

MIRADA DESDE LA GERENCIA SOCIAL: LA RESILIENCIA
COMO CAPACIDAD PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL DE LOS
AFILIADOS DE EMSSANAR, DEL GRUPO DE EDADES DE OCHO A
DIECIOCHO AÑOS EN EL MUNICIPIO DE PASTO

DIENY DEL PILAR IBÁÑEZ MORENO

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES LATINOAMERICANAS
CEILAT
ESPECIALIZACION EN GERENCIA SOCIAL
SAN JUAN DE PASTO
2013

MIRADA DESDE LA GERENCIA SOCIAL: LA RESILIENCIA
COMO CAPACIDAD PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL DE LOS
AFILIADOS DE EMSSANAR, DEL GRUPO DE EDADES DE OCHO A
DIECIOCHO AÑOS EN EL MUNICIPIO DE PASTO

DIENY DEL PILAR IBÁÑEZ MORENO

Trabajo de grado presentado como requisito para obtener el
Título de Especialización en Gerencia Social

Asesor:
Mg. Raúl Alberto Quijano Melo

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES LATINOAMERICANAS
CEILAT
ESPECIALIZACION EN GERENCIA SOCIAL
SAN JUAN DE PASTO
2013

**Las ideas y conclusiones aportadas en la tesis de grado son
responsabilidad exclusiva de los autores”**

**Artículo 1° de Acuerdo N° 324 de octubre 11 de 1966 emanado del
Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.**

NOTA DE ACEPTACION

Jaime Gilberto Mejía Bastidas
Jurado

Javier Eduardo Rodriguez Salazar
Jurado

Raúl Alberto Quijano Melo
Asesor

Pasto, 30 de Noviembre de 2013

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a:

La UNIVERSIDAD DE NARIÑO, CENTRO DE ESTUDIOS LATINOAMERICANOS-CEILAT, Institución que me permitió obtener los conocimientos que hoy plasmo en este trabajo investigativo.

A todos los docentes del Centro de Estudios Latinoamericanos-CEILAT-, de la Universidad de Nariño, quienes desde su profesionalismo, aportaron sus conocimientos, base fundamental que se constituye para la elaboración de este trabajo, en especial al Docente Raúl Quijano, quien asesoró mi trabajo de grado, además, por brindarme sus conocimientos desde su aporte profesional y calidad humana.

A la Comunidad que hizo parte vital para este trabajo investigativo.

A los expertos, quienes como conocedores de la temática, hicieron aportes de suma importancia.

! A todas las personas que de una u otra manera fueron parte esencial en el desarrollo del presente trabajo!

Mil Gracias.

DEDICATORIA

Mi camino, desde mi niñez, ha tenido grandes tropiezos dificultades, barreras al no contar con cariño y apoyo de mis Padres, pero si recibir agresividad física y psicológica por parte de las personas con quien conviví, problemáticas de índole social y económica que desencadenaron, posiblemente, en trastornos mentales ocultos, depresión, ansiedad, por ende, baja autoestima y agresividad, tal vez, hasta ideación suicida.

... Han pasado los años, y la experiencia ha permitido recorrer muchos caminos. La vida ha cambiado y mi situación personal y familiar también. Todo aquello que fue triste es hoy anécdota y motivo de reflexión, para aprender desde mi trabajo. Es así como puedo decir que he superado tantas situaciones difíciles en mi vida, y que desde la adversidad, he salido más fortalecida para salir adelante, llena de deseos y con mucha voluntad. He logrado muchos éxitos gracias a la capacidad resiliente, y al conocimiento, que me ha generado la experiencia laboral, el estudio, y el conocimiento desde el campo de la Psicología, y, en especial, desde esta etapa a culminar, la especialización en Gerencia Social, como agente transformador de cambio social, en el mejoramiento de la salud mental, a través de la capacidad resiliente. Y, por supuesto, no podría dejar de lado a Mateo y a Sebastián, mis hijos, quienes se han convertido en la luz de mi vida y en la inspiración para cada acto de superación que obtenga, pues para ellos, deseo una vida generosa y llena de mucho amor y afecto, que no se sienta el vacío que su padre dejó...q.e.p.d.

RESUMEN

El concepto de resiliencia, en los últimos acontecimientos de la salud mental, ha generado gran atención y numerosas investigaciones en el ámbito de las Ciencias Sociales y Humanas. Se reconoce como valiosa esta perspectiva por sus varias aplicaciones en el campo de la prevención de la salud, y, por supuesto, de mayor énfasis en la salud mental.

Es así como se enfatiza la resiliencia como producto de un proceso dinámico entre factores protectores y de riesgo que puede ser construido, desarrollado y promovido desde la familia, la escuela, el lugar de trabajo y la comunidad.

Desde los diferentes contextos, se puede evidenciar, que la afectación de la salud mental, está dada por diferentes factores estresantes, entre ellos se menciona la violencia, la falta de afectividad, la falta de comprensión, la falta de atención, la falta de cuidadores primarios entre otros aspectos a mencionar.

Las personas en el medio, están expuestas a padecer diferentes problemas, mucho más quienes se encuentran en el rango de los ocho a los dieciocho años de edad, rango de mayor criticidad para afrontar las adversidades frente a la realidad social, específicamente cuando no se ha contado con el apoyo y acompañamiento desde el aspecto familiar, comunitario y social.

ABSTRACT

The concept of resilience in the recent happenings of mental health, has generated much attention and numerous investigations in the field of social and human sciences. This perspective is recognized how valuable by its various applications in the field of the prevention of health, and, of course, greater emphasis on mental health.

It is as well as emphasizes resilience as a result of a dynamic process between protective factors and risk that can be built, developed and promoted from the family, school, the workplace and the community.

From the different contexts, it is possible to be demonstrated, that the affectation of the mental health, is given by different estresantes factors, among them is mentioned the violence, the lack of affectivity, the lack of understanding, the lack of attention, the lack of primary caretakers among other aspects to mention.

The people in means, are exposed to suffer different problems, much more that are in the rank of the eight to the eighteen years of age, rank of greater criticidad as opposed to confront the adversities the social reality, specifically when there is not counted with the support and support from the familiar aspect, communitarian and social.

CONTENIDO

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCION	15
PROBLEMA	16
Descripción del problema	16
Planteamiento Del Problema	16
Formulación Del Problema	17
OBJETIVOS	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos	18
JUSTIFICACION TEORICA	19
JUSTIFICACION PRÁCTICA	20
LA RESILIENCIA Y LA SALUD MENTAL DESDE LOS DIFERENTES CONTEXTOS	21
MARCO NORMATIVO	30
Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014	30
Resolución 2358 de 1998	30
Política Nacional de Salud Mental, 1998	31
Lineamientos de Política de Salud Mental	31
Guías de Atención	32
Ley 1616 del 21 de Enero del 2013	32
Sistema Único de Indicadores	32

Observatorio Nacional de Salud Mental	33
Modelo de Gestión Operativo	33
Acuerdo emitido por la CRES 029 del 28 de diciembre de 2011	34
Resolución 425 del 2008	34
MARCO CONCEPTUAL	35
Los Pilares de la Resiliencia	36
Uso y Consumo de Sustancias Psicoactivas	37
METODOLOGIA	38
Paradigma de la Investigación Social	38
Tipo de Investigación	39
Tipo de Análisis	39
Técnicas o Procesos de Recolección de Datos	39
Población y Muestra	41
Diseño de la Investigación	41
Y ¿QUÉ DICEN LOS RESULTADOS?	43
CONTRASTANDO LA TEORIA CON LOS RESULTADOS	53
HACIENDO ANALISIS DE LA POLITICA PUBLICA DE SALUD MENTAL VERSUS RESULTADOS OBTENIDOS	56
BIBLIOGRAFIA	68
ANEXOS	70

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Formato de encuesta a usuarios.....	70
Anexo 2 Formato de encuesta a padres de familia.....	75
Anexo 3 Testimonios	80

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Sistematización de violencias quien las ocasiona?	50
Tabla 2 Sistematización de Mensajes de vida, Antecedentes y Observaciones.....	63
Tabla 3 Matriz sistematización y categorización del trabajo de investigación.....	64

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mejorar la Salud Mental a través de la capacidad resiliente	66
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Intento de Suicidio en Nariño -2012 IDSN	29
Gráfico 2 Concepto de Resiliencia y Salud Mental	43
Gráfico 3 Área Recreativa.....	44
Gráfico 4 Género y Zona	45
Gráfico 5 Nivel Educativo	46
Gráfico 6 Área Escolar.....	47
Gráfico 7 Consumo de SPA en el Hogar	47
Gráfico 8 Antecedentes de Violencia.....	48
Gráfico 9 Aspectos personales y sociales	49
Gráfico 10 Aspectos a tener en cuenta para tomar una decisión	51

INTRODUCCION

La resiliencia posibilita una vida saludable gracias a un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos. Es así como los procesos interactivos entre las personas que lo conforman y su medio ambiente, en torno a factores individuales, familiares, comunitarios y culturales, que interactúan entre sí., permite y genera una calidad de vida y una serie de buenas relaciones con sus congéneres.

La idea de resiliencia es un llamado a centrarse en cada persona como alguien único, y ello implica enfatizar las potencialidades y sus propios recursos que le permiten enfrentar situaciones adversas, atravesarlas y salir fortalecido, a pesar de estar expuesto a factores de riesgo. Ello implica la idea de un proyecto de vida, una proyección a futuro, que como meta le permita salir adelante.

PROBLEMA

Descripción del problema

La sociedad actual, a través de una serie de procesos sociales e históricos, provoca deterioro y trastornos mentales, y por ende afectaciones a la salud mental de las personas, afectando el tejido social y la convivencia humana.

Aquí es donde juega un papel importante la familia, está como primera institución de la sociedad, forma y define el constructo del ser humano; fundamentada en valores como: afecto, pertenencia, dignidad, respeto, confianza, sentido de vida, entre otros aspectos a resaltar. De otra parte, el Estado también se constituye en un eje fundamental, respecto a la atención, de esta problemática.

Las ciencias naturales, sociales y humanas, están en mora de atender y dar una oportuna respuesta a estas exigencias de la problemática mental. Es así como se presentan muchos interrogantes en la cotidianidad y en los actos del quehacer diario de niños, adolescentes y jóvenes que se encuentran entre los ocho y los dieciocho años de edad, de ahí la importancia de desarrollar la capacidad de afrontar la realidad, pues un problema puede ser pequeño, pero si no se cuenta con la capacidad para enfrentarlo se convierte en un problema mayor, con dificultad para resolverlo, sobre todo cuando se han vulnerado los derechos en la infancia.

Planteamiento Del Problema

La situación actual es crítica tanto a nivel mundial, como nacional, regional, y, por supuesto, institucional, con respecto a la salud mental, de allí que el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) refiere “desgraciadamente, en la mayor parte del mundo no se concede a la salud mental y a sus trastornos no se da la misma importancia que a la salud física, muy al contrario, han sido objeto de indiferencia o abandono. En parte como consecuencia de esta actitud, el mundo está sufriendo una carga creciente de trastornos mentales, y un desfase terapéutico cada vez mayor” (p.32). Con respecto a este tema, se puede decir que en realidad el problema data de tiempos atrás, pero ha sido invisible para el Estado, siendo de mayor importancia la

enfermedad mental como tal, que la identificación de factores protectores, desde la familia y la comunidad. Lo cual permita generar una buena salud mental.

La anterior situación genera afectaciones en el entorno familiar y social cuyas manifestaciones se expresan en adicciones, violencia, depresión, trastornos en la conducta, siendo de mayor frecuencia en niños y adolescentes, para mencionar algunos como: la ansiedad, la angustia, el estrés, el déficit de atención, los embarazos precoces. De allí la importancia de un abordaje integral propiciado inicialmente desde la misma familia, con herramientas que se generen desde este mismo ámbito, como lo es la capacidad resiliente, para afrontar las diferentes adversidades.

Formulación Del Problema

¿Cómo establecer la Resiliencia, desde la mirada de la gerencia social, como capacidad para mejorar la salud mental del grupo de edades de ocho a dieciocho años, en la ciudad de Pasto?

OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer la Resiliencia, desde la mirada de la Gerencia Social, como capacidad para mejorar la salud mental del grupo de edades de ocho a dieciocho años, en la ciudad de Pasto.

Objetivos Específicos

Identificar la capacidad resiliente en el grupo de edades de ocho a dieciocho años, en el Municipio de Pasto

Identificar cómo la capacidad resiliente define o determina el mejoramiento de la salud mental

Conocer el tipo de eventos vitales estresantes que afectan al grupo de edades de ocho a dieciocho años.

Diseñar estrategias de intervención social, para aumentar la capacidad resiliente.

JUSTIFICACION TEORICA

Investigar y trabajar sobre la resiliencia se constituye en un aporte teórico a una realidad social que acontece en el Departamento de Nariño, y más concretamente en la Ciudad de Pasto, en el grupo de edades de ocho a dieciocho años de edad. La resiliencia es la capacidad que todas las personas poseen, para afrontar y superar diversidad de problemas y adversidades de la vida cotidiana, y que, a la vez, también les permita crear unas bases y cimientos para construir condiciones favorables y significativas para mejorar integralmente las personas, la familia y la sociedad

La resiliencia, como un proceso para conseguir la salud mental, primero, contribuye a potenciar los factores positivos o protectores de las personas generando capacidades para favorecer su propio desarrollo; segundo, la importancia que este concepto sea conocido por todas las personas y que facilite la promoción de salud mental por medio de las Instituciones responsables en la promoción de factores protectores, como también por parte de la misma familia; y, tercero, crear capacidad entre las personas para atravesar las adversidades y promover la salud mental, bajo el concepto de bienestar, que permita responder a las demandas del medio; que se da en la relación con si mismo, con la comunidad y el entorno basado en la condición personal y familiar para resolver problemas o encontrar vías constructivas hacia su solución y no estancarse en el problema en sí.

JUSTIFICACION PRÁCTICA

Los profesionales de la salud, y en especial los profesionales egresados como Gerentes Sociales, estamos llamados a la transformación, al cambio, frente a las necesidades de una realidad social, a contribuir con un grano de arena, desde nuestro quehacer, en el Mundo, en el País y en el Departamento, en el tema de la salud mental, a través del concepto de la resiliencia, de significancia para el estudio a desarrollar.

El abordar una temática de esta magnitud permite aplicar el desarrollo de la investigación, específicamente al mejoramiento de la acción institucional, en cuanto a la salud mental.

Finalmente, mencionar que la utilización de herramientas de apoyo, a través del enfoque de la resiliencia, es prioritario y urgente, pues todas las personas poseen la capacidad resiliente, pero no se ha desarrollado, o por lo menos no lo suficientemente. Aquí la importancia del desarrollo de este trabajo, ya que permite incidir y mejorar la salud mental del grupo de edades de ocho (8) a dieciocho (18) años, a través de la resiliencia, de esta manera, superar y transformar las dificultades en soluciones, contribuyendo hacia el desarrollo biopicosociocultural de este grupo de personas, de mayor vulnerabilidad, esto según lo descrito en los informes estadísticos Institucionales y departamentales, así como desde las estadísticas nacionales e internacionales.

En tal sentido, se constituye en un aporte práctico, para la formulación de estrategias que construyan la base de una herramienta a desarrollar desde el ámbito social, orientado a promover la salud mental, la dignidad y la condición humana en niños, niñas y adolescentes inmersos en situaciones de adversidad, que muy posiblemente no conocen sus capacidades, para afrontar los problemas, de índole familiar, escolar, social entre otros.

LA RESILIENCIA Y LA SALUD MENTAL DESDE LOS DIFERENTES CONTEXTOS

Desde hace mucho tiempo la humanidad ha observado que algunos seres humanos logran superar condiciones severamente adversas y que, inclusive, logran transformarlas en una ventaja o un estímulo para su desarrollo biopsicosocial. (Rojas, Arévalo, 2008, p. 2-3).

El término fue adaptado por Rutter (1993) a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. Otras definiciones dadas por Grotberg (1995), Munist (1998), Suárez Ojeda (1993) son: (a) habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse y acceder a una vida significativa y productiva, inclusive ser transformado por las mismas. (b) historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además implica la expectativa de continuar con baja susceptibilidad a futuros estresores; (c) enfrentamiento efectivo de eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos (ICCB, Institute on Child. Resilience and Family, 1994 p.221).

Vanistendael (1994) Distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción; es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión y, por otra parte, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles (p.116).

Varios autores, concluyen que la resiliencia es la condición humana que permite a los seres humanos sobreponerse a las adversidades, construir sobre ellas y proyectarse en el futuro. Está centrada en los recursos, potencias y capacidades de las personas. Es decir todos los seres humanos podemos ser resilientes, podemos construir resiliencia en el intercambio con otros y podemos promoverla en los demás.

Entre los factores protectores se tiene a las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de las personas o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables, de allí que la familia tenga un efecto protector para con los hijos e hijas, como ente iniciador de la interacción y vinculación afectiva con ellos y ellas.

De esta manera, cuando se habla de los factores protectores, éstos pueden ser: los externos que se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños, donde la familia se constituye en un punto de apoyo significativo, o de integración social y laboral. En lo que respecta a los internos, se refieren a los diversos atributos de la persona, donde se menciona la estima, la seguridad y la confianza de sí mismo, que también se funda primordialmente en el apoyo y acompañamiento de la familia

La psicóloga norteamericana, Emmy Werner, adelantó un estudio sobre resiliencia y luego de realizar un diagnóstico de epidemiología social en Hawai, con casi 700 chicos pobres que crecieron en situaciones adversas. Muchos de ellos no tenían familia, no iban a la escuela o vivían situaciones violentas. (El estudio duró treinta y dos (32) años), concluyó que dos tercios de esta población siguieron en una mala situación y no logró evolucionar. La tercera parte, en cambio, aprendió a leer y escribir, alcanzaron objetivos y formaron una familia, sin desconocer que habían sufrido situaciones de estrés, disolución del vínculo parental, adicciones, abusos, entre los aspectos a mencionar. Nace así la necesidad de identificar qué tipo de factores habían incidido en esas personas.

La resiliencia, es la capacidad humana para sobreponerse a las adversidades y construir sobre ellas, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. El concepto plantea que las personas, a pesar de la adversidad, pueden mantener la salud mental, ya que situaciones de este tipo son inherentes a la vida; en la medida que les permite hacer frente a las adversidades.

Esto implica un conjunto de cualidades que involucra al ser humano por completo: su espiritualidad, sus sentimientos, sus experiencias y cogniciones. Diversos estudios confirman que el ser humano posee la habilidad de resurgir de la adversidad, adaptarse y recuperarse y acceder a una vida significativa, y en muchos casos de manera exitosa.

Según la Organización Mundial de la Salud -OMS-, la alarmante carga de los trastornos mentales hace referencia a que una de cada cuatro personas, es decir el 25% de la población, sufre en algún momento de la vida de al menos un trastorno mental. Actualmente hay 450 millones de personas con trastornos mentales en países tanto desarrollados como en vía desarrollo. Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial. Los trastornos con mayor peso son la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y la demencia. Esta carga cobra un elevado costo, además de discapacidad. (Programa mundial de Acción, 2002, p. 2-15)

La División de Promoción y Prevención de la Salud OPS/ OMS Con respecto a los trastornos: “70 millones dependen de alcohol, 24 padecen Esquizofrenia, un millón de suicidios y 20 millones de intentos de suicidios, cinco de las diez primeras en la carga de morbilidad, depresión es la cuarta y será la segunda en el 2020”. (Informe sobre la Salud en el mundo, 2001, p. 1-4)

En América Latina y el Caribe, al igual que en muchos países desarrollados, se puede observar que el progreso económico, las transformaciones sociales y el aumento de la longevidad, están acompañados de un aumento en la problemática psicosocial. Los estudios epidemiológicos realizados en el último decenio hacen patente un llamado a la acción. La carga representada por las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa y estas provocan un alto grado de sufrimiento individual, familiar y social (Chertok, 2011, p. 6).

En 1990 se estimó que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe; en el año 2002 esa carga había ascendido a más del doble, 22,2%, a pesar de la magnitud de la carga de los trastornos mentales, la respuesta de los servicios de salud es por lo general limitada o inadecuada.

En América Latina, al menos una de cada cuatro a personas sufrirá un trastorno mental a lo largo de su vida. En la estrategia de la Organización Panamericana de la Salud, desarrollada en la sede del Ministerio de Salud Pública (MSP), en Montevideo, según datos expuestos, durante la conferencia Salud mental en América Latina y el Caribe. (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2010)

Jorge Rodríguez, (2012) Coordinador del Programa de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OPS/OMS, remarcó que la incidencia de los trastornos mentales sobre la carga global de enfermedades es mayor en América Latina y el Caribe que en la media del planeta: 14% frente a 21%.

El 39% de las discapacidades que sufren los latinoamericanos y caribeños se debe a enfermedades mentales, al tiempo que unas 63 mil personas terminan suicidándose cada año en el área, alerta.

Sin embargo, menos del 1% del presupuesto de la salud de las naciones de la región es dedicado a las enfermedades mentales, cuando la mayoría del gasto de salud corresponde a los hospitales psiquiátricos.

Según Publicación Caléndula, (2009), con respecto a la Salud mental, Colombia ha sido definida, como uno de los más violentos del mundo. Guerrillas, paramilitares, corrupción, delincuencia organizada, delincuencia común y cárteles de la droga, se hallan en el núcleo del huracán, causando miles de muertos, empobreciendo a la ciudadanía y creando desplazamientos que afectan gravemente a la salud física y mental de la población, especialmente niños y adolescentes.

Según el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia (2011), por cada 100 personas que consultan al médico general, veintiséis (26) lo hacen por trastornos mentales, la mayoría no son identificados por el médico y mucho menos tratados. Los trastornos de ansiedad, en primer lugar, son los más frecuentes, afectan a 19 de cada 100 personas; en segundo lugar se encuentran los trastornos del estado de ánimo que padece el 15% de la población; y, en el tercer lugar, el abuso de sustancias en el 10.6 % de la población.

Por otra parte, la depresión es el trastorno mental que más aqueja a las mujeres, 15 de cada 100 sufren esta enfermedad. Los hombres presentan en general una más alta incidencia de enfermedad mental que las mujeres, siendo el alcoholismo el trastorno más frecuente en ellos. Expertos aseguran que el promedio de edad de inicio de consumo de licor en el país es de 12 años. Bogotá es la ciudad del país con más enfermos mentales, 46 de cada 100 habitantes de la ciudad tienen trastornos de este tipo. Los más frecuentes son los del estado de ánimo, de ansiedad y de uso de sustancias psicoactivas.

Lo más preocupante es que para cerca de 17 millones de colombianos con trastornos mentales solo hay en el país 1.250 siquiátras, 7.240 camas y 15.000 sicólogos, de ellos solo 4.000 dedicados a ver pacientes. Ante este gris panorama los obstáculos parecen interminables.

En lo que respecta al Consumo de sustancias psicoactivas en el departamento de Nariño: La prevalencia de consumo de drogas lícitas e ilícitas de acuerdo con los datos del observatorio Departamental, en su orden son: alcohol 81.2%, cigarrillo 38.5%, marihuana 5.3% y otras sustancia dentro de las cuales se incluye las pesadas, sintéticas y de uso cultural con un 7.3%.

Dentro de los grupos etáreos, la prevalencia más alta de consumo de consumo de sustancias psicoactivas, se encuentra en edades entre 19 y 29 años con 86.2%, y el consumo de cigarrillo prevalece en el grupo entre 46 y 65 años con 45%.

Siguiendo con esta investigación, respecto al Consumo de alcohol, la edad más temprana de inicio de consumo son los 8 años y la más tardía los 43 años, el porcentaje más alto 70.2% refiere consumir ocasionalmente en el mes, seguido por los fines de semana con 25.8%, algunos días de la semana con 2.1% y todos o casi todos los días el 1.9%.

En la variable de género los hombres son los de mayor prevalencia de consumo de todas las sustancias psicoactivas –SPA-, frente a las mujeres. El 8.5% de la población encuestada, declaró que empezó a beber con alguien en su hogar, el 43,9% manifiesto como motivo para iniciar a consumir alcohol una invitación y el 23,6% la curiosidad.

De la misma manera, con respecto al Consumo de cigarrillo, el rango de edad de inicio predominante es entre 12 y 18 años. Siendo los 8 años la edad más temprana para iniciar a fumar. Los hombres son quienes más probabilidades tienen de fumar (Riesgo Relativo RR =4,3); otros grupos con riesgo son: los separados RR=3,2, quienes refieren no tener ningún nivel educativo RR=2,5 y las personas discapacitadas RR=2,8.

El 37,4% de la población analizada refiere tener por lo menos un familiar que fuma diariamente. El 35.2% de los consumidores habituales fuman ocasionalmente en el mes y un 33,3% declaró que fuma todos los días. Respecto a la circunstancias por las cuales la gente fuma, el mayor porcentaje 27.6% lo comparten las razones de fiestas o celebraciones y no hace falta motivo para fumar, seguida por otras circunstancias con un 22.4%.

Por otro lado, el Consumo de marihuana, las edades de 10, 11 y 12 años se presentan como las más tempranas para iniciar el uso de cannabis y los 35 años como la más tardía entre las personas que han usado marihuana alguna vez en su vida. Los motivos de inicio referidos en su orden son: curiosidad (68.4%), presión de amigos (15.8%), invitación (8.7%) y por iniciativa propia (7%).

Entre quienes han usado marihuana alguna vez en su vida el 78,9% no han tenido ningún problema físico o emocional por suspender o disminuir su consumo; el 46,5% ha consumido cannabis bajo circunstancias de depresión, tristeza y ansiedad.

El 60% de los consumidores habituales fuman de 1 a 5 cigarrillos de marihuana mensuales y solamente un 20% fuma más de 20 cigarrillos al mes; siendo 90 cigarrillos mensuales el número más alto fumado.

Los hombres presentan más probabilidades (RR 8,8) de consumir marihuana que las mujeres (RR 1.0).

Y finalmente, lo que tiene que ver con el Consumo de sustancias pesadas, sintéticas y de “uso cultural”, dentro de la población que alguna vez ha usado sustancias sintéticas, el 3.24% ha consumido tranquilizantes, ácidos, éxtasis y anfetaminas; un 2.9% sustancias pesadas tales como bazuco, cocaína, heroína, bóxer u otros solventes volátiles, y el 1.8% sustancias de uso cultural como hongos, yagé o cactus, San Pedro. Dentro de esta categoría las más usadas son los tranquilizantes, con una prevalencia de consumo del 1,6%, las anfetaminas 1,5% y el yagé 1,3%.

Los hombres presentan más probabilidades de consumo de sustancias pesadas, sintéticas y de “uso cultural”, (RR, 1.30). Las edades de 12, 13 y 14 años se presentan como las más tempranas para iniciar el uso de estas sustancias, y las edades 53, 56 y 64 años como las edades más avanzadas, en donde se ha experimentado con este tipo de sustancias.

El 73,8% de quienes han usado sustancias pesadas, sintéticas y de uso cultural declaran que alguna vez las consumieron para eliminar problemas de salud física o emocional, y un 33,9% las ha continuado consumiendo a pesar de ocasionarles problemas de salud. Un 42,6% el consumo de estas sustancias les ha ocasionado problemas con la pareja.

El 47,1% de quienes han consumido sustancias pesadas, sintéticas y de “uso cultural” declaran que las personas que les ofrecieron por primera fueron los amigos, frente a un 19,4% quienes declaran que estas sustancias se las ofreció un desconocido o vendedor.

El 46,4% de los consumidores habituales, las usa los fines de semana y el 42,9% las experimenta algunos días de la semana. El 7,4% de la población conoce a alguien en su entorno que usa bazuco y un 3,8% de los investigados conoce a personas que usan cocaína.

Pero, de igual manera, no se puede hacer a un lado aquello que afecta a esta región de una manera constante: el intento de suicidio del departamento de Nariño 2012. La región por supuesto, no escapa a estos flagelos de índole social y su respectiva repercusión mental. Los estudios e investigaciones dan el siguiente resultado, el cual muestra la gravedad y dificultad que tienen las personas para cometer suicidio, y familias que sufren este triste panorama al interior de sus hogares.

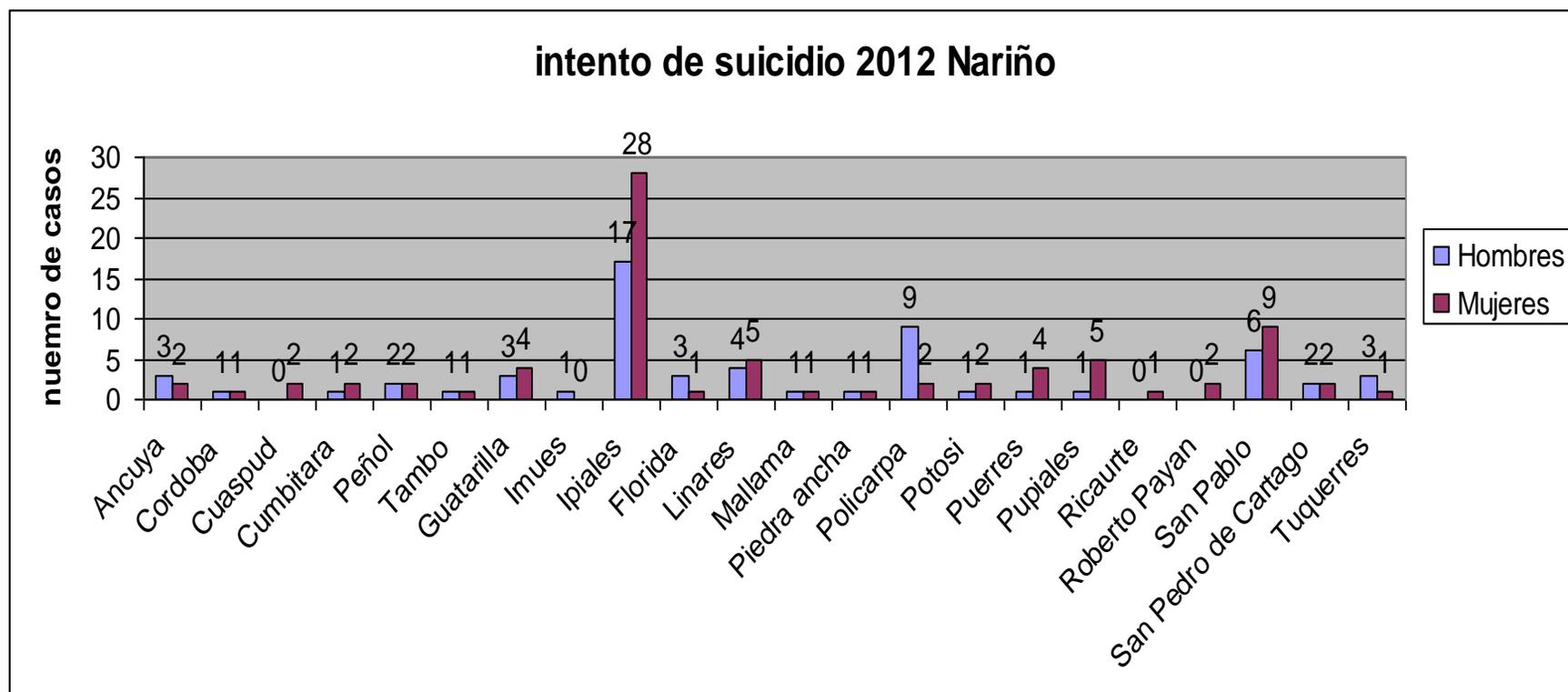


Gráfico 1 Intento de Suicidio en Nariño -2012 IDSN

Fuente: Informe estadísticas IDSN- 2012

A nivel Departamental, el Municipio de Ipiales tiene mayor prevalencia, presenta mayor proporción el género femenino.

MARCO NORMATIVO

Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014

“Prosperidad para todos”, sustenta que se hace necesario garantizar el funcionamiento del sistema de protección social que comprende tres grandes componentes: la seguridad social integral (salud, riesgos profesionales y pensiones); la promoción social; y, las políticas y programas de formación del capital humano.

Es importante rescatar que el mismo plan de desarrollo indica que invertir en el desarrollo social y la igualdad de oportunidades, además de generar impactos positivos sobre el bienestar de la población, también retroalimenta el crecimiento económico y se traduce en mayor productividad. En referencia a este marco sobre acceso y calidad a los servicios de salud de una manera universal y sostenible, se identifica la necesidad de revisar, actualizar y unificar gradual y sosteniblemente los planes de beneficios, regular los servicios excluidos del plan de beneficios, promover estilos de vida saludable, reducir la prevalencia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas, prevenir el consumo de sustancias psicoactivas, promover la salud mental y la actividad física.

Se han expedido una serie de normas que se relacionan directa o indirectamente, con el tema del artículo, se destacan aquellas que consultados, son referentes jurídicos asociados a la resiliencia.

Resolución 2358 de 1998

Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental, Asociación Colombiana para la Salud Mental, Republica de Colombia, Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención, Subdirección de Promoción, Programa de Comportamiento Humano, política Nacional de Salud Mental. Bogotá, mayo 1998. El Ministerio de Protección Social, define la Salud Mental como: “la capacidad que tienen las personas y los grupos para interactuar entre sí y con el medio en el cual viven, es un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas de carácter cognitivo, afectivas y relacionales,

dirigidas al cumplimiento de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”.

Política Nacional de Salud Mental, 1998

Para esta Política, la salud mental representa un bien colectivo e individual de naturaleza simbólica, emocional y relacional, y, por lo tanto, un deseable social e individual que contribuye al desarrollo humano y social, que genera capital social, cultural, simbólico y económico (capital global) y que hace posible el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos.

Para el control de los trastornos psiquiátricos dispone que Las EPS y ARS contratarán las actividades, procedimientos e intervenciones para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos establecidas en el manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud con las IPS de la red pública y privada que cumplan con las normas mínimas exigidas en la Resolución número 4252 de 1997, o su equivalente, para las instituciones que presten servicios en salud mental de baja, mediana y alta complejidad.

Lineamientos de Política de Salud Mental

Para Colombia, Ministerio de la Protección Social República de Colombia 2005. Derivado del estudio nacional de salud mental del 2003 en el que se señala un conjunto de acciones intersectoriales, que incluye objetivos, principios y recomendaciones para la adecuada incorporación de la política de salud mental al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS; se derivó en el reconocimiento de analizar los costos de eventos prioritarios en salud mental, dado que su fin, es reducir la carga que representa los trastornos mentales en la salud de la población y sus consecuencias en el desarrollo social, así como mejorar la capacidad del estado, las instituciones y la sociedad en general para afrontar la problemática. En las recomendaciones de dichos lineamientos incluye modulación, financiamiento, prestación y articulación.

Guías de Atención

Estas guías son los a la Mujer Maltratada, Menor Maltratado y Sustancias Psicoactivas, instrumentos que permiten el abordaje, para la atención a cada problemática. Es así como el Estado debe realizar mayor análisis de cada política pública de cada programa y de cada política pública, frente a la función del qué hacer, si realmente está cumpliendo con el objetivo.

Ley 1616 del 21 de Enero del 2013

Por medio de la cual se expide la ley de SALUD MENTAL y se dictan otras disposiciones. El objeto de la presente ley es “garantizar el ejercicio del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y prevención del trastorno mental, la atención integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud”.

Teniendo en cuenta que esta ley, da los criterios para ajustar y expedir mediante acto administrativo la política nacional de salud mental, acorde con los cambios normativos y el perfil epidemiológico actual del país. Esto a razón de la preocupación para el nivel nacional, por la representación de la carga de la enfermedad en salud mental, y por ende pensar en la promoción y prevención de la salud mental, desde el nivel comunitario.

Ante la complejidad y prioridad de la atención a la población en salud mental, pensar en un enfoque desde la resiliencia, es clave para el abordaje desde lo comunitario, familiar y personal.

Sistema Único de Indicadores

Hace referencia al consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, diciembre de 2009. El sistema único de indicadores sobre consumo de sustancias psicoactivas (SUI) constituye un conjunto articulado de conceptos y procedimientos tendientes a

producir información regional y nacional confiable y estandarizada que contribuirá, a hacer más visible el consumo interno, sus consecuencias, así como las acciones adelantadas para reducir el consumo y mitigar sus impactos negativos en el marco de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, y del Plan Operativo 2009-2010, así como en el marco del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

Observatorio Nacional de Salud Mental

Se encarga de realizar actividades relacionadas con la recopilación, análisis e interpretación de toda la información veraz, actualizada y disponible sobre un conjunto de fenómenos de interés en salud mental que es analizado con el fin de tomar decisiones y orientar las acciones en salud pública.

Modelo de Gestión Operativo

Para el Componente de Salud Mental, en Atención primaria en Salud, Bogotá D.C. 2009, Ministerio de la Protección Social República de Colombia 5. Módulo 2 Desarrollo del Componente de Salud Mental en APS en las Entidades Territoriales. Dentro de las competencias establecidas por la Ley 715 y el Decreto 3039 la salud mental contempla tres aspectos específicos: La salud mental vista como los procesos de promoción de ésta, la prevención y atención de los problemas y trastornos mentales, La prevención y atención de las diferentes formas de violencias y la prevención, reducción y mitigación del consumo de Sustancias psicoactivas (SPA).

Plan Decenal de Salud 2012-2021.

Dimensión: Salud Mental y Convivencia. Componentes y Promoción de la salud mental y la convivencia; prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia.

Una de las metas que presenta el Plan Decenal de Salud Pública es aumentar en 10% el promedio de los niveles de resiliencia en población general, siendo muy

importante, entonces en este sentido, el trabajo en salud mental, a través del enfoque de la resiliencia.

En este sentido, se toma la salud mental no como una patología, sino como la capacidad para interactuar entre si y con el medio, lo cual le permita hacer aportaciones hacia el mejoramiento propio y de la comunidad, ello depende de la capacidad para afrontar la adversidades que se presentan en la cotidianidad.

Acuerdo emitido por la CRES 029 del 28 de diciembre de 2011

El cual define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivos y subsidiados. El acuerdo incluye en salud mental: Atención ambulatoria con psicoterapia individual y grupal, con límite de 30 sesiones por modalidad durante el transcurso del año; Cubrimiento especial a las mujeres víctimas de violencia incluyendo atención; psicológica y psiquiátrica ambulatoria y de internación para las mujeres; víctimas de violencia física, sexual o psicológica; Inclusión de medicinas alternativas y complementarias siempre y cuando se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia; Hospitalización de pacientes con enfermedades mentales hasta 90 días en una o varias hospitalizaciones durante el año.

Resolución 425 del 2008

En cuanto al objetivo de mejorar la salud mental de la población, contempla: promover la formación de redes comunitarias en salud mental y formación de grupos gestores y redes de apoyo para el desarrollo de actividades de promoción en salud mental, prevención de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas; Además de realizar tamizajes en salud mental, detección temprana; canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria; Implantación de la estrategia de “Atención Primaria en Salud Mental” en coordinación con las EPS, ARP, los actores de otros sectores y la comunidad.

MARCO CONCEPTUAL

Prevención Primaria del trastorno mental: La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo, relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su auto manejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos. “ley 1616 del 21 de enero del 2013”.

Problema Psicosocial: Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. “ley 1616 del 21 de enero del 2013”.

Cyrułnik (Citado en Grotberg, 2002) se refiere a la resiliencia como “el concepto que solo puede comprenderse a través de la adversidad, ya que ésta es el motivo por el cual el ser humano desarrolla el proceso de enfrentar, superar y transformar la misma, en una oportunidad que lo lleva a someterla y cuyo proceso es denominado resiliencia” (p. 305-309)

Etimológicamente el término está tomado del latín, significa “resistencia al choque”, “energía potencial de un cuerpo elástico producido por la aplicación de una fuerza”, “rebotar”. En las ciencias humanas se usa, para transmitir la habilidad de cómo manejarse ante situaciones vitales extremas. La capacidad de soportar crisis y además construir sobre ellas. Fue en Estados Unidos, en los años 60, cuando esta palabra invadió el campo social. Desde entonces el término alude a la facultad de un individuo o una comunidad para recuperarse o sobreponerse a la frustración y finalmente, transformarse.

Los Pilares de la Resiliencia (Wolin, 1999, p. 180-182)

Introspección. Capacidad de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta.

Independencia. Capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento y Saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas.

Capacidad de Relacionarse. Habilidad para establecer lazos e intimidad con otros y equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros.

Iniciativa. Gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas cada vez más exigentes.

Humor. Encontrar lo cómico en la propia tragedia.

Creatividad. Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.

Moralidad. Extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y capacidad de comprometerse con valores (sobre todo a partir de los 10 años).

Salud. Según la Constitución de la OMS se define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Salud Mental. Según la OMS, La salud mental puede considerarse un elemento integral de la salud que permite la realización de las capacidades cognitivas, afectivas y relacionales. Una disposición mental equilibrada permite hacer frente a las dificultades de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir positivamente a la comunidad. Los trastornos mentales y cerebrales, al afectar a la salud mental, anulan o reducen la posibilidad de alcanzar todo lo anterior. Su prevención y tratamiento allanan

Trastorno Mental. Se entiende, como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida. “La ley 1616 del 21 de enero del 2013”.

Uso y Consumo de Sustancias Psicoactivas

Según la OMS es el culto o impulso de tomar una sustancia socialmente aceptada o no, que modifica las funciones del organismo vivo y que genera dependencia por la toma continuada o periódica, el consumo de SPA, se presenta ya sea por placer o para aliviar el dolor, pero puede dañar la salud y acarrear problemas sociales a corto y largo plazo. EL problema del consumo de drogas dejó de ser un problema externo, para convertirse en una amenaza continua para las familias, ciudades y barrios, que genera consecuencias negativas en el orden económico social, y de salud, no solo en el ámbito individual sino también en el colectivo, hasta convertirse en un problema de difícil manejo que se puede observar dentro de la cotidianidad El abuso de drogas ha aumentado vertiginosamente en los últimos años y está generando graves consecuencias sociales como el incremento de la violencia intrafamiliar, la deserción escolar y pos niveles de deterioro social, entre otros, que afectan a niños, jóvenes y adultos. (Modelo de Gestión de Riesgo en Salud Emssanar EPS. 2013 – 2017, p. 312)

Violencia. Uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Publicación Científica y Técnica No. 588. OPS, 2003, p. 20)

METODOLOGIA

Paradigma de la Investigación Social

Enfoque Socio-crítico. Propuesto por Kurt Lewin (1951), consiste en identificar la comprensión de la totalidad social, así como la búsqueda de mejoras de la misma, a través de la crítica ideológica, es decir, pretende que los individuos analicen la realidad, para mejorar su calidad de vida y aprender de sus experiencias, es decir, es una investigación participativa y transformadora con respecto al la población de estudio.

Por otra parte, la teoría de la ciencia socio-crítica de Habermas, (citado en Bonilla, 1997) pretende tratar el interés emancipatorio hacia la libertad y la autonomía racional, puesto que se intenta superar unas limitaciones, para que desde la interpretación de la sociedad y desde la práctica se generen condiciones para la reflexión y el entendimiento, y, de este modo, propicie una trayectoria colectiva a conocer sus propios intereses. "Una ciencia social crítica es, para Habermas, un proceso social que combina la reelaboración en el proceso de de la crítica con la voluntad política de actuar para superar las contradicciones de la acción social y de las instituciones sociales en cuanto a su racionalidad y justicia" (p. 199-200).

La crítica social implica un sentido dialéctico, político y de conocimiento, que aporta en la interrelación y en la creación de las condiciones para el desarrollo personal y comunitario.

Según Habermas, hay que ir más lejos de lo simple, siendo necesario conocer las limitaciones, tratarlas y superarlas, aun ante las adversidades y obstáculos presentes en la cotidianidad, lo cual permita la satisfacción de necesidades. Aquí la importancia e interés, del Gerente Social, como agente transformador de cambio, buscando alternativas desde el enfoque de la resiliencia, para mejorar la Salud Mental de la comunidad objeto de estudio.

Ante la necesidad de describir adecuadamente esta manera de intervención, Bernardo Kliksberg, (1997) acuña el concepto de “Gerencia Social”, es decir, El Gerente social, debe contar con la capacidad transformadora, permitiendo un cambio positivo y un abordaje efectivo y sensibilizador, de tal forma que se constituya en un modelo de gerenciamiento superador, que realmente contribuya a satisfacer necesidades reales del contexto social (p. 6-8).

Tipo de Investigación

Investigación Cuantitativa. Es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables, estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas. La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Tras el estudio de la asociación o correlación pretende, a su vez, hacer inferencia causal que explique por qué las cosas suceden o no de una forma determinada. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p. 686)

Tipo de Análisis

Análisis Descriptivo. Se refiere a la etapa preparatoria del trabajo científico que permita ordenar el resultado de las observaciones de las conductas, las características, los factores, los procedimientos y otras variables de fenómenos y hechos. Este tipo de investigación no tiene hipótesis exacta. (Hernández, et al. 2006, p. 683)

Técnicas o Procesos de Recolección de Datos

En el proceso de esta investigación, fue necesario utilizar una serie de herramientas, las cuales vincularon tanto a las familiares como a los usuarios, que hacen parte de la problemática, así como al investigador, permitiendo obtener unos resultados apropiados.

Observación Directa. Desde el contacto con la comunidad, se facilita el grado de participación del investigador en la obtención de información. Aquí se da un

proceso directo en la recolección de información. Esta observación fue directa, atenta y sujeta a la cotidianidad del grupo humano investigado.

Entrevistas. La entrevista estructurada individual se utiliza, para obtener un grado de control por los temas que se van a investigar. De acuerdo a Sheele y Groeben (citados por Flick 1998), dicha entrevista supone que las construcciones se elaboran como conceptos relacionados entre si (p. 34)

Es interesante identificar las teorías que los participantes construyen, basándose en el desarrollo de preguntas relacionadas con las categorías de análisis trabajadas en la investigación, entre las que se menciona aspectos como: identificar el tipo de adversidades, identificar factores protectores, dar a conocer las categorías de la resiliencia entre otros aspectos

Entrevista a Grupos Focales. Es una forma de llevar la entrevista en profundidad en forma grupal, puesto que así ofrece oportunidades de conocimiento y de análisis que la entrevista individual no ofrece. La experiencia en grupo promueve un ambiente en el cual se intercambian puntos de vista, permitiendo aprendizajes y conocimientos desde la experiencia de los integrantes del grupo, frente al tema de interés al trabajo de investigación.

Este tipo de entrevista es una técnica libre, espontánea, flexible y apropiada cuando se la utiliza con el fin de estudiar situaciones-problema, e igualmente para explorar una determinada problemática poco conocida por el investigador.

Historias de Vida. Por medio de este instrumento se revelan las prácticas a través de comentarios personales, permitiendo recorrer la trayectoria del ser humano, relacionándolo con sucesos que ha trascendido emerjan en la cotidianidad. Desde esta técnica se conocen y se hacen unos acercamientos a una serie vivencia que desde la narración y la conversación se dejan manifiestas, permitiendo, con ello, conocer los aspectos de importancia en el trabajo de investigación.

Encuestas. Este instrumento permite valorar aspectos fundamentales dentro del contexto psicosocial; se lo desarrolla a partir de cuestionarios determinados. Para el trabajo investigativo, se utiliza preguntas de tipo cerrada y preguntas abiertas, lo cual permita obtener la sistematización de la información de acuerdo a lo esperado en los objetivos específicos.

La encuesta social. Consiste en un cuestionario, con un conjunto de preguntas, referidas a una o más variables o dimensiones a medir. El contenido de las preguntas es tan variado como los aspectos que pretenda medir. Con el fin de tener mayor rigor en la recolección de los datos, las preguntas deben ser precisas, pertinentes y concisas, de tal manera que las respuestas obtenidas tengan igualmente estas características

Población y Muestra

La investigación está dirigida a la población y a los grupos de edad comprendidos entre ocho hasta dieciocho (18) años. Se toma una parte de la población afectada en lo relacionado al uso de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas

Diseño de la Investigación

Se realiza por fases:

1. Diagnóstico. La realización del proyecto investigativo se desarrolla en diferentes espacios, aprovechamiento de reuniones con escuelas de padres, testimonios e historias de vida de pacientes ex consumidores de sustancias psicoactivas, y los usuarios de Emssanar que se presentan en las instalaciones de la oficina de atención al Usuario. Para este trabajo, es importante tener en cuenta los determinantes de tiempo y disposición por parte de los Usuarios.

Para el trabajo investigativo y de acuerdo a las estadísticas presentadas, respecto a problemática en salud mental, se trabaja con grupos de edad de ocho a 18

años, pero además es importante contar con la percepción de los usuarios que no hacen parte de estas edades.

2. *Acercamiento.* Inicialmente, se aplica una encuesta, a los Usuarios, que consumen sustancias psicoactivas licitas e ilícitas, de igual manera a los familiares también se le aplica una encuesta, esto con el fin de obtener la información, frente a factores estresantes y la capacidad resiliente de la población, así determinar el impacto de la salud mental en ellos y ellas. Esta fase contribuye al desarrollo de los objetivos específicos que hacen referencia a la identificar la capacidad resiliente y Conocer el tipo de eventos vitales estresantes que afectan a los usuarios y usuarias.

3. *Ejecución.* El presente trabajo puede ser desarrollado en la institucionalidad del nivel Municipal o Departamental de la Ciudad de Ciudad de Pasto, para el estudio se desarrollara con el grupo de edad de ocho a dieciocho años, que hacen parte de población de Emssanar ESS.

Participantes. Se toma una muestra, población comprendida entre ocho (8) y dieciocho (18) años, específicamente, en pacientes que consumen sustancias psicoactivas

Y ¿QUÉ DICEN LOS RESULTADOS?

Para el análisis de resultados es importante contar con la sistematización de la Información: dicha sistematización, permitió la interpretación de datos, los cuales contribuyeron para a la realización de una propuesta, que desde la Gerencia Social, se visualice o se genere herramientas a este grupo de edad, que les permita enfrentar las adversidades cotidianas, a través de la capacidad resiliente.

De esta manera mejorar la salud mental en el grupo de estudio. Lo anterior de acuerdo a lo consignado en el objetivo general de este trabajo investigativo.



Gráfico 2 Concepto de Resiliencia y Salud Mental

Fuente: Esta investigación, datos encuesta y entrevista

Respecto al término resiliencia, es desconocido en su totalidad, por la población, tanto en padres y madres de familia; en acudientes y en hijos e hijas. De veintiséis (26) personas entrevistadas, teniendo como rango el 100% por ciento, solo el 7% por ciento, conocen el término de salud mental, esto teniendo en cuenta que las personas respondientes de este porcentaje cuentan con estudios universitarios; el 93% restante manifiestan no conocer el término, esto para interpretación del gráfico No. 2. Por otra parte con respecto al termino de resiliencia, de 14 entrevistas realizadas a familiares el 100% por ciento, no conoce este término, este comportamiento es

similar, frente a las encuestas realizadas a los 26 usuarios consumidores de sustancias psicoactivas, pues de acuerdo a la grafica el 100% no conocen dicho termino.

Que la población desconozca, estos términos es preocupante, por tanto la prioridad en este sentido es la socialización de estos temas, aspecto que hará parte del tercer objetivo, frente al diseño de una propuesta de intervención.

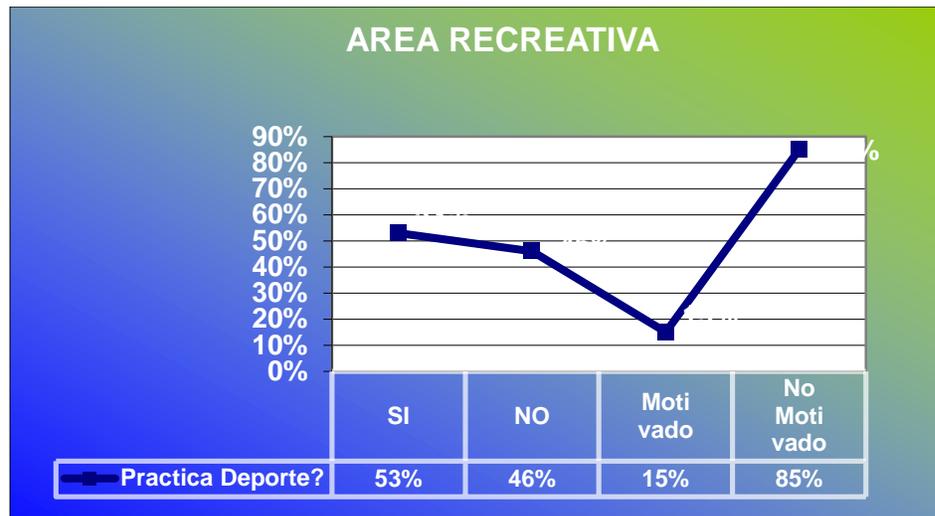


Gráfico 3 Área Recreativa

Fuente: Esta investigación, datos encuesta y entrevista

En el gráfico No. 3, se observa, que de veintiséis (26) personas encuestas, con un porcentaje del 53% por ciento en su infancia practicaban un deporte, siendo más predominante en hombres que en mujeres. Pero no existe la verdadera importancia y motivación hacia la práctica del deporte en el tiempo libre, solo el 15% por ciento fue motivado, el 85% por ciento restante, no fue motivado.

En este analisis se identifica un factor protector que no fue motivado, en la etapa infantil, lo cual muy posiblemente hubiese evitado el mal uso del tiempo libre a futuro.

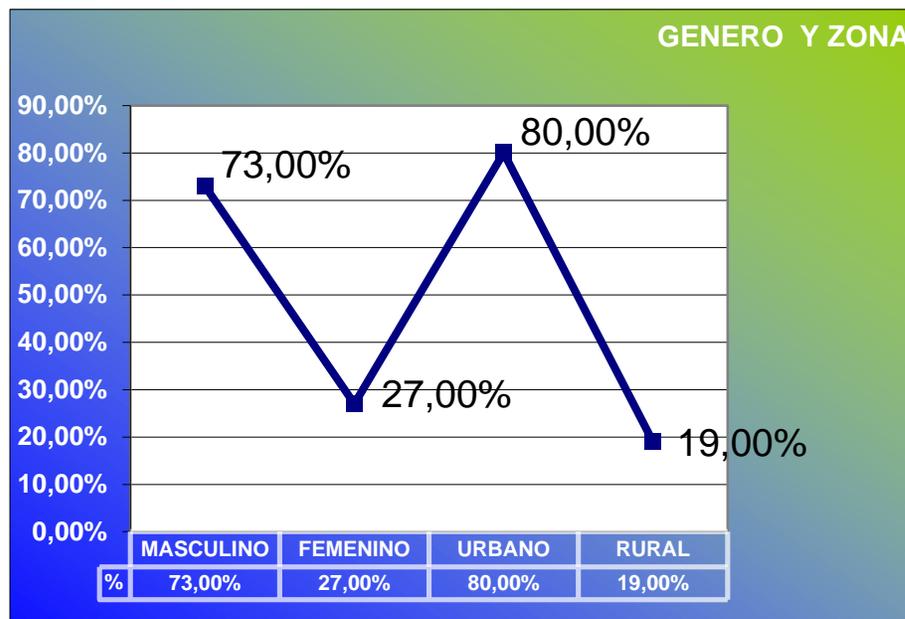


Gráfico 4 Género y Zona

Fuente: Esta investigación, encuesta y entrevista

Se evidencia mayor porcentaje de consumo en el género masculino, con un 73% por ciento y en menor proporción el género femenino con un 27% por ciento.

Con respecto a la zona geográfica, el gráfico No. 4, muestra que en el área urbana hay mayor prevalencia con un 80% por ciento, sin desconocer que la zona rural también muestra un registro del 19% por ciento de consumo de sustancias psicoactivas.

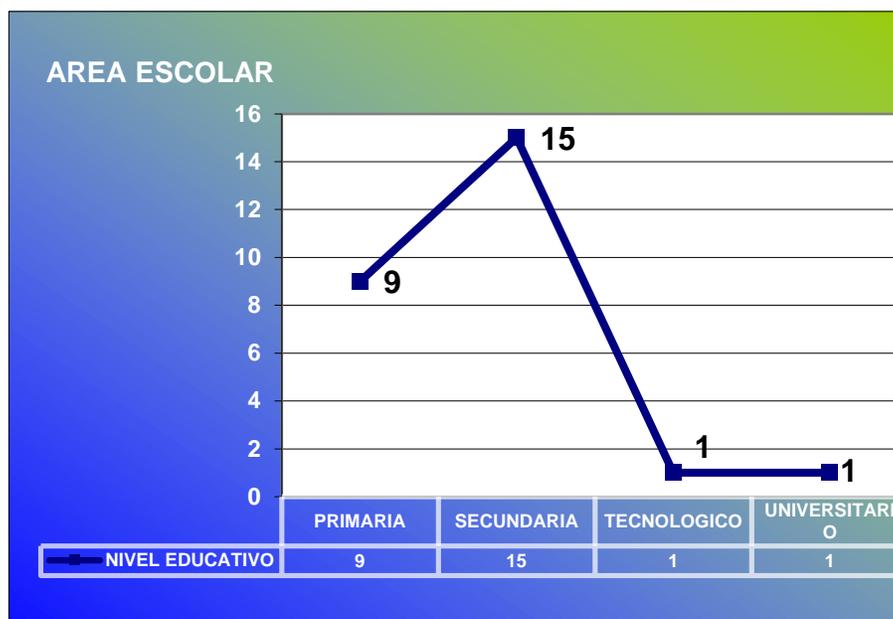


Gráfico 5 Nivel Educativo

Fuente: Esta investigación, datos encuesta y entrevista

El nivel educativo del grupo investigado, se encuentra en los grados primarios tercero, cuarto y quinto; y en los niveles secundarios sexto, séptimo y octavo.

De veintises (26) Solo nueve (9) cursaron la primaria completa o por lo menos hasta los tres primeros grados; quince (15) cuentan con secundaria incompleta, hasta sexto, séptimo y octavo; una persona registra estudios tecnológicos y una estudios universitarios incompletos (dos y/o tres semestres).

El registro más elevado, de inicio de consumo, se observa en la secundaria, especialmente en el grado sexto de bachillerato.

De acuerdo a este análisis, los grados quinto de primaria, sexto y séptimo deben ser de mayor importancia en estudios, para evaluación y consecución de talleres o actividades dirigidas, para trabajar con este grupo, además por la deserción escolar que sufren los estudiantes en estos grados.

Por otra parte una situación estresante identificada, es que el cambio de transición de primaria a bachillerato, pues afecta conductas y comportamientos, en preadolescentes y adolescentes de edades comprendidas entre doce (12); trece (13), catorce (14) y quince (15) años

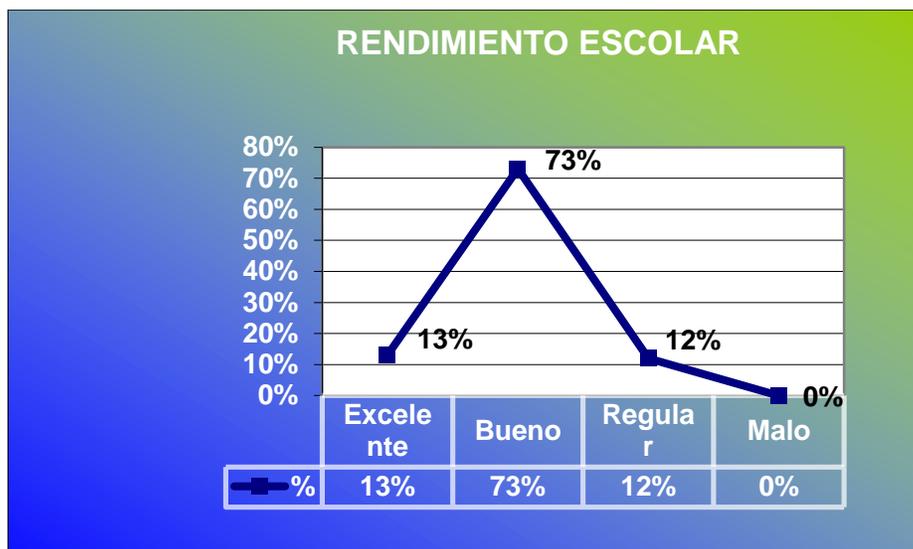


Gráfico 6 Área Escolar

Fuente: esta investigación, datos encuesta y entrevista

El gráfico No. 6, muestra que el nivel académico, se califica como bueno, representa el 73% por ciento en este aspecto, seguido por el rendimiento académico calificado como excelente en un 15% por ciento y finalmente por el regular con porcentaje del 12% por ciento, ninguno de los encuestados consideró que su rendimiento académico como malo, lo que permite concluir que el grupo investigado, no cuenta con problemas de aprendizaje y la deserción escolar se da por otras causas.

Las Madres y padres de familia y acudientes entrevistados, fueron enfáticos en afirmar que sus hijos demuestran buenos y excelentes rendimientos académicos, pero

desmejoraron cuando empezaron a consumir drogas, esta situación, identificada también como factor estresante.



Gráfico 7 Consumo de SPA en el Hogar

Fuente: esta investigación, encuesta y entrevista

De veintiseis (26) personas encuestadas, respecto a familiares que consumen sustancias psicoactivas, once (11) corresponde a padres; tres (3) a madres y tres (3) a hermanos, dándose el mismo comportamiento estadístico; otros corresponde a siete (7) casos.

La mayor influencia sobre la problemática, esta dado, por los amigos diecisiete (17), seguido por la familia registrando una cantidad de ocho (8), y posteriormente el entorno comunitario (barrio) en cantidad de tres (3) y finalmente los medios de comunicación con un registro.

El uso de consumo de sustancias psicoactivas, esta influenciado por los amigos consumidores y luego por familiares consumidores.

El consumo de mayor demanda esta dado por el cigarrillo y la marihuana en la misma proporción con un porcentaje del 100%, seguido por el bazuco y el alcohol con un porcentaje del 65% por ciento y en menor cantidad el boxer, el cual equivale

a un porcentaje del 12% por ciento y otros elementos usados corresponden al 4% por ciento. En la población entrevistada, el inicio se da por el consumo de cigarrillo y consumo de licor.

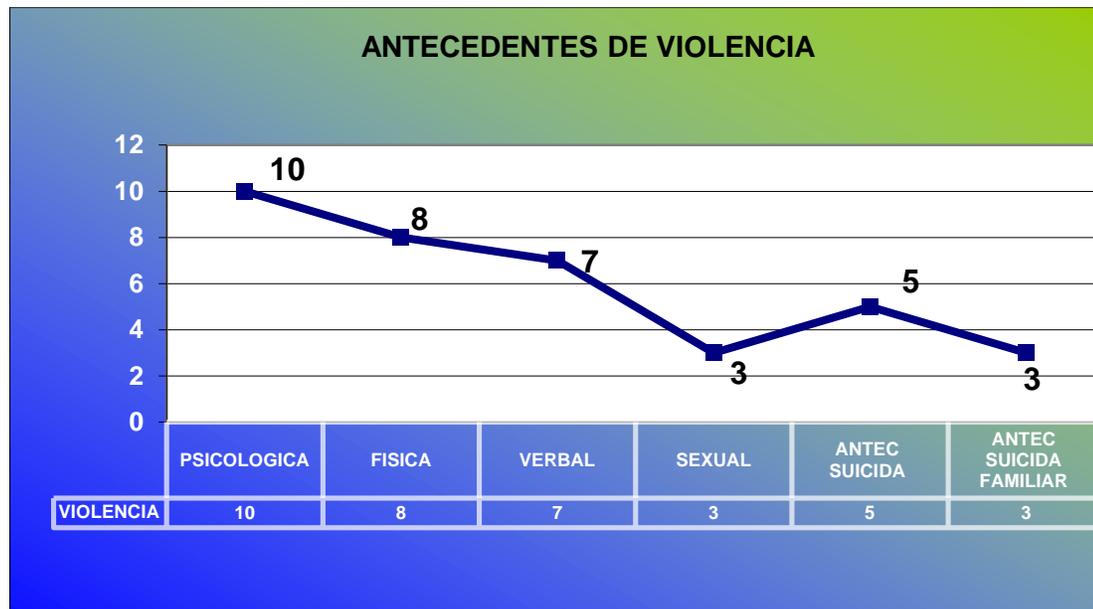


Gráfico 8 Antecedentes de Violencia

Fuente: esta investigación, encuesta y entrevista

En el gráfico No. 8, se observa, que de 26 veintiseis personas encuestadas, diez, presentaron violencia psicológica, seguida por ocho (8) casos de violencia física, le sigue siete (7) casos de verbal y tres (3) casos de violencia sexual.

Por otra parte, este análisis también permite identificar que, en personas consumidoras, es mayor el porcentaje de suicidio cinco (5) casos refieren haber intentado suicidarse o haberlo pensado; y tres (3) casos se relaciona con casos sucedidos con miembros de la familia.

Tabla 1 Sistematización de violencias quien las ocasiona?

VIOLENCIA OCASIONADA POR PARTE DE QUIEN				
Padre	Madre	hermanos	Padrastró madrastro	Otro
13	11	1	3	1

Fuente: esta investigación, datos encuesta y entrevista

Las violencias son ocasionadas en su mayoría por el padre, en menos proporción por la madre, posteriormente por padrastro o madrastra y finalmente por hermanos. Definitivamente, los antecedentes de violencia influyen, de manera determinante en esta problemática, sobre todo cuando estas violencias son causadas por la misma familia.

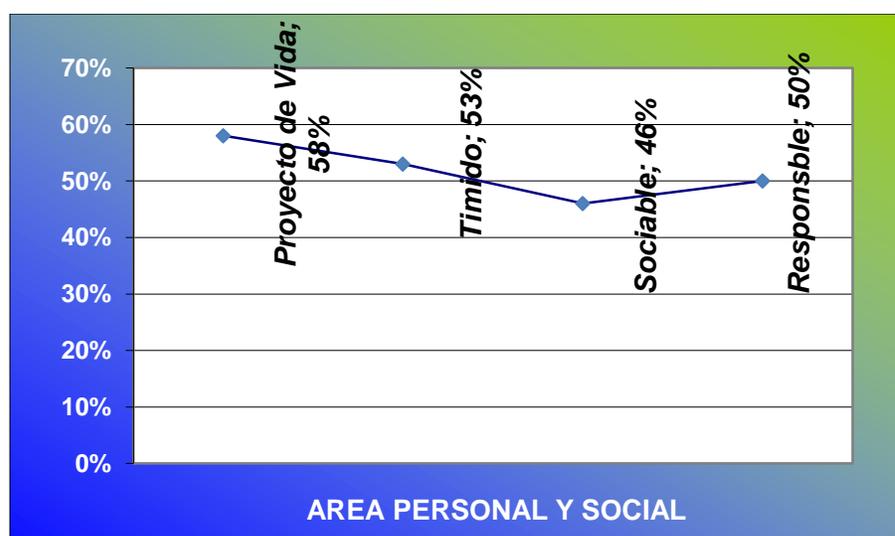


Gráfico 9 Aspectos personales y sociales

Fuente: esta investigación, encuesta y entrevista

De acuerdo al gráfico No. 9, el 58% por ciento asumen que cuentan con un proyecto de vida, pero no es estructurado, el 53% por ciento responden que se consideran tímidos, el 46% por ciento se consideran sociables.

Por otra parte con respecto a la responsabilidad el 50% por ciento se consideran responsables.

Analizando esta información, si bien es cierto la muestra tomada asume su timidez como un problema. Reconocen que el hacer parte de grupos reconocidos (pandillas o grupos temidos por la comunidad), cobra mayor fuerza, y ayuda a opacar la timidez, y en algunas ocasiones dejan de ser intimidados o molestados por estas personas.

Se evidencia que a pesar de la problemática en su gran mayoría desean y esperan oportunidades para mejorar su salud mental, reforzando y estructurando su proyecto de vida. Consideramos este como un factor protector.

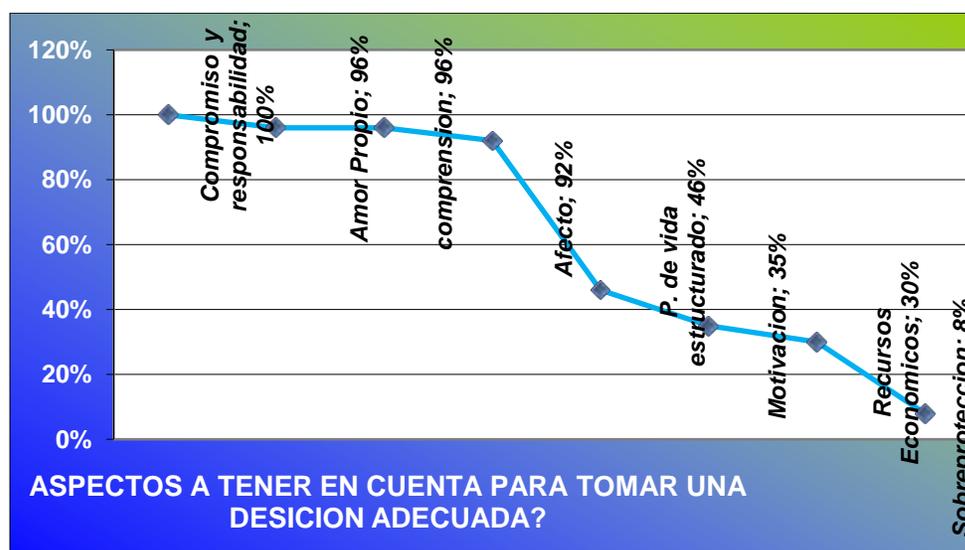


Gráfico 10 Aspectos a tener en cuenta para tomar una decisión

Fuente: Esta investigación, datos encuesta y entrevista

Según el gráfico No. 10, el 100% por ciento, hace referencia a la falta de compromiso y responsabilidad por parte de sus cuidadores primarios; el 96% por ciento corresponde a falta de amor propio, valoración y confianza de si mismo y comprensión; el 92% a la falta o carencia de afecto por parte de sus cuidadores primarios; el 46% por ciento, hace referencia a un proyecto de vida; el 35% por ciento a la motivación; el 30% por ciento a falta de recursos económicos y el 8% por ciento corresponde a la sobreprotección.

Como se puede observar, sigue cobrando importancia la familia, no se desconoce que los recursos económicos y la sobreprotección sean importantes, pero de acuerdo a esta grafica son el ultimo porcentaje de prioridad.

CONTRASTANDO LA TEORIA CON LOS RESULTADOS

Garnezy (1991) afirma “están en situación de riesgo ambiental aquellas personas que se enfrentan a: pobreza crónica; madre con bajo o nulo nivel de educación; problemas crónicos de salud; enfermedad crónica o problemas de salud de alguno de los miembros de la familia; muerte de algún miembro de la familia; separación de los padres; nueva pareja de alguno de los padres; nuevo hermano”

De acuerdo a lo investigado, y según la afirmación de Garnezy, si es evidente que el bajo nivel de educación de los padres, influye en el riesgo de diferentes problemáticas sociales de sus hijos e hijas.

De otra parte, no solo el concepto de pobreza económica, influye, a este le sumaría la pobreza espiritual y la pobreza intelectual, partiendo que en Colombia, la educación es gratuita, para este segmento de la población. Años atrás este tema no era relevante; los hombres fueron educados por sus ancestros para trabajar y madres en el hogar cuidando hijos. Aunque no comparto este lema, si entiendo que la responsabilidad y el tiempo dedicado a sus hijos e hijas eran mayores, y los problemas sociales que hoy en día afectan la salud mental, tal como el consumo de sustancias psicoactivas, suicidio, violencias de todo tipo, entre otros aspectos según las estadísticas eran marginales.

En la actualidad, la reflexión que hacemos es, hasta donde o hasta cuando dependeremos de un trabajo y nuestros hijos seguirán solos o al cuidado de una empleada, pasan el mayor tiempo solos, usando video juegos cada vez más violentos, o en la calle con amigos y amigas, que ni siquiera nos damos el trabajo de conocer.

Según entrevistas realizadas a madres de familia, que cuentan con recursos económicos, refieren que les compran a sus hijos o hijas objetos materiales tratando de compensar el tiempo que no les dedican a ellos. Los análisis gráficos claramente describen, que los factores estresantes de acuerdo a la capacidad resiliente, esta expresado por la misma violencia vivida en el hogar, violencia de la cual, fueron víctimas o miraron como su padre maltrato o golpeo a su madre, o a sus hermanos.

Por otra parte, para Fernández D'Adam (2004). “Los factores ambientales protectores que revierten circunstancias potencialmente negativas, para obtener beneficios personales son: las relaciones afectuosas, la sensibilidad, la comprensión, respeto e interés, los que promueven seguridad y confianza entre las personas, las expectativas realistas acordes a las capacidades y las motivaciones de las personas, focalizar sobre las fortalezas, no sobre los defectos o problemas, promueven la salud y bienestar de los sujetos; y entre las oportunidades de participación comunitaria y contribución significativa en la sociedad, incentivan para asumir responsabilidades propias y colectivas y aplicar la capacidad personal en beneficio propio y de la comunidad.” (p. 109).

De allí que el llevar a la práctica lo manifestado por el autor, es lo que se considera ser resiliente, hay personas con mayor resiliencia que otras, pero en definitiva todas las personas poseemos esta capacidad. El grupo investigado de ocho a dieciocho es de mayor vulnerabilidad, se puede claramente observar a través del estudio, además las encuestas Departamentales, Nacionales y Mundiales así lo demuestran.

De acuerdo al análisis de resultados, se encuentra una población que consume sustancias psicoactivas, que de alguna manera, estas conductas fueron activadas por varias razones, entre las que sobresalen: la violencia intrafamiliar, intento de suicidio, violencia sexual, violencia psicológica, violencia verbal; por tanto y siguiendo las directrices de Fraser y Galinsky (1997) y Howard y Jenson (1999), hay que plantear investigaciones, con enfoque de resiliencia relacionadas con prevención de conductas violentas, de consumo de sustancias psicoactivas, de maltrato entre otros, además debe ser dirigido con mayor prioridad a este grupo investigado, importante como se menciona en los objetivos específicos, respecto a la identificación de las potencialidades, fortalezas, los factores protectores y los factores estresantes o de riesgo, para construir propuestas y proyectos basados en resiliencia, que sean efectivos y que realmente apunten a mejorar la salud mental de este grupo poblacional.

Analizando los resultados, de esta investigación, sin duda, los aspectos familiares, influyen en la toma de decisiones adecuada o no adecuadas, frente al éxito o al fracaso, respectivamente. Hacia un futuro prometedor o un pasado con dolor, esto de acuerdo a mi experiencia vivida, que a través de la capacidad resiliente sobrepuse los obstáculos que se presentaron en el camino de mi vida.

Aquí, juega un papel importante la Familia, frente a formar y reforzar vínculos afectivos, basados en patrones de crianza que fomenten confianza, valores, respeto, autoestima, ayuda mutua entre otros aspectos... además dar importancia a un sentido de vida, a un proyecto de vida, a la misma educación. Lo anterior permite identificar que los factores protectores o estresantes inician por el hogar, por la misma familia. Sin dejar a un lado los aspectos sentimentales, escolares, sociales, los recursos económicos, en menor porcentaje, pero también inciden en la problemática, frente al consumo de sustancias psicoactivas, opacando su propio bienestar, es decir su salud mental.

Según la OMS (2012) el 14% de la carga mundial de morbilidad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), puede atribuirse a los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias psicoactivas, evidenciando que las enfermedades mentales tienen una prevalencia permanente en todas las regiones del mundo. Se estima que hay en el mundo más de 150 millones de personas que padecen depresión, y unos 125 millones de personas con trastornos en el consumo del alcohol. Unos 40 millones de personas padecen epilepsia y 24 millones sufren enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia. Todos los años casi un millón de personas ponen fin a su vida.

Para la población en general una enfermedad mental es vista de forma distante, los síntomas no son perceptibles a simple vista, y en ocasiones son pacientes rechazados por sus mismas familias.

HACIENDO ANALISIS DE LA POLITICA PUBLICA DE SALUD MENTAL VERSUS RESULTADOS OBTENIDOS

Indudablemente, la realidad mundial, y por supuesto la regional y local, es un asunto crítico en lo que respecta a la salud mental, ya que a pesar de los esfuerzos desde la normatividad y en general por parte del Estado para darle un tratamiento especial al asunto desde las políticas públicas, ya que en ello intervienen muchos elementos de índole social y familiar, entre los que se pueden mencionar:

1. Desempleo; ingreso salarial bajo o escaso dinero para cubrir las necesidades básicas; falta o ausencia de afecto y de cariño para los miembros de la familia; problemas como resultado de la inseguridad barrial y social, y que, de todos modos, termina incidiendo muchas veces en el inicio de trastornos mentales, en mayor porcentaje en consumo de sustancias psicoactivas licitas y no licitas (alcohol, cigarrillo, marihuana, bazuco...) afectando enormemente la salud mental de las personas.
2. La falta, ausencia, o escasa formación y educación de los padres en el rol familiar, ya que ser padres exige y requiere de una serie de actitudes para su buen desempeño; y a ello hay que agregarle todo aquello que termina aumentando el problema, por ejemplo en el aspecto de las sustancias psicoactivas, cuando los padres son los mismos que propician el consumo de sustancias psicoactivas y además se encuentran en un contexto de agresividad y violencia que le es causado a sus hijos.

Los estudios e investigaciones sobre salud mental, dentro del desarrollo de las políticas públicas para tratar la problemática de la salud mental, hasta el año 2011 han quedado cortas o no han sido desarrolladas a plenitud, por lo que no permite cubrir este asunto como una política pública de salud mental. Y es así como la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia y otros trastornos mentales, el suicidio, la epilepsia, los trastornos desencadenados por el consumo sustancias psicoactivas licitas e ilícitas y

los trastornos mentales infantiles, no cubre aspectos preventivos, ni de tratamiento, menos las intervenciones.

Con respecto a los estudios realizados para, obtener información, se debe tener en cuenta que los estudios, tengan diagnósticos reales de la salud mental en Colombia, pues solo esto permitirá establecer estrategias también reales a las necesidades de la población, teniendo en cuenta la importancia de la promoción de la salud mental y la atención a la población vulnerable, pienso que estos estudios no deben basarse únicamente en información frente a obtener indicadores de estadísticas de carga de enfermedad mental, sino también ofrecer panoramas sociales, en donde se pueda detectar factores de riesgo y protectores desde el aspecto comunitario y social, basados en la promoción real de los trastornos mentales. De allí la importancia de este trabajo investigativo.

La inversión dentro de los recursos del Estado para financiar programas, investigaciones y tratamientos, son muy importantes para el buen desenlace de las políticas públicas, puesto que todo aquello que tenga que ver con las expectativas y la solución de los problemas de las personas y de la sociedad en general son parte del presupuesto destinado para que el tratamiento, la prevención, y todo lo que se constituya en la buena salud mental.

Aquí, es importante mencionar que organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud OMS, consciente de la problemática de la salud mental, incluye el tema de la salud mental en la agenda global de la salud pública y estableció el programa de acción de la OMS elaborado especialmente para países con ingresos bajos y medios-bajos.

En este sentido y de acuerdo a la realidad local, respecto a la experiencia y vivencia de cada persona, y basado en encuestas realizadas a población con problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas, no solo los países de ingresos bajos tienen problemas relacionados con trastornos mentales, también las personas con ingresos altos, también reportan problemas relacionados con trastornos mentales.

Es por esta razón que la OMS, debe pensar en dar un giro en su agenda, replantear, y buscar alternativas que lleguen a todo el contexto mundial.

Aquí juega un papel importante desde la Gerencia Social, pues debe tenerse en cuenta la situación social, personal y su desempeño en la comunidad; de qué manera la situación mental afecta a la sociedad, cómo es la actuación y el maniobrar diario, permitiendo una visión amplia del panorama social.

Dicho actuar justificado en la normatividad, frente a la prevención y el tratamiento de las personas con problemas mentales. Por supuesto, el Estado debe plasmar y consagrar decisiones capaces de atender a las personas con sus problemas, y, sin lugar a dudas, todo lo concerniente y que determine, en primer lugar, la detección del riesgo, en segundo lugar la prevención; y, en tercer lugar, el tratamiento, y ello implica también la intervención en los procesos formativos y educativos.

En el año de 1998, Colombia desarrolló la Política Nacional de Salud Mental a través de la resolución 2358 de 1998. “Para esta Política, la salud mental representa un bien colectivo e individual de naturaleza simbólica, emocional y relacional, y por lo tanto, un deseable social e individual que contribuye al desarrollo humano y social, que genera capital social, cultural, simbólico y económico y que hace posible el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos”. (p. 35)

La Política de salud mental contempla las etapas de planeación, ejecución y evaluación, las áreas de acción son: promoción y prevención de los trastornos psiquiátricos utilizando los medios de comunicación, estímulo de desarrollo temprano (cognitivo y afectivo), reducción de conductas violentas, la salud integral de niñas y niños, y personas de la tercera edad.

Esta política ya habla de la importancia de la asistencia continua desde la propia comunidad, pero lamentablemente, pienso que no funciona este enfoque por bajo cumplimiento institucional y poco impacto. Las razones muy posiblemente se encuentran en que no hubo la suficiente sensibilización por los mismos profesionales

que ejercen la atención y además poca participación de estado, haciendo referencia a que se debió haber enfatizado en una estrategia comunicacional efectiva. Además debió establecer mecanismos más claros en el abordaje del tema de salud mental.

En el año 2005, el Ministerio de Protección Social, creó los “Lineamientos para la Política Pública de Salud Mental para Colombia derivado del Estudio Nacional de Salud Mental del 2003 en el que se señala un conjunto de acciones intersectoriales, que incluye objetivos, principios y recomendaciones para la adecuada incorporación de la política de salud mental al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se derivó en el reconocimiento de analizar los costos de eventos prioritarios en salud mental, dado que su fin es reducir la carga que representa los trastornos mentales en la salud de la población y sus consecuencias en el desarrollo social, así como mejorar la capacidad del estado, las instituciones y la sociedad en general para afrontar la problemática”.

En las recomendaciones de dichos lineamientos incluye modulación (funciones de vigilancia y control del cumplimiento de la política de salud mental); Regulación (informar más y mejor a las familias sobre los recursos institucionales existentes para la solución de sus problemas en salud mental);Financiamiento (incrementar la inversión para el tema de salud mental prestación, ajuste a planes de beneficio) y articulación (mejor articulación entre poblaciones y entidades prestadoras, red de servicios de acuerdo de acuerdo a ubicación geográfica).

No es desconocido mencionar que la asignación de los recursos para la financiación del sistema de salud en Colombia no están orientadas hacia las verdaderas necesidades de salud de las personas, y menos atención a la salud mental, los recursos son asignados sin la información suficiente que caracterice las verdaderas necesidades de salud en la población. Lo cual conlleva a consecuencias, que no permiten la eficiencia y equidad en la asignación de los recursos.

Plan Nacional de Salud Pública normatizado a través del Decreto 3039 de 2007 para el cuatrenio 2007 – 2010, el enfoque se basa en las intervenciones en salud dirigidas a la población buscando modificar los riesgos acumulados en cada ciclo vital, al igual que abordar e intervenir en los factores de riesgo que puedan ser

modificables. Los principios de este plan involucran equidad, calidad, eficiencia, responsabilidad, respeto por la diversidad cultural y étnica, participación social e intersectorialidad.

El cuarto objetivo del Plan Nacional en Salud Pública se enfoca en mejorar la salud mental; se propone a nivel nacional adaptar los planes territoriales a la política nacional en salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas; pero dicha política ha sido poco divulgada y por tanto de muy bajo impacto en la población.

Posteriormente a través de la resolución 425 de 2008 se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del plan de salud territorial y las acciones que integran el plan de salud pública de intervenciones colectivas. En este se incluyen un conjunto de intervenciones, procedimiento y actividades a cargo del estado, dirigidas a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de riesgos y de esta manera alcanzar los logros del Plan Nacional de Salud Pública.

En cuanto al objetivo de mejorar la salud mental de la población se contempla: promover la formación de redes comunitarias en salud mental y formación de grupos gestores y redes de apoyo para el desarrollo de actividades de promoción en salud mental, prevención de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas; Realizar tamizajes en salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria; Implantación de la estrategia de “Atención Primaria en Salud Mental” en coordinación con las entidades e instituciones, los actores de otros sectores y la comunidad.

En la actualidad la ley 1616 de enero del 2013, considerada como la “ley esperanza”, según comenta, en un foro de Salud Mental, la representante del Ministerio de Salud y la protección social, su objeto es garantizar a la población el ejercicio pleno del derecho a la salud mental así como el goce efectivo de los derechos humanos de quienes padecen de enfermedad mental. Con la implementación de esta ley se garantizaría a todas las personas la atención integral e integrada en salud mental que incluya la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y

rehabilitación psicosocial para los problemas psicosociales y enfermedades mentales. Esta ley contempla acciones complementarias para la atención integral, como la integración familiar, social, laboral y educativa entre otros y la articulación sectorial e intersectorial, con la participación de todos los actores y sectores y desde todos los aspectos.

Se reconoce la baja aplicabilidad de la normatividad anterior. Pues esta ley nos da una luz, como también unos parámetros más definidos y más claros frente al deber ser de la política pública de salud mental, pensando no solo desde la enfermedad mental, sino como el verdadero sentido del concepto de “salud mental”.

Hasta el momento no existe una evaluación de la política pública por que aun no se ha reglamentado, pero pienso que si se establecen la vigilancia veeduría y control, por parte de los entes encargados de tal función, y además el seguimiento y evolución de la política como tal, desde el Estado, frente a la aplicabilidad y desarrollo de la misma, se podría hablar de reducir la problemática y así producir impacto futuro, lo cual apunte hacia un sistema de salud más equitativo y justo.

Los aspectos de educación, de trabajo y de salud, entre otros aspectos a mencionar, son asuntos de preocupación de Estado, de allí que se busca avanzar y consolidar los propósitos sociales, permitiendo que las personas disfruten de una sana vida mental. Este proceso coyuntural, por supuesto, incumbe y requiere de verdaderas políticas públicas que tengan un alcance y consolidación social y política.

Finalmente se concluye que con el cumplimiento de la citada ley 1616 del 2013, el abordaje y aplicabilidad del Plan Decenal de Salud publica 2012-2021, “con la Dimensión: Salud Mental y Convivencia. Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia”, en donde una de las metas, es aumentar en un 10% porciento el promedio de los niveles de resiliencia en población general.

De esta manerese puede visibilizar realmente los objetivos que se proponen aqui, siendo muy importante, entonces en este sentido, el trabajo en salud mental efectivo, desde el nivel comunitario, a través del aprovechamiento de la normatividad

vigente, la articulación interinstitucional e intersectorial, las rutas de atención, el capital humano y específicamente el enfoque de la resiliencia, visto desde la Gerencia Social, lo cual permita apuntar a las necesidades reales de la comunidad, esto en contraste con los resultados y análisis obtenido en este trabajo investigativo.

Tabla 2 Sistematización de Mensajes de vida, Antecedentes y Observaciones

MENSAJES, REALIZADOS POR PADRES DE FAMILIA Y CONSUMIDORES	ANTECEDENTES Y/O OBSERVACIONES
"Que los padres estén mas pendientes del camino de sus hijos. Mi padre borracho, sin motivos nos golpeaba"	"Mis amigos que no consumen me dan buenos consejos, los que si consumen, me animan a quedarme con ellos".
"El proyecto de vida y las metas son importante, pero para el, es indiferente"; "Los hermanos le tienen miedo porque los agrede cuando esta drogado". "La Madre refiere que se equivoco al no haberlo criado ella, con normas claras y respeto" ;"la abuela los sobreprotegió"	"Mi madre me tuvo a los 17 años y me cría mi abuela, me da de todo, no me dice nada, no me gusta que mi madre sea autoritaria conmigo".
"No consuma drogas, eso es la destrucción de uno, de la familia, de la vida, es fácil entrar pero difícil salir. Mientras se esta drogado no se piensa, por eso se hace cosas que después se arrepiente"	"me críe en la calle, desde que tenia 7 años, jugaba trompos y bolas para que no me de hambre, en la casa no había que comer, solo agua con cebolla, mi mama andaba jabonando, para 11 hijos, mi papa engañaba a mi mama con mi tía, estuve en selva, allá ayudaba a los guerrilleros, yo no era guerrillero. Reconozco que era agresivo con mi esposa"
"Hay que contar los problemas, para no ahogarse en el dolor, para no estar tristes y pensando en cosas que hacen daño, se busca la droga, pero eso no es justo, ni bueno para nadie"	"Mi mama era muy jodida, nos aplicaba un cuchillo caliente en las piernas, por eso yo no le avisaba que mi padrastro me violaba, cuando se entero me dijo que yo era la culpable, que mejor hubiera abortado, ahora soy trabajadora sexual"
"Es importante la educación, la que debe empezar en casa, el respeto a los padres, y lo más importante, los padres deben dar buen ejemplo a los hijos"	"mi padre me obligaba a trabajar desde los siete (7) años, nos llevaba a vender conos a mí y mis hermanos pequeños , el se emborrachaba y nosotros llorábamos por que teníamos hambre"
"Cuando se tiene problemas hay que hablar"	"Mi padre vendía droga lo mataron, yo probé primero por curiosidad y después seguí consumiendo por la tristeza de mi padre"
"Buscar ayuda profesional a tiempo, para nuestros familiares, cuando desde la casa ya no se puede hacer nada, desde la familia se le ha dado valores, principios, todos somos profesionales, pero como faltó, más cuidado por los padres"	"Mi hijo, una persona tímida, con buen rendimiento académico, el más pequeño y delgado de sus compañeros, estudiaba en un colegio privado, aparentemente no pasaba nada, pero un compañero mayor que el, lo obligaba a que le haga las tareas, le colocaba apoyos, me enterara por el señor que hacía la ruta, pero mi hijo refería que todo estaba bien"
"Una llamada de la mama, del papa, la ternura, el amor es importante, para estar bien, que a uno le dediquen tiempo, si se comete errores, que no le cierren las puertas, que haya un ser querido que le ayude a buscar una salida, una dirección"	"Desde los 5 años he vivido en hogares sustitutos, pero yo me escapaba por que miraba cosas cochinas, yo pensaba que la vida era la calle, me hubiera gustado ser abogado, mi padre vive pero no lo conozco, a mi madre no la juzgo, porque a ella nadie le enseño valores, me volví adicto a los juegos de computador, desde niño me sentía despreciado, las Doctoras del ICBF me hacia mala cara, mí hermano que también consume se ha querido cortar las venas. he robado he hecho cosas malas para tener droga, pero cuando ya tengo las cosas me siento mal"

Fuente: Esta investigación, datos encuestas y entrevistas

Tabla 3 Matriz sistematización y categorización del trabajo de investigación

Objetivo General: Establecer la Resiliencia, desde la mirada de la Gerencia Social, como capacidad para mejorar la salud mental del grupo de edades de ocho a dieciocho años, en la ciudad de Pasto.					
Obejetivos Especificos	Categoría	Pregunta Orientadora	Instrumento	Resultados	Interpretacion y analisis
Identificar la capacidad resiliente	Capacidad resiliente	¿Cómo identificar la capacidad resiliente, en los afiliados de Emssanar?.	Entrevista personalizada y/o encuestaObservación directa	Metas definidas, Buscar ayuda y apoyo profesional, Importancia de contar con proyecto de vida, contar con normas claras, el sentido del humor es importante	Identificada la capacidad resiliente, facilita sobreponerse a la adversidad, y antes por el contrario, de lo negativo, sacar provecho, en beneficio individual y común.
Diseñar estrategias de intervención social, para aumentar la capacidad resiliente.	Estrategia, Intervención social	¿Porqué diseñar una propuesta de intervención social, para aumentar la capacidad resiliente?.	Diagnostico previo situacional, Análisis de resultados	Según el análisis gráfico obtenido, se evidencia desconocimiento, frente a la temática, desinterés por la violencia, catalogada como algo normal	La estrategia de intervención, debe contar con un taller, en donde se describa, las categorías y los pilares de la resiliencia, que faciliten en conocimiento, además que conlleve hacia la sensibilización de padres e hijos en la temática
Conocer el tipo de eventos vitales estresantes que afectan al grupo de edades de ocho a dieciocho años.	Eventos vitales estresantes	¿Cuáles son los eventos vitales estresantes que afectan al grupo de edades de ocho a dieciocho años?.	Marco conceptual contextualizado Encuestas /entrevistas	Falta de afecto, de tiempo, de responsabilidad de compromiso por parte de los cuidadores primarios y secundarios. Antecedentes de violencia física, psicológica, verbal, violencia sexual violencia Intrafamiliar, en el contexto familiar. Sobreprotección, falta de normas y reglas claras	Los factores estresantes, se dan en todos los sectores, en estratos bajos y altos. Lógicamente afecta en mayor proporción en la niñez y adolescencia, por tanto los talleres deben dirigirse a esta población, sin dejar a un lado la familia.

Identificar cómo, la capacidad resiliente define o determina el mejoramiento de la salud mental	Adversidad Salud mental	¿De qué manera el enfoque de la resiliencia permite mejorar la salud mental en el grupo de edades de ocho a dieciocho años?.	Entrevista personalizada y/o encuestaObservación directa	En los mensajes y en las historias de vida, se refleja el acontecer vivido, y a partir de este, en este momento surge la necesidad de verse bien, de sentirse bien, de estar bien, de contar con mejores oportunidades, de no sentirse rechazados por la sociedad y todo esto es "salud mental" Consumidores de sustancias en el hogar, Bulling por parte de los compañeros de colegio, necesidades básicas insatisfechas, Falta de madre o padre o cuidador apropiado en la infancia	Se parte, de la premisa "si soy resiliente", "estoy bien", no significa que los problemas no me afectan, claro que afectan, pero tengo capacidad para afrontarlos, para resolverlos y buscar soluciones, y además aprender a partir de estas experiencias.
---	----------------------------	--	--	---	--

Aproximaciones Preliminares de una Propuesta

Instrumento: Talleres, con contenidos en salud mental, resiliencia, factores protectores, factores estresantes; dirigido a: población de ocho (8) a dieciocho años (18), contando con la participación de padres de familia; dirigido por profesionales con perfil, idóneos y capacitados con voluntad y compromiso, para ello es necesario recursos humanos, físicos y financieros.

Fuente: Esta Investigación

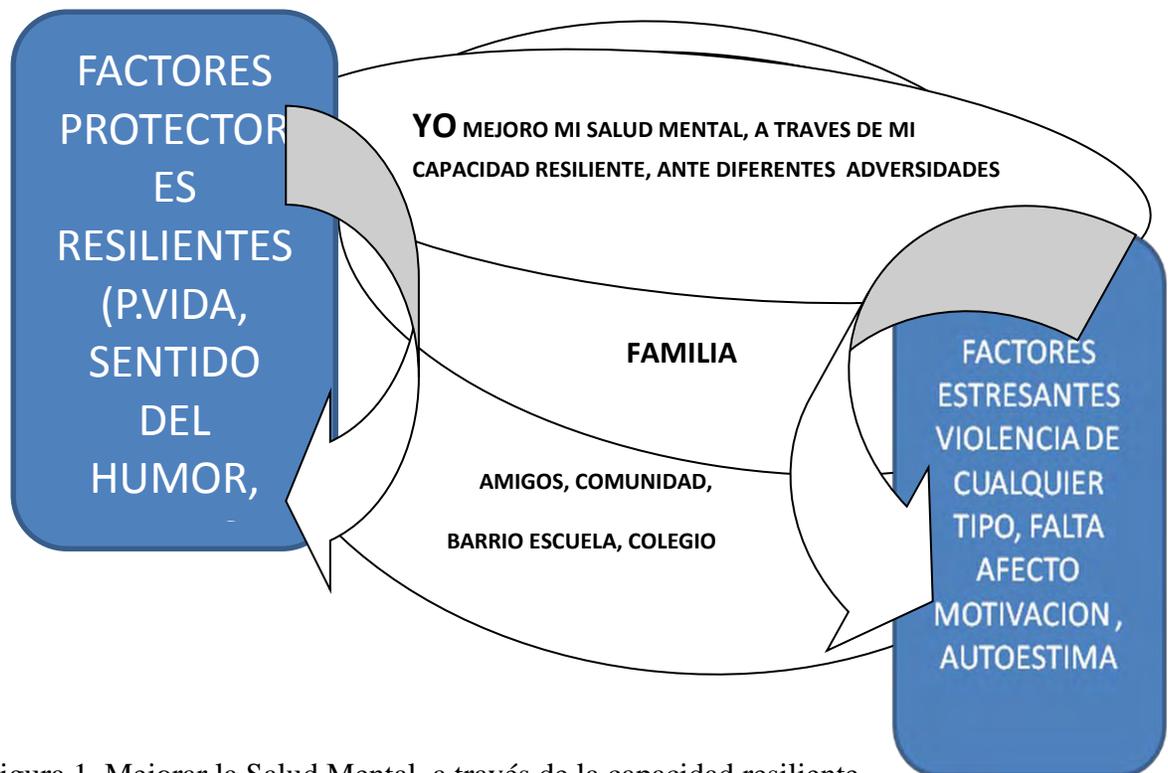


Figura 1 Mejorar la Salud Mental a través de la capacidad resiliente

Fuente: Esta Investigación

Teniendo en cuenta la descripción de la Figura 1, se hace relación al cuarto objetivo. Inicialmente la decisión, empieza **por la persona**, es ella quien a través de su capacidad resiliente, busca como mejorar la salud mental, es entonces a través de los factores protectores que enfrenta las diferentes adversidades, como es la violencia, falta de afectividad, autoestima, entre algunos aspectos que se evidencia en los resultados obtenidos.

Posteriormente se encuentra a la **Familia**, consideraba como el eje principal, en el bienestar pleno de la persona, quienes como pueden influenciar positivamente, también pueden influencia negativamente; **la comunidad**, en un tercer plano, permite influenciar en la toma de decisión de la persona, igual que la familia de manera positiva y o negativa; finalmente la **Institucionalidad y el estado**, son los llamados a atender los casos por trastornos mentales por uso de sustancias psicoactivas, lógicamente cuando llega a este nivel, la atención es más costosa. La complejidad aquí es que van en aumento, de allí que el Estado Colombiano trate, desde la normatividad, de dar soluciones para la atención de las personas y sus familias, ante la gran incidencia de carga de enfermedad mental.

Por otra lado, cabe mencionar que la verdadera esencia e importancia del Gerente Social, está en el liderazgo, en realizar un trabajo que impacte, desde el nivel comunitario, en la familia, en identificar riesgos a nivel personal, y entender que la salud mental no se toma como una patología, sino como la capacidad para interactuar entre sí y con el medio, lo cual le permita hacer aportaciones hacia el mejoramiento propio y de la comunidad, ello depende de la capacidad para afrontar las diferentes adversidades.

BIBLIOGRAFIA

Álvarez Cáceres R. (1996). *El método científico en las ciencias de la salud. Las bases de la investigación biomédica*. Madrid Editorial. Díaz de Santos.

Bonilla, E. (1997). *Perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales*. Venezuela. Ed. León.

Emssanar EPS, (2013 – 2017) Modelo De Gestión De Riesgo En Salud.

Emssanar EPS, (2013 – 2017) Plan De Salud Emssanar ESS.

Organización Mundial de la Salud (2002) *Programa Mundial de Acción en Salud Mental mhGAP*, p. 2

Fiorentino, M.T. (2008) La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Revista Suma Universidad Nacional de San Luis, Argentina. 15*, 33-50.

Fernández, D'Adam. (2004). *Resiliencia y adolescencia., ética y prevención*. Buenos Aires. Editorial Gabas.

Grotberg, E. (2002). *Nuevas tendencias en resiliencia. En Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*, Melillo, A. y Suárez Ojeda, E. Buenos Aires. Editorial Paidós. Hernández, Fernández y Baptista, (2006). *Metodología de la Investigación*. Ed. Campos Cruz

Kliksberg, B. (1997) Hacia una gerencia social eficiente: Pobreza, el drama cotidiano clave para una Gerencia Social eficiente Recuperado el 20/11/13 de www.econo.unlp.edu.ar.

Melillo, A. Suárez, E. (2002). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Osborn, A. (1994). *Resiliencia y estrategias de intervención*. Ginebra. Suiza. Editorial Bice.

Quesada Villalba, C. (2004). Concepto de Resiliencia. Aplicaciones en la Intervención Social. *Revista San Pablo Olvide Sevilla* Recuperado el 21/11/13.de <http://www.addima.org/Documentos/Articulos/Articulo%20Cristina%20Villalba%20Quesada.pdf>.

Roldán, C. (2004). *Crisis económica, social y política, su impacto en la adolescencia.*. Buenos Aires. Ed. Gabas.

Suárez, Ojeda E. (1993). Resiliencia o capacidad de sobreponerse a la adversidad. *Revista Medicina y sociedad*, 16, 3

Rojas, F. y Arevalo, C. (2008). *Propuesta de resiliencia Universidad de Nariño. Identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescente.* (p. 2 - 3)

ANEXOS

Anexo 1 Formato de encuesta a usuarios

UNIVERSIDAD DE NARIÑO- CENTRO DE ESTUDIOS LATINOAMERICANOS
ESPECIALIZACION EN GERENCIAL SOCIAL

Investigadora: Dieny Ibáñez Moreno

El presente trabajo se lleva a cabo con el propósito de identificar la RESILIENCIA, capacidad para afrontar las adversidades y poder afrontarlas con buenas y sanas soluciones - con el propósito de mejorar la salud mental de los afiliados de EMSSANAR.

ENCUESTA A USUARIO

OBJETIVO: Conocer el grado de resiliencia, frente a las adversidades que afectan a la población.

1. DATOS PERSONALES

Edad: ____

Procedencia: _____

Sexo: Masculino ____ Femenino ____ Otro ____

Datos conceptuales:

Sabe Usted, qué es

resiliencia? _____

Qué es la salud

mental? _____

a. Actividad Laboral:

Trabaja: Si ____ No ____

Ingresos superiores al Salario Mínimo Legal (SMLV) Si ____ No ____

Ingresos superiores a dos slmv Si ____ No ____

Ingresos inferiores a un slmv Si ____ No ____

En su casa hay ingreso por más de dos personas que trabajan; SI ____ NO ____

b. Nivel Educativo:

Escolaridad: primaria ____ secundaria ____ técnico ____ profesional ____

En la actualidad se encuentra: Estudiando: Si___ No___

Laborando Si___ No___

2. ANTECEDENTES HISTORIA FAMILIAR:

c. Con quien vive: madre___padre___ hermano___ tío ___suegro___padraastro o
madrstra___ otro _____

d. Con quien convivía anteriormente: madre ___ padre___ hermano ___
tío___suegro___padraastro o madrastra___ otro _____

e. Apoyo Familiar

Por parte de quien recibió apoyo en la niñez madre___padre___

Hermano___tío___suegro___padraastro o madrastra___ otro _____

Como lo considera excelente___bueno___regular___malo___

3. AREA ESCOLAR

f. Cuenta con amigos de confianza Si___ No___

Tuvo amigos en la escuela o colegio: Si___ No___ mucho___ poco___ nada___

Tuvo rendimiento estudiantil: excelente___bueno___regular___malo___

Fue responsable en sus actividades escolares: mucho___ poco___ nada___

4. AREA PERSONAL

f. **Alguna vez careció de afectividad** Si___ No___ por parte de quien o
quienes_____

g. **Usted tuvo un proyecto de vida** Si___ No___ en construcción___ se perdió___ aun lo
tiene___

h. **Alguna situación le marco su vida en el ámbito**

familiar___escolar___comunitario___laboral___otro_____

en que termino alto___medio___bajo___

i. **A qué edad empezó a consumir** sustancias psicoactivas___menor a los 10

años___mayor a 10 años___mayor a 15 años___menor a 15 años___menor a 18 años de
18 en adelante_____

5. AREA RECREATIVA

- j. Usted practica un deporte Si___ No___ siempre___casi siempre__nunca__ casi nunca___
- k. En el trayecto de su vida fue motivado y/o apoyado para la práctica de algún deporte Si___ No___
- l. recibió apoyo por parte de sus seres queridos para practicarlo Si___ No___ se le reconoció su empeño Si___ No___ siempre___casi siempre__nunca__casi nunca___

6. AREA SOCIAL

j. Frente a la problemática actual, cree que recibió influencia externa, Si___ No___

k. De haber recibido influencia externa, fue amigos del barrio Si___ No___

Amigos del colegio Si___ No___

Familiares Si___ No___ medios de comunicación Si___ No___ otro

k. Qué afecto en su vida para tomar la decisión no adecuada: Falta de comprensión Si___ No___

Por parte de quien _____siempre___casi siempre__nunca__casi nunca___

Falta de afecto Si___ No___por parte de quien_____siempre___casi siempre__nunca__casi nunca___

Falta de tiempo, compromiso y responsabilidad Si___ No___ por parte de quien

l. Qué cree que le faltó en su vida: amor Si___ No___ afecto Si___ No___ cariño Si___ No___ motivación Si___ No___ comprensión Si___ No___ sociabilidad Si___ No___ rendimiento estudiantil Si___ No___ responsabilidad Si___ No___ interés Si___ No___ recurso económico Si___ No___ otro, cual_____

ll. Qué es lo que más recibió o ha recibido en su vida: sobreprotección Si___ No___ amor Si___ No___ afecto Si___ No___ motivación Si___ No___ comprensión Si___ No___

Ud., se considera: sociable Si___ No interesado Si___ No___

Con una alta autoestima Si___ No___

Carente de recurso económico Si___ No___ otro _____

7. EVENTOS VITALES ESTRESANTES

m. Entre las adversidades que se le han presentado en su vida están: las dificultades asociadas a los recursos económicos Si___ No___ siempre___casi siempre___nunca___casi nunca___

Asociados a aspectos sentimentales Si___ No___ siempre___casi siempre___nunca___casi nunca___

Agresividad, violencia y maltrato, falta de afecto Si___ No___siempre___casi siempre___nunca___casi nunca___

Desempleo Si___no___siempre___casi siempre___nunca___casi nunca___otros_____

Ud. miró, se enteró o fue actor de intento de suicidio en su casa? SI ___ No ___ Quién _____

Sabe el asunto que llevó a tomar esa decisión de suicidio? Asuntos de amores _____ asuntos laborales _____ asuntos económicos _____ Asuntos familiares _____ Asuntos de estudio _____ Otro, cual? _____

Ud. recuerda antecedentes de violencia sexual: Si___No___siempre___casi siempre___nunca___casi nunca

Sabe, conoce o ha padecido violencia intrafamiliar? Si _____ No _____

Si su respuesta es afirmativa, de quién o quiénes? Padre ___ madre___ Hermanos___ hermanas ___ tíos ___ tías ___ abuelos ___ padrastro ___ Madrastra ___ vecinos ___ profesores ___ amigos ___ otros, cuál? _____

En su casa, alguien consumo sustancias psicoactivas? Si _____ No _____

Si su respuesta es afirmativa, que sustancia psicoactiva) alcohol ___ cigarrillo ___ marihuana ___ bazuco ___ bóxer ___ otro, cuál? _____

En su casa y en su vida personal ha tenido problemas por consumo de sustancias psicoactivas, tales como por consumo de alcohol, por consumo de cigarrillo, por consumo de bazuco, marihuana o bóxer? Si _____ No _____

Cree hasta el momento que ha tomado decisiones adecuadas para con usted Si___ No___

Para con su familia Si___ No___ Para con su comunidad Si___ No___

8. ASPECTOS RESILIENTE Y FACTORES PROTECTORES:

n. Para usted es importante:

Tener un proyecto de vida Si___ No___ muy importante__poco importante___es indiferente__

Tener amor propio Si___ No___ muy importante__poco importante___es indiferente__

Tener autoestima Si___ No___ muy importante__poco importante___es indiferente__

Tener normas claras Si___ No___ muy importante__poco importante___es indiferente__

Poseer sentido del humor si___ No___ muy importante__poco importante___es indiferente__

Poseer creatividad si___ No___ muy importante__poco importante___es indiferente__

Los vínculos afectivos familiares son: muy importante__poco importante___es indiferente__

Los valores son: muy importante__poco importante___es indiferente__

Que hacer ante un conflicto: hablar__refugio con amigos __con padres ___busca ayuda profesional__

Como actuar frente a problemas de cualquier índole: de manera negativa___ de manera positiva__

actúa__no actúa___es indiferente__

Sugerencias y

recomendaciones:_____

La investigadora le agradece su valiosa colaboración.

MUCHAS GRACIAS

Anexo 2 Formato de encuesta a padres de familia

UNIVERSIDAD DE NARIÑO- CENTRO DE ESTUDIOS LATINOAMERICANOS ESPECIALIZACION EN GERENCIAL SOCIAL

Investigadora: Dieny Ibáñez Moreno

El presente trabajo se lleva a cabo con el propósito de identificar la RESILIENCIA – capacidad para afrontar las adversidades y poder afrontarlas con buenas y sanas soluciones - con el propósito de mejorar la salud mental de los afiliados de EMSSANAR.

ENCUESTA A FAMILIARES, frente a preguntas que vinculan al Usuario.

OBJETIVO: Conocer el grado de resiliencia, frente a las adversidades que afectan a la población.

7. DATOS PERSONALES

Edad:___

Procedencia: _____

Sexo: Masculino ___ Femenino ___ Otro ____

Datos conceptuales:

Sabe Usted, qué es

resiliencia? _____

Qué es la salud mental?

m. Actividad Laboral:

Usted Trabaja: Si___ No___ su hijo o familiar Trabaja: Si___ No___

Ingresos superiores al Salario Mínimo Legal (SMLV) Si___ No___

Ingresos superiores a dos slmv Si___ No___

Ingresos inferiores a un slmv Si___ No___

En su casa hay ingreso por más de dos personas que trabajan; SI_____ NO_____

n. Nivel Educativo:

Escolaridad: primaria___ secundaria___ técnico___ profesional___

En la actualidad se encuentra: Estudiando: Si___ No___ Laborando Si___ No___

8. ANTECEDENTES HISTORIA FAMILIAR:

o. Con quien vive: madre___ padre___ hermano ___ tío ___ suegro___ padrastro o
madrstra___ otro _____

p. Con quien convivía anteriormente: madre ___ padre___ hermano___ tío___ suegro___
padrastro o madrastra___ otro _____

q. Apoyo Familiar

Por parte de quien recibió apoyo en la niñez madre___ padre___ Hermano ___ tío___
suegro___ padrastro o madrastra___ otro _____

Como lo considera excelente___bueno___regular___malo___

9. AREA ESCOLAR

f. Cuenta con amigos de confianza Si___ No___

Tuvo amigos en la escuela o colegio Si___ No___

Tuvo rendimiento estudiantil excelente___bueno___regular___malo___

Fue responsable en sus actividades escolares mucho___ poco___ nada___

10. AREA PERSONAL

r. Alguna vez careció de afectividad Si___ No___ por parte de quien o
quienes_____

s. Usted tuvo un proyecto de vida Si___ No___ en construcción___ se perdió___ aun lo
tiene___

t. Alguna situación le marco su vida en el ámbito familiar___ escolar___ comunitario___
laboral___ otro _____ en que termino alto___ medio___
bajo___

u. A qué edad empezó a consumir sustancias psicoactivas ___menor a los 10
años___mayor a 10 años___mayor a 15 años___menor a 15 años___menor a 18 años de
18 en adelante_____

11. AREA RECREATIVA

- v. Usted practica un deporte Si___ No___ siempre___casi siempre__nunca__ casi nunca___
- w. En el trayecto de su vida fue motivado y/o apoyado para la práctica de algún deporte Si___ No___
- x. recibió apoyo por parte de sus seres queridos para practicarlo Si___ No___ se le reconoció su empeño Si___ No___ siempre___casi siempre__nunca__casi nunca___

12. AREA SOCIAL

j. Frente a la problemática actual, cree que recibió influencia externa, Si___ No___

k. De haber recibido influencia externa, fue amigos del barrio Si___ No___

Amigos del colegio Si___ No___

Familiares Si___ No___

Medios de comunicación Si___ No___ otro _____

k. Qué afecto en su vida para tomar la decisión no adecuada: Falta de comprensión Si___ No___

Por parte de quien _____siempre___casi siempre__nunca__casi nunca___

Falta de afecto Si___ No___ por parte de quien_____siempre___casi siempre__nunca__casi nunca___

Falta de tiempo, compromiso y responsabilidad Si___ No___ por parte de quien _____

l. Qué cree que le faltó en su vida: amor Si___ No___ afecto Si___ No___ cariño Si___ No___ motivación Si___ No___ comprensión Si___ No___ sociabilidad Si___ No___ rendimiento estudiantil Si___ No___ responsabilidad Si___ No___ interés Si___ No___ recurso económico Si___ No___ otro, cual_____

ll. Qué es lo que más recibió o ha recibido en su vida: sobreprotección Si___ No___ amor Si___ No___ afecto Si___ No___ motivación Si___ No___ comprensión Si___ No___

Se considera: sociable Si___ No___ interesado Si___ No___

Con una alta autoestima Si___ No___

Carente de recurso económico Si___ No___ otro _____

7. EVENTOS VITALES ESTRESANTES

m. Entre las adversidades que se le han presentado en su vida están: las dificultades asociadas a los recursos económicos Si___ No___ siempre___casi siempre__nunca__casi nunca___

Asociados a aspectos sentimentales Si___ No___ siempre___casi siempre__nunca__casi nunca___

Agresividad, violencia y maltrato, falta de afecto Si___ No___siempre___casi siempre__nunca__casi nunca___

Desempleo Si___no___ siempre___casi siempre__nunca__casi nunca___otros_____

Ud. miró, se enteró o fue actor de intento de suicidio en su casa? SI ___ No ___ Quién _____

Sabe el asunto que llevó a tomar esa decisión de suicidio? Asuntos de amores _____ asuntos laborales _____ asuntos económicos _____ Asuntos familiares _____ Asuntos de estudio _____ Otro, cual? _____

Ud. recuerda antecedentes de violencia sexual: Si___No___siempre___casi siempre__nunca__casi nunca

Sabe, conoce o ha padecido violencia intrafamiliar? Si _____ No _____

Si su respuesta es afirmativa, de quién o quiénes? Padre ___ madre___ Hermanos___ hermanas ___ tíos ___ tías _____ abuelos ___ padrastro ___ Madrastra ___ vecinos ___ profesores ___ amigos ___ otros, cuál? _____

En su casa, alguien consumo sustancias psicoactivas? Si _____ No _____

Si su respuesta es afirmativa, que sustancia psicoactiva) alcohol ___ cigarrillo ___ marihuana ___ bazuco ___ bóxer ___ otro, cuál? _____

En su casa y en su vida personal ha tenido problemas por consumo de sustancias psicoactivas, tales como por consumo de alcohol, por consumo de cigarrillo, por consumo de bazuco, marihuana o bóxer? Si _____ No _____

Cree hasta el momento que ha tomado decisiones adecuadas para con usted Si___ No___

Para con su familia Si___ No___ Para con su comunidad Si___ No___

8. ASPECTOS RESILIENTE Y FACTORES PROTECTORES:

n. Para usted es importante que su hijo o familiar tenga:

Tener un proyecto de vida Si___ No___ muy importante__poco importante___es indiferente__

Tener amor propio Si___ No___ muy importante__poco importante___es indiferente__

Tener autoestima Si___ No___ muy importante__poco importante___es indiferente__

Tener normas claras Si___ No___ muy importante__poco importante___es indiferente__

Poseer sentido del humor si___ No___ muy importante__poco importante___es indiferente__

Poseer creatividad si___ No___ muy importante__poco importante___es indiferente__

Los vínculos afectivos familiares son: muy importante__poco importante___es indiferente__

Los valores son: muy importante__poco importante___es indiferente__

Que hacer ante un conflicto: hablar__refugio con amigos __con padres __busca ayuda profesional__

Como actuar frente a problemas de cualquier índole: de manera negativa___ de manera positiva__

actúa__no actúa___es indiferente__

Sugerencias y

recomendaciones:_____

La investigadora le agradece su valiosa colaboración.

MUCHAS GRACIAS

Anexo 3 Testimonios

HISTORIA DE VIDA- TESTIMONIOS

TESTIMONIO 1: Género Femenino, “Soy hija de padre alcohólico y drogadicto, y una madre normal, quien sufrió mucho a causa del problema de mi padre, por la agresividad y violencia física a la cual se miraba sometida, mi papá llegaba borracho y drogado, prendía el equipo a todo volumen, y si mi mamá no alcanzaba a encerrarse conmigo en una habitación, le pegaba, se gastaba todo el sueldo en droga y licor.

Mi familia era de plata, por eso me daba vergüenza contar lo que pasaba en mis casa, en el colegio, el hecho de ser hija de buena familia, no podía contar el problema de violencia y drogas que se vivía en la casa, se piensa que a los que tienen plata no le pasa nada malo y viven bien. Al tratar de ocultar lo malo, desde los 9 años empecé a consumir marihuana, me empezó a gustar lo malo, me gustaba llamar la atención, me volví rebelde, trataba mal a mi madre, la insultaba, la agredía verbalmente. Al comienzo me iba bien en el colegio, buenas notas, exámenes impecables, buenas exposiciones, porque la marihuana ayuda a la concentración y a la memoria”.

“Después empecé a consumir bazuco, robaba, miraba como violaban muchachas, tenían que acostarse con todos los muchachos de la pandilla por una bicha. A un drogadicto solo le queda dos caminos: la cárcel o la muerte, esto no discrimina raza, sexo; mi problema, considero, cobró fuerza por no hablar, por la vergüenza”.

TESTIMONIO 2:Género masculino: “Inicie desde los 12 años, con el cigarrillo, en las fiestas mi familiares me brindaban licor, por mi condición de homosexualidad, empecé a mirar controversias en la familia y rechazo hacia mí, por esta razón decidí refugiarme en el consumo de las drogas, después recurrí a la prostitución, para obtener recursos para comprar la droga, a veces por 200, 300, 500 pesos...vendía mi cuerpo. A los valores que recibí en mi hogar, en el colegio no le di importancia.

Años más tarde, trabajé en una peluquería, me robaba las cosas de los clientes, las cosas de la peluquería, me empezaron a cerrar las puertas”.

“Cuando ya me mire fue en la calle, tomaba todos los días, consumía bazuco, marihuana, perica, perdí el amor propio, vivía en la calle, pasan cuatro meses...cinco meses sin bañarme”.

“Luego, me encontré con una persona que me brindo techo, comida, pero seguí robando y consumiendo droga, por ello defraude la confianza. Finalmente llegue a alcohólicos anónimos, encontré en este grupo ayuda”.

TESTIMONIO 3.“Yo empecé con la marihuana desde los 13 años, porque reprimía el maltrato de mi padre hacia mi madre. Conmigo mi familia era bien, me aconsejaban, me daban lo que necesitaban”.

“En mi niñez me preguntaba por mi mis padres no me llevan al parque, o jugaban conmigo, porque no me compran un helado, como miraba a los padres de mis amigos, y en respuesta a mi tristeza, me compraban ropa de marca, en ese momento me cambiaba la tristeza por alegría, pero esto con el tiempo me lleno de vacío interno. En la adolescencia en el colegio, encontré ese compañía con amigos mayores que mi, era amigo de unos muchachos de una pandilla que fumaban marihuana y bazuco. Yo era el que les hacia los mandados, les compraba los cigarrillos en tienda, lo miraba como preparaban la droga, yo sentía el olor, y sabia de que se trataba por que los escuchaba hablar a ellos. Yo les decía que me hicieran probar, pero me decían que no, porque después ya no podía salir de las drogas, y solo me daban cigarrillo. Entonces me aleje de ese grupo y me fui a otro grupo, también de edad mayor que la mía y les dije que yo si fumaba y que sabia como armar, entonces, uno de ellos me dio, y me gusto y desde allí seguí consumiéndola. Sentía que quería hacer cosas que hacen los grandes, a mí nadie me obligo desde niño yo era ingobernable. Inicie fumando cigarrillo, siempre quise implicar a mas compañeros en las drogas. Posteriormente

seguí, pero la recocha en el colegio era mas agresiva, recuerdo que cogíamos de recocha al profesor, falsificábamos las firmas de los padres, cuando nos mandaban notas por mala conducta, yo quise ser diferente a mis hermanos, aun así me gradué con la marihuana en el bolsillo”.

“Me sacaba las cosas de la casa, los celulares, la plata, los bolsos, cuando me escondían las cosas de valor, me sacaba las ollas, la remeza, para cambiar por droga, ya no me contentaba con una bicha, quería más. Mire morir a mis compañeros de sobredosis. Sentía persecución, ansiedad, empecé a consumir bazuco, porque la marihuana da mucha hambre, yo decía yo puedo controlarlo, pero no fue así, el bazuco me controlaba a mí”.

“Yo padezco de esta enfermedad para toda la vida; andaba de indigente en la calle, a veces con zapatos rotos viejos o diferentes o sin zapatos, reconozco que en la casa yo si me robaba las cosas, pero en la calle yo no robaba, a veces me sentía mal, cuando la gente me miraba y se cambiaba de acera, por temor a ser asaltados por mí. El bazuco me volvió más agresivo, me colocaron psicólogo, pero salía de la consulta y seguía consumiendo, el psicólogo sólo le ayuda a uno, cuando uno de verdad quiere dejar el vicio, o sino se pierde el tiempo”.

“Tenía una compañera a quien también la maltrataba, mis hermanos me regalaron una moto, para trabajar, pero la cambie por droga, mejor dicho por basura, mi primo me pidió que le lavara la camioneta, también la cambie por droga, mi familia me dio la espalda hasta he intentado quitarme la vida, perdí a mi familia, mi mujer, mis hermanos, mis padres, nadie quería saber de mí. No creía en Dios, pero ahora me he vuelto espiritual, creo en un ser superior”.

“Ahora les digo a los padres de familia, que tienen sus hijos adolescentes, que les generen confianza, que no se piense que el darle todo lo necesario, sea solo cosas materiales, no es suficiente, también es importante, el apoyo, el tiempo que les

dediquen, que los escuchen a sus hijos, que miren y conozcan las personas por las que se encuentra rodeado, preguntarles si tiene más amigos mayores que él, ¿Por qué?”

“Yo no soy de acá, soy de Cali y tengo dos hijos a quienes los llamo y lo primero que hago es hacerles estas preguntas, y pedirles paciencia que cuando me sienta más recuperado yo los visitaría, para llevarlos de paseo”.

TESTIMONIO 4 Femenino, Madre de Usuario Consumidor masculino, con apariencia no muy bien presentada. “Yo trabajaba mucho, a veces los dejaba a mis seis (6) hijos, con una cuñada y me iba hasta por tres (3) días, con mi esposo a vender chuzos a los Municipios, y eso ha sido lo peor, todos mis hijos me reclaman el tiempo, cariño y afecto que no les di”. “Mi hijo, cuando, era niño era muy responsable, obediente, empezó a trabajar desde niño, el me llevaba papas u otras cosas para la casa que hacían falta. Después se caso tuvo cuatro hijos, y una mala mujer que lo dejó, por que se fue, con un amigo que arrendo una pieza en la casa, en donde vivían”.

“Antes de empezar a consumir, la droga, era una buena persona, era futbolista, a la mujer y a los hijos, no les hacía faltar nada, vendía CD en la calle. Pero el problema empezó en el tiempo que la mujer lo abandono, se hizo grosero y agresivo, empezó a reclamarme a mi, que por mi culpa, estaba así. Por eso reconozco que si es culpa mía, cuando fue niño, por falta de tiempo y afecto, y ahora por no haberlo escuchado, porque cuando apenas me entere, yo le pegaba con correa, y le decía que deje ese vicio. Y la gente me decía que lo que ellos quieren cuando están empezando a consumir es que los ayuden, pero yo lo castigaba (la madre llora cuando relata esta parte de la historia”.

“Ahora que la mujer lo dejó, esta viviendo conmigo, me toco traerlo de la calle, porque andaba como indigente en las calles. Los hijos pasan cerca, pero no lo saludan, porque la madre les dice “su papa es un vicioso”. “El es agresivo conmigo y

con el Papa, pero con los hermanos, no es agresivo. Un día que llego a gritarme y a desbaratarme la casa, el hermano menor lo golpeó. Es una persona que siempre esta sola, y cuando se pierde mas de tres días llega a la casa golpeado, pero no se le puede preguntar por que se enoja, una vez le cortaron con un machete el brazo y no quiso que lo lleven al centro de salud, y así se curó”.

TESTIMONIO 5 Femenino, Hermana de Usuario Consumidor masculino, con apariencia bien presentada. “Mi hermano estudio hasta sexto de bachillerato, era un buen estudiante ocupaba el primer, segundo y tercer puesto”. “Mi padre tomaba mucho, era muy autoritario y agresivo con todos nosotros, pero mas con mi hermano lo maltrataba física y emocionalmente (golpes y palabras feas), “tonto no sirves para nada”, Mi hermano tenía un sueño que era ser zapatero profesional, le gustaba porque le ayudaba a mi Papa en la zapatería, también le gustaba el boxeo, estuvo en entrenamiento por Pasto deportes, hasta que se metió por el camino de las drogas que le dijeron que no lo recibían así. Yo creo que el se fue por ese camino, por mi papa era muy jodido con el, hasta ahora lo recibe a golpes en la casa (palos y patadas), mi hermana y mi madre no se meten por miedo a que a ellas también les pegue, ahora más, por el vicio, antes por que no le hacía bien los mandados, o le insultaba a los amigos. Empezó consumiendo bóxer, después, marihuana y después bazuco, ahora la apariencia del el ha cambiado mucho, esta irreconocible”.

TESTIMONIO 6 Femenino, Hermana de Usuaría Consumidora, con apariencia bien presentada. “MI hermana es una persona inteligente, termino el bachillerato completo, estaba estudiando enfermería, hizo un semestre, pero se retiro por las drogas. Desde los 14 años conoció al padre de su hija, quien le enseñó a consumir droga marihuana y bazuco, el padre de ella falleció, cuando ella había nacido. Somos hermanas pero de diferente padre, mi madre a ella la consiente mucho, porque ella quiso mucho al padre de mi hermana, yo creo que la sobreprotegió, a mi hermana nada le hace falta”. “A veces se va y regresa a los 15 días, sucia, con infecciones vaginales, porque para conseguir droga hasta se prostituye y sabemos que se sigue

mirando con el papa de la niña, aunque se le tiene prohibido, cuando esta drogada insulta y trata mal a la niña, cuando esta bien, trata bien a la niña, pero en si por, las drogas es como si le importara solo eso y nada mas, incluso ni la niña, quien apenas tiene siete (7) años, pero es muy rebelde en el estudio va mal, es agresiva y maltrata a mi abuela y a mi mama (“locas, no me jodan”), amenaza a mi hermana con tirarse del balcón, o con cortarse las venas, sino le dan lo que ella pide. Yo les digo que no se dejen manipular, pero de todas formas lo que le pasa a la mama y al papa de ella, influye en el comportamiento”

“Una vez me la lleve a mi hermana y a la niña a Cali, pero los vecinos se quejaban, porque se sentía el olor a marihuana y a bazuco, desde la pieza de mi hermana, ella se encerraba con todo niña, tocaba quebrar las ventanas, para sacar a la niña, que estaba dormida o mirando televisión”.

“Yo no soy de acá, por ello solicito apoyo institucional para mi hermana, y a la niña me la llevo a Cali, hasta que la Mamá se recupere”.

Nota: Los datos aquí plasmados, son autorizados por las personas que decidieron dar su testimonio, ya que se realiza con fines académicos, gracias al aporte de dichos testimonios, se pudo consolidar parte de este trabajo investigativo
