo de los servicios de salud y las direcciones y secretarías locales de salud, respectivamente.



2. **Reconocimiento, apropiación y comunicación del riesgo:** Permite organizar las prioridades de intervención desde la gestión de riesgo, para lo cual debe contar con la participación activa del usuario o la comunidad y debe tener en cuenta los recursos disponibles y la capacidad de respuesta a las necesidades específicas.
3. **Identificación, Atención y Control del riesgo:** Facilita la identificación en contexto tanto de personas en riesgo, como de factores determinantes sociales para la presentación del evento emergente. Una vez detectadas las personas en riesgo, orientar la atención y control del mismo tanto a nivel individual como comunitario.
4. **Administración del riesgo:** Involucra la implementación, integración y articulación de las acciones y estrategias de gestión de riesgo para la atención en salud del evento emergente. Además de los procesos descritos incluye, la implementación, evaluación, seguimiento y retroalimentación (a modo de nuevo ciclo) del modelo de gestión de riesgo.
5. **Monitoreo y Seguimiento del Riesgo:** supervisa la evolución de las acciones implementadas, tanto a la persona afectada, como en la comunidad, de manera regular; busca evaluar el proceso mismo durante su implementación para instaurar correctivos en caso necesario. Se desarrolla mediante los llamados controles de gestión, que en el contexto de salud podemos mencionar entre otros: Indicadores, evaluaciones de control, informes, juntas médicas, entre otros.
6. **Modificación de condiciones de riesgo:** Se alcanza mediante la implementación de acciones específicas, que alrededor de la persona afectada organizan la atención en salud desde la gestión de riesgo, con su participación activa en el proceso; y en la comunidad promueven el reconocimiento e intervención de los factores determinantes de la presentación del evento emergente en su contexto.
7. **Agenciamiento y Abogacía del Riesgo:** Hace referencia a las intervenciones sociales, culturales y normativas, que en cada contexto legitiman las diferentes estrategias desarrolladas para, la atención en Salud, la salud Mental y el Bienestar de la comunidad, desde la gestión de riesgo y buscan fortalecer la integralidad de las intervenciones para el evento emergente.
8. **Aprestamiento para la gestión del riesgo:** abarca las estrategias de preparación para la implementación de acciones en el marco de la gestión de riesgo. El modelo contempla entre otras estrategias de sensibilización, información y educación; así como la evaluación y retroalimentación del modelo, esta última aporta insumos que se articulan a las primeras a modo de nuevo ciclo, en un proceso continuo a partir de la implementación.



Figura 2: Procesos para la Gestión de Riesgo





II. ACCIONES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DESDE LA GESTIÓN DE RIESGO.

Para la atención en salud del evento emergente, se propone la implementación de acciones a partir de los procesos antes descritos, dirigidas a la persona afectada, sus familias y hacia la comunidad; organizadas por desde el sector salud, involucran la intersectorialidad y deben ser adaptadas a cada contexto y evento emergente.

A. Acciones Dirigidas a la persona afectada

1. **Detección temprana:** Para la detección temprana el modelo contempla una serie de acciones simultaneas, que implementadas y articuladas en cada contexto, mejorarán la capacidad de respuesta individual y comunitaria; así como una intervención de los Factores determinantes de la presentación del evento. Los prestadores de servicios de salud apoyaran esta actividad, la que será coordinada por las direcciones y secretarías locales.

El Plan Obligatorio de Salud (POS), en la resolución 5521 de 2013, contempla las siguientes acciones que se adaptaran a la disponibilidad de recursos en cada contexto.

Código CUPS	Procedimiento
A1.0.0	Información, educación y comunicación (IEC) en fomento de factores protectores hacia estilos de vida saludables
A1.0.3	Información, educación y comunicación (IEC) en fomento de factores protectores hacia el control de las enfermedades crónicas no transmisibles
A2.0.0	Asistencia técnica en prevención y control de la enfermedad
A2.2.0	Orientación e identificación de la población hacia la detección temprana

- a. Como requisito previo, se necesita desarrollar o articular programas para la educación y sensibilización de la población en general, para que tenga una mejor comprensión del evento emergente: características, factores determinantes y riesgos derivados, con el fin de fortalecer la capacidad de resiliencia de los individuos afectados y de aumentar el reconocimiento precoz desde la comunidad. Esta estrategia pertenece al primer nivel de intervención y su grado de cobertura es universal porque informa y enseña.
 - b. Articular estrategias de información, educación y sensibilización a los medios de comunicación y nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) disponibles en cada contexto. Esta estrategia es propuesta por la OMS, es una acción destinada a la detección precoz y su grado de cobertura es universal porque genera conciencia sobre los eventos emergentes, enseña a reconocer los signos de alarma y da información sobre los recursos asistenciales. Además, gracias al alcance que tienen los medios masivos de comunicación es posible realizar campañas de prevención, que permitan modificar el evento, para reducir su presentación y los riesgos derivados.
 - c. Generar, coordinar y planificar los servicios de salud y salud mental dirigidos a la comunidad, con miras a detectar los factores de riesgo fijo y los potencialmente modificables. Esta estrategia se ubica dentro de los programas de apoyo comunitario; se centra en actividades encaminadas a mejorar las competencias y habilidades de los funcionarios de la salud, de los especialistas en suicidio, y de los clínicos con el fin de prevenir la aparición del evento suicida. Su grado de cobertura es universal.
2. **Evaluación en las consultas de atención en salud, según la etapa del ciclo vital:** Requieren fortalecer la formación del personal clínico de atención primaria, quienes entran en contacto directo con las personas afectadas, para que puedan detectar y evaluar precozmente. Busca promover en el personal, una búsqueda activa de casos y una alta sospecha diagnóstica. Es fundamental una



intervención oportuna, para poder minimizarse las consecuencias a largo plazo (Arseneault L, Bowes L, Shakoor S. 2010).

El Plan Obligatorio de Salud (POS), contempla las siguientes acciones que se adaptaran a la disponibilidad de recursos en cada contexto.

Código CUPS	Procedimiento
89.0.1	Entrevista, consulta y evaluación [visita] domiciliaria o al sitio de trabajo
89.0.2	consulta descrita como global o de primera vez
89.0.3	consulta de control o de seguimiento
89.0.4	Interconsulta
89.0.5	Junta médica
89.0.6	Cuidado (manejo) y asistencia intrahospitalaria
89.0.7	Consulta de urgencias
93.8.3	Terapia ocupacional
94.0.2	Administración (aplicación) de prueba de personalidad
94.0.3	Análisis de carácter (conducta)
94.0.9	Determinación del estado mental por psicológico
94.1.1	Determinación del estado mental por psiquiátrico
94.3.1	Psicoterapia individual
94.3.5	Intervención en crisis
94.4.0	Psicoterapia de pareja
94.4.1	Psicoterapia familiar
94.4.2	Psicoterapia de grupo
99.0.1	Educación grupal en salud
99.0.2	Educación individual en salud

- 3. Aplicación de instrumentos de tamizaje:** El Modelo de gestión de riesgo se desarrolla a partir del reconocimiento de los factores determinantes y los riesgos derivados del evento emergente, mediante un instrumento específico, que debe ser adaptados en cada contexto donde se implemente: el Instrumento para la gestión integral de caso.

El Instrumento deberá ser desarrollado a partir del conocimiento actual de cada evento emergente (alta evidencia científica) y de los DSS relacionados con cada uno de ellos; deberá ser de fácil manejo, diligenciamiento e interpretación en el contexto de la APS; y dejar abiertos posibles aspectos no contemplados y pertinentes en contexto.

Al momento de su implementación el instrumento permite a los funcionarios de Salud, establecer el riesgo estratificado en salud mental y orientar a los usuarios en los pasos a seguir. Además, podrá ser diligenciado por personal médico, de enfermería, odontología, paramédicos o auxiliares, siempre y cuando cuenten con entrenamiento sobre el mismo y formación sobre el evento emergente. (ver punto anterior)



Tabla 1: Instrumento para la Gestión de Caso

Gestión de riesgo	Análisis de riesgo	Tipificación del Riesgo	Riesgo específico	Necesidad de intervención
Factores determinantes del evento	Vulnerabilidad	Susceptibilidad		
		Capacidad de respuesta		
	Amenaza	Exposición directa		
		Factores del contexto		
Riesgos derivados del evento	Mortalidad por riesgo de suicidio	Riesgo de conducta suicida		
	Discapacidad asociada	Funcionalidad e interacción social		
	Conducta des-adaptativa	Conducta criminal, o social des-adaptativa, fracaso escolar o laboral		
	Morbilidad por consumo de alcohol	Traumas o lesiones asociadas al consumo de alcohol		
	Secuelas emocionales	Trastornos mentales		
	Problemas de salud física	Enfermedades generales		
	Del comportamiento y la interacción ciudadana	Estigma, rechazo o exclusión		

4. Evaluación diagnóstica: Se debe realizar una evaluación inicial de los usuarios con sospecha de presentar un evento emergente, generalmente a cargo de Medicina General. En esta evaluación se debe realizar una historia clínica completa, en la que se consignen todos los datos obtenidos en la anamnesis y los hallazgos relevantes del examen físico.

Durante la evaluación es fundamental preguntar por los aspectos relacionados al evento emergente que se sospecha, por otros trastornos mentales, y explorar los síntomas físicos, mediante un minucioso examen físico, en los diferentes sistemas.

Con esta información se busca confirmar el diagnóstico, mediante la comprobación de los criterios propuestos en los diferentes sistemas de clasificación. De la misma manera se deben buscar otros criterios que configuren trastornos concomitantes, y complicaciones orgánicas asociadas.

Posteriormente, se solicitan los exámenes iniciales, que estén disponibles en el nivel de complejidad donde se ha realizado la atención inicial, con el fin de detectar complicaciones y en el lenguaje científico técnico, descartar diagnósticos diferenciales (Himmerich, Schönknecht, Heitmann, & Sheldrick, 2010).

En

Tabla se recoge una lista de los exámenes sugeridos, aclarando que se puede ordenar cualquier otro que se considere necesario para determinado usuario, según criterio clínico y disponibilidad en contexto.



Tabla 2. Exámenes sugeridos por nivel de complejidad

Nivel de complejidad		
I	II	III
Hemoleucograma completo	Perfil lipídico	Niveles séricos de vitamina B12, ácido fólico y ferritina.
Glicemia	Pruebas de función hepática	Hormonas: LH, FSH, testosterona en hombres
Electrocardiograma	Ionograma, incluyendo calcio, fósforo y magnesio	Neuroimagen
Creatinina y BUN	TSH y T4L	Densitometría ósea en mujeres con más de 6 meses en amenorrea
Citoquímico de orina	Tóxicos en orina	Proteínas totales y albúmina
VIH si tiene factores de riesgo	Tiempo de coagulación	Amilasa si dolor abdominal
Prueba de embarazo (βHCG)		

5. **Tratamiento, seguimiento y rehabilitación:** El diseño de un plan terapéutico demarca la ruta de la atención del usuario. El manejo requiere un enfoque multidisciplinario, diferencial y de derechos y, debe determinarse según el diagnóstico, los hallazgos individuales y temporales.

El primer paso consiste en definir la modalidad de tratamiento. El manejo intrahospitalario se ha relacionado con mayores tasas de abandono de los usuarios y mayor mortalidad; por lo que siempre que sea posible se preferirá el manejo ambulatorio (Berkman, Lohr, & Bulik, 2007).

Se debe individualizar la programación del seguimiento de estos usuarios, por parte de las especialidades médicas y demás profesionales del área de la salud, teniendo en cuenta las variables que modifican el pronóstico, como son la duración de la enfermedad antes de haber iniciado el tratamiento, la necesidad de manejo intrahospitalario y la presencia de comorbilidades (Treasure, Claudino, & Zucker, 2010).

Existe un grupo de usuarios crónicos y refractarios al tratamiento, a los que se puede ejercer un tratamiento paliativo. Generalmente estos casos, que son pocos, no obtienen respuesta con los múltiples ensayos terapéuticos, por lo que se realizan medidas encaminadas a paliar las complicaciones y evitar el riesgo vital. Algunos autores recomiendan unas metas más limitadas, como enseñarle al usuario a no colocarse en situaciones de riesgo (Jager J, 1992).

En Colombia el plan obligatorio de salud modificado y actualizado por la resolución 5521 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, incluye un listado de psicofármacos que se incluye como anexo al final del texto.

B. Acciones Dirigidas a la comunidad

6. **Identificar amenazas a intervenir:** el Instrumento para la gestión integral de caso, además de orientar la evaluación y diagnóstico clínico del usuario, permite reconocer los principales DSS relacionados al evento emergente, organizados en relación a la vulnerabilidad o la amenaza, desde la gestión del riesgo.



La interpretación de los resultados promueve, desde los servicios de salud, el desarrollo de las estrategias para que amplíen las intervenciones en cada usuario (buscando identificar la vulnerabilidad y los riesgos derivados del evento), y en la comunidad, el reconocimiento de las amenazas susceptibles de intervención.

7. Gestión institucional (salud, educación, recreación, etc.).

La articulación de acciones en la comunidad se logra a partir de la conjunción de esfuerzo entre los prestadores de servicios de salud y las respectivas direcciones y secretarías locales de Salud.

El modelo propone que los prestadores de servicios informen de manera consolidada sobre los factores determinantes asociados a los eventos emergentes, obtenidos a partir de los Instrumentos para la gestión de caso, cada 3 (tres) meses.

Las direcciones y secretarías, como entes públicos encargados de la salud en la comunidad, a partir de la información entregada trimestralmente, elaboraran “El Instrumento Inventario de Recursos y Acciones”; en el cual se organizan, buscando la gestión de riesgo para los eventos emergentes a partir de los DSS, los diferentes recursos disponibles, las acciones a desarrollar desde los diferentes sectores implicados en la implementación (trabajo, educación, etc.), los responsables y los resultados. La articulación de los diferentes sectores se logra a partir de la sensibilización, información, educación y descripción de los factores determinantes que les competen; así como el llamado a la responsabilidad social y la obligatoriedad normativa.

Tabla 3: Inventario de Recursos y Acciones

Riesgo específico	Necesidad de intervención	Sectores involucrados y responsable	Estrategia y acción	Objetivo	Recursos	Productos e indicadores	Fecha de logro
Susceptibilidad		Sector: Nombre: Cargo: Dirección: Teléfono: Email:					DD/MM/AA
Capacidad de respuesta		Sector: Nombre: Cargo: Dirección: Teléfono: Email:					DD/MM/AA
Exposición directa		Sector: Nombre: Cargo: Dirección: Teléfono: Email:					DD/MM/AA
Factores del contexto		Sector: Nombre: Cargo: Dirección: Teléfono: Email:					DD/MM/AA



8. Apoyo a la organización de redes y grupos de autoayuda de las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores.

A partir del “Inventario de Recursos y Acciones” y desde las direcciones y secretarías se organizan, en articulación con los diferentes sectores una serie de intervenciones comunitarias orientadas a la gestión del riesgo del evento emergente, dentro de las que se recomienda contar mínimamente con:

La rehabilitación basada en la comunidad, se centra en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, atender sus necesidades básicas y velar por su inclusión y participación. Es una estrategia multisectorial que habilita a las personas con discapacidad para que puedan acceder a los servicios sociales, educativos, sanitarios y de empleo, para poder así beneficiarse de ellos. Se lleva a cabo mediante los esfuerzos combinados de las personas con discapacidad, sus familias, las organizaciones, las comunidades y los servicios gubernamentales y no gubernamentales pertinentes en materia sanitaria, social, educativa y formativa, entre otras esferas.(Organización Mundial de la Salud, 2012).

La creación y fortalecimiento de redes sociales, mejora la integración de los usuarios, aumentando la percepción de riesgo, además de la ayuda que brinda a sus familiares. La articulación de las redes, promueve la integración de las diferentes acciones y estrategias.

No se trata solo de crear una red, sino actuar desde una perspectiva de red; la cual configura la realidad como un gran escenario donde las personas, organizaciones e instituciones son potenciales vínculos y fuentes de apoyo por los cuales fluye información que, en las condiciones e interacciones adecuadas, puede contribuir a resolver, un determinado problema, a una determinada persona, en un determinado lugar.

Los Grupos de autoayuda, Son grupos de usuarios, familiares o personas que se reúnen con el fin de brindarse apoyo, acompañamiento y compartir experiencias mutuas en relación al evento emergente.

Educación en Primeros auxilios mentales: Son aquellas acciones adecuadas que se realizan en un primer momento al detectar una crisis y buscan estabilizar física y emocionalmente a quien la presenta, mientras recibe atención especializada (Posada Villa, Burbano Mora, & Otros. 2009).

Rutas socializadas de atención: El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el encargado de la atención integral de los usuarios. Para hacer que esta atención se realice de manera oportuna, es necesario crear rutas de atención que favorezcan la integralidad de los procesos y faciliten la articulación de los usuarios, las familias, los profesionales asistenciales, clínicos, y las comunidades. Las rutas de atención dependen de las particularidades de cada comunidad y deben ser establecidas y dadas a conocer por las propias comunidades, atendiendo a sus condiciones específicas.

9. Procesos de Comunicación y movilización para incrementar la percepción de los riesgos y disminuir el estigma.

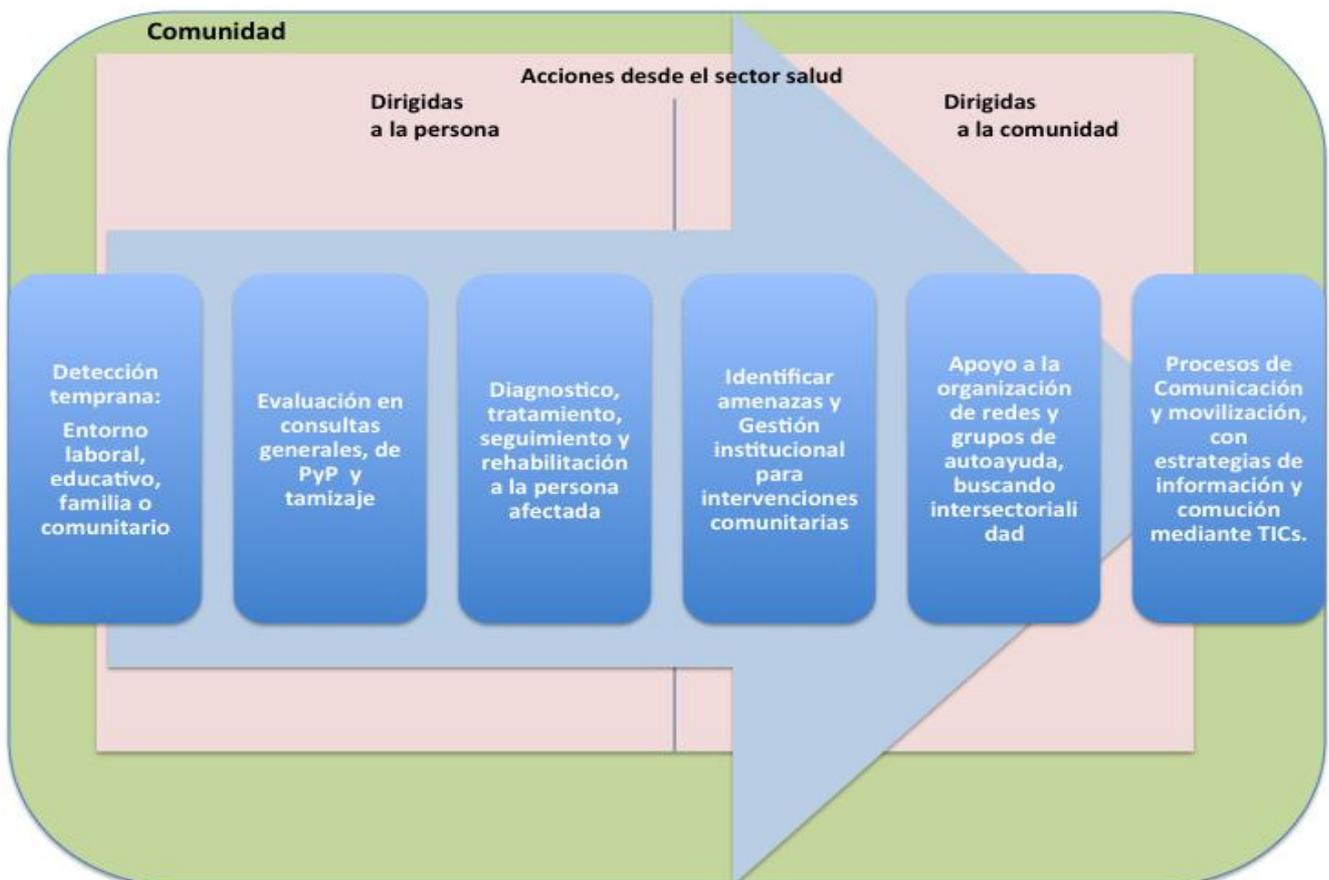
Los diferentes actores en cada comunidad, organizados desde el sector salud, motivados y orientados por un objetivo común, desarrollan y articulan acciones generales para la promoción de la salud mental, la prevención del evento emergente.



Concertarán una estrategia de información y orientación hacia la salud mental, los eventos emergentes y la gestión de riesgo, enfocadas a la comunidad en general (incluyendo a los actores del sector salud, entendiendo que también hacen parte de la comunidad). Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y las estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC), en salud, transversalizan esta actividad y hacen que los eventos emergentes sean entendidos como problemas de salud que afectan a la sociedad en su totalidad, que requieren de la integralidad en las intervenciones; y visibilizan un objetivo de trabajo común, un propósito que sea responsabilidad de todos.

Las acciones implementadas y articuladas suponen una disminución global de las tasas del evento emergente y el desarrollo de dinámicas de evaluación y autogestión misma del Modelo. Inicialmente los índices pueden verse aumentadas por la detección precoz y el diagnóstico de nuevos casos realizado a través de la intervención integral, pero, posteriormente, gracias a las estrategias comunitarias de promoción, se da la resultante disminución del evento, así como una articulación en red desde la APS para la intervención integral.

Figura 3: Implementación y articulación de acciones





III. OPERATIVIZACIÓN DEL MODELO

En este apartado se expone la operativización necesaria para implementar el Modelo de atención en salud a personas con eventos emergentes, su familia y la comunidad, en los territorios del país.

B. Objetivos y alcance

Objetivo general

Generar estrategias articuladas, integrales e integradas de atención, rehabilitación, prevención y promoción, desde la perspectiva de la Gestión del Riesgo, para la atención en salud de los eventos emergentes en salud mental, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

Objetivo específicos

1. Definir elementos de detección oportuna, evaluación inicial, atención integral, seguimiento, rehabilitación y tratamiento paliativo, basados en evidencia científica, para la intervención integral de los eventos emergentes en salud mental.
2. Establecer competencias efectivas para la gestión de riesgo de los eventos emergentes en salud mental, enfocadas en la intervención de los factores determinantes de la vulnerabilidad, la amenaza y los riesgos derivados.
3. Caracterizar y articular las estrategias de salud que apunta a la movilización social, buscando promover condiciones y estilos de vida saludables frente al riesgo de los eventos emergentes en salud mental.
4. Propiciar la articulación y cooperación de diferentes sectores relacionados a la intervención de los factores determinantes de los eventos emergentes, entidades públicas, privadas, mixtas, organizaciones de la sociedad civil y profesionales, etc.

Alcance de la propuesta

Esta propuesta está dirigida a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para el desarrollo de redes de atención y redes socio-comunitarias que promuevan la construcción de estrategias integrales, intra e intersectoriales, para la implementación del Modelo de atención en salud a eventos emergentes. La propuesta permite integrar la APS como estrategia operativa principal, en el contexto de los entes territoriales.

C. Metodología para la implementación del modelo:

El modelo de atención buscan generar estrategias costo-efectivas, costo-eficientes y costo-eficaces, por ello propone actividades desde la gestión de riesgo, articuladas a partir de la estrategia de APS, basadas en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y



socialmente aceptables. Maximiza el nivel de equidad en cuanto la prestación y el acceso a los servicios de salud, promoviendo la atención en salud para los eventos emergentes a todas las personas, la participación comunitaria y el sistema de salud; establecen, además, una dimensión de actividades intersectoriales que se suman al enfoque integral propuesto en los modelos emergentes.

Para la implementación de los modelos se recomiendan los siguientes pasos:

1. Gestión/Abogacía con el gobierno local:

La implementación local se apoyará en el equipo coordinador nacional y en la plataforma Interactiva virtual, dos herramientas ofrecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Se desarrollará por fases llevadas a cabo de manera sistemática que posibilitarán la implementación del modelo en la estrategia de APS para el SGSSS. El tiempo estimado para cada fase dependerá del número de participantes y del número de habitantes de las regiones, de los departamentos o de las localidades en las que se haga el proceso de implementación.

En este sentido, para el desarrollo de los instrumentos y del Modelo se debe generar una estrategia de sensibilización, socialización y orientación para los actores específicos de sector salud (EPS, IPS, secretarías, juntas, etc.) que orienten las acciones hacia la intervención de la salud mental. Este proceso requiere y exige un conocimiento y entrenamiento adicional, en el contexto de salud del Instrumento de gestión integral de caso, y el contexto comunitario del inventario de recursos y acciones; ambos desarrollados e integrados en lo local. Se entiende que estos dos procesos se realizan de manera simultánea y constituiría la etapa previa a la implementación propiamente dicha del modelo en cada comunidad.

2. Coordinación local:

El modelo se desarrolla en cada contexto desde el SGSSS, por lo tanto será responsabilidad del sector salud. La implementación del modelo será coordinada por el referente local de salud, constituido por las direcciones y secretarías de salud.

El modelo para su completa implementación requiere integrar a los diferentes sectores, a la comunidad en general y/o a sus diferentes representantes y líderes; el requisito es identificar los actores clave para su implementación.

Es fundamental en este proceso hacer una convocaría masiva e informar a los asistentes los objetivos del Modelo, presentados como insumos o motivaciones para que los ellos mismos identifiquen los autores claves, participen y articulen las acciones, a través de la red de salud mental.

3. Análisis Participativo de la situación de riesgo en salud mental.

La red local de salud mental coordinada por las secretarías y direcciones de salud, supone una instancia de articulación intersectorial y toma de decisiones alrededor de la atención del evento emergente en cada comunidad.

Orientados por los resultados de los instrumentos del modelo, se realizará un análisis de la situación de riesgo, para determinar y concertar objetivos, organizar acciones y articular estrategias.

Dentro de las funciones de la red, son prioritarios:

- a. Construir los objetivos centrales del modelo en contexto, que contienen elementos comunes a todos los participantes (intersectorialidad).
- b. Reconocer los espacios formales donde se articulan las acciones y estrategias en red.



- c. Elabora un plan conjunto, orientado por la gestión de riesgo, para las intervenciones de Promoción, Prevención, Atención, en salud a personas con eventos emergentes en salud mental, encada comunidad.

4. Construcción y Ejecución del Plan Conjunto

El plan se desarrolla conjuntamente con las secretarías y direcciones de salud, los prestadores de servicios de salud y la red de salud mental y redes de los diferentes sectores; y hace parte del “inventario de recursos y acciones”, aportando elementos para el seguimiento y la evaluación, siguiendo objetivos ajustados a los contextos específicos.

Las acciones y estrategias encuentran su articulación organizadas desde los sectores, mediante redes que desde la gestión de riesgo, respondan a las necesidades de intervención en salud de los eventos emergentes.

Desde los diferentes sectores, organizaciones, instituciones, grupos, etc. programas, se desarrollaran acciones específicas y articuladas desde la gestión de riesgo, acordes a los recursos disponibles y las necesidades específicas.

5. Evaluación y Seguimiento

El proceso de evaluación caracteriza las diferencias entre lo planeado y lo ejecutado, e investiga las causas para identificar alternativas de acciones correctivas o de mejoramiento.

La evaluación de los modelos emergentes en salud mental consiste en la valoración del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos. Consta de una serie de indicadores cuantitativos, cualitativos y de un informe que resume las principales acciones llevadas a cabo por el SGSSS.

En el proceso de evaluación se distinguen las siguientes etapas:

1. Constitución del Comité de Seguimiento y Evaluación.
2. Recolección de la información para la evaluación.
4. Elaboración del informe de evaluación.
5. Presentación del Informe.

Se sugiere que en el proceso de implementación la realimentación sea trimestral o semestral de acuerdo con los objetivos establecidos.

La red comunitaria realiza actividades de evaluación, de seguimiento y de continuidad del Modelo. Esto debe incluir la reevaluación de los instrumentos y de los indicadores en cada contexto; el logro de los objetivos, las fortalezas, las debilidades y las dinámicas generadas tras la implementación.

6. Retroalimentación y nuevo ciclo

La información que se obtenga será un insumo para retroalimentar el Modelo, en la medida en que permite conocer cómo se ha dado el proceso, los niveles de interacción y articulación; y posibilita que se tracen nuevas metas, se afinen procesos, se reevalúen actividades y se reinicie nuevamente el ciclo de gestión de riesgo para los eventos emergentes.

Por otra parte, como el Modelo promueve y orienta el desarrollo de políticas públicas que legitiman las intervenciones y su articulación en cada comunidad, se espera que estas políticas tengan efectos en los sistemas de salud, y su progresiva implementación incida directamente en las relaciones que se dan en los contextos de salud y otros sectores que se articulan al proceso, favoreciendo la promoción de la salud mental e intervención integral de eventos emergentes. Una medida a nivel local que garantiza la continuidad es incluir las estrategias en salud mental en los Planes Operativos Anual (POA) y definirla como política pública por acuerdo u ordenanza.



En síntesis, el Modelo establece un orden lógico entre las políticas públicas y las propuestas de intervención; promueve la articulación de cada uno de los sectores que intervienen en el marco del fortalecimiento de la salud en el país, entendiéndolos con un rol protagónico en la gestión de riesgo en salud, cumpliendo así con los compromisos nacionales e internacionales para cada uno de los eventos.

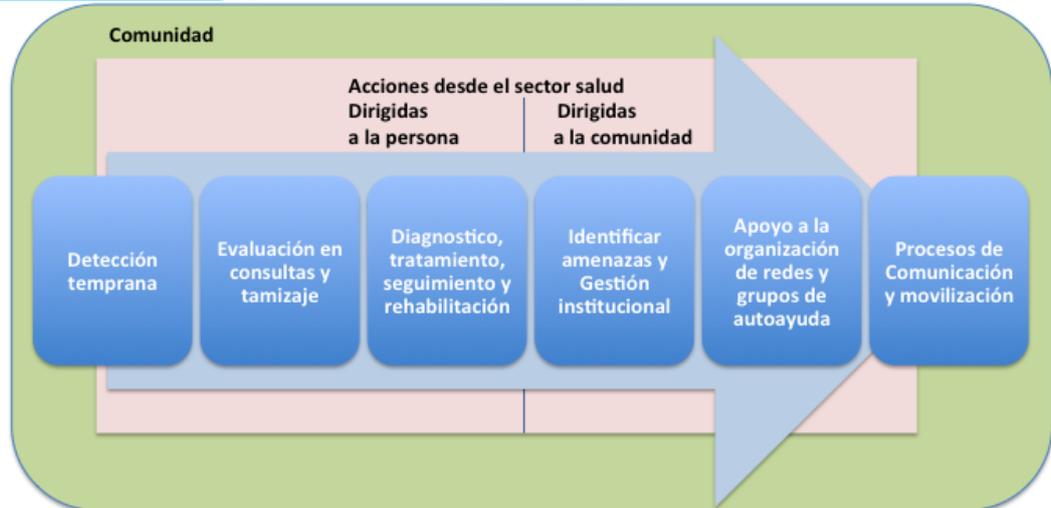
Por último, cabe señalar que la actualización del Modelo de intervención integral, como guía nacional, se debe realizar cada 3 a 5 años, de acuerdo a las disposiciones emitidas en dicho periodo.

D. Rutas de atención sectoriales y puntos de acceso a las acciones intersectoriales y comunitarias.

Las rutas de atención deben ser definidas y contextualizadas en cada comunidad, por esto las recomendaciones que se hacen en este Modelo son generales y deben ser adaptadas a las particularidades de cada contexto. Además, la ruta de atención propuesta, seguirá la lógica de las acciones desarrolladas por el modelo, se especificaran las metodologías, responsables y recursos.

Así como se debe desarrollar una ruta general de atención socializada; cada sector o institución vinculados, desarrollaran rutas específicas, donde identificarán un referente institucional para la remisión de casos a los servicios de salud. Dicho referente puede ser para Colombia, los servicios de salud o bienestar, laboral o educativo, las direcciones y secretarías de salud, la policía, promotores de salud y promotores de saneamiento, comisarías de familia, entre otros, para la comunidad.

Figura 4: Ruta de atención genérica para el modelo



Actor	Toda la comunidad	Personal de salud en IPSs	Personal medico y/o especializado	Secretarías y direcciones locales de salud	Secretarías y direcciones locales de salud, redes y sectores	Secretarías y direcciones locales de salud, redes y sectores
Acción	Reconocimiento y detección de personas en riesgo.	Detección y evaluación de tamizaje por el personal de salud	Evaluación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.	Identificar los factores determinantes y gestionar su intervención	Fortalecimiento de las redes y otros dispositivos de intervención comunitarios.	Acciones de promoción de la salud mental y prevención del evento emergente
Metodología	Detección signos de riesgo, acompañamiento a consulta o referentes.	Implementación del instrumento gestión de caso	Realizada por profesionales de medicina, psicología o especializado	Aplicación del inventario de acciones y recursos. Plan de intervención intersectorial	Organización y articulación intersectorial, fortalecimiento de dispositivos comunitarios	Estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC)
Recursos	Rutas de atención, sectoriales y comunitarias.	Consultas medicas de PyP. Instrumento	Plan Obligatorio de Salud (POS)	Inventario de acciones y recursos	Redes socio-institucionales	Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)
Requisito	Sensibilización e información sobre el evento emergente.	Fortalecer la formación del personal de atención primaria.	Fortalecer la formación del personal de atención primaria.	Sensibilización, información y educación sobre el modelo.	Sensibilización, información y educación sobre el modelo.	Articulación e integración de las IEC y las TIC

E. Características de implementación en lo rural, urbano y metropolitano.

Para las intervenciones en zonas rurales o urbanas, será necesario identificar un líder o gestor comunitario, de ser posible una pequeña red de salud, que lideraran en sus comunidades rurales estrategias de sensibilización, información y educación sobre la gestión de riesgo de los eventos emergentes, coordinados por las respectivas direcciones y secretarías de salud; buscando además la detección temprana de personas en riesgo, la referencia a servicios de salud geográficamente más cercano, la intervención de los factores determinantes en su contexto, y de los posibles riesgos derivados en las personas afectadas.

Específicamente en lo rural se sugiere un fuerte acompañamiento del Estado en capacitación a los profesionales y la comunidad, y aporte de recursos económicos que posibiliten el acceso a los servicios de salud.

Por último el proceso seguirá una lógica similar a la de implementación del modelo. (Figura 5)



F. Estrategias de transferencia efectiva de conocimiento entre los distintos niveles de complejidad

Se entiende la gestión del conocimiento como un elemento transversal en todo el Modelo, entendido desde su forma más elemental como el conocimiento adecuado, para la persona adecuada, en el momento adecuado.

En cuanto a la vigilancia en salud y gestión del conocimiento estará liderada por el ente territorial, quien desplegará acciones de vigilancia epidemiológica para los eventos emergentes en salud mental y gestionará el fortalecimiento de los sistemas de información. Así:

- Vigilancia epidemiológica de los eventos emergentes en salud mental.
- Fortalecimiento de los sistemas de información en salud mental de conformidad con los lineamientos del sistema de vigilancia nacional y departamental.
- Articulación con los Observatorios Nacionales de Salud Mental.
- Promoción y desarrollo de investigación cuantitativa y cualitativa en salud mental de los eventos emergentes con enfoque de riesgo y alineado con las directrices del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.



- Desarrollar medidas preventivas y de atención apropiadas, con personal de salud del nivel primario, operadores de programas y proyectos en los entornos familiar, escolar, comunitario e institucional.
- Articulación y coordinación intrainstitucional, interinstitucional e intersectorial, desde la Secretaría de Salud, como con otras instituciones prestadoras de servicios de salud para el abordaje de la salud mental y sus eventos emergentes.
- Mejorar la calidad de los servicios de salud mental.

Finalmente, cabe anotar que es importante gestionar el presente Modelo con pre grados y posgrados de medicina, enfermería, psicología, trabajo social, terapias, entre otros. Para lograr re-diseños curriculares que permitan que la academia ofrezca al país los profesionales con conocimientos pertinentes para el manejo de este tema.

G. Análisis de la viabilidad técnica operativa, financiera dentro del sistema de seguridad social en salud

Para la implementación del presente Modelo se contemplaron las tecnologías disponibles costos efectivos, éticos, basados en la evidencia y realizables desde el SGSSS para Colombia. Para la implementación del talento humano requerido existe la infraestructura en salud disponible en el territorio colombiano. Las estrategias y las acciones propuestas son escalables al nivel de la población y se encuentran dentro del ámbito jurídico-administrativo del sistema de seguridad social en salud.

H. Gestión de recursos en el ente territorial

Para la intervención integral de eventos emergentes es fundamental que cada servidor público se posicione, se empodere del tema y sustente con fundamentos legales las necesidades de promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación en eventos emergentes; en armonía con la ley.

Entre las acciones que le permiten esa gestión en terreno son:

1. Vincular talento humano como profesionales psicosociales, docentes, abogados, administradores, entre otros, que permita garantizar la continuidad del Modelo.
2. Gestionar la articulación con otros sectores para la coordinación de actividades e instituciones.
3. Gestionar regalías en caso de que el territorio cuente con ellas.
4. Invitar universidades para que fortalezcan en sus pensum los cursos de gestión pública y orienten académicamente el proceso de implementación del Modelo.
5. Apoyar lineamientos nacionales y departamentales para la inclusión de recursos por el ente territorial. Mostrar que la estrategia es costo efectiva y costo eficiente.
6. Presentar el plan de acción como proyecto para gestionar la estrategia dentro del Plan Municipal.
7. El acompañamiento del Estado para la gestión de recursos.

Una medida a nivel regional y local que puede garantizar la puesta en marcha y continuidad de la intervención en salud mental es incluir este tema en los Planes Operativos Anuales (POA) y definirla como política pública por acuerdo de ordenanza.



Finalmente, cabe mencionar que para la gestión de recursos en el territorio es pertinente tener en cuenta el enfoque de gobernanza, que está articulado fundamentalmente a la forma de mejorar la relación horizontal entre una pluralidad de actores públicos y privados, igualmente para mejorar los procesos de decisión, gestión y desarrollo de lo público y colectivo, teniendo en cuenta una relación con características de integración y de interdependencia.

En este orden de ideas, el Modelo supone relaciones entre los órganos adscritos al SGSSS y de Protección Social, con otros sistemas o subsistemas del sector público como el educativo, el cultural y el deportivo; con organismos públicos y privados como los entes de control y las cajas de compensación familiar; y finalmente con las organizaciones sociales que tienen presencia en el territorio, de modo que las estrategias se logren articular y legitimar desde los actores que son corresponsables, para que sean implementadas con mayores expectativas de éxito.

IV. MODELO PARA VIOLENCIA ESCOLAR POR PARES (VEP)

A. Definiciones

La Organización Mundial de la Salud define la violencia (Dahlberg, 2002) como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.” La definición comprende la violencia entre otras, la violencia juvenil y en establecimientos como escuelas y colegios.

De acuerdo con la Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989, la violencia escolar, se entienden por “toda forma de violencia física o psicológica, lesiones y abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual”, ocurre entre escolares, entre adultos y escolares y contra la propiedad, tanto dentro de la escuela como también en sus inmediaciones, entre la escuela y el hogar y a través de las nuevas tecnologías de información y comunicación (Gladden 2014). Por su parte el término bullying o intimidación como un tipo de violencia escolar; hace referencia a las agresiones (físicas, psicológicas, sexuales, verbales y/o virtuales) entre escolares que ocurren de manera intencional, repetitiva y



sistemática que involucran un imbalance de poder. (Gladden 2014). Es decir, todo incidente de “Bullying” en el colegio es violencia escolar, pero no todo incidente de violencia escolar es “Bullying”

Así mismo incluye el Cyberbullying o ciberacoso escolar como una forma de intimidación con uso deliberado de tecnologías de información (Internet, redes sociales virtuales, telefonía móvil y video juegos online) para ejercer maltrato psicológico y continuado (Ley 1620, 2013)

Aunque con frecuencia se usan los términos violencia escolar e intimidación de manera indistinta para el presente modelo se utilizara el término “Violencia escolar por pares **VEP**” conocido por los descriptores de la ciencias de la salud como “las agresiones físicas, psicológicas, sexuales, verbales y/o virtuales entre escolares que ocurren de manera intencional, repetitiva y sistemática que involucran un imbalance de poder. Normalmente, hay un desequilibrio del vigor fuerza, o del estado entre el objetivo y el agresor”. Es el uso deliberado e intencional de fuerza entre pares, de manera repetida en el tiempo con propósito de producir un impacto negativo en la víctima, desde una posición de desigualdad entre los participantes (Jennifer Lamb, Debra J. Pepler, Wendy Craig)

Modos de VEP

Directa: es el comportamiento agresivo, dirigido, bien sea físico, verbal o escrito contra el agredido.

Indirecta: es el comportamiento agresivo que no está directamente dirigido, pero afecta indirectamente el bienestar del individuo, ejemplo: rumores falsos. (Gladden, 2014)

Tipos de VEP

Física: es el uso de la fuerza física por parte del agresor

Verbal: es una agresión dirigida a través de comunicación oral o escrita

Relacional: comportamientos por parte de un agresor para dañar la reputación y las relaciones del otro. Entre otros podemos citar; esfuerzos para aislar a los jóvenes de la interacción con sus pares o ignorarlos, difusión de rumores falsos y / o perjudiciales, comentarios despectivos o publica imágenes vergonzosas. (Gladden, 2014)

Actores involucrados

Victima: Suele ser tímida con baja autoestima, retraída y con poca habilidad para entablar relaciones sociales.

Agresor (es): Se caracterizan por su conflictividad social y escolar, agresividad y empleo frecuente de conductas violentas y antisociales, así como actitudes desafiantes para con los adultos, justificando la agresión.

Testigos: Pueden ser pasivos o activos, dependiendo de sus actitud frente a la situación (ya sea intentando frenar el acoso o alentando la agresión).

Adultos: Ya sean padre, docentes o personal de la salud, generalmente no detectan la situación o la minimizan por falta de capacitación o desconocimiento del fenómeno considerándolo “Cosas de niños”.

B. Epidemiología

La VEP es un fenómeno devastador que puede afectar la autoestima y la salud mental de los adolescentes, significando una manera de exclusión social (Oliviera 2006).

La organización mundial de la salud en 1996, declaró la violencia como uno de los principales problemas de salud pública. Larizgoitia 2006, señala además que cada año, más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones como resultado de la violencia autoinflingida, interpersonal o colectiva. (OMS, 2002)

Según datos obtenidos en el estudio de la OMS “Health Behavior in School-Aged Children” con estudiantes de 11-15 años, se encontró que la proporción de estudiantes que fueron víctimas de bullying variaba enormemente entre los países. La prevalencia más baja se encontró en niñas de Suecia (6,3%) y la más alta, en niños de Lituania (41,4%). Estas amplias variaciones entre países podrían explicarse por las diferencias culturales o en la medición del bullying (Bringiotti, 2004; Pinilla, 2012)



En el ámbito mundial, se encuentran cada día más los adolescentes víctimas de la violencia escolar. En España un estudio mostró que el 37,8% alguna vez habían sido agredidos física, verbal o psicológicamente, el 3,3% cumplía criterios de ser víctima de acoso escolar y un 16,7% tenían problema de autoestima, siendo más frecuente en mujeres. Evidenciando que las personas implicadas en violencia escolar tienen más síntomas de tipo psiquiátrico y/o psicológico que quienes no lo han padecido (De Miguel, 2008).

Un estudio realizado en Suecia sobre la percepción de los adolescentes sobre el bullying, realizado con 119 estudiantes de bachillerato, encontró que el 39% habían sido abusados en algún momento durante su vida escolar, 28% fueron abusadores y 13% fueron tanto víctimas como abusadores. Las edades en donde fueron más abusados variaban desde los 7 a los 9 años de edad, y donde fueron abusadores entre los 10 y los 12 años. La razón más común expresada por los adolescentes para abusar de sus compañeros fue que ellos mostraban una apariencia diferente (Frisen 2007)

Por otra parte, en México, en el año 2010 se denunciaron 13.699 casos de Bullying y de estos uno de cada 6 intentó quitarse la vida. En 2009 190 personas se suicidaron como consecuencia del Bullying; alrededor de un 90% de estudiantes de educación básica han sido víctimas o victimarios de violencia en las aulas de clase (Frisen 2007)

En Colombia, un estudio realizado en Bogotá sobre la frecuencia con que los alumnos son víctimas de situaciones de violencia escolar, dio como resultados que un porcentaje menor al 50% no se ha sentido afectado por situaciones de acoso, un 33,9% se ha sentido excluido algunas veces, 20,2% con frecuencia. Este artículo evidencia una problemática que puede estar presentándose en múltiples regiones del país y es un factor que impide el buen rendimiento escolar de los estudiantes, es el origen de múltiples situaciones de ausentismo y deserción escolar y de situaciones que deterioran la condición de vida de los niños y jóvenes. (Pinilla, 2012)

La violencia en Colombia, en especial en la población infantil, ocupa los primeros lugares al momento de priorizar la problemática en salud, no solo por su magnitud (difícil de cuantificar, porque no se denuncia o no se vigila) sino por el fuerte impacto y las repercusiones que tiene en la salud mental del niño. Con respecto al abuso de menores, se estima que anualmente 4'500.000 niños con edades comprendidas entre los 4 y 12 años son abusados, física, moral y psicológicamente, de los cuales 850.000 son abusados en una forma severa y constante (Ministerio de Protección Social, 2006).

C. Administración de riesgo

La violencia escolar por pares constituye un problema de salud y un importante factor de riesgo psicosocial; su naturaleza multidimensional, desde la gestión del riesgo, permite un análisis que más allá de lo personal, para abordar el propio sistema de normas, valores entre otros, detrás de una violencia que se repite, encubre y se manifiesta de múltiples formas.

En el contexto del modelo de gestión de riesgo, el abordaje para individuos afectados por la violencia escolar incluye la administración de riesgo, que integra el análisis y la tipificación del riesgo, hasta la intervención del riesgo.

A continuación se lista el análisis y tipificación de riesgo en violencia escolar por pares (Craig, 2003; Baldry, 2004; Karatas, 2011; Hansen, 2012).



Gestión de riesgo	Análisis de riesgo	Tipificación del Riesgo	Riesgo específico	
Factores determinantes del evento	Vulnerabilidad	Susceptibilidad	Impulsividad	
			Trastornos del aprendizaje	
			Trastornos psicopatológicos	
			Consumo de alcohol y drogas	
		Capacidad de respuesta	Autoestima	
			Resiliencia	
	Amenaza	Exposición directa (entorno educativo)		Entorno educativo violento
				Falta de espacios para escuchar
				Promoción de estereotipos
		Factores del contexto		Violencia intrafamiliar
			Pautas de crianza inapropiadas	
			Legitimación social de la violencia	
Riesgos derivados del evento	Mortalidad por riesgo de suicidio	Riesgo de conducta suicida	Ideación e intentos de suicidio	
	Discapacidad asociada	Funcionalidad e interacción social	Baja autoestima	
			Aislamiento	
	Conducta des-adaptativa	Conducta criminal, o social des-adaptativa, fracaso escolar o laboral		Conducta criminal
				Fracaso escolar
				Fracaso laboral
				Otra des-adaptativa
	Morbilidad por consumo de alcohol	Traumas o lesiones asociadas al consumo de alcohol		Traumas, lesiones e intoxicaciones
	Secuelas emocionales	Trastornos mentales		Conducta
				Afectivos
			Psicóticos	
			Otros	
Problemas de salud física	Enfermedades generales		según hallazgos individuales	
Del comportamiento y la interacción ciudadana	Estigma, rechazo o exclusión		Estigma	
			Rechazo o exclusión	
			Deserción escolar	

La VEP es un fenómeno que está determinado por factores individuales, familiares, grupales, escolares, comunitarios y culturales, es decir, que como fenómeno emergente requerirá una atención integral que incluya una articulación entre diferentes estamentos, especialmente el educativo y el de salud.

El Modelo de Gestión del Riesgo, a partir del análisis y la tipificación de riesgo, desarrollan estrategias que permitan disminuir la incidencia de fenómenos como la violencia entre pares, partiendo de la prevención de riesgo a partir de los principales determinantes establecidos, y la atención de personas en riesgo y sus riesgos derivados del evento.

Es importante aclarar que dentro de estos determinantes se encuentran los factores individuales y contextuales, ya que la interacción entre estas variables son las que pueden dotar a los individuos de un repertorio conductual propio, facilitando o no su inscripción en dicho fenómeno, adoptando un rol ya sea como agresor, agresor – víctima, víctima o espectador

Partiendo de esto a continuación se encontrarán las principales estrategias, sectores, acciones y recursos de atención desde la gestión de riesgo, acordes al SGSSS.



Riesgo específico	Necesidad de intervención	Sectores involucrados y responsable	Estrategia y acción	Recursos	Productos e indicadores
Susceptibilidad	Detección precoz de personas en riesgo.	Todos los sectores articulados desde las secretaría y direcciones de salud.	Información, educación, comunicación y sensibilización. Rutas de atención.	Planes, programas y proyectos desde los diferentes sectores	
	Evaluación consultas de PyP.	Salud: IPSS.	Evaluación y detección de personas en riesgo.	Consultas medicas y de PyP	
Capacidad de respuesta	Habilidades para la vida	Educación: Instituciones educativas.	Promover y fortalecer habilidades para la vida.	Programas de Habilidades para la vida	
Exposición directa	Convivencia escolar	Educación: Instituciones educativas.	Mejorar la convivencia escolar.	Planes y Manuales de convivencia	
				Comité de Convivencia	
				Proyectos pedagógicos	
Factores del contexto	Sensibilización y orientación comunitaria	Todos los sectores articulados desde las secretaría y direcciones de salud.	Información, educación, comunicación y sensibilización.	Planes, programas y proyectos desde los diferentes sectores, articulados desde las redes socio-institucionales.	
			Identificación e intervención de los factores determinantes sociales relacionados al evento.		
Riesgo de conducta suicida	Evaluación del riesgo	Salud: IPSS, Medicina general.	Evaluación del riesgo y manejo acorde al mismo.	Consultas medicas o de seguimiento	
Funcionalidad e interacción social	Evaluación psicología	Salud y educación: Instituciones, profesional psicología.	Evaluación psicología	Consultas, asesorías o terapias.	
Conducta criminal, o social des-adaptativa, fracaso escolar o laboral	Evaluación psicología y/o terapia ocupacional	Salud y educación: Instituciones, profesional psicología.	Evaluación psicología y/o terapia ocupacional	Consultas, asesorías o terapias.	
Traumas o lesiones asociadas al consumo de alcohol	Evaluación medicina general	Salud: IPSS, Medicina general.	Evaluación medicina general	Consultas medicas o de seguimiento	
Trastornos mentales	Evaluación psiquiatría	Salud: IPSS, especialista en psiquiatría.	Evaluación psiquiatría	Consultas medicas o de seguimiento	
Enfermedades generales	Evaluación medicina general y/o especializada	Salud: IPSS, Medicina general y/o especializada.	Evaluación medicina general y/o especializada	Consultas medicas o de seguimiento	
Estigma, rechazo o exclusión	Evaluación psicosocial	Educación: Instituciones educativas.	Evaluación psicosocial	Programas de Bienestar	

D. Acciones específicas:

Detección temprana de personas en riesgo: Hay características o factores individuales que pueden facilitar que los niños se conviertan en blancos de abuso. Estudios longitudinales han mostrado que niños con problemas como inhibición, retraimiento, aislamiento, evitación, timidez, ansiedad, depresión, disminución de autoestima y poca asertividad, presentan mayor riesgo de ser abusados en la infancia; también se ha observado que niños quienes han sido abusados, mostraban altos niveles de comportamientos de agresividad temprana que pueden producir el rechazo crónico de los pares, y posterior violencia. (Arseneault L, Bowes L, Shakoor S. 2010)



Se abordará la detección de la violencia Escolar por pares de aquellos casos, en que ésta ya se ha producido, y en los que la víctima o agresores de la violencia Escolar acude a los servicios de salud en cualquiera de los niveles de atención del SGSSS. Existen tres formas en las que el sector salud tiene conocimiento de eventos de violencia Escolar:

1. Cuando la víctima o el agresor asiste al servicio de salud teniendo como motivo de consulta la situación de violencia Escolar en la mayoría de los casos agresiones físicas, psicológicas.
2. Cuando la persona ha sido remitida por otra institución incluyendo el colegio o escuela (que ya ha hecho la detección del caso de violencia Escolar), con el fin que la institución de salud brinde una atención integral.
3. Cuando la sospecha de la violencia Escolar surge de la sensibilidad y la mirada entrenada del profesional de salud quien detecta signos y síntomas relacionados con la violencia escolar que originan la sospecha y su diagnóstico. (esto se puede presentar en las consultas por pediatras, programas institucionales de jóvenes, crecimiento y desarrollo, sicología)

Identificar esta población es especialmente problemático debido a que la evaluación del riesgo incluye múltiples variables además de las descritas. Algunos de los signos de alarma descritos que deben hacer sospechar violencia escolar. Adaptado (Arseneault L, Bowes L, Shakoor S. 2010) (Lyznicki JM, McCaffree MA, Robinowitz CB. 2004)

- Consultas repetidas al servicio de urgencias por síntomas somáticos
- Lesiones físicas repetidas
- Lesiones inexplicables
- Miedo de ir a la escuela
- Miedo de viajar en el autobús escolar
- Solicitud de viajar una ruta diferente
- Pérdida de interés en la escuela
- Dificultad en relacionarse con sus compañeros
- Bajo rendimiento escolar
- Sensación excesiva de aislamiento y rechazo
- Baja autoestima
- Expresión de la violencia en la escritura o el dibujo
- Trastornos del estado de ánimo (triste, deprimido o retraído)
- Manifestaciones conductuales (cambios en el comer o el patrón del sueño)
- Episodios de autoagresividad
- Ideación o intento suicida
- Sospecha de violencia intrafamiliar
- Víctima de la violencia social
- Inicio de consumo de alcohol, tabaco u otros psicoactivos

Evaluación: Los niños y adolescentes afectados, una vez detectados, acuden a los centros de salud, bien sea a la consulta externa, consulta de PyP, o a servicios de urgencias; pueden presentar síntomas inespecíficos, tanto físicos como mentales, o cambios en su comportamiento o en su rendimiento escolar. La gravedad de los síntomas va a variar de manera individual, dependiendo de la intensidad del daño producido, de las características personales de las víctimas y del tiempo de evolución de el abuso. (Gini G, Pozzoli T. 2014)

Debe obtenerse una historia clínica detallada; si es posible obtener la información de varias fuentes (usuario, familia, amigos y personal de su entorno). Deben detallarse, los signos físicos, el posible mecanismo de la lesión o cicatrices si existen lesiones físicas o indicadores de abuso físico crónico. (Waseem M, Ryan M, Foster CB, Peterson J. 2013)

Deben además identificarse síntomas psiquiátricos producto de la VEP o que sean una comorbilidad en cada usuario, ya que su rápido reconocimiento e inicio de tratamiento impacta en el pronóstico a largo plazo. (Sourander A, Gould MS. 2011) (Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Marttunen M, et al. 1999) (AMA. 2002)



El profesional de la salud que identifica un usuario en riesgo o con diagnóstico asociado a VEP, definirá si es necesario realizar paraclínicos o estudios imagenológicos acorde a los hallazgos del examen físico; además evaluará el diagnóstico de trastornos mentales, y la necesidad de remisión a un mayor nivel de complejidad si las lesiones físicas o psicológicas lo ameriten.

Las consideraciones de seguridad deben ser una prioridad; se deben realizar medidas que propendan la seguridad tanto del usuario como de el personal de salud y de las personas a su alrededor; por lo que deberá manejarse según el protocolo de cada institución, inicialmente contención verbal, y si es necesario contención mecánica y farmacológicas. ((Waseem M, Ryan M, Foster CB, Peterson J. 2013)

Ver tabla (Brunstein Klomek A, Marrocco F, Kleinman M, et al. 2007) (Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-morton B. 2014) (Arseneault L, Walsh E, Trzesniewski K, et al. 2006)

Preguntas para víctima de agresión:

¿Alguna vez fue objeto de burlas por otros niños, con qué frecuencia y desde hace cuánto tiempo?
Donde y qué clase de burlas hacen sobre ti?
Se han burlado de tu enfermedad/discapacidad?
Tienes apodos?
Qué haces cuando otros te molestan?
Alguna vez has hablado de esto con un profesor o un adulto? que pasó?
Sabes de algún otros niños de los que se burlen?
En los recesos, usualmente juegas con otros niños o permaneces solo? por qué?

Preguntas para padres o acudientes:

Usted sospecha que su hijo ha sido acosado o intimidado por alguna razón? por qué?
Está enterado de que su hijo presenta problemas con otros niños de su edad?
Alguna vez los profesores le han mencionado que su hijo permanece solo en su institución educativa?
Su hijo frecuenta la enfermería de su institución educativa?
Alguna vez su hijo ha mencionado que otros niños lo molestan?

Tratamiento: El manejo requiere un enfoque multidisciplinario, diferencial y de derechos; y debe determinarse según los hallazgos individuales y temporales (Arseneault L, Walsh E, Trzesniewski K, et al. 2006) (Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. 2013).

En muchos casos los efectos de la intimidación no son evidentes, y generalmente no hacen parte de las quejas de los niños, por lo que es fundamental el papel del personal de la salud en la identificación de usuarios en riesgo, la identificación de casos, la detección de comorbilidad psiquiátrica, el asesoramiento a las familias sobre el problema, y abogar por la prevención del acoso escolar en sus comunidades. (Lyznicki JM, McCaffree MA, Robinowitz CB. 2004); cuando las lesiones sean significativas o de reporte obligatorio como heridas por arma blanca o armas de fuego, se debe dar un reporta oficial a la autoridad correspondiente. (Waseem M, Ryan M, Foster CB, Peterson J. 2013)

Debe contarse con una red integral de atención, que incluya los establecimientos educativos, trabajo social y las diferentes instituciones disponibles para articular estrategias sociales y comunitarias que permitan asegurar la continuidad en el tratamiento a corto y largo plazo, es fundamental la atención integral desde los diferentes niveles de complejidad, y de las condiciones socio familiares, personales, educativas que puedan modificar el transcurso de la enfermedad y que puedan comportarse como factores determinantes para hacer un adecuado seguimiento e intervención y lograr impactar en la calidad de vida y en el pronóstico de el paciente, la familia y comunidad educativa; donde pueden encontrarse mas usuarios aún sin diagnóstico. (Waseem M, Ryan M, Foster CB, Peterson J. 2013)(AMA. 2002)

Tratamiento individual:

Es fundamental una intervención oportuna, debido a que debe minimizarse las consecuencias a largo plazo, evaluar estrategias de prevención, tratamiento, rehabilitación, evitar la revictimización (persistencia de la victimización) y la polivictimización (varias formas de victimización) y evitar que la víctima se convierta en victimario. (Arseneault L, Bowes L, Shakoor S. 2010)



Necesidad	Intervención	Especificaciones
Prevención	Programas de prevención y rápida identificación de casos	Búsqueda activa, protocolos institucionales y de convivencia estudiantil
	Redes integradas: institución educativa, sistema de salud, familias y comunidad	
	Identificar población en riesgo	
	Identificar sitios de riesgo	
Identificación del caso	Evaluar cada queja como verídica con pertinencia y diligencia	Cualquier sea la puerta de entrada al sistema: institución educativa, enfermería, consulta médica o psicológica
Evaluación	Evaluación inicial por medicina general en el servicio de urgencias o consulta externa	- Estabilización de lesiones y manejo de patologías urgentes -Determinar tiempo de evolución de el acoso o abuso -Determinar factores de riesgo -Determinar factores protectores -Notificar a acudientes del caso
Atención en salud	Tratamiento según hallazgos individuales	-Tratamiento médico o quirúrgico para lesiones específicas -Tratamiento psicológico -Consejería personal y familiar -Terapia de familia -Tratamiento psiquiátrico de trastornos mentales identificados
	Evaluar de manera permanente riesgo suicida	Tratamiento específico
Rehabilitación y seguimiento	Lesiones físicas y/o trastornos mentales	Según lesiones y necesidad individual
	Seguimiento a corto y largo plazo	-Citas psiquiatría -Citas por psicología -Terapia familiar -Recordar que los síntomas pueden hacerse presentes hasta los 2 años posteriores
Articulación con red institucional y comunitaria	Estimular investigación, socialización y prevención en el tema	Acciones de información educación y comunicación.

Intervenciones comunitarias

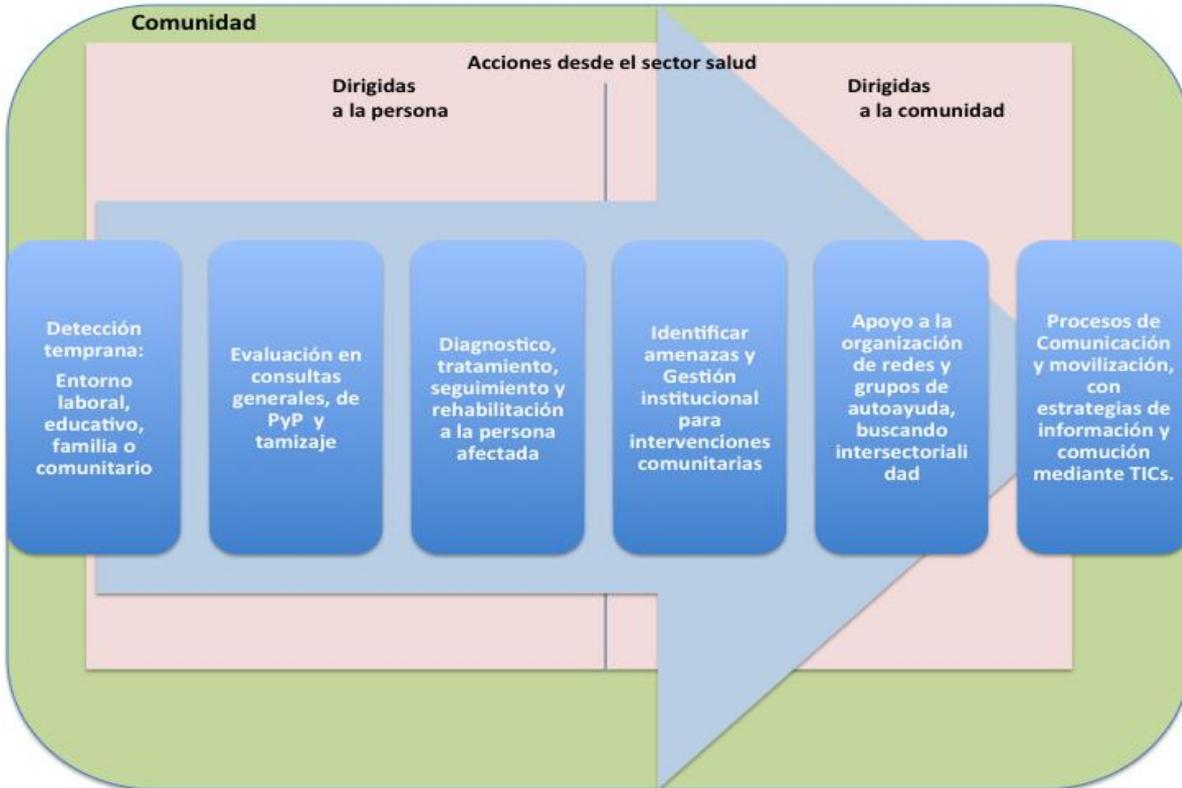
- **Conformación del comité Nacional de Convivencia Escolar:** Conformado por Ministerios de Educación, Cultura, Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y de Salud y Protección Social, el ICBF, la Defensoría del Pueblo, el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes, la Policía de Infancia y Adolescencia, la Asociación Colombiana de Universidades (ASCUN), la Asociación Colombiana de Facultades de Educación (ASCOFADE), La Asociación Nacional de Escuelas Normales Superiores (ASONEN) y los rectores de las dos instituciones educativas (pública y privada) con los mayores puntajes en las pruebas Saber 11 del año anterior.
- **Conformación de comités municipales, distritales y departamentales de convivencia escolar:** Cuenta con la participación de los mismos sectores que el comité nacional pero se incluyen los Consejos Territoriales de Política Social.
- **Conformación del comité escolar de Convivencia (propio de cada plantel educativo):** Conformado por el rector del establecimiento, el personero estudiantil, el docente con función de orientador, el coordinador académico, el presidente del consejo de padres de familia, el presidente del consejo de estudiantes y un docente que lidere procesos o estrategias de convivencia escolar.



- **Implementación de proyectos pedagógicos que procuren la inclusión de temas de VEP y modificaciones en el ambiente escolar que permitan prevenir este fenómeno:** Como lo plantea la ley 1620, los proyectos pedagógicos serán el medio por el cual se implementen acciones transformadoras dirigidas al individuo. Estos proyectos, se desarrollará en todos los niveles, siendo formulados y gestionados por docentes y otros actores de la comunidad educativa, en donde se responderá a una situación del contexto. Además, enfatizará en la dignidad humana, los Derechos Humanos y la aceptación de la diferencia. El objetivo es la transformación de los ambientes de aprendizaje, donde los conflictos se asumen como oportunidad pedagógica que permite su solución mediante el diálogo, la concertación y el reconocimiento a la diferencia para que los estudiantes desarrollen competencias para desempeñarse como sujetos activos de derechos en el contexto escolar, familiar y comunitario.
- **Creación de Manuales de convivencia que analicen el contexto y clarifiquen las pautas que seguirá el colegio frente a este fenómeno:** Su construcción debe ser concertada desde las mismas instituciones, que incluya la participación activa de los estudiantes y demás actores de la comunidad educativa (docentes y familia). Para su elaboración se debe tener en cuenta la identificación y análisis del contexto.
- **Habilidades para la vida:** Ésta constituye una iniciativa de la OMS que tiene como objetivo la prevención de riesgos psicosociales, promoción de la salud, inclusión social, promoción de la convivencia, fomento de la resiliencia, mayor calidad de la educación y el desarrollo humano. Esta iniciativa se basa en el desarrollo de programas que buscan fomentar las diez habilidades para la vida, que son: Autoconocimiento, comunicación asertiva, empatía, manejo de emociones y sentimientos, pensamiento crítico, relaciones interpersonales, toma de decisiones, manejo de problemas y conflictos, pensamiento creativo y manejo de tensiones y estrés (OPS, 2001).
- **Programas de sensibilización y orientación comunitaria frente a la VEP:** Se deber realizar a nivel comunitario campañas de sensibilización, para promover conductas prosociales y dar a conocer el maltrato entre iguales. Se pueden organizar grupos de capacitación, seminarios y constitución de grupos de trabajo. Para complementar estas acciones, se debe elaborar y divulgar un marco normativo que oriente y regule las conductas a seguir frente a la violencia entre pares (Avilés, Irurtia, García-Lopez & Caballo, 2011).



E. Ruta de atención para VEP



V. Modelo para Trastornos de la Conducta alimentaria (TCA)

En este capítulo se presentan las características específicas del modelo para el evento emergente de “Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)”; se abordan las definiciones, el contexto epidemiológico, la administración del riesgo, las acciones específicas y la ruta genérica de atención, desde la gestión de riesgo, para entes territoriales.

A. Definiciones

En términos generales, los TCA se pueden definir como una distorsión de la autoimagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal, que lleva a una alteración en el patrón de la alimentación, bien sea disminuyendo los aportes de comida con dietas restrictivas o con medidas que contrarresten los efectos sobre el peso y aumentar así las pérdidas.

Clasificación:

La OMS propone en la CIE-10 los siguientes trastornos en la conducta alimentaria: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), bulimia nerviosa atípica, hiperfagia y vómitos asociados a otros trastornos psicológicos (atracones), otros trastornos de la conducta alimentaria y trastorno de la conducta alimentaria no especificados (TCANE). Los últimos incluyen a los usuarios que no reúnen todos los requisitos de la AN y la BN, y son una gran parte de los casos de TCA.

A continuación se describen los principales TCA y su código diagnóstico según el CIE -10.



Anorexia Nerviosa (AN), (F50.0):

Es un trastorno caracterizado por la pérdida de peso intencional, inducida y mantenida por el usuario. Se presenta habitualmente en adolescentes, principalmente en mujeres jóvenes, aunque también puede afectar a población masculina, así como a niños que se acercan a la pubertad y a mujeres mayores, hasta la menopausia. El trastorno se asocia con una idea recurrente y sobrevalorada de la imagen corporal, un temor a la obesidad y a la pérdida de la silueta, por la cual el usuario se autoimpone un límite de peso bajo. Habitualmente hay desnutrición de grado variable, con perturbaciones de las funciones corporales y con alteraciones endocrinas y metabólicas secundarias. Entre los síntomas se cuentan la elección de una dieta restringida, el ejercicio excesivo, el vómito, las purgas inducidas, el uso de anorexígenos, laxantes y diuréticos.

Tabla. Criterios para diagnosticar Anorexia Nerviosa (AN)

A	Rechazo a mantener el peso corporal ideal para la edad y la estructura (o un poco arriba del mínimo normal). La pérdida lleva a menos de un 85% del peso esperado. Fallas en la ganancia de peso durante los períodos de crecimiento.
B	Miedo intenso a ganar peso o entrar en sobrepeso, aun cuando se encuentre con peso bajo.
C	Alteraciones en la manera como el usuario percibe su peso y su forma corporal. Auto evaluación indebida de su peso y forma corporal. Negativa a aceptar la seriedad de la reciente y gran pérdida de peso. Amenorrea o pérdida de la menstruación.

Bulimia Nerviosa (F50.2):

Es un síndrome que se caracteriza por accesos repetitivos de hiper ingestión de alimentos y por una preocupación excesiva por el control del peso corporal, que lleva al usuario a inducirse el vómito o usar purgantes luego de la hiper ingestión. Este trastorno comparte muchas características comunes con la anorexia nerviosa, incluido el excesivo interés en la apariencia personal y el peso. El vómito repetitivo puede dar origen a trastornos electrolíticos y a complicaciones físicas.

Tabla. Criterios para diagnosticar Bulimia Nerviosa (BN)

A	Episodios recurrentes de necesidad excesiva de comer caracterizados por la ingestión de una cantidad de alimentos mayor de la que otra persona podría comer durante un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias, (por ejemplo en 1-2 horas). Sensación de falta de control para comer durante el episodio.
B	Comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para prevenir la ganancia de peso, tales como: vómito inducido, uso de laxantes, diuréticos y enemas, ayuno o ejercicio excesivo.
C	Los episodios de necesidad excesiva de comer y de comportamientos compensatorios se presentan al menos 2 veces por semana durante 3 meses.
D	La auto evaluación es influenciada indebidamente por la forma y el peso corporal.
E	La alteración se presenta exclusivamente durante los períodos de Anorexia.

Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas (F50.4):

Conocida como Hiperfagia psicógena, se refiere a la hiper ingestión de alimentos debida a acontecimientos angustiantes, como duelos, accidentes, nacimientos, etc.



Trastorno de la Ingestión de Alimentos, No Especificado TCANE (F50.9).

Se les llama a todos los demás trastornos que no cumplen todos los criterios para el diagnóstico de anorexia o bulimia.

B. Contexto Epidemiológico

Se estima que la incidencia de la anorexia nerviosa ha aumentado en los últimos decenios, en especial en los países occidentales industrializados. También se ha comprobado que es mayor en el nivel socioeconómico medio y alto. Un 85% de los pacientes desarrollan la anorexia entre los 13 y los 20 años de edad. La epidemiología de la bulimia es más compleja, en parte porque su delimitación como entidad nosológica es más reciente, por lo que los estudios de prevalencia difieren por usar distintos criterios diagnósticos y también porque muchos casos pueden mantenerse ocultos, al no haber compromiso del peso corporal. Su edad de inicio es generalmente más tardía, siendo más frecuente en los últimos cursos del colegio y primeros de la universidad. (Marín B., 2002).

Tan sólo en Estados Unidos cerca de 8 millones de adolescentes y adultos jóvenes tienen síntomas de trastornos alimentarios, de éstos, más del 90% son mujeres y más del 75% son adolescentes, estimándose que la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) afectan aproximadamente a 1,2 millones de mujeres en dicho país. (Guero-Prado & Barjau Romero, 2001).

Los trabajos epidemiológicos que reflejan la incidencia de los TCA en las últimas décadas indican un aumento inequívoco de los mismos, tal y como se muestra en la realidad clínica, donde parece innegable el incremento de este tipo de pacientes en las consultas psiquiátricas y de Atención Primaria. La controversia sobre si el aumento en la incidencia de los TCA es una realidad o simplemente se trata de una mejoría de la capacidad para diagnosticarlos no está, por el momento, resuelta. Se piensa que este incremento en el número de casos se debe a diferentes factores que van más allá de los puramente derivados de la mejora en los instrumentos diagnósticos entre otros. (Correa V, 2006).

Como reflejan los trabajos de Lucas et al y Pagsberg y Wang. El primer autor ya observó que la tasa de incidencia en mujeres de 15 a 24 años aumentó significativamente, mientras que la incidencia en mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 59 años y hombres permaneció estable. En un período de 30 años la incidencia de AN pasó de ser de 7 por 100.000 habitantes entre 1950 y 1954 a 26,3 por 100.000 entre 1980 y 1984. Por su parte, Pagsberg en un estudio comparativo entre dos períodos de cuatro años evaluados con 25 años de diferencia, encuentra que tanto la incidencia de AN como de BN se multiplicó por 4,25 y 4,3 respectivamente.

En términos medios, se estima que la incidencia de la AN viene a ser de 20 a 30 mujeres menores de 25 años por 100.000 habitantes, con una prevalencia de 0,5 a 1 por 100.000 (26), mientras que la incidencia y prevalencia de la BN presenta cifras variables entre el 4 y 8% y entre el 1 y 3% respectivamente; además se habla de una incidencia similar en todos los estratos sociales, contrariamente a la predominancia de clases sociales medias-altas, la relación entre el nivel socio-económico y el desarrollo de un TCA sigue siendo una cuestión controvertida. (Guero-Prado & Barjau Romero, 2001)

Respecto a la BN, la investigación epidemiológica es más compleja, y todos los datos apuntan a que es más frecuente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, estando la edad media de aparición alrededor de los 20 años de edad y siendo la proporción mujeres varones, al igual que en la AN, de 10:1. (1)

Dentro del contexto iberoamericano un estudio de prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga – España, encontró que la información obtenida de los padres proporciona tasas de prevalencia muy inferiores a las obtenidas a partir de la información de sus hijos. En este sentido según los adolescentes, la mayoría son asintomáticos (69.1%), el porcentaje de sintomáticos es relativamente grande (27.5%) aunque en menor medida se cumplen todos los criterios diagnósticos de algún TCA (3.4%). El riesgo que tienen las mujeres adolescentes de presentar un TCA es cuatro veces superior al de los hombres (OR=4.6). (3)

A nivel latinoamericano un estudio en Chile, encontró que el 8,3% de la población adolescente escolar presentó riesgo para TCA y hubo una tendencia de mayor proporción de adolescentes con riesgo de TCA en el grupo 12 años o menos (10,3%), entre los 13 y 15 años (8,6%), y 7,4% para las de más de 16 años. El riesgo de prevalencia de TCA en población adolescente femenina escolar entre 11 y 19 años fue del 8,3%; y



existe una tendencia preocupante de que el grupo etario de mayor riesgo sea el de menor edad, a pesar de no ser estadísticamente significativo; como hallazgos más significativos consideraron que no es posible afirmar que los TCA sean privativos de las clases más acomodadas, sino que más bien atraviesan todos los niveles socioeconómicos, y que lo que muestra es la presencia de un fenómeno ampliamente distribuido (Guerra-Prado & Barjau Romero, 2001)

Un estudio desarrollado en Cali Colombia, se encontró que la edad promedio de las estudiantes fue 13 años, el 7,1% refirieron vomitar como medida para reducir peso. En las conductas identificadas en sus familiares, el 86,9% reportó uso de laxantes para adelgazar, mientras en amigos y pares el 15,7% y el 12,6% percibieron inducción al vómito y empleo de pastillas para adelgazar, respectivamente. La prevalencia de riesgo para los TCA fue 3,5% en las mayores de 15 años y en adolescentes de grados superiores a noveno, sin embargo aunque la prevalencia del riesgo encontrada en esta investigación fue baja respecto a otras, se puede atribuir en parte porque la edad promedio de estas adolescentes era menor a otros estudios (Rodríguez & Mina, 2008).

En Bucaramanga, otro estudio de adolescentes en el año 2005, encontró una prevalencia de 30,0% (IC 95%: 24,3%-36,2%). De estos casos, 56 (76,7%) correspondían a TCANE (prevalencia 23,0%; IC 95%: 17,9%-28,9%); 13 (17,8%), a BN (prevalencia 5,3%; IC 95%: 2,9%-8,9%), y 4 (5,5%), a AN (prevalencia 1,6%; IC 95%: 0,5%-4,2%). No se encontraron diferencias en la prevalencia global de TCA o de cualquiera de sus variantes según la edad, el curso matriculado o el nivel socioeconómico (Rueda-Jaimes Germán Eduardo, 2005).

Por último de los estudios más recientes realizado en estudiantes de medicina en Bogotá sobre riesgo de TCA, observó RTCA en el 20,4% de los estudiantes de medicina de una universidad en Bogotá, Colombia. Asimismo, se halló asociación estadísticamente significativa entre alto estrés percibido, sexo femenino y consumo problemático de alcohol y RTCA. La prevalencia de RTCA depende de las características de la población y del instrumento que se use para la medición del riesgo. En la presente investigación se observó que el 20,4% de los participantes mostraron RTCA. Este porcentaje es muy similar al que observaron investigadores precedentes, de entre el 15,4% y el 18,9%; sin embargo, dicho hallazgo es significativamente superior a lo que informaron otros investigadores, quienes documentaron prevalencias de entre el 5,2% y 11,7%; y es sustancialmente inferior a lo que hallaron otros autores, del 39,7% (Villamil-Vargas, 2012).

C. Administración de riesgo

Para la admimistración de riesgo e los TCA se deben abordar los múltiples factores que promueven su aparición en los diferentes entornos y sus riesgos derivados; para articular estrategias intersectoriales para mejorar la atención integrada, coordinada y continuada, desde la Gestión de Riesgos en el SGSSS.

En el contexto del modelo de gestión de riesgo, el abordaje para individuos afectados por la violencia escolar incluye la administración de riesgo, que integra el análisis y la tipificación del riesgo, hasta la intervención del riesgo.



A continuación se lista el análisis y tipificación de riesgo en TCA:

Gestión de riesgo	Análisis de riesgo	Tipificación del Riesgo	Riesgo específico
Factores determinantes del evento	Vulnerabilidad	Susceptibilidad	Impulsividad
			Obesidad
			Trastornos psicopatológicos
			Consumo de alcohol y drogas
			Antecedente de Abuso
	Capacidad de respuesta		Antecedente familiar de TCA
			Perfeccionismo y autocastigo
			Autoestima
			Resiliencia
Amenaza	Exposición directa	Entorno social violento	
		Dietas inadecuadas	
		Promoción de estereotipos de belleza	
	Factores del contexto	Violencia intrafamiliar	
		Pautas de crianza y Hábitos de alimentación inapropiados	
		Ideal cultural de belleza	
Riesgos derivados del evento	Mortalidad por riesgo de suicidio	Riesgo de conducta suicida	Ideación e intentos de suicidio
	Discapacidad asociada	Funcionalidad e interacción social	Baja autoestima
	Conducta des-adaptativa	Conducta criminal, o social des-adaptativa, fracaso escolar o laboral	Aislamiento
			Conducta criminal
			Fracaso escolar
	Morbilidad por consumo de alcohol	Traumas o lesiones asociadas al consumo de alcohol	Fracaso laboral
	Secuelas emocionales	Trastornos mentales	Otra des-adaptativa
Traumas, lesiones e intoxicaciones			
Conducta			
Afectivos			
Problemas de salud física	Enfermedades generales	Psicóticos	
		Otros	
Del comportamiento y la interacción ciudadana	Estigma, rechazo o exclusión	según hallazgos individuales	
		Estigma	
		Rechazo o exclusión	
		Deserción escolar o laboral	

Los TCA como fenómeno emergente requerirá una atención integral que incluya una articulación entre diferentes estamentos, especialmente el educativo y el de salud.

El Modelo de Gestión del Riesgo, a partir del análisis y la tipificación de riesgo, desarrollan estrategias que permitan disminuir la incidencia de fenómenos como los TCA, partiendo de la prevención de riesgo a partir de los principales determinantes establecidos, y la atención de personas en riesgo y sus riesgos derivados del evento.

Partiendo de esto a continuación se encontrarán las principales estrategias, sectores, acciones y recursos de atención desde la gestión de riesgo, acordes al SGSSS.



Riesgo específico	Necesidad de intervención	Sectores involucrados y responsable	Estrategia y acción	Recursos
Susceptibilidad	Detección precoz de personas en riesgo.	Todos los sectores articulados desde las secretaría y direcciones de salud.	Información, educación, comunicación y sensibilización. Rutas de atención.	Planes, programas y proyectos desde los diferentes sectores
	Evaluación consultas de PyP.	Salud: IPSs.	Evaluación y detección de personas en riesgo.	Consultas medicas y de PyP
Capacidad de respuesta	Habilidades para la vida	Educación: Instituciones educativas.	Promover y fortalecer habilidades para la vida.	Programas de Habilidades para la vida
Exposición directa	Convivencia	Educación: Instituciones educativas.	Mejorar la convivencia y exposición a conductas de riesgo.	Planes y Manuales de convivencia, Proyectos pedagógicos
		Bibliotecas publicas y casas de la cultura.		Plan nacional de Cultura y Convivencia
Factores del contexto	Sensibilización, educación y orientación comunitaria	Todos los sectores articulados desde las secretaría y direcciones de salud.	Información, educación, comunicación y sensibilización.	Planes, programas y proyectos desde los diferentes sectores, articulados desde las redes socio-institucionales.
			Identificación e intervención de los factores determinantes sociales relacionados al evento.	
Riesgo de conducta suicida	Evaluación del riesgo	Salud: IPSs, Medicina general.	Evaluación del riesgo y manejo acorde al mismo.	Consultas medicas o de seguimiento
Funcionalidad e interacción social	Evaluación psicología	Salud y educación: Instituciones, profesional psicología.	Evaluación psicología	Consultas, asesorías o terapias.
Conducta criminal, o social des-adaptativa, fracaso escolar o laboral	Evaluación psicología y/o terapia ocupacional	Salud y educación: Instituciones, profesional psicología.	Evaluación psicología y/o terapia ocupacional	Consultas, asesorías o terapias.
Traumas o lesiones asociadas al consumo de alcohol	Evaluación medicina general	Salud: IPSs, Medicina general.	Evaluación medicina general	Consultas medicas o de seguimiento
Trastornos mentales	Evaluación psiquiatría	Salud: IPSs, especialista en psiquiatría.	Evaluación psiquiatría	Consultas medicas o de seguimiento
Enfermedades generales	Evaluación medicina general y/o especializada	Salud: IPSs, Medicina general y/o especializada.	Evaluación medicina general y/o especializada	Consultas medicas o de seguimiento
Estigma, rechazo o exclusión	Evaluación psicosocial	Instituciones educativas, laborales, de bienestar, etc.	Evaluación psicosocial	Programas de Bienestar

D. Acciones específicas:

Intervención temprana y detección precoz.

La prevención desde el concepto de salud pública ha mostrado su efectividad para el manejo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Busca disminuir su incidencia, prevalencia y recurrencia, mejorando su pronóstico. Las intervenciones preventivas generan mayor impacto si se enfocan en la reducción de los factores de riesgo y aumentando los factores de protección relacionados (Hosman, Jané-Llopis, & Saxena, 2004).

Se fundamenta en la información, educación, comunicación y formación de los padres y adultos responsables y la comunidad. Se busca promover un ambiente educativo en los diferentes entornos, que facilite el desarrollo personal de hábitos, actitudes y valores útiles en los hijos, para crear y fortalecer la



autoestima, la expresión del afecto y la responsabilidad. Creando y transmitiendo el concepto de salud positiva; originado en sus propios valores; que permitan la adopción de hábitos de vida saludable, un desarrollo emocional equilibrado, así como unas buenas relaciones familiares, que permitirán un mayor control de las emociones y responder de una manera más acertada a la frustración

Finalmente, los medios de comunicación son aliados importantes en la modificación de ciertas actitudes y percepciones sociales, de valores y de hábitos. A través de ellos (televisión, radio, revistas de moda, internet, redes sociales) es posible dar mensajes acerca de una alimentación balanceada y saludable, actividad física e imagen corporal.

Por último, en la comunidad se debe poder reconocer a las personas en riesgo de TCA y orientarlos a los servicios de atención, acorde a las rutas disponibles en cada comunidad.

Factores determinantes en intervención temprana:

- Dieta, autoestima y habilidades sociales.
- Familiares: patrones de comida familiares, modelo de cuidado familiar, comentarios familiares acerca del peso, dietas o presión por adelgazar.
- Colegio: actitudes de entrenadores y profesores respecto al peso. Comida disponible en el colegio
- Mensajes sociales y de los medios acerca de alimentación, actividad física e imagen corporal (televisión, revistas de moda).

Evaluación:

La atención de usuarios en la consulta médica general o especializada constituye una oportunidad de detección temprana porque, a través de ellas, las personas con el trastorno alimentario podrán consultar por algunas de las manifestaciones de los TCA; De la misma forma se pueden reconocer signos orales de los TCA en la consulta odontológica, tales como erosión de las superficies linguales de los dientes anteriores superiores, caries extensas, sensibilidad dental, xerostomía e hipertrofia de parótidas. Por esta razón los profesionales de esta rama del conocimiento deben familiarizarse con alguno de los métodos de tamización y garantizar remisión oportuna al médico general (Faine, 2003).

La intervención desde las fases tempranas de de los TCA, mejora el pronóstico al disminuir la mortalidad de los usuarios y al aminorar el impacto en sus familias (Klump, Bulik, Kaye, Treasure, & Tyson, 2009).

Se han utilizado varios instrumentos para la tamización de usuarios con TCA, como: el cuestionario SCOFF (Morgan, Reid, & Lacey, 1999) y la tamización de trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria (*Eating Disorder Screen for the Primary Care*) (Cotton, Ball, & Robinson, 2003) los cuales se presentan a continuación. Es importante anotar que la aplicación de estos instrumentos puede llevarse a cabo en el primer nivel de complejidad del actual Sistema General de Seguridad Social (SGSS).

Cuestionario SCOFF (del acrónimo en inglés, <i>sick, control, one, fat, food</i>).
1. ¿Usted se provoca el vómito porque se siente muy llena?
2. ¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?
3. ¿Ha perdido recientemente más de 7 kg en un período de 3 meses?
4. ¿Cree que está gorda aunque los demás digan que está demasiado delgada?
5. ¿Usted diría que la comida domina su vida?
Dos o más respuestas afirmativas tienen una sensibilidad de 100% y una especificidad de 87.5 para el diagnóstico de un TCA.

Tamización de trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria (<i>Eating Disorder Screen for the Primary Care</i>)
1. ¿Está usted satisfecho con su forma de comer? (NO es anormal)
2. ¿Alguna vez come en secreto? (SI es anormal)
3. ¿Afecta su peso la forma en la que se siente con respecto a usted mismo? (SI es anormal)
4. ¿Algún miembro de su familia ha sufrido de un trastorno de la conducta alimentaria? (SI es anormal)
5. ¿Actualmente sufre o en el pasado a sufrido un trastorno de la conducta alimentaria? (SI es anormal)



Se debe realizar una evaluación inicial usualmente por medicina general. En esta evaluación se debe realizar una historia clínica completa, en la que se consignen todos los datos obtenidos en la anamnesis y los hallazgos relevantes del examen físico.

Durante el interrogatorio es fundamental preguntar por la conducta alimentaria del usuario, la psicopatología propia de los TCA, la de otros trastornos mentales y explorar los síntomas físicos en los diferentes sistemas. Se sugieren algunas preguntas para abarcar estos aspectos.

Sugerencias preguntas para la anamnesis del usuario con TCA.	
Conducta alimentaria	<ul style="list-style-type: none">- ¿Qué come usted habitualmente en un día?- ¿Qué alimentos siente seguros y cuáles evita?- ¿Evita usted comer con otras personas?- ¿Alguna vez se ha inducido el vómito, ha realizado ejercicio o ha usado laxantes o diuréticos? Si lo ha hecho, ¿en qué cantidad? ¿Qué tan frecuente?- ¿Alguna vez ha perdido el control al comer?<ul style="list-style-type: none">- ¿Ha tenido cambios en el peso ultimamente?
Psicopatología	<ul style="list-style-type: none">- ¿Qué piensa usted de su peso actual?- ¿Cuál piensa usted que sería su peso ideal?- ¿Cómo se sentiría usted si tuviera un peso acorde para su estatura?- ¿Cuánto tiempo dedica en el día a pensar sobre la comida o su peso?- ¿Se ha sentido culpable o deprimido? ¿Alguna vez ha pensado en el suicidio?- ¿Se han vuelto los rituales muy frecuentes en su vida?<ul style="list-style-type: none">- ¿Consume usted alcohol, cigarrillo, marihuana, cocaína u otras sustancias?
Síntomas físicos	<ul style="list-style-type: none">- ¿Cuándo fue la fecha de su última menstruación? ¿Sus ciclos menstruales son regulares?- ¿Ha notado usted debilidad en los músculos? ¿A lo mejor subiendo escaleras o cepillándose el cabello?- ¿Es usted más sensible al frío que el resto de las personas?- ¿Cómo está su sueño actualmente?- ¿Se ha desmayado?- ¿Tiene usted problemas dentales?<ul style="list-style-type: none">- ¿Ha tenido usted algún problema con su sistema digestivo?

En el examen físico, es primordial anotar las medidas antropométricas del usuario (peso, talla, IMC) y, en el caso de los niños, compararlos con los percentiles según la edad. Los signos vitales pueden indicar hipotensión o bradicardia o bien, arritmias, especialmente en bulimia nerviosa. En niños y adolescentes se debe anotar adicionalmente el Tanner.

Con esta información se busca confirmar el diagnóstico del TCA mediante la comprobación de los criterios propuestos en los diferentes sistemas de clasificación. De la misma manera se deben buscar otros criterios que configuren trastornos concomitantes y complicaciones orgánicas asociadas.

Posteriormente, se solicitan los exámenes iniciales, que estén disponibles en el nivel de complejidad donde se halla realizado la atención inicial, con el fin de detectar complicaciones de los TCA y en el lenguaje científico técnico, descartar diagnósticos diferenciales (Himmerich, Schönknecht, Heitmann, & Sheldrick, 2010).

Tratamiento:

El diseño de un plan terapéutico demarca la ruta de la atención del usuario; para lo cual se garantiza una evaluación interdisciplinaria. Lo primero a definir en la evaluación es la modalidad de tratamiento. En los TCA, el manejo intrahospitalario se ha relacionado con mayores tasas de abandono de los usuarios y mayor mortalidad (Berkman, Lohr, & Bulik, 2007), por lo que sus indicaciones son precisas:



Indicaciones de manejo Hospitalario para TCA

- Desnutrición grave (peso menor del 70% del peso ideal)
- Bradicardia (<50 lpm en el día y <45 lpm en la noche)
- Intervalo QTC >440 mseg
- Ortostatismo: disminución en la presión arterial sistólica de >10 mmHg o aumento en el pulso de >35 lpm
- Hipotermia: temperatura <36.3°C
- Hipokalemia: potasio <3.0
- Hipotensión: PA <90/45
- Deshidratación grave
- Complicaciones médicas de la desnutrición: síncope, convulsiones, falla cardíaca y pancreatitis.
- Cualquier condición que ponga en peligro la vida, teniendo en cuenta que las principales causas de mortalidad en esta población son las infecciones, el choque cardiovascular y el suicidio.

Los pilares fundamentales que soportan el tratamiento de los TCA son las psicoterapias, la rehabilitación nutricional, el tratamiento farmacológico y el manejo de las complicaciones. Para este fin, se requiere de la evaluación de los usuarios por un equipo interdisciplinario conformado por médico general, internista, pediatra, psiquiatra, ginecólogo, nutricionista, psicólogo y trabajador social.

La rehabilitación nutricional debe ser guiada por un profesional en nutrición y dietética, basándose en objetivos antropométricos específicos para cada usuario, que se deben calcular y evaluar en el tiempo. (Sylvester & Forman, 2008). Debe proveerse simultáneamente educación sobre hábitos alimenticios saludables.

Con respecto a la psicoterapia, existen múltiples enfoques que pueden involucrar únicamente al usuario, a su familia o a ambos. Sin embargo, hay estudios que han comparado la eficiencia de los diferentes enfoques (Hay P, Bacaltchuk, Claudino, Ben-Tovim, & Yong, 2003) y que muestran la superioridad del enfoque cognitivo-conductual (Phillipa Hay, 2013). Es importante anotar que, en algunos casos, pueden encontrarse altos niveles de emociones expresadas que indican la necesidad de un enfoque familiar y la incorporación de la familia en grupos de psicoeducación (Keel & Haedt, 2008).

El tratamiento farmacológico se utiliza como complemento a las intervenciones nutricionales y psicoterapéuticas. Su inicio se indica en usuarios con enfermedad aguda que no ganan peso a pesar de las intervenciones antedichas y ante marcados síntomas de ansiedad y depresión. Los medicamentos usados con mayor frecuencia son los antidepresivos, particularmente fluoxetina; adicionalmente antipsicóticos, como la olanzapina (Bulik, Berkman, Brownley, Sedway, & Lohr, 2007; Shapiro et al., 2007). La evidencia sobre la eficacia de los psicofármacos a largo plazo es escasa (Flament, Bissada, & Spettigue, 2012) y por ende la decisión de su continuación recae sobre el profesional de salud mental.

Necesidad	Intervención	Especificaciones
Identificación del caso	Historia clínica por medicina general, incluyendo examen físico con medidas antropométricas	- En caso de niños y adolescentes utilizar las tablas de las medidas antropométricas de la OMS y el Tanner
	Diagnóstico de comorbilidades	- Utilizar criterios diagnóstico de DSM-5 o CIE-10
	Paraclínicos	- Según cada nivel de complejidad
Atención en salud	Descartar criterios de hospitalización	- Hospitalización en nivel de complejidad apropiado - En promedio 4-6 semanas
Evaluación interdisciplinaria	Consulta o interconsulta medicina general	- #1 evaluación inicial y definir continuidad
	Consulta o interconsulta nutrición	- #1 evaluación inicial y definir continuidad
	Consulta o interconsulta psiquiatría	- #1 evaluación inicial y definir continuidad
	Consulta o interconsulta psicología	- #1 evaluación inicial y definir continuidad
	Consulta o interconsulta pediatría o medicina interna	#1 evaluación inicial y definir continuidad
	Consulta o interconsulta trabajo social	-#1 evaluación inicial y definir continuidad
Consulta o interconsulta ginecología en mujeres	#1 evaluación inicial y definir continuidad	
Rehabilitación	Establecimiento de metas por	La duración de la hospitalización y la cantidad



nutricional	nutricionista	de los servicios varía en función del cumplimiento de metas La rehabilitación nutricional es la primera línea de tratamiento junto a la psicoterapia.
	Comida supervisada por personal de salud o la familia	Nutrición enteral con una dieta polimérica por vía oral siempre que sea posible ordenada por nutricionista
	Educación individual en salud	Realizada por nutricionista
Mejorar autoimagen	Psicoterapia individual	Primera línea de tratamiento junto a la rehabilitación nutricional El enfoque cognitivo-conductual tiene la mejor evidencia Debe iniciarse en la fase aguda de la enfermedad, bien sea hospitalaria o ambulatoria. Para esta fase se requieren mínimo 20 sesiones, cada una de una hora de duración; pueden ser semanales. Debe incluirse como tratamiento de mantenimiento para prevenir recaídas. Existen protocolos que duran un año, con 50 sesiones en total.
Disminuir niveles de emociones expresadas	Psicoterapia de familia	<ul style="list-style-type: none"> - Una de las sesiones de psicoterapia individual debe incluir a la familia - Según evaluación se define necesidad de psicoterapia familiar
Mejorar ganancia de peso y tratamiento de comorbilidad	Antidepresivos: - Fluoxetina cap 20 mg o Jarabe 20 mg / 5 cc. Dosis: 60 mg al día - Sertralina tab 50 y 100 mg. Dosis 100 mg al día. Sólo en bulimia nerviosa.	<ul style="list-style-type: none"> - Indicada como terapia adyuvante a la psicoterapia y la rehabilitación nutricional. - Los antidepresivos se usan en el tratamiento agudo y según el criterio clínico, se puede dar como mantenimiento.

Seguimiento, rehabilitación y cuidado paliativo:

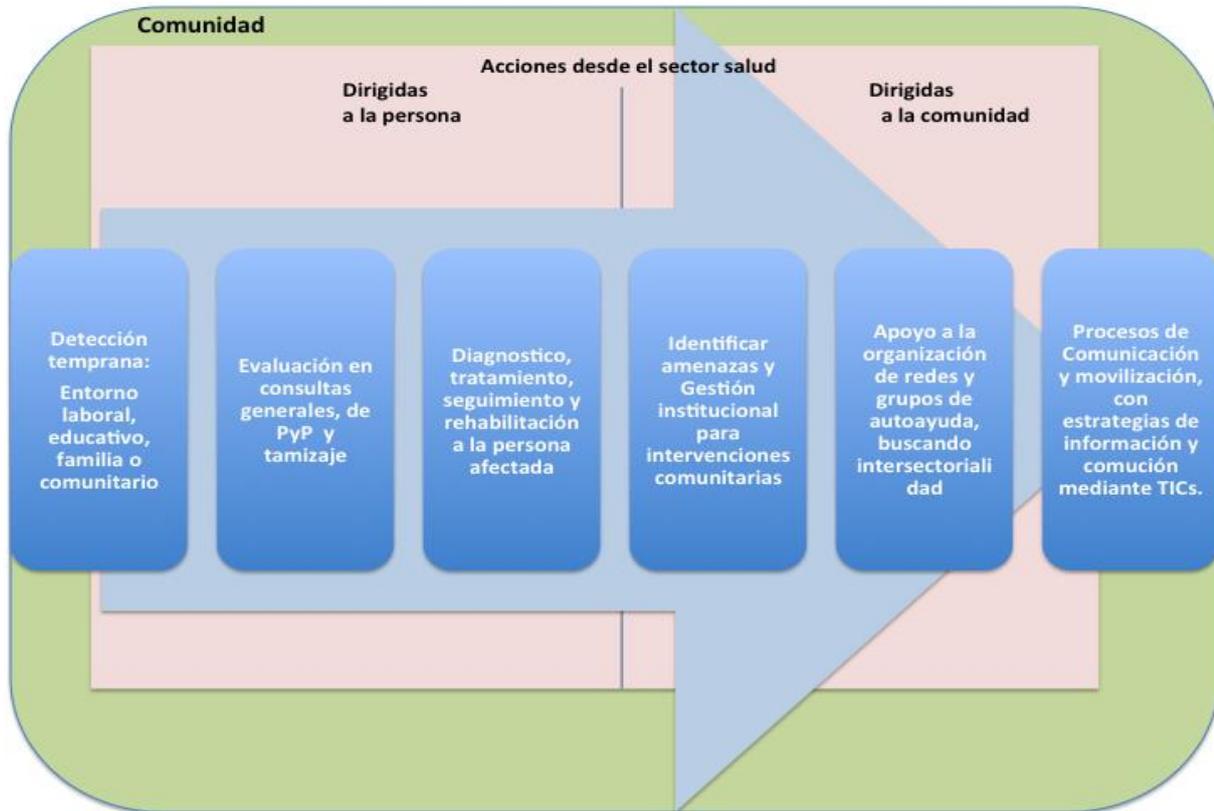
Los estudios que han evaluado el seguimiento de los usuarios con TCA sugieren que una vez alcanzada la remisión de los síntomas y por ende la recuperación nutricional, exista una relación proporcional entre el porcentaje de recaídas y el tiempo total de seguimiento, que puede oscilar entre 2 y 5 años (Keel & Brown, 2010).

Programar el seguimiento de estos usuarios por parte de las especialidades médicas y demás profesionales del área de la salud, mencionados en el manejo integral, se debe individualizar, teniendo en cuenta las variables que modifican el pronóstico, como son la duración de la enfermedad antes de haber iniciado el tratamiento, la necesidad de manejo intrahospitalario y la presencia de comorbilidades (Treasure, Claudino, & Zucker, 2010).

Existe un grupo de usuarios crónicos y refractarios al tratamiento descrito, a los que se puede ejercer un tratamiento paliativo. Generalmente estos casos, que son pocos, no obtienen respuesta con los múltiples ensayos terapéuticos, por lo que se realizan medidas encaminadas a paliar las complicaciones y evitar el riesgo vital. Algunos autores recomiendan unas metas más limitadas o enseñarle al usuario a no colocarse en situaciones de riesgo; cuando la evolución es tórpida, debe considerarse pactar la supervivencia con el usuario, dado que las probabilidades de curación son bajas. Esto implica evitar la caquexia extrema, los desequilibrios hidroelectrolíticos y las complicaciones infecciosas. De esta forma se acepta algunas conductas del usuario y se pactan otras (Jager J, 1992).



E. Ruta de atención para TCA



VI. Modelo para conducta suicida

En este capítulo se presentan las características específicas del modelo para el evento emergente "Conducta Suicida"; se abordan las definiciones, el contexto epidemiológico, la administración del riesgo, las acciones específicas y la ruta genérica de atención, desde la gestión de riesgo, para entes territoriales.

A. Definiciones

La conducta suicida se puede definir como un *continuum* observable en diferentes grados, que va desde la ideación suicida y la tentativa de suicidio, hasta el suicidio consumado. Es un comportamiento que puede ser influenciado por múltiples causas y precipitado por diversas situaciones que se convierten en eventos desencadenantes.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (trastornos mentales y del comportamiento), de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993), del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), la conducta suicida se considera un síntoma de un malestar o trastorno emocional o mental y no representa un diagnóstico en sí mismo y, en consecuencia, se debe revisar la presencia de otros síntomas emocionales o comportamentales que en conjunto hagan parte de su diagnóstico.

La conducta suicida se puede diferenciar en tres niveles o categorías: ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado.



- **Ideación suicida:** se denomina, en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte.
- **Intento de suicidio:** se describe como un acto lesivo con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto.
- **Suicidio:** muerte derivada de lesión, envenenamiento o asfixia mecánica, con evidencia, explícita o implícita, de que fue autoinflingida.

B. Epidemiología

La conducta suicida es un problema importante y evitable de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el suicidio se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en las personas de 15 a 44 años. Se estima que para el 2020 alcanzará 1,5 millones de muertes anuales; y lo que se considera más grave aún son las tasas de suicidio en aumento en los jóvenes hasta el punto de que ahora son considerados como el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo (Secretaría de Salud Medellín, 2012).

La tasa global de suicidios es de 14 por cada 100.000 habitantes: 18 por cada 100.000 para los hombres y 11 por cada 100.000 para las mujeres (Wassrman y Ruhmer, 2012). Las tasas de intento de suicidio y de suicidio consumado varían ampliamente alrededor del mundo, dependiendo de cada país. Una de las explicaciones para ello se relaciona con las técnicas o instrumentos que se usan en la evaluación (Tollefsen, Hem y Ekerberg) y por las condiciones socioeconómicas y culturales.

En América Latina, las cifras pueden oscilar entre aproximadamente 4,0 suicidios por cien mil habitantes en países como Brasil y México y cifras superiores al 15,0 por cien mil habitantes en Cuba (Hawton y van Heeringer, 2009; Hawton, et al., 2012). En cuanto a la ideación suicida y a los intentos de suicidio en adolescentes, la tasa cambia de forma significativa según las características demográficas y sociales de los países. En Chile por ejemplo, 18,8 % de los adolescentes refirió intento suicida previo y en México, el 9 %. En Perú, por su parte, la prevalencia de plan suicida puede variar según la región entre 15,1 % y 36,1 %; mientras para intento de suicidio, entre 8,7 % y 22,3 % (Vera-Romero, 2012).

En Colombia, según el informe Forensis de 2012 del Instituto Nacional de Medicina Legal, el mayor número de suicidios en ambos sexos se presentó en el grupo de jóvenes de 20 a 24 años (7 por 100.000 habitantes), lo que representa 15.462 años perdidos de vida potencial. Se encontró, además, un incremento en las muertes entre los 10 y los 14 años. Dicho informe halló como factores relacionados, el ahorcamiento como mecanismo causal (52,33 %); la soltería (30,55 %) y el conflicto de pareja o ex pareja como desencadenante (12,57 %). Los días en que se registraron el mayor número de casos fueron el domingo de enero y septiembre, en los rangos de hora comprendidos de las 06:00 a las 08:59 y de las 15:00 a las 17:59 (Forensis, 2012)

Por otro lado, en estudios de población adolescente colombiana se encontró que entre el 23,0 % y el 26,5 % de un grupo de adolescentes de Medellín presentaron alto riesgo suicida (Toro, Paniagua, González y Montoya, 2009). En Bogotá se halló que el 26,5 % de los adolescentes manifestaron algún comportamiento suicida (Pérez-Olmos, Téllez, Vélez y Ibáñez-Pinilla, 2012). Mientras que en Manizales se encontró una prevalencia de ideación suicida del 45 %, en estudiantes de octavo a undécimo grado, en colegios oficiales (Amezquita, González y Zuluaga, 2008) y en estudiantes de diferentes carreras universitarias se encontró una cifra del 41 % de ideación suicida (Amezquita, González y Zuluaga, 2003).

El Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 tiene como meta para el 2021 disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones auto-inflingidas a 4,7 por 100.000 habitantes.

Administración de riesgo

El suicidio es un problema de salud pública en Colombia y un evento multicausal, por ello conocer los factores asociados a la conducta suicida en el SGSSS y darlos a conocer a los usuarios, a las familias y a la



comunidad en general es importante porque permite realizar estrategias de promoción, de prevención, de tratamiento y de rehabilitación de la conducta suicida, desde la gestión del riesgo.

Desde el enfoque de gestión de riesgo, el abordaje para personas afectadas por la conducta suicida incluye la administración de riesgo, que integra el análisis y la tipificación del riesgo, hasta la intervención del riesgo.

A continuación se lista el análisis y tipificación de riesgo en conducta suicida (Craig, 2003; Baldry, 2004; Karatas, 2011; Hansen, 2012).

Gestión de riesgo	Análisis de riesgo	Tipificación del Riesgo	Riesgo específico
Factores determinantes del evento	Vulnerabilidad	Susceptibilidad	Genero
			Edad
			Estado civil
			Ocupación
			Intentos previos de suicidio
			Trastornos mentales
			Enfermedades crónicas/terminales
		Capacidad de respuesta	Poseer confianza en sí mismo
			Tener autoestima, autoimagen
			Tener habilidades sociales para la toma de decisiones y para resolver problemas.
			Desarrollar habilidades para aprender a perseverar o a renunciar cuando sea necesario.
			Ser receptivo a las experiencias ajenas y a las soluciones exitosas.
			Evitar el consumo de sustancias adictivas.
			Tener una visión positiva del futuro personal.
Amenazas	Exposición directa Factores familiares	Historia familiar de suicidio o intento (sobre todo en primer grado).	
		Trastornos mentales graves y hospitalizaciones psiquiátricas en familiares.	
		Violencia intrafamiliar y abuso sexual.	
	Factores del contexto	Difíciles realidades sociales de la comunidad	
		Conducta suicida en la comunidad	
		Disponibilidad de métodos suicidas	
		Uso inadecuado de información en Medios de comunicación masiva.	
Bajo nivel de socialización de la normativa en salud mental.			
Barreras de acceso para la atención en salud.			
Insuficiente inversión de recursos humanos y económicos, por parte del Estado y las Entidades de salud para la atención de eventos emergentes en salud mental.			
Pobre articulación intersectorial.			
Riesgos derivados del evento	Mortalidad por suicidio	Riesgo de conducta suicida	Baja autoestima
	Discapacidad asociada	Funcionalidad e interacción social	Aislamiento
	Conducta des-adaptativa	Conducta des-adaptativa, en el ámbito educativo, laboral o social	Pocos vínculos afectivos
			Fracaso escolar
			Fracaso laboral
	Morbilidad por consumo de alcohol	Traumas o lesiones asociadas al consumo de alcohol	Otra des-adaptativa
Secuelas emocionales	Trastornos mentales	Traumas, lesiones e intoxicaciones	
		Afectivos (Depresión, ansiedad).	
		Psicóticos	
Problemas de salud física	Enfermedades generales, discapacidad física.	Otros	
		Según hallazgos individuales	



Teniendo en cuenta que los factores asociados a la conducta suicida (descritos en la tabla anterior) son múltiples: factores individuales, familiares, comunitarios y culturales, este evento emergente en salud mental requiere una atención integral que incluya una articulación entre diferentes estamentos, especialmente salud, educativo y trabajo.

El enfoque de Gestión del Riesgo, a partir del análisis y la tipificación de riesgo, desarrolla estrategias que buscan disminuir la incidencia de la conducta suicida, procurando una atención integral e integrada, que incluye: prevención de riesgo, tratamiento a las personas en riesgo, sus familias y comunidad y rehabilitación.

Partiendo de esto, a continuación se expondrán las principales estrategias, sectores, acciones y recursos de atención integral desde la gestión de riesgo, acordes al SGSSS.

Riesgo específico	Necesidad de intervención	Sectores involucrados y responsable	Estrategia y acción	Recursos
Susceptibilidad	Detección temprana de personas en riesgo ¹ .	Todos los sectores articulados desde las Secretarías y Direcciones de Salud.	Informar, educar, comunicar y sensibilizar. Crear o fortalecer rutas de atención. Identificación de los gatekeepers o cuidadores personales: Transmitir toda la información acerca del suicidio, su patrón, sus características y sus factores de riesgo.	Planes, programas y proyectos desde los diferentes sectores.
	Evaluación de consultas de P y P.	Salud: Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.	Evaluar y detectar personas en riesgo de conducta suicida.	Consultas médicas y de P y P.
Capacidad de respuesta	Habilidades para la vida	Educación: Instituciones educativas.	Promover y fortalecer habilidades para la vida. Realizar actividades lúdicas, recreativas e instructivas pro vida.	Programas de Habilidades para la vida. Programas escolares con miras a solucionar intentos suicidas.
	Resolución de conflictos	Salud: Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Otros sectores, instituciones y población general.	Promover y fortalecer Resiliencia, autoestima y resolución de conflictos.	Programas de detección temprana: crecimiento y desarrollo, salud sexual y reproductiva; programas del menor y mujer maltratados, programas del adulto mayor.

¹ DETECCIÓN TEMPRANA. Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte. Resolución N° 412 DE 2000.



Exposición directa	Convivencia familiar	Todos los sectores articulados desde las Secretarías y Direcciones de Salud. Especialmente, Salud, Protección Social y Educación.	Mejorar la convivencia familiar.	Proyectos de prevención en violencia intrafamiliar. Proyectos de promoción de la salud mental. Terapia familiar.
Factores del contexto	Demanda inducida ² .	Salud: Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Y otros sectores, especialmente, educación y trabajo.	Informar y educar a la población. Dirigir y activar las redes sociales. Identificar y educar a los <i>case management</i> . Impartir charlas, talleres u otras técnicas que permitan dar a conocer sus características, sus factores de riesgo y sus consecuencias.	Programas de P y P. Servicios de salud mental dirigidos a la comunidad.
	Gestión financiera	Estado, Ministerio de Salud y Protección Social. Secretarías de Salud Departamentales y locales. Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Referente en salud mental en el territorio.	Aportar recursos económicos y talento humano para atender integralmente eventos emergentes en salud mental. Vincular talento humano como profesionales psicosociales, docentes, abogados, administradores, entre otros.. Gestionar la articulación con otros sectores para la coordinación de actividades e instituciones. Gestionar regalías en caso de que el territorio cuente con ellas. Invitar universidades para que fortalezcan en sus pensum los cursos de gestión pública y orienten académicamente el proceso de implementación del Modelo. Apoyar lineamientos nacionales y departamentales para la inclusión de recursos por el ente territorial. Mostrar que la estrategia es costo efectiva y costo eficiente. Presentar el plan de acción como proyecto para gestionar	Áreas administrativas y financieras de las Instituciones. Programas de reducción de Barreras a la atención en salud.

² DEMANDA INDUCIDA. Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas. Resolución N° 412 DE 2000.



			la estrategia dentro del Plan Municipal. Y, el acompañamiento del Estado para la gestión de recursos.	
	Formación específica del personal sanitario de asistencia primaria.	Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.	Formar al personal sanitario de atención primaria en salud mental y eventos emergentes.	Capacitación continua al personal de salud.
	Implicar a los medios de comunicación y fomentar el tratamiento responsable de las noticias relacionadas con la conducta suicida.	Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Instituciones educativas. Medios masivos de comunicación.	Adoptar protocolos de reporte de casos de suicidio en los medios masivos de comunicación.	Programas de gestión del conocimiento.
	Reducción del acceso a los métodos y medios de suicidio (medicamentos, pesticidas, armas de fuego, entre los más conocidos y usados).	Estado, Entidades de salud y control social (policía, Min. Gobierno, MinSalud, entre otros).	Acciones coordinadas de educación y apoyo con los case management y los cuidadores personales o gatekeepers.	Normas legales para controlar la venta y distribución de tóxicos.
Riesgo de conducta suicida	Evaluación del riesgo	Salud: Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Medicina general.	Evaluación del riesgo y manejo acorde.	Consultas médicas, psicológicas, psiquiátricas, farmacológicas, por trabajo social y otras a las que acceda el usuario.
	Contención emocional	Todos los sectores articulados desde las Secretarías y Direcciones de Salud.	Dar apoyo, información y orientación las 24 horas del día.	Uso de líneas telefónicas de orientación las 24 horas del día y centros de crisis. Programas en salud mental con este servicio. Línea 123
Funcionalidad e interacción social	Evaluación psicología	Salud y educación: Instituciones, profesional psicología.	Evaluación psicología	Consultas, asesorías o terapias.
Traumas o lesiones asociadas al consumo de alcohol	Evaluación medicina general	Salud: Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado., Medicina general.	Evaluación medicina general	Consultas médicas o de otros especialistas que requiera el usuario. Consultas de seguimiento
Trastornos mentales	Evaluación psiquiatría	Salud: Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Especialistas en salud mental.	Evaluación por: psiquiatría, psicología, trabajo social, terapeuta ocupacional, terapeuta de familia.,	Consultas médicas o de otros especialistas que requiera el usuario. Consultas de seguimiento
Enfermedades generales	Evaluación medicina general y/o especializada	Salud: Entidades Promotoras de Salud, Entidades	Evaluación medicina general y/o especializada	Consultas médicas generales y/ o especializadas.



		Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Medicina general y/o especializada.		Consultas de seguimiento.
Estigma, rechazo o exclusión	Evaluación psicosocial	Salud: Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Educación: Instituciones educativas.	Evaluación psicosocial Informar, dirigir y activar las redes sociales.	Programas de Bienestar

C. Tratamiento integral a usuarios con conducta suicida.

Los médicos generales están en una posición notable, ya que con frecuencia interactúan con los usuarios con riesgo de suicidio (Luoma, Martin y Pearson, 2002); Por esta razón, los programas de educación a estos profesionales son fundamentales ya que promueven la búsqueda activa de los factores de riesgo y protectores para suicidio en los usuarios, especialmente si se tiene en cuenta la ausencia instrumentos de detección útiles (O'Connor, Gaynes, Burda, Soh y Whitlock, 2013).

El contacto del equipo de salud con el usuario con conducta suicida se da generalmente en el servicio de urgencias, o durante la consulta externa, domiciliaria y comunitaria y siempre debe procurarse en un ambiente tranquilo, amigable, con una actitud de escucha y comprensión, lejos de los juicios morales. En el primero de los casos, habitualmente son llevados por los familiares, luego de un intento suicida o ideación suicida asumida o no. En el segundo escenario clínico algunos usuarios con historia de trastorno mental pueden manifestar síntomas depresivos e ideación suicida, o suicidio.

Ante un usuario con conducta suicida, la evaluación inicial debe dirigirse en primer lugar a definir e identificar el problema:

- **Factores de vulnerabilidad y amenaza.**
- **Caracterización de la ideación suicida:** tiempo de evolución, si tiene planeación y de qué tipo.
- **Características del intento (en caso de haberlo realizado):** letalidad del método, intencionalidad, motivos, actitud del usuario ante el resultado.³

Además de la información que se pueda obtener del usuario es conveniente entrevistar a los familiares para ayudar a crear una impresión diagnóstica y clarificar dudas sobre lo ocurrido (McMillan, Gilbody, Beresford y Neilly, 2007).

Una vez terminada la evaluación inicial se debe clasificar el riesgo de suicidio en función de la magnitud y la persistencia de la ideación suicida, de la estructuración del plan, de la disponibilidad de recursos para llevarlo a cabo y de los factores DSS. Se clasifica entonces el paciente, con respecto al riesgo de futura conducta suicida, así: (ver

Tabla)

Tabla. Clasificación del paciente con respecto al riesgo de futura conducta suicida

Riesgo alto	Usuario que persiste con las ideas suicidas, además tiene un plan estructurado y los medios al alcance para concretarlas.
Riesgo indeterminado	Usuario que resulta ambivalente; el equipo de salud no está seguro de un riesgo alto o bajo.

³El abordaje de estas cuestiones no induce en el paciente la ideación suicida.



Riesgo bajo

Usuario que no presenta ideas suicidas, ni planeación suicida.

El 90 % de los usuarios con conductas suicidas presentan algún trastorno mental subyacente (Hirschfeld y Russell, 1997). Se sugiere, entonces, a la hora de hacer el pronóstico identificar signos y síntomas psiquiátricos que sugieran algún trastorno mental, siendo la depresión la más frecuente.

El manejo médico siempre debe iniciar con la estabilización clínica del paciente: asegurar la vía aérea y manejar las posibles lesiones o intoxicación que presente. El personal de salud debe estar capacitado para la intervención en crisis, cuya finalidad no es convencer al paciente de que no se suicide, sino hacerle comprender que es entendido, que su sufrimiento tiene una razón de ser y que se le ofrecerá toda la ayuda posible para aminorarlo, sin necesidad de recurrir al suicidio.

Según la clasificación del riesgo de suicidio, se dará manejo específico, así:

Tabla. Manejo específico con respecto al riesgo de suicidio

Riesgo alto	Manejar las lesiones producidas por la conducta suicida actual, remisión urgente para hospitalizar por psiquiatría, bajo sedación, contención mecánica y acompañamiento (se sugiere de un familiar) y dejarlo bajo vigilancia estrecha 24 horas.
Riesgo indeterminado	El paciente puede resultar ambivalente, ambiguo en algunas ocasiones, por lo que se recomienda dejarlo en observación durante 12 horas, aplicar sedación o ansiolisis de ser necesario y reevaluar al término de este plazo.
Riesgo bajo	Manejar las lesiones producidas por el intento, definir manejo ambulatorio con tratamiento para el trastorno psiquiátrico, si se diagnosticó; interconsulta prioritaria a psiquiatría, explicar al paciente y la familia el manejo a seguir y aclarar de ser necesario el posible riesgo de una futura conducta suicida.

Durante la estancia hospitalaria, bien sea en el servicio de urgencias o de hospitalización, se debe garantizar siempre la seguridad del paciente, a través de la vigilancia continua por el personal de salud y evitar dejar objetos en el espacio que pudieran ser utilizados para la autoagresión.

El tratamiento del trastorno mental, subyacente, que se haya diagnosticado debe iniciarse en la hospitalización o formularse para iniciar de forma ambulatoria según el caso. Para depresión, los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina y la sertralina son de elección y se deben evitar los antidepresivos tricíclicos por su letalidad en sobredosis (Kragh-Sørensen, 1993; Molcho y Stanley, 1992). En el caso del TAB, la evidencia ha sugerido un efecto positivo del litio en la prevención del suicidio (Cipriani, Hawton, Stockton y Geddes, 2013). Las exacerbaciones agudas de la esquizofrenia son tratadas con antipsicóticos. Después de un intento de suicidio, se ha comprobado que la psicoterapia podría contribuir a la prevención de nuevos intentos (Brown et al., 2005). Es importante recordar que los suicidios y los intentos de suicidio son de notificación obligatoria, a través de la ficha respectiva por parte del profesional que realiza la atención.

Los usuarios con riesgo suicida deben estar bajo seguimiento regular según la clasificación del riesgo y el criterio clínico en cada caso. Como parte de las citas de control, el personal de salud debe establecer si ha habido cambios en la situación clínica, reaparición o desaparición de desencadenantes y comprobar la adherencia al tratamiento (Qin y Nordentoft, 2005). Algunos autores han sugerido la programación de la primera cita dentro de los siete (7) primeros días después del alta, pues se ha visto que durante este lapso podría disminuir la tasa de suicidio (While et al., 2012).

En los casos de suicidio consumado es importante realizar autopsias psicológicas, método que permite la reconstrucción de la biografía de la persona fallecida. Con ello se elucubran los factores particulares que pudieron influir en el desenlace fatal y permite orientar el desarrollo de estrategias para la intervención integral (Jacobs y Klein-Benheim, 1995). Igualmente se deben diseñar estrategias de ayuda para que los sobrevivientes minimicen la culpa e identificar otros miembros con riesgo de suicidio.



Para finalizar este apartado se presenta una tabla que resume el tratamiento Integral a usuarios con Conducta suicida donde se describen necesidades, intervenciones y especificaciones.

Necesidades	Intervenciones	Especificaciones
Identificación del caso	Evaluación inicial por medicina general en el servicio de urgencias o de consulta externa.	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilización del paciente (identificar posible Intoxicación o lesiones físicas y manejarlos). - Caracterización de la ideación suicida. - Caracterización del intento suicida. - Identificar factores de riesgo y protectores. - Clasificación del riesgo suicida (alto, indeterminado, bajo).
	Diagnóstico de comorbilidades.	- Utilizar criterios de diagnóstico de DSM-5 o CIE-10 específicos para cada trastorno mental. Tener en cuenta también el Código Z de la CIE.
	Paraclínicos	- Según cada nivel de complejidad y la presentación clínica del usuario.
Atención en salud	Tratamiento según el riesgo:	- La modalidad de tratamiento (hospitalario o ambulatorio) dependen del riesgo y de cada caso particular.
	Riesgo alto	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalizar en condiciones seguras. - Evaluación intrahospitalaria por psiquiatría. - Evaluación intrahospitalaria por toxicología si se requiere. - Psicoterapia individual intrahospitalaria o ambulatoria. - Psicoterapia de familia si se requiere para intervención en crisis.
	Riesgo indeterminado	<ul style="list-style-type: none"> - Observación estrecha durante mínimo 12 horas. - Evaluación por psiquiatría intrahospitalaria o ambulatoria. - Psicoterapia individual intrahospitalaria o ambulatoria. - Psicoterapia de familia si se requiere para intervención en crisis (intrahospitalaria o ambulatoria).
	Riesgo bajo	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo ambulatorio. - Evaluación por psiquiatría intrahospitalaria o ambulatoria. - Psicoterapia individual intrahospitalaria o ambulatoria. - Psicoterapia de familia si se requiere para intervención en crisis (intrahospitalaria o ambulatoria). - Vigilancia estrecha por la familia.
Tratamiento de trastorno mental	Se debe iniciar el tratamiento farmacológico del trastorno mental diagnosticado	<ul style="list-style-type: none"> - Según el diagnóstico iniciar: *Antidepresivos: fluoxetina, sertralina, evitar Tricíclicos *Estabilizadores del ánimo: carbonato de litio, ácido valproico, carbamazepina. *Antipsicóticos: haloperidol, clozapina. *Si se considera necesario se puede dar ansiolisis con benzodiazepinas (clonazepam, lorazepam, alprazolam, diazepam o midazolam).
Seguimiento	Cita por psiquiatría y Psicoterapia individual	<ul style="list-style-type: none"> - Cita por psiquiatría. - Psicoterapia individual. - Psicoterapia de familia. - Cita por medicina general para seguimiento de toxidrome o lesión física.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

VII. INDICADORES DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO.

Una herramienta útil para el desarrollo de una gestión de procesos, es la medición y evaluación del servicio o producto que provee cada unidad u organización, a través de un conjunto de indicadores claves.

Un sistema que entregue información regular sobre la calidad de la gestión posibilitará mayor eficiencia en la asignación de talento humano, recursos físicos y financieros, proporcionará una base de seguridad y confianza en su desempeño al conjunto de los equipos de salud implicados en su implementación en la medida que delimita mejor el campo de sus atribuciones y deberes, incrementará la autonomía y responsabilidad de los directivos en tanto cuenten con bases sustentables de información para la toma de decisiones, y ayudará a mejorar la coordinación con los demás niveles del SGSSS.

Es por eso que los Indicadores son el principal parámetro para el ejercicio del Control de la Gestión de cualquier modelo y estos se materializan de acuerdo a las necesidades de la Institución, es decir con base en lo que se quiere medir, analizar, observar o corregir. Como herramientas gerenciales ocupa un lugar muy significativo la implementación y desarrollo de un Sistema de Indicadores estructurado a través un manual así como lo contempla la Ley (Ley 190 Art. 48).

Se anexa la matriz de indicadores y la ficha técnica para el modelo: [Ver Anexo.](#)



VIII. ANEXOS:

Listado de psicofármacos resolución 5521 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social:

Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
N05BA1201	ALPRAZOLAM	ALPRAZOLAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO.	
N04BB0101	AMANTADINA	AMANTADINA SULFATO O CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
N06AA0901	AMITRIPTILINA	AMITRIPTILINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
N05AX1201	ARIPIPRAZOL	ARIPIPRAZOL	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR
N04AA0201	BIPERIDENO	BIPERIDENO CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
N04AA0202	BIPERIDENO	BIPERIDENO LACTATO	5mg/ml (0,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE.	
N03AF0101	CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA	100mg/5ml (2%)	SUSPENSIÓN ORAL	



N03AF0102	CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
B03BA0101	CIANOCOBALAMINA	CIANOCOBALAMINA	1mg/ml (0,1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE.	
N03AE0102	CLONAZEPAM	CLONAZEPAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
N03AE0101	CLONAZEPAM	CLONAZEPAM	7,5mg/5ml (0,25%)	SOLUCIÓN ORAL.	
N05AH0201	CLOZAPINA	CLOZAPINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
N05BA0102	DIAZEPAM	DIAZEPAM	5mg/ml (0,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
N05BA0101	DIAZEPAM	DIAZEPAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
N06AB1001	ESCITALOPRAM	ESCITALOPRAM	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN DEPRESIÓN MODERADA Y SEVERA



N06AB0302	FLUOXETINA	FLUOXETINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
N06AB0301	FLUOXETINA	FLUOXETINA	20mg/5ml (como base) (0,4%)	SOLUCIÓN ORAL.	
N06AB0801	FLUVOXAMINA	FLUVOXAMINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN DEPRESIÓN MODERADA Y SEVERA
N05AD0103	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
N05AD0102	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL	2mg/ml (0,2%)	SOLUCIÓN ORAL.	
N05AD0101	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL	5mg/ml (0,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE.	
N06AA0201	IMIPRAMINA	IMIPRAMINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
N05AA0203	LEVOMEPRMAZINA	LEVOMEPRMAZINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
N05AA0201	LEVOMEPRMAZINA	LEVOMEPRMAZINA	25mg/ml (2,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE.	
N05AA0202	LEVOMEPRMAZINA	LEVOMEPRMAZINA	40mg/ml (4%)	SOLUCIÓN ORAL.	



N05AN0101	LITIO	LITIO CARBONATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENT O QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
N05BA0601	LORAZEPAM	LORAZEPAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENT O QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
N02AC5201	METADONA, COMBINACIONE S EXCL. PSICOLÉPTICO S	METADONA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENT O QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
N06BA0401	METILFENIDAT O	METILFENIDATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENT O QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
N05CD0801	MIDAZOLAM	MIDAZOLAM	1mg/ml (0,1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE.	
N05CD0802	MIDAZOLAM	MIDAZOLAM	5mg/ml (0,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE.	
N05CD0803	MIDAZOLAM	MIDAZOLAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENT O QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
N05AH0302	OLANZAPINA	OLANZAPINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTIC AS	CUBIERTO PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA



					CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO
N05AH0301	OLANZAPINA	OLANZAPINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
N06AB0501	PAROXETINA	PAROXETINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN DEPRESIÓN MODERADA Y SEVERA
N05AC0401	PIPOTIAZINA	PIPOTIAZINA PALMITATO	25mg/ml (2,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE.	
N05AH0401	QUETIAPINA	QUETIAPINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO
N05AX0805	RISPERIDONA	RISPERIDONA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ANIMO
N05AX0801	RISPERIDONA	RISPERIDONA	25mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
N05AX0802	RISPERIDONA	RISPERIDONA	37,5mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA



					ESQUIZOFRENIA
N05AX0803	RISPERIDONA	RISPERIDONA	50mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN.	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
N05AX0804	RISPERIDONA	RISPERIDONA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
N06DA03	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA	18mg	PARCHE	CUBIERTO EN EL MANEJO DE LA DEMENCIA
N06DA03	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA	27mg	PARCHE	CUBIERTO EN EL MANEJO DE LA DEMENCIA
N06DA03	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA	9mg	PARCHE	CUBIERTO EN EL MANEJO DE LA DEMENCIA
N06DA0304	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	CUBIERTO EN EL MANEJO DE LA DEMENCIA
N06AB0601	SERTRALINA	SERTRALINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
A11DA0101	TIAMINA (VIT B1)	TIAMINA	100mg/ml (10%)	SOLUCIÓN INYECTABLE.	
A11DA0102	TIAMINA (VIT B1)	TIAMINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO	



				O QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
N06AX0501	TRAZODONA	TRAZODONA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO O QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
N03AG0101	ÁCIDO VALPROICO	VALPROICO ÁCIDO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO O QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CAPSULA.	
N03AG01	ÁCIDO VALPROICO	VALPROICO SÓDICO	250mg/5ml como ácido (5%)	JARABE	



ANEXO 2: ORGANIZACIÓN TERRITORIAL PARA LA ATENCIÓN EN SALUD

NIVEL DE INTERVENCIÓN	INSTITUCIONES	COMPETENCIAS
NACIONAL	Ministerio de Salud y Protección Social	<p>Desarrollar actividades de coordinación intersectorial que permitan identificar y armonizar los aspectos comunes a la gestión de los riesgos en salud mental (GRSM) en las políticas, lineamientos, planes y programas existentes en el sector salud y en los demás sectores. Realizar asistencia técnica a las entidades territoriales, EPS e IPS, para la implementación del modelo en los Departamentos y Distritos.</p> <p>Desarrollar lineamientos de capacitación nacional y territorial a profesionales de la salud, administradores, investigadores y líderes comunitarios en salud mental, con énfasis en la promoción de estilos de vida saludable, la identificación de factores de riesgo, la identificación temprana y canalización de potenciales casos para los eventos emergentes en salud mental.</p> <p>Brindar acompañamiento a las instituciones en la gestión para el desarrollo de las acciones propuestas en el modelo.</p> <p>Desarrollar los mecanismos de evaluación y seguimiento a la implementación del modelo de atención, así como los indicadores correspondientes.</p>
	Superintendencia Nacional de Salud	Realizar acciones de inspección vigilancia y control, de la prestación de servicios de salud mental en el marco del POS, en particular en lo relacionado a los eventos emergentes.
	Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces	Realizar los estudios pertinentes para la inclusión de tecnologías (actividades, procedimientos e intervenciones) en el POS, a fin de garantizar la atención pertinente de las personas con eventos emergentes y sus familias.
	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud	Realizar los estudios pertinentes para la el desarrollo de la Guía de Atención Integral a eventos emergentes en salud mental emergente de interés en salud pública, con el fin de garantizar la atención con calidad de las personas afectadas y sus familias.
	Autoridad sanitaria en sus funciones de rectoría	<p>Liderar acciones intersectoriales a nivel departamental y municipal para facilitar la implementación del modelo en los territorios a su cargo.</p> <p>Realizar asistencia técnica a los actores del SGSSS a su cargo, para la implementación del modelo.</p> <p>Brindar acompañamiento a las instituciones correspondientes a su competencia, en la gestión para el desarrollo de las acciones propuestas en el modelo.</p> <p>Desarrollar los mecanismos de evaluación y seguimiento territorial a la implementación del modelo de atención, así como los indicadores correspondientes y la notificación al nivel nacional.</p>
Departamental y Distrital	Secretarías Departamentales de Salud, Actores del SGSSS	<p>Desarrollar y fortalecer redes socio institucionales y de apoyo, en el Departamento o Distrito de influencia, para personas con eventos emergentes, sus familias y comunidad.</p> <p>Incluir la estrategia en una instancia intersectorial ya existente en el Departamento para que desde allí se apoye su implementación y desarrollo.</p> <p>Elaborar el Perfil de Riesgo del Departamento mediante la recolección y consolidación de la información con la que cuenta cada sector</p> <p>Elaborar un plan de acción conjunto para la implementación escalonada de la estrategia en los municipios seleccionados.</p>
Municipal	El gobierno local, en cabeza del Alcalde Secretaría de Salud	Implementar de la estrategia de GRSM en el Municipio, con el liderazgo inicial de la Secretaría de Salud y la participación de todos los actores presentes en el municipio.
	Secretaría de Salud	<p>Liderar la implementación del Modelo.</p> <p>Desarrollar procesos comunitarios de detección temprana, canalización, seguimiento, acompañamiento y rehabilitación basada en la comunidad en el territorio.</p> <p>Fortalecer el Plan de Salud Territorial y el Plan de Desarrollo</p>



		<p>correspondiente incluyendo en él acciones relacionadas con eventos emergentes en salud mental, de interés en salud pública; acorde al perfil epidemiológico.</p> <p>Realizar acciones de movilización en la comunidad para reducir el estigma y la discriminación de las personas con eventos emergentes y sus familias.</p> <p>Promover la participación de todos los miembros de los ámbitos familiar, escolar, laboral y penitenciario en el cuidado de la persona que reúne factores de riesgo para eventos emergentes.</p> <p>Incentivar la participación de personas con factores de riesgo o diagnóstico de eventos emergentes en grupos sociales o comunitarios.</p> <p>Apoyar las acciones del entorno educativo (compañeros y docentes), así como la asistencia y educación a grupos escolares en actividades de promoción de la salud mental y prevención de factores de riesgo asociados a eventos emergentes.</p> <p>Construir con todos los actores la ruta de atención para las personas con factores de riesgo de eventos emergentes y su familia que incluya las acciones intersectoriales, comunitarias y sectoriales en todos los niveles de atención.</p> <p>Desarrollar procesos territoriales de capacitación a profesionales de la salud, administradores, investigadores y líderes comunitarios en salud mental, con énfasis en la promoción de estilos de vida saludable, la identificación de factores de riesgo, la identificación temprana y canalización de potenciales casos para los eventos emergentes en salud mental.</p> <p>Ejecutar un plan de monitoreo, seguimiento, inspección y vigilancia a la implementación del modelo de atención e intervención a la conducta suicida, a los actores del SGSSS en su territorio.</p> <p>Realizar la recolección y consolidación de la información para los indicadores de evaluación y seguimiento del modelo de atención.</p> <p>Realizar capacitación a nivel de docentes escolares y universitarios, cuidadores de los centros penitenciarios, ARL y Comités Paritarios de Salud Ocupacional (COPASO) en espacios laborales y la comunidad general para la promoción de estilos de vida saludable, la reducción de factores de riesgo para los eventos emergentes, la identificación temprana y canalización de potenciales casos.</p>
Municipal	Entidades Promotoras de Salud	<p>Realizar acciones para la gestión del riesgo individual y familiar para personas con emergentes y sus familias.</p> <p>Garantizar las acciones en prestación de servicios de salud, acorde al Plan Obligatorio de Salud vigente, para personas afiliadas, con riesgo de eventos emergentes y sus familias.</p> <p>Fortalecer la red de prestación de servicios en salud física y mental para garantizar la atención integral para personas afiliadas, con riesgo de eventos emergentes y sus familias.</p> <p>Realizar seguimiento a la implementación del modelo de atención, en las IPS de su red, para la atención de personas afiliadas, con riesgo de eventos emergentes y sus familias.</p> <p>Realizar la recolección y consolidación de la información para los indicadores de evaluación y seguimiento del modelo de atención.</p>
Municipal	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	<p>Desarrollar los procesos administrativos y gerenciales, al interior de las IPS para facilitar la atención de personas con riesgo de eventos emergentes y sus familias, acorde al presente modelo de atención.</p> <p>Fortalecer los procesos administrativos y gerenciales para la referencia y contrareferencia en todos los niveles de complejidad, para personas con riesgo de eventos emergentes y sus familias, acorde a las necesidades en salud física y mental.</p> <p>Realizar el plan de recolección y consolidación de la información para los indicadores de evaluación y seguimiento del modelo de atención.</p> <p>Garantizar la prestación de servicios de salud, acorde al Plan Obligatorio de Salud vigente, para personas con riesgo o diagnóstico de eventos emergentes y sus familias, acorde al presente modelo de atención.</p> <p>Fortalecer los procesos de referencia y contrareferencia para garantizar la prestación de servicios en salud física y mental en todos los niveles de complejidad, para personas con riesgo o diagnóstico de eventos</p>



		<p>emergentes y sus familias, acorde a las necesidades en salud. Construir una red de prestación de servicios para asegurar la continuidad en el tratamiento y atención integral desde los diferentes niveles de complejidad. Realizar la recolección, consolidación y entrega a las entidades territoriales de la información para los indicadores de evaluación y seguimiento del modelo de atención, acorde al plan establecido. Acciones recomendadas por el mhGAP, para la comunicación con las personas que buscan atención de la salud y los cuidadores: Se debe garantizar que la información, la educación y la comunicación son claras e integrales sobre los conductas suicidas, con enfoque diferencial según etapa del curso de vida, género, orientación sexual, etnia o cultura, religión, condición de discapacidad y condiciones lingüísticas, en particular con los diferentes grupos indígenas que se encuentran en Colombia y otros. La información suministrada sobre el eventos emergentes debe ser científica e imparcial, bajo la premisa que es un derecho de la persona, las familias y las comunidades. Considere la psicoeducación y el proceso de información y comunicación como un proceso permanente y debe estar dispuesto a repetir o aclarar siempre que surjan dudas o inquietudes.</p>
Municipal	Comunidad	<p>Gestionar y apoyar en el posicionamiento político de las conductas suicidas, sus factores protectores y sus factores de riesgo. Constituir asociaciones u organizaciones con base comunitaria para la detección temprana, el apoyo y la canalización. Participar en la construcción de los planes territoriales de salud, con el fin de visibilizar los eventos emergentes como un problema de salud pública, en los lugares donde el perfil epidemiológico y la carga de enfermedad lo amerite. Participar en los procesos nacionales y territoriales de formación y capacitación en atención e intervención a personas con riesgo eventos emergentes y sus familias. Realizar identificación de factores protectores y factores de riesgo, para su intervención desde la comunidad y otros actores.</p>
	Otros sectores	<p>Se refiere a las acciones, que desde el sector salud, se deben gestionar con otros sectores para la prevención, atención y rehabilitación en salud mental.</p>



IX. BIBLIOGRAFÍA.

- Acosta Ramírez, Naydú. (Profesor Asociado, Pontificia Universidad Javeriana. Consultor II)
¿RENOVAR LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD? Documento de Trabajo ASS/DT 014-05
Actions of primary care in health in the relation: social networks and suicide in Colombia. Investig.
segur. soc. salud, 9, 123-139.
- Adapting the suicide resilience inventory (SRI-25) for adolescents and young adults in Colombia.
Rev Panam Salud Publica, 31(3), 233-239.
- Adverse Life Events and Suicide: A Case-Control Study of Psychological Autopsy in Medellín,
Colombia. Rev. colomb. psiquiatr, 37(1), 11-28.
- Alst, S., Anderson, P., Jané-Llopis, E. (2004) Promoción de la salud mental y prevención de los
trastornos mentales: una visión general de Europa. OMS. Recuperado de
http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/pdf/coun_stories_cap1.pdf
- Altamura, AC, Bassetti, R, Bignotti, S, Pioli, R, & Mundo, E. (2003). Clinical variables related to
suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study. Schizophrenia research,
60(1), 47-55.
- American Psychiatric Association. (2006). Treatment of patients with eating disorders, third edition.
American Psychiatric Association. The American journal of psychiatry, 163(7 Suppl), 4–54.
Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16925191>
- Andrade, Leonor Córdoba, & Roldán, Gloria Soto. (2007). Familia y discapacidad: intervención en
crisis desde el modelo ecológico. Psicología Conductual, 15(3), 525-541.
- Ardila, Sara. (2010). La transformación de la atención psiquiátrica en el contexto de las reformas
sanitarias pro-mercado: Estudio de caso-bogotá. Asociación Latinoamericana de Medicina
Social, 12.
- Arias, O., & Ojeda Arias, D. C. (s.f.). Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes. Actas
de las Reuniones del Equipo de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Javeriana.
Bogotá.
- Arroyave Zuluaga, Iván Darío. APS Renovada: La formulación de la OPS/OMS. Docente y
consultor - elpulso@elhospital.org.co
- Arroyave, P. (2012). Factores de vulnerabilidad y riesgo asociados al bullying. Revista CES
Psicología, 5(1). (Primaria)
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1989) La Convención Internacional sobre los Derechos
del Niño. Resolución 44/25. Noviembre, 20, 1989.
- Associated factors in suicide attempts in colombian people. Rev. colomb. psiquiatr, 31(4), 283-298.
- Atención primaria en Salud Mental: Documentos y temas. Gobernación. Antioquia. Dirección
seccional de salud.



- Attempted suicide in children lower 14 years old in Hospital University from Valle del Cauca. Colomb. med, 34(1), 9-16.
- Avilés, J. M., Iruiria, M. J., García-Lopez, L. J., & Caballo, V. E. (2011). El maltrato entre iguales: "bullying". Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 19, 57-90. (Secundaria IIB)
- Bacaltchuk Josu, Hay Phillipa PJ,; Stefano Sergio; Kashyap Priyanka. Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. : Cochrane Database of Systematic Reviews. ID: CD000562. 2009
- Baldry, A. C. (2004). The impact of direct and indirect bullying on themental and physicalhealth of Italian youngsters. Aggressive Behavior, 30, 343–355.
- Ballesteros, Magnolia , Gutiérrez, María , Sánchez, Lilián , Herrera, Nelson , Gómez, Ángela , & Bouquet, Romina (2010). El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales
- Becker, C. B., McDaniel, L., Bull, S., Powell, M., & McIntyre, K. (2012). Can we reduce eating disorder risk factors in female college athletes? A randomized exploratory investigation of two peer-led interventions. Body image, 9(1), 31–42. doi:10.1016/j.bodyim.2011.09.005
- Berkman, N. D., Lohr, K. N., & Bulik, C. M. (2007). Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. The International journal of eating disorders, 40(4), 293–309. doi:10.1002/eat.20369
- Bertolote, J.M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. Worl Psychiatry, 6(2):113-116.
- Bringiotti M, Krynveniuk M, Lasso S. Las múltiples violencias de la "violencia" en la escuela: desarrollo de un enfoque teórico y metodológico integrativo. Paideia, Ribeirão Preto, 2004; 14 (29): 313-325. (Secundario IIB)
- Bronfenbrenner U. (1982) La ecología del desarrollo humano. Ediciones Paidós: Barcelona.
- Bulik, C. M., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., & Lohr, K. N. (2007). Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. The International journal of eating disorders, 40(4), 310–20. doi:10.1002/eat.20367
- Bullying Surveillance Among Youths: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0
- Calviño, Manuel. (2002). Acción comunitaria en salud mental: multiplicadores y multiplicandos. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana. Cuba http://www.psicologia-online.com/colaboradores/mcalvino/accion_social.shtml.
- Calvo, J, Sánchez, R, & Tejada, P. (2003). Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios
- Campo, G, Roa, J, Perez, Á, Salazar, O, Piragauta, C, Lopez, L, & Ramirez, C. (2014). Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cal



- Cañón, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. Archivos de Medicina (1657-320X), 11(1), 62-67.
- Carrillo M, Gutiérrez M. Factores de riesgo asociados a la intimidación escolar en instituciones educativas públicas de cuatro municipios del departamento del Valle del Cauca. Año 2009. RevColombPsiquiat. 2013; 42 (3): 238-247.
- Castillo N, Cruz N, Peña D. Descripción de los factores de riesgo y de protección frente al bullying de los estudiantes de bachillerato de un colegio de Acacias (Meta). [Especialización en psicología clínica de la niñez y la adolescencia]. Bogotá: Universidad de la Sabana; 2012. (Secundario IIIB)
- Castro , B. M. (2008). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Los gramos que pesan en la mente. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Comunicación y Lenguaje. Carrera de Comunicación Social.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M., & Guimará, E. (1991). The eating attitudes test: Validation of the Spanish version. Evaluación Psicológica, 7, 175–189.
- Cepeda E, Pacheco P, García L, Piraquive C. Acoso escolar a estudiantes de educación básica y media. Rev Salud Pública 2008;10(4):517-528.(Secundario IIIB)
- Characteristics of people committing suicide in Medellín, Colombia. Rev Salud Publica (Bogota), 7(3), 243-253.
- Characteristics of suicides in Bogotá: 1985-2000. Rev Salud Publica (Bogota), 6(3), 217-234.
- Characteristics of suicides in rural and urban areas in Antioquia, Colombia. Rev. colomb. psiquiatr, 40(2), 199-214.
- CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. (2003). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (Décima Revisión ed., Vol. Vol. 1). (OPS, Ed., & C. C. Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades, Trad.) Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud OPS.
- Claudino Angélica M; Silva de Lima Mauricio; Hay Phillipa PJ; Bacaltchuk Josué; Schmidt Ulrike US; Treasure Janet. Antidepressants for anorexia nervosa. Cochrane Database of Systematic Reviews. ID: CD004365 2006
- Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias, Forenses. (2000). Forensis datos para la vida: herramienta para la interpretación, intervención y prevención del hecho violento en Colombia, 2000
- Comité Elaborador del DSM-IV -American Psychiatric Association. (1995). DSM IV MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (Cuarta ed.). Barcelona, Barcelona, España: MASSON.
- Congreso de la Republica. (2011). Ley 1616 de 2013. Bogotá, D.C.: Autores.



- Contreras Tenjo, Francisco. Acciones de atención primaria en salud en la relación de redes sociales y suicidio en Comombia
- Correa, María Victoria Builes, & Hernández, Mauricio Bedoya. (2008). La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(3), 344-354.
- Cotton, M.-A., Ball, C., & Robinson, P. (2003). Four simple questions can help screen for eating disorders. *Journal of general internal medicine*, 18(1), 53–6. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1494802&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Craig W, Pepler D. Identifying and Targeting risk for involvement in bullying and victimization. *Can J Psychiatry* 2003;48 (9): 576-582 (secundaria IV C)
- Dahlberg LL, Krug EG. Violence: a global public health problem. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health*. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2002. p. 1-21.
- De Miguel M, Ortiz L, Reyes N, Pedraz M, Martín B, Olivares J. Detección de víctimas de bullying en un centro de Atención Primaria. *Semergen*. 2008; 8: 375-378. (Secundario IIIB)
- Díaz-Aguado, M. J. (2005). Por qué se produce la violencia escolar y cómo prevenirla. *Revista iberoamericana de educación*, 37(1), 17-47. (Secundaria IV C)
- Dobry Y, Braquehais MD, Sher L. Bullying, psychiatric pathology and suicidal behavior. *Int J Adolesc Med Health*. 2013;25(3):295-9. doi: 10.1515/ijamh-2013-0065
- Dölemeyer, R., Tietjen, A., Kersting, A., & Wagner, B. (2013). Internet-based interventions for eating disorders in adults: a systematic review. *BMC psychiatry*, 13, 207. doi:10.1186/1471-244X-13-207
- Dowd, S., Sheridan S.M. & Warnes E.D. (2004). Home-school Collaboration and Bullying: An Ecological Approach to Increase Social Competence in Children and Youth. En D. Espelage, & S. Swearer (Eds.), *Bullying in American schools: A social – ecological perspective on prevention and intervention* (pp.245-267). New Jersey: Lawrence ErlbaumAssociates, Inc. (Primaria)
- Duque, J, & Peña, L. (2004). Género, violencia intrafamiliar e intervención pública en Colombia. *Revista de estudios sociales*(17), 19-31.
- Education in risk you force suicide on, a bioethics necessity. *Pers. bioet*, 9(27), 82-99.
- Ehiri JE, Hitchcock L, Ejere H, Mytton JA. Primary prevention interventions for reducing school violence (Protocol). *The Cochrane Library* 2007, Issue 1 (Primaria IA)
- Eslava-Castañeda, Juan C. (2006). Repensando la promoción de la salud en el sistema general de seguridad social en salud. *Rev. salud pública (Bogotá)*, 8, 106-115.
- Factors associated with suicide attempts and persistent suicidal ideation at a Primary Care Unit in Bogotá, 2004-2006. *Rev Salud Publica (Bogota)*, 10(3), 374-385.



- Faine, M. P. (2003). Recognition and management of eating disorders in the dental office. *Dental clinics of North America*, 47(2), 395–410. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12699238>
- Federación Mundial para la Salud Mental. (2009). *Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental*. Woodbridge. Recuperado de <http://www.wfmh.org/WMHD%2009%20Languages/SPANISH%20WMHD09.pdf>
- Fernández, M. L. (2008). *Tiempo de Respuestas. Guía de Trastornos de Conducta Alimentaria: Anorexia Bulimia y Obesidad (Edición especial para el proyecto "VIVIR EN SALUD" de FUNDACIÓN MAPFRE. ed.)*. Madrid, España: Fundación MAPFRE.
- Flament, M. F., Bissada, H., & Spettigue, W. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders. *The international journal of neuropsychopharmacology / official scientific journal of the Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (CINP)*, 15(2), 189–207. doi:10.1017/S1461145711000381
- Forensic data for life: tool for the interpretation, intervention, and prevention of the violent fact in Colombia, 2000. 221-221.
- Frisen A, Johnson A, Person C. Adolescents' perception of bullying: Who is the victim? Who is the bully? What can be done to stop bullying? *Adolescence*. 2007;42(168):749-761. (Secundario IIIB)
- García, J, Montoya, G, López, C, López, M, Montoya, P, Arango, J, & Palacio, C. (2011). *Características de los suicidios de áreas rurales y urbanas de Antioquia, Colombia*
- García, J, Palacio, C, Diago, J, Zapata, C, López, G, Ortiz, J, & López, M. (2008). *Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia*
- García, J, Palacio, C, Vargas, G, Arias, S, Ocampo, M, Aguirre, B, . . . García, H. (2009). Validación del **3**inventario de razones para vivir**9** (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia
- Gini G, Pozzoli T. Bullied children and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2013 Oct;132(4):720-9. doi: 10.1542/peds.2013-0614. Epub 2013 Sep 16. (secundaria IA)
- Gómez del Barrio, J. A., Gaite Pindado, L., Gómez, E., & Otros. (2008). *Guía de Prevención de los trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso*. Cantabria, España: Ministerio de Sanidad y Consumo - Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria.
- Gomez, C, Rodriguez, N, Bohorquez, A, Diazgranados, N, Ospina, M, & Fernandez, C. (2008). *Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana*
- Greco, C. (2006). *Emociones positivas: herramientas psicológicas para la promoción de la salud mental infantil en contextos de vulnerabilidad social*. Manuscrito de tesis doctoral no publicada, Universidad Nacional de San Luis, Argentina.



- Greco, C. (2010). Emociones positivas: recursos psicológicos para la promoción de la salud mental infantil en contextos de pobreza. Tesis doctoral. Universidad Nacional de San Luis, Argentina.[Links].
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). Guía Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (G. D. CONSUMO, Ed.) Madrid, España: Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
- Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón. (1999). Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Zaragoza, España: Gobierno de Aragón - Departamento de Sanidad Consumo y Bienestar Social.
- Guerro D, Barjau JM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. En: Chinchilla A. (Ed.). Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones. Barcelona: Masson, 2003.
- Guillemot A, Laxenaire M. -Traducido por Rodríguez-Martínez A. Anorexia y Bulimia: el peso de la cultura. Barcelona: Masson, 1995.
- Guzmán, Yahira (2006). Educación en riesgo suicidad, una necesidad bioética
- Hansen T, Steenberg L, Palic S, Elklit A. A review of psychological factors related to bullying victimization in schools. *Aggression and Violent Behavior* 17 (2012) 383–387
- Hay Phillipa J; Claudino Angélica M; Smith Caroline A; Touyz Stephen; Lujic Sanja; Madden Sloane. Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and wait-list for people with eating disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. ID: CD010827. 2013
- Hay Phillipa PJ; Bacaltchuk Josué; Byrnes Roanna T; Claudino Angélica M; Ekmejian Avedis A; Yong Poh Yee. Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. ID: CD003909. 2003
- Hay Phillipa PJ. Claudino Angélica M; Kaio Marcel H. Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. ID: CD003385. 2001
- Hay, P, Bacaltchuk, J., Claudino, A., Ben-Tovim, D., & Yong, P. Y. (2003). Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD003909. doi:10.1002/14651858.CD003909
- Hay, Phillipa. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *The International journal of eating disorders*, 46(5), 462–9. doi:10.1002/eat.22103
- Hekier MM. Anorexia y Bulimia. Deseo de nada. Buenos Aires: Paidós, 1994.



- Himmerich, H., Schönknecht, P., Heitmann, S., & Sheldrick, A. J. (2010). Laboratory parameters and appetite regulators in patients with anorexia nervosa. *Journal of psychiatric practice*, 16(2), 82–92. doi:10.1097/01.pra.0000369969.87779.1c
- Hosman, C., Jané-Llopis, E., & Saxena, S. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales Intervenciones Efectivas y Opciones Políticas. Informe Compendiado*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud OMS.
- Inga-Lill, Ramberg, & Danuta, Wasserman. (2004). Suicide-preventive activities in psychiatric care: Evaluation of an educational programme in suicide prevention. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(5), 389-394.
- Jager J. (1992). *Patients with chronic, recalcitrant eating disorders*. (pp. 205–231). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- John Wiley & Sons, Ltd. Anti-Obesity Agents [therapeutic use];Diet, Reducing;Life Style;Motor Activity;Obesity [therapy];Randomized Controlled TrialsasTopic;Child[checkword];Humans[checkword].VASC.10.1002/14651858.CD001872.pub2
- John Wiley & Sons, Ltd. Adolescent;Anorexia Nervosa [psychology] [therapy];Psychotherapy [methods];Randomized Controlled Trials as Topic;Adult[checkword];Female[checkword];Humans[checkword].HM-DEPRESSN. DOI: 10.1002/14651858.CD003909
- John Wiley & Sons, Ltd. Anorexia Nervosa [drug therapy];Antidepressive Agents [therapeutic use];Randomized Controlled Trials as Topic;Humans[checkword]. HM-DEPRESSN. DOI: 10.1002/14651858.CD004365.pub2
- John Wiley & Sons, Ltd. Antidepressive Agents [therapeutic use];Bulimia [drug therapy];Placebo Effect;Randomized Controlled Trials as Topic;Humans[checkword]. HM-DEPRESSN. DOI: 10.1002/14651858.CD003391
- John Wiley & Sons, Ltd. Cognitive Therapy; Binge-Eating Disorder [therapy];Bulimia Nervosa [therapy];Psychotherapy [methods];Randomized ControlledTrialsasTopic;Adult[checkword];Female[checkword];Humans[checkword];Male[check word]HM-DEPRESSN.DOI:10.1002/14651858.CD000562.pub3
- John Wiley & Sons, Ltd. DEPRESSN. DOI: 10.1002/14651858.CD010827
- John Wiley & Sons, Ltd. Psychotherapy;Antidepressive Agents [therapeutic use];Bulimia [drug therapy] [therapy];Combined Modality Therapy;Humans[checkword]. DEPRESSN. DOI: 10.1002/14651858.CD003385.
- John Wiley & Sons, Ltd: Adolescent;Eating Disorders [prevention & control] [psychology];Programevaluation;Psychotherapy;Child[checkword];Humans[checkword]. CC: HM-DEPRESSN. DOI: 10.1002/14651858.CD002891.



- Jurado Salcedo, L. P., Correa Gomez , J. M., & Otros. (Diciembre de 2009). Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *Med UNAB*, Vol. 12(3), Pág. 129 - 143.
- Karatas H, Ozturk C. Relationship Between Bullying and Health Problems in Primary School Children. *AsianNursing Research* 2011;5(2):81–87 (Secundario IIIB)
- Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 43(3), 195–204. doi:10.1002/eat.20810
- Keel, P. K., & Haedt, A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 37(1), 39–61. doi:10.1080/15374410701817832
- Kendal, W. (2007). Suicide and cancer: a gender-comparative study. *Ann Oncol*, 18(2), 381-387.
- Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J., & Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *The International journal of eating disorders*, 42(2), 97–103. doi:10.1002/eat.20589
- Kumpulainen K Psychiatric conditions associated with bullying. *Int J Adolesc Med Health*. 2008 Apr-Jun;20(2):121-32. (secundaria IV C)
- Larizgoitia I. La violencia también es un problema de salud pública. *GacSanit*. 2006; 20 Supl 1:63-70.(Secundaria IV-C)
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1953). *Textbook of Preventive Medicine* (Primera ed.). New York, Estados Unidos: McGraw-Hill.
- Mahon, M, Tobin, J , Cusack, D, Kelleher, C , & Malone, K. (2005). Suicide among regular-duty military personnel: a retrospective case-control study of occupation-specific risk factors for workplace suicide. *Am J Psychiatry*, 162(9), 1688-1696.
- Management of Bullied Children in the Emergency Department. *Pediatr Emer Care* 2013;29: 389-396 (Secundaria IV C)
- Mansilla, Fernando. (2012). La prevención de la conducta suicida, una necesidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 32(113), 123-124.
- March JC, Suess A, Prieto MA, Escudero MJ, Nebot M, Cabeza E, Pallicer A. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutr Hosp* 2006; 21(1):4-12.
- Mariane A. *Vencer la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Ediciones Urano, 1999.
- Martín A, Cano J. *Compendio de Atención Primaria. Conceptos, organización y Práctica clínica*. Tercera Edición. España: Elsevier. 2011, 1048p.
- Martín, A, & Cano, J. (2011). *Compendio de Atención Primaria. Conceptos, organización y Práctica clínica*. España: Elsevier.



- Martínez, Albertina Mitjáns. (1996). La escuela: un espacio de promoción de salud. *Psicología escolar e educativa*, 1(1), 19-24.
- Martínez-González MA, De Irala J. Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? *Gac Sani*, 2003; 17 (5):347-350.
- May de Mendoza, I. (2008). Reflexiones sobre la Salud Mental. En: *Revista de la Universidad de Cartagena, Unicarta*. 82, 71-74.
- Ministerio de la Protección Social. (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental – Colombia 2003*. Cali: Ministerio de la Protección Social y Fundación FES social.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). Decreto número 3039 Plan nacional de salud pública 2007-2010. Bogotá, D.C.: Autores.
- Ministerio de Salud y la Protección Social. (Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021
- Ministerio de Salud y Protección Social.; Hospital Mental de Antioquia (2013). *Modelo ecológico para la promoción de la salud mental en la estrategia de atención primaria en salud para el sistema general de seguridad social*.
- Molina Marín, G, & Cabrera Arana, G.A. (2008). *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis*. Medellín: Grupo de investigación en gestión y políticas en salud. Facultad Nacional en Salud Pública “Héctor Abad Gómez”.
- Morandé-Lavin G. *Trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes: anorexia nerviosa, bulimia y bulimarexia*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 1990.
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ (Clinical research ed.)*, 319(7223), 1467–8. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=28290&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Muhammad Waseem, Arslan Arshad, Mark Leber, Orlando Perales, and Fernando Jara. Victims of bullying in the emergency department with behavioral issues. *J Emerg Med*. 2013 Mar;44(3):605-10. doi: 10.1016/j.jemermed.2012.07.053. (Secundario IIB)
- Muhammad Waseem, Mary Ryan, Carla Boutin Foster, P and Janey Peterson. *Assessment and*
- Muñoz, J. M. (2009) *Prevención del Acoso Escolar (Bullying)*. *Revista digital innovación y experiencias educativas*, 21. (secundaria IV C)
- Naciones Unidas, *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*, Nueva York, Ginebra, 2006
- Naciones Unidas. Oficina del alto comisionado para los derechos humanos. (2010). *El derecho a una vivienda adecuada*. Folleto informativo, No. 21 (Primaria)



- Oliveira A, Da Silva P. Sentimientos del adolescente frente al fenómeno bullying: posibilidades para la asistencia de Enfermería en ese contexto. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2006; 8 (1): 30-41.
- Olweus, D. (1993). Bullying at School: What we know and what we can do?. Reino Unido: BLACKWELL PUBLISHING.(primaria)
- OMS, Fundación Victoriana, Universidad de Melbourne. (2004). Promoción de la salud mental. conceptos*evidencia emergente*práctica. Ginebra: OMS Datos publicados en catálogos de la librería.
- Organización Mundial de la salud (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra. Recuperado de: <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1948). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> (Primaria)
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la salud, Glosario. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25º aniversario: Informe de la secretaria. Informe realizado en la 56º asamblea mundial de salud. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Mejora de la calidad de la salud mental. Ginebra: Autores.
- Organización Mundial de la salud. (2004). Promoción de la Salud Mental. (Informe compendiado). Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Bangkok, Tailandia.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación: Sí a la atención, no a la exclusión. Ginebra: Autores.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: Autores.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC. (Vol. Folleto Complementario). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización mundial de la salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud [internet]. [Consultado 2014 abril 7] Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf (Primaria)
- Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la salud. 2009



- Oude Luttikhuis Hiltje; Baur Louise; Jansen Hanneke; Shrewsbury Vanessa A; O'Malley Claire; Stolk Ronald P; Summerbell Carolyn D. Interventions for treating obesity in children. Cochrane Database of Systematic Reviews. ID: CD001872. 2009
- Palacio, C, García, J, Diago, J, Zapata, C, Ortiz, J, López, G, & López, M. (2005). Características del suicidio en Medellín, Colombia
- Pérez, I, Ibáñez, M, Reyes, J, Atuesta, J, & Suárez, M. (2008). Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006
- Pérez, I, Rodríguez, E, Dussán, M, & Ayala, J. (2007). Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005
- Perkins Sarah S J.Schmidt Ulrike US; Williams Chris. Self-help and guided self-help for eating disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. ID: CD004191. 2006
- Pinilla E, Orozco L, Camargo F, Berrío J, Medina L. Bullying en adolescentes escolarizados: validación del diagnóstico de enfermería "riesgo de violencia dirigida a otros". Hacia la promoción de la salud. 2012; 17 (1): 45-58. (Secundario IIIB)
- Pollett, H. (2007). Mental Health Promotion: A Literature Review. Prepared for the Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council. Canadian Mental Health Association. Canada. Recuperado de <http://www.cmhanl.ca/pdf/Mental%20Health%20Promotion%20Lit.%20Review%20June%2018.pdf>
- Posada Villa, J. A., Burbano Mora, C., & Otros. . (2009). Manual de Primeros Auxilios Mentales (Segunda ed.). Bogota: Cruz Roja Seccional Cundinamarca.
- Pratt Belinda M, Woolfenden Susan. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. ID:CD002891. 2002
- Pratt, B. M., & Woolfenden, S. R. (2002). Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. The Cochrane database of systematic reviews, (2), CD002891. doi:10.1002/14651858.CD002891
- Prevalence and factors associated with suicidal ideation among university students. Rev Salud Publica (Bogota), 5(2), 123-143.
- Psychiatric and social characterisation of suicide attempts treated at a children's clinic, 2003-2005. Rev Salud Publica (Bogota), 9(2), 230-240.
- Puentes Vacca, Jeimy Senaida y Yuri Marcela Torres Ruda. Atención Primaria en Salud en Latinoamérica: Revisión Temática. Tesis, Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública Bogotá D.C., Colombia. 2012
- Republica de Colombia, Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1616 de 2013,"Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. (Primaria)



Republica de Colombia, Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1620 de 2013, " Por la cual se crea el sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar". (Primaria)

Republica de Colombia, Congreso de la Republica de Colombia. Ley 115 de 1994. Ley General de Educación. (Primaria)

República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Informe especial sobre la violencia contra la infancia en Colombia. 2006 [internet]. [Consultado 2014 abril 7] Disponible en: http://catedradh.unesco.unam.mx/BibliotecaV2/Documentos/Trata/Informes/informe_infancia.pdf (Primario)

Restrepo M. (2006). Promoción de la Salud Mental: Un Marco para la Formación y para la Acción. Revista Ciencias de la Salud. vol. 4. p.p. 186-193. Revista Cubana Salud Pública v.35 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2009

Risk factors associated to the suicide and attempt of suicide. Salud UNINORTE, 17, 19-28.

Robinson, P. H. (2000). Review article: recognition and treatment of eating disorders in primary and secondary care. Alimentary pharmacology & therapeutics, 14(4), 367–77. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10759615>

Rodríguez, Á. (2012). Guía de Prevención y Tratamiento del Paciente con Riesgo (Conducta y/o Ideación) Suicida. In H. M. D. ANTIOQUIA (Ed.), (pp. 63). Antioquia: HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA (HOMO).

Rueda R, Sandra M. (2012). Perfil de orientación al suicidio según indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados. Medellín - zona noroccidental, 2010

Rueda, G, Rangel, A, Castro, V, & Camacho, A. (2010). Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta

Ruiz Lázaro, P. J. (15 de abril de 2001). Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia:papel del profesional de atención primaria. Atención Primaria., Vol. 27.(Núm. 6.), Pág. 114 - 121.

Salud, Organización Mundial de la. (2008). Subsana las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: OMS Ginebra.

Sánchez, R, Orejarena, S, & Guzmán, Y. (2004). Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000

Sánchez, R., Orejarena, S., Guzmán Y. (2004). Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000. . Revista de Salud Pública, 6, 214-234.

Schernhammer, E, & Colditz, G (2004). Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). Am J Psychiatry 161(12), 2295-2302.



- Shapiro, J. R., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., Lohr, K. N., & Bulik, C. M. (2007). Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *The International journal of eating disorders*, 40(4), 321–36. doi:10.1002/eat.20372
- Shaw, H., Stice, E., & Becker, C. B. (2009). Preventing eating disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 199–207. doi:10.1016/j.chc.2008.07.012
- Sistema nacional de convivencia escolar y formación para congreso de Colombia, ley nº1620, 15 marzo 2013. el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad y al prevención y mitigación de la violencia escolar.
- SSM, Secretaría de Salud Medellín. (2012). Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín. Medellín.
- Stice, E., Shaw, H., & Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annual review of clinical psychology*, 3, 207–31. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447
- Suicide in Youth in the Light of Grounded Theory. *Rev. colomb. psiquiatr*, 39(3), 522-543.
- Suicide orientation profile based on the mental health indicators of adolescent students in the northwestern area of Medellín, Colombia, 2010. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 30(supl.1), 52-56.
- Suicide potential in adolescents: a comparison with adult population. *Rev. colomb. psiquiatr*, 39(4), 683-692.
- Sylvester, C. J., & Forman, S. F. (2008). Clinical practice guidelines for treating restrictive eating disorder patients during medical hospitalization. *Current opinion in pediatrics*, 20(4), 390–7. doi:10.1097/MOP.0b013e32830504ae
- Trautmann, A. (2008). Maltrato entre pares o "bullying": Una visión actual. *Revista chilena de pediatría*, 79(1), 13-20. (Secundaria IV)
- Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375(9714), 583–93. doi:10.1016/S0140-6736(09)61748-7
- Tuesca, R., & Navarro, E. (2012). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina; Hospital la Victoria. Hospital Santa Matilde; Fundación Cardioinfantil. (Julio - Septiembre de 2008). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en estudiantes de bachillerato / Eating disorders prevalence in high school students. *Revista Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.*, Pág. 193 - 210.
- Valencia F. Conflicto y violencia escolar en Colombia. *Revista científica Guillermo de Ockham*. Vol. 7 (1). Enero – junio de 2004 . ISSSN: 1794 – 192X (Primaria)
- Validation of the Reasons for Living Inventory (Rfl) in subjects with suicidal behavior in Colombia. *Rev. colomb. psiquiatr*, 38(1), 66-84.



- Validity and reliability of the positive and negative suicidal ideation inventory, in colombian students. Univ. psychol, 9(2), 509-520.
- Vásquez, R, & Gómez, D. (1993). Mortalidad y problemas emocionales: el suicidio en Colombia 20 años después (1970-1990). Acta Med Colomb, 18(2), 113-118.
- Vega R, Carrillo J. APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia el caso de salud a su hogar en Bogotá. Rev. Gerenc. Polit.Salud, 2006. 11(5): 38-54
- Vega R, Martínez J, Acosta N. Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud – APS. Rev. Gerenc. Polit. Salud 2009. 8 (16): 165-190
- Vega, R , & Carrillo, J. (2006). APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia el caso de salud a su hogar en Bogotá. Rev. Gerenc. Polit.Salud, 11(5), 38-54
- Vera Rosas, D.M. & Rubiano López, S.M. (2012). Revisión de lineamientos y estrategias en salud mental en Colombia y Chile. (tesis de especialista). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá-Colombia.
- Villalobos Álvarez, Fredy Hernán. (2009). Validez y fiabilidad del inventario de ideación suicida positiva y negativa - PANSI, en estudiantes colombianos
- Villalobos, F, Arévalo, C, & Rojas, F. (2012). Adaptación del inventario de resiliencia ante el suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia
- Wassrman, D , & Ruhmer, Z (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment. Eurpean Psychatry, 129-141.
- Weare, K, & Gray, G. (1998). Promoción de la salud mental y emocional. Manual de formación para el profesorado y otros formadores de jóvenes. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Youth Violence: Risk and Protective Factors, disponible: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/youthviolence/riskprotectivefactors.html> (revisado el 27/04/2014)