



COMPORTAMIENTO SUICIDA, EN EL DEPARTAMENTO DE CALDAS AÑO 2013

Edinson Andrés Romero
Psicólogo
Referente Conducta Suicida
Dirección Territorial de Salud de
Caldas

Manizales, Agosto 2014

DIRECCIÓN TERRITORIAL



		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTIÓN TECNOLÓGICA	INSTRUMENTO INFORME	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-010-03	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 1 DE 1

INTRODUCCION

En el Informe Mundial sobre Violencia y Salud, la violencia se clasifica en tres grandes categorías, según el autor del acto violento: Violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva. La violencia dirigida contra uno mismo comprende los comportamientos suicidas y las auto lesiones, como la automutilación, y el comportamiento suicida, desde el simple pensamiento de quitarse la vida al planeamiento, hasta la búsqueda de medios para llevar a cabo, el intento de matarse y la consumación del acto.¹

La conducta suicida (ideación-intento-suicidio consumado) en población general y en adolescentes, representa actualmente un problema de salud pública que requiere atención de todos los sectores; debido a que es un fenómeno de origen multifactorial que ocurre como respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora, enmarca una realidad compleja, que no puede explicarse exclusivamente a partir de los factores biológicos, sino que incluye aspectos psicológicos, sociales y culturales. La complejidad de sus causas requiere necesariamente un enfoque polifacético e interdisciplinar para su prevención y manejo.²

En Colombia esta conducta viene tomando proporciones epidémicas, presentándose como un problema de salud pública dada su alta y constante morbimortalidad, razón por la cual «es importante disponer de un adecuado conocimiento, de un manejo técnico y de unas políticas públicas que reconozcan el tema como multifactorial y complejo. Prevenir este problema en todos los niveles requiere comprender adecuadamente su génesis, identificar los factores de riesgo, informar sobre los signos de alarma, promover las mejores estrategias de atención y realizar vigilancia permanente».²

¹ Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es

² COLOMBIA MÉDICA, VOL 42, NO 2 SUPL 1 (2011). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/rt/printerFriendly/819/1557>

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTIÓN TECNOLÓGICA	INSTRUMENTO INFORME	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-010-03	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 2 DE 1

El suicidio es la cuarta forma de muerte violenta en nuestro País, con una tasa de 4,08 por 100.000 habitantes (Forensis 2012). Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que para el 2020, el suicidio contribuirá en más del 2% de la carga global de morbilidad, proyectando un aumento del 50% en el suicidio, fenómeno que va alcanzar los 1,53 millones de muertos, “El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible según la OMS”.³

El suicidio supone quitarse voluntariamente la vida. Se trata de un término de dos vocablos latinos: sui (de si mismo) y caedere (Matar), o sea, matarse a sí mismo. El tema es motivo de estudio para una amplia gama de disciplinas, sin embargo el suicidio puede ser conceptualizado como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil” (OMS, 1976). Sin embargo, el hecho es penalizado y cuestionado moralmente por importantes instituciones de la sociedad.

Urge entonces la necesidad de incorporar a la conducta suicida dentro de los eventos de vigilancia y seguimiento del Sistema de Vigilancia en Salud Publica SIVIGILA, y no tomarla solo como una variable del tipo de exposición de los eventos de intoxicación, generándole a la conducta suicida un código INS y una Ficha de Notificación propia, garantizando de esta manera la notificación, el seguimiento y análisis de los casos de intentos suicidas que se presenten, para garantizar atención y activación de Rutas, dando prioridad a niños, niñas y adolescentes – NNA, población con discapacidad, población víctima de conflicto. ya que hay evidentes fallas en ello, por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Empresas Sociales del Estado (ESES), las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Profesionales de Vigilancia Epidemiológica (PVSP), ya que no se le presta la suficiente importancia a la conducta suicida, como se hace con los eventos de violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual, siendo que la Organización Panamericana de la Salud clasifico a la conducta suicida como un tipo de violencia.

³ Organización Mundial de la Salud. Disponible: <http://www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>. Centro de prensa de la OMS, 2004.

 DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN			
MACROPROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTIÓN TECNOLÓGICA	INSTRUMENTO INFORME	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-010-03	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 3 DE 1

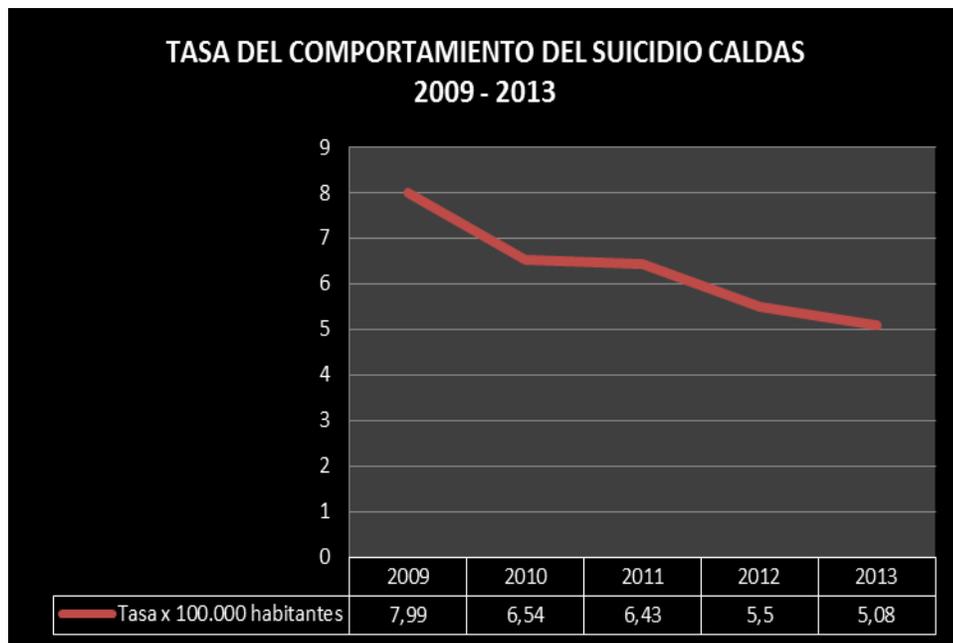
COMPORTAMIENTO DEL SUICIDIO CALDAS 2009-2013

Tasas por 100.000 habitantes

MUNICIPIO	2009		2010		2011		2012		2013	
	CASOS	TASAS 2009	CASOS	TASAS 2010	CASOS	TASAS 2011	CASOS	TASAS 2012	CASOS	TASAS 2013
AGUADAS	2	8,55	0	0,00	1	4,36	4	17,60	3	13,33
ANSERMA	1	2,89	3	8,71	2	5,83	2	5,85	3	8,81
ARANZAZU	4	32,64	2	16,51	3	25,06	3	25,33	0	0,00
BELALCAZAR	1	8,71	0	0,00	1	8,88	2	17,92	0	0,00
CHINCHINA	3	5,69	1	1,91	2	3,82	2	3,84	2	3,85
FILADELFIA	5	41,50	1	8,42	1	8,54	0	0,00	1	8,80
LA DORADA	4	5,36	5	6,67	5	6,63	6	7,92	3	3,94
LA MERCED	0	0,00	1	16,37	1	16,73	0	0,00	0	0,00
MANIZALES	35	9,05	34	8,75	31	7,95	23	5,87	22	5,60
MANZANARES	3	12,32	2	8,28	3	12,51	0	0,00	0	0,00
MARMATO	0	0,00	1	11,39	1	11,30	2	22,46	1	11,15
MARQUETALIA	1	6,72	0	0,00	1	6,71	0	0,00	0	0,00
MARULANDA	0	0,00	0	0,00	1	29,08	0	0,00	2	58,41
NEIRA	2	6,87	2	6,81	1	3,38	1	3,35	2	6,66
NORCASIA	0	0,00	0	0,00	1	15,18	0	0,00	0	0,00
PACORA	1	7,25	1	7,42	0	0,00	0	0,00	2	15,95
PALESTINA	2	11,14	0	0,00	1	5,59	2	11,20	4	22,43
PENSILVANIA	0	0,00	3	11,37	1	3,79	1	3,79	0	0,00
RIOSUCIO	3	5,24	4	6,90	1	1,71	0	0,00	1	1,66
RISARALDA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SALAMINA	3	16,04	1	5,45	3	16,67	3	17,01	0	0,00
SAMANA	2	7,79	1	3,89	0	0,00	2	7,77	0	0,00
SAN JOSE	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SUPIA	0	0,00	0	0,00	1	3,85	0	0,00	0	0,00
VICTORIA	1	11,39	0	0,00	0	0,00	1	11,53	0	0,00
VILLAMARIA	0	0,00	2	3,91	1	1,92	0	0,00	2	3,69
VITERBO	5	38,66	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	15,93
Total General	78	7,99	64	6,54	63	6,43	54	5,50	50	5,08

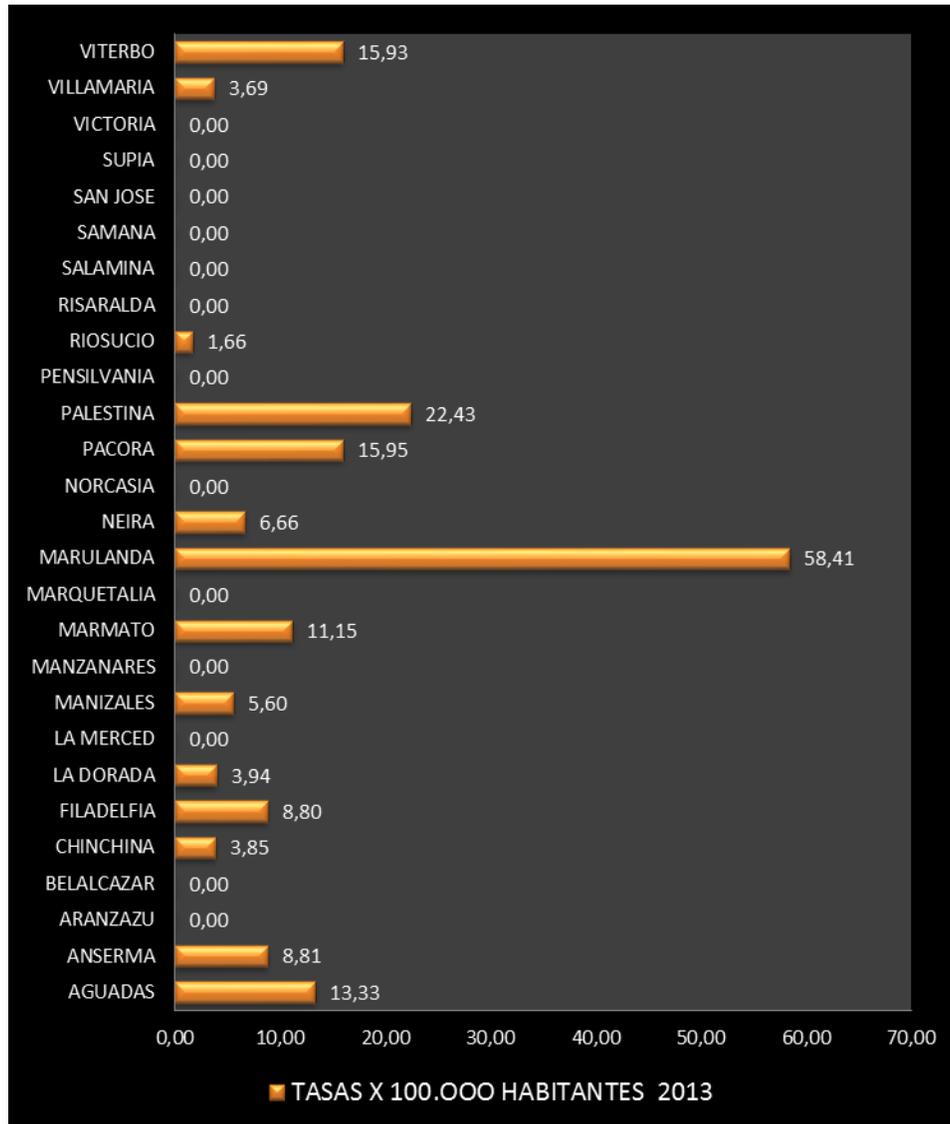
Fuente: SIVIGILA DTSC y DANE estadísticas Vitales 2013, datos parciales.

 DIRECCIÓN TERRITORIAL Salud de Caldas <small>Orgullosamente Saludable</small>		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTIÓN TECNOLÓGICA	INSTRUMENTO INFORME	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-010-03	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 4 DE 1



La tabla anterior muestra el comportamiento de los suicidios desde el periodo del 2009 al periodo 2013, indicando que en los últimos 5 años la tasa de suicidios para el departamento de Caldas, se disminuyó paso de 7,99 por 100.000 habitantes para el año 2009 a 5,08 para el año 2013, siendo esto un indicador positivo para el perfil epidemiológico del departamento, pero se continua por encima de la tasa nacional que es de 3,84 x 100.000 habitantes.

 DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN			
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTIÓN TECNOLÓGICA	INSTRUMENTO INFORME	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-010-03	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 5 DE 1



En el análisis anual del 2013, se aprecia que se reportaron 50 suicidios, en donde las tasas x 100.000 habitantes más altas las reportan los municipios de Marulanda con una tasa de 58,41 x 100.000 habitantes, Palestina con una tasa de 22,43, Pacora con una tasa de 15,95, Viterbo con 15,93 y Aguadas con una tasa de 13,33, encontrando por encima de la tasa anual departamental que está en 5,08 x 100.000 habitantes.

 DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN			
MACROPROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTIÓN TECNOLÓGICA	INSTRUMENTO INFORME	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-010-03	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 6 DE 1

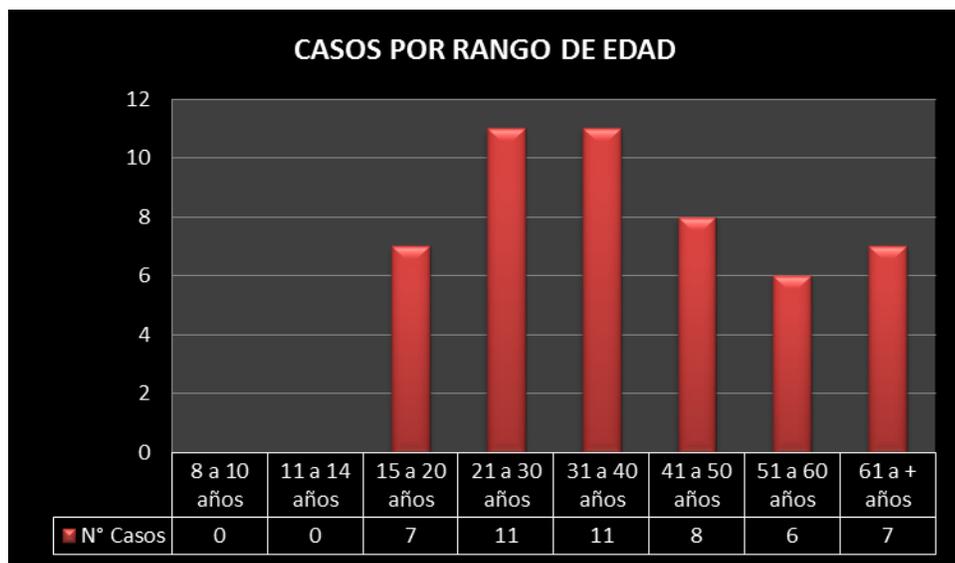


La grafica nos muestra que el municipio que reporto más números de suicidios en el periodo 2013, fue Manizales con 22 casos equivalente al 44%, seguido de Palestina con un 8% equivalente a 4 casos, La Dorada, Anserma y Aguadas con el 18% equivalente a 9 casos, 3 casos cada uno.

 DIRECCIÓN TERRITORIAL Salud de Caldas <small>Orgullosamente Saludable</small>		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTIÓN TECNOLÓGICA	INSTRUMENTO INFORME	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-010-03	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 7 DE 1

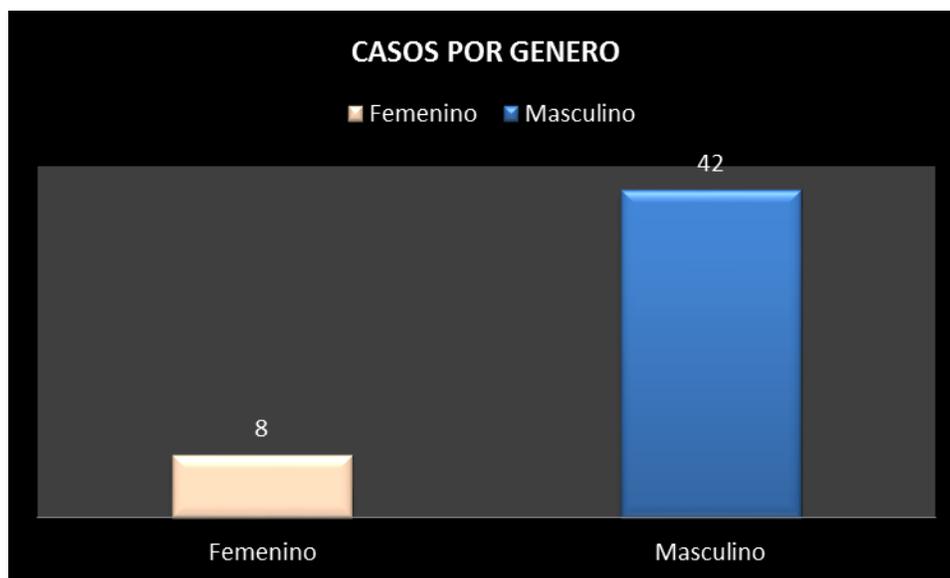


Aunque este fenómeno estuvo presente durante todo el periodo 2013, los meses en los que más se incrementaron los casos fueron en los meses de Enero, Julio y Agosto con el 42% equivalente a 21 casos, 7 casos cada uno, y el mes en que menos se presentaron casos fue Febrero con el 2% equivalente a 1 caso.



 DIRECCIÓN TERRITORIAL Salud de Caldas <small>Orgullosamente Saludable</small>		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO	PROCESO	INSTRUMENTO	
GESTION ADMINISTRATIVA	GESTIÓN TECNOLÓGICA	INFORME	
CÓDIGO	VERSION	COPIA	PÁGINA
FO-GA-TD-01-010-03	03	CONTROLADA	8 DE 1

Del número de casos presentados en el 2013, el grupo etario más afectado es el de los rangos de edad entre 21 a 30 años y 31 a 40 años con el 36% equivalente a 186 casos, 21 a 30 años con el 44% equivalente a 22 casos, 11 cada rango de edad, 41 a 50 años con el 16% equivalente a 8 casos, lo que indica que la franja de la población adulta joven es la más afectada, el suicidio esta presente en los rangos de edad de 15 a 20 años y 61 a + años con el 28% equivalente a 14 casos, 7 casos por cada rango de edad.

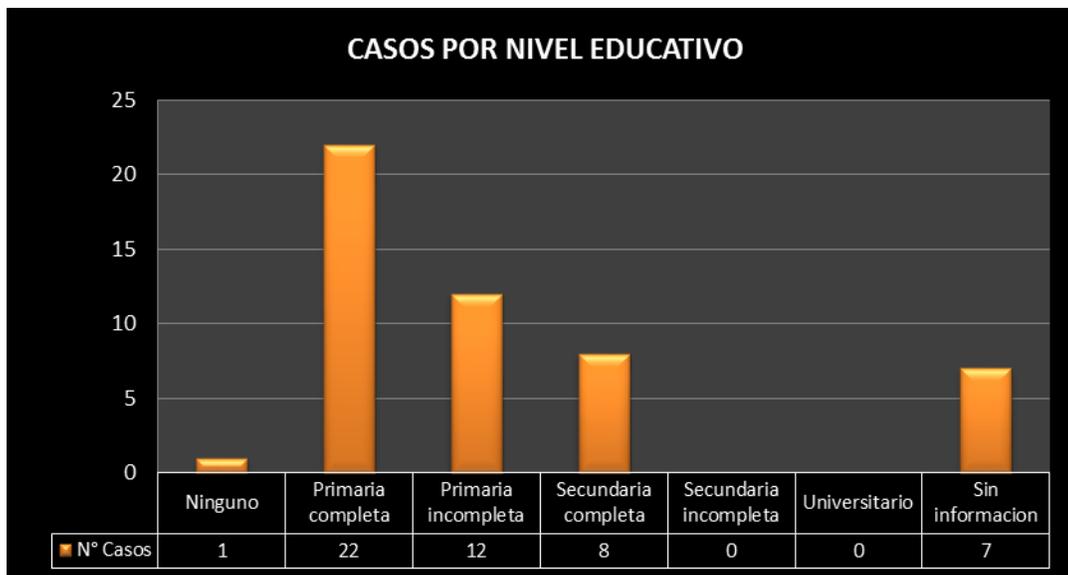


Para el periodo 2013 se suicidaron en el departamento de Caldas 50 personas, de las cuales el 84% fueron hombres equivalente a 42 casos, y el 16% restante fueron Mujeres equivalente a 8 casos, indicando que el susidio está más presente en el sexo masculino, a diferencia del intento de suicidio que está más presente en el sexo femenino.

 DIRECCIÓN TERRITORIAL Salud de Caldas <small>Orgullosamente Saludable</small>		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO	PROCESO	INSTRUMENTO	
GESTION ADMINISTRATIVA	GESTIÓN TECNOLÓGICA	INFORME	
CÓDIGO	VERSION	COPIA	PÁGINA
FO-GA-TD-01-010-03	03	CONTROLADA	9 DE 1

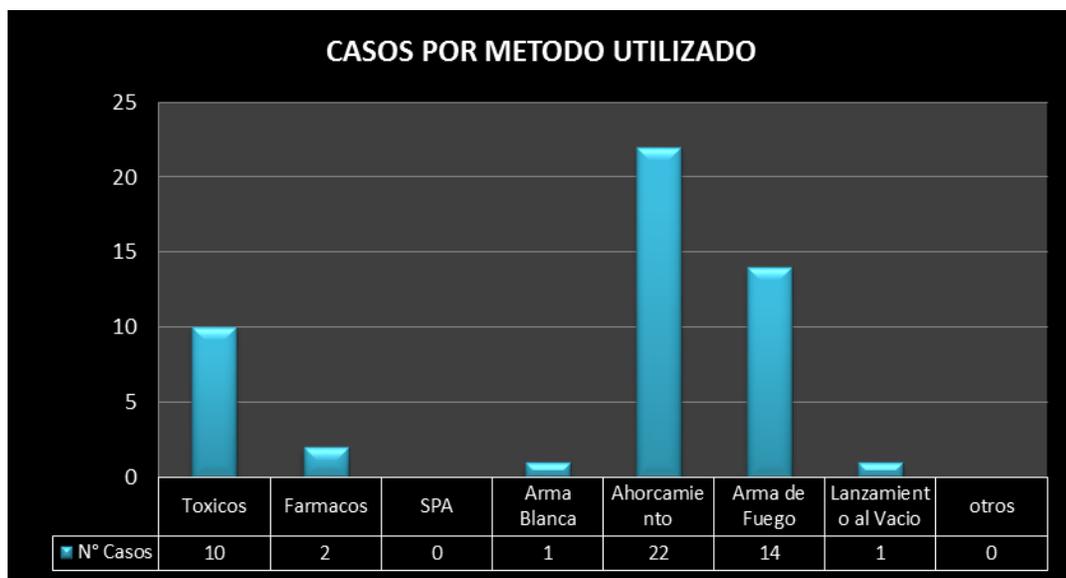


La grafica nos indica que el estado civil más predominante en el suicidio en el departamento de Caldas, es separado o divorciado con el 50% equivalente a 25 casos, para el 2013, se podría suponer que una de los motivos principales en este grupo etario para suicidarse es la frustración a la perdida, por duelos no superados a rupturas amorosas de pareja.



 DIRECCIÓN TERRITORIAL Salud de Caldas <small>Orgullosamente Saludable</small>		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO	PROCESO	INSTRUMENTO	
GESTION ADMINISTRATIVA	GESTIÓN TECNOLÓGICA	INFORME	
CÓDIGO	VERSION	COPIA	PÁGINA
FO-GA-TD-01-010-03	03	CONTROLADA	10 DE 1

El nivel académico predominante en el suicidio en el periodo 2013, fue el de primaria completa con el 44% equivalente a 22 casos, seguido del nivel de primaria incompleta con el 24% equivalente a 12 casos, y en un menor porcentaje el de ningún nivel educativo o descolarizado.



El rango por método utilizado de los casos presentados fue de un 44% por ahorcamiento equivalente a 22 casos, seguido de un 28% con arma de fuego equivalente a 14 casos, 20% con sustancias (Venenos y plaguicidas) equivalente a 10 casos, y en un menor porcentaje la ingesta de fármacos con un 4% equivalente a 2 casos, y finalizando con lanzamiento al vacío y arma blanca con un 4% equivalente a 2 caso, 1 caso por cada uno de los métodos, lo que indica que a diferencia de los intentos suicidas el mayor porcentaje se utilizaron métodos suaves como (fármacos y sustancias tóxicas) y la lesión autoinflingida con arma blanca y donde el mayor número de casos fueron mujeres, en el suicidio ocurre lo contrario los métodos duros son los más utilizados como (Ahorcamiento y arma de fuego) y el mayor número de casos los comete los hombres.

 <p>DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p>			
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTIÓN TECNOLÓGICA	INSTRUMENTO INFORME	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-010-03	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 11 DE 1

CONCLUSIONES

Los intentos de suicidio en el departamento han mostrado un ascenso en los últimos años, evidenciando un aumento de casos del 14% entre los años 2011 y 2012, viéndose una disminución de los casos en un 20% en el año 2013, pero a pesar de esta disminución el intento suicida a un sigue presentando como un problema de salud pública dada su alta y constante ocurrencia de casos.

Hay un incremento de la tasa de intentos suicidas en los últimos 5 años aumento de 44,7 a 51,4, lo que indica que la problemática esta constante y tiende a incrementarse en el departamento.

Ocurriendo lo contrario con la tasa de suicidios que durante los últimos años, disminuyo de 7,99 a 5,03 x 100.000 habitantes, pero aún se continua por encima de la tasa nacional que es de 3,84.

La población más impactada por el intento suicida es la adolescente y joven comprendida entre los rango de edades de los 15 a 30 años, y el estado civil más predominante el soltero, ocurriendo algo diferente con el suicidio donde el estado civil más predominante es el separado o divorciado y los rangos de edad predominante es el de 21 a 40 años.

Son Mayores los intentos suicidas en mujeres con un 64% que en hombres en 36%, ocurriendo lo contrario con el suicidio donde son mayores los casos en hombre con un 82% que en mujeres con un 16%.

Existe una relación directa entre el nivel educativo y la conducta suicida convirtiéndose en un determinante de salud, para intervenir desde la intersectorialidad, educar a temprana edad sobre el desarrollo de competencias y habilidades para la vida en especial las habilidades encaminadas a proyecto de vida y tolerancia a la frustración y a situaciones de estrés.

Los meses en donde más se incrementaron los casos de intento suicida durante el 2013, fueron Abril, Junio, siendo diferente en el suicidio donde los meses en que más se

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTIÓN TECNOLÓGICA	INSTRUMENTO INFORME	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-010-03	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 12 DE 1

incrementaron los casos fueron Enero, Julio y Agosto.

Los municipios con las tasas de intentos suicidas x 100.000 habitantes más altas en el departamento durante el 2013 fueron: Marulanda con una tasa de 146, Viterbo con una tasa de 111,5, Aránzazu con una tasa de 109,6, Belalcazar con una tasa de 108,4, Salamina con una tasa 104, Anserma con una tasa de 99,8, Chinchiná con una tasa de 94,4 y Victoria con una tasa de 93, encontrándose por encima de tasa anual departamental que está en 51,4 x 100.habitantes.

Los municipios con las tasas de suicidios x 100.000 habitantes mas altas en el departamento durante el 2013 fueron: Marulanda con una tasa de 58,4, Palestina con una tasa de 22,43, Pacora con una tasa de 15,95, Viterbo con 15,93 y Aguadas con una tasa de 13,33, encontrando por encima de la tasa anual departamental que está en 5,08 x 100.000 habitantes.

Encontrando que el municipio de Viterbo posee tasas muy altas, en ambos componentes de la conducta suicida.

Los métodos más utilizados en los intentos de suicidio fueron las intoxicaciones por sustancias toxicas y fármacos, donde el mayor número de casos fueron mujeres, ocurriendo algo muy diferente en el suicidio donde los métodos más utilizados fueron el ahorcamiento y el arma de fuego, donde el mayor número de casos fueron hombres, lo que indica que las mujeres tienden a utilizar más métodos suaves como (fármacos y sustancias tóxicas) y la lesión autoinflingida con arma blanca y los hombres tienden a utilizar más métodos duros como lo son (Ahorcamiento y arma de fuego).

 DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN			
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTIÓN TECNOLÓGICA	INSTRUMENTO INFORME	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-010-03	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 13 DE 1

ACCIONES DE LA DTSC

EJE DE PREVENCIÓN:

Finalidad: Fortalecer factores protectores frente al suicidio a nivel individual, familiar y social.

1. Proyecto Familias Fuertes: Amor y Limites

Objetivo General:

Mejorar la salud y el desarrollo de adolescentes entre 10 y 14 años, y prevenir conductas de riesgo a través de la promoción de la comunicación entre padres e hijos.

Descripción:

Este proyecto se inició desde el año 2012, en la ciudad de Manizales donde se beneficiaron 45 familias, para el año 2013 se implementó el proyecto en los municipios de Villamaria y Chinchiná, donde se beneficiaron 90 familias, para el año 2014 se implementara en los municipios de Aránzazu y Chinchiná donde se beneficiaran 60 familias y se hará el seguimiento a 135 familias que estuvieron el proyecto durante el año 2012 y 2013 para la verificación de los resultados y el impacto que se obtuvo en la dinámica familiar de dichas familias, se tiene proyectado para el año 2015 implementar el proyecto a 10 municipios: Viterbo, Marquetalia, Anserma, Aguadas, Pacora, Palestina, Neira, Aránzazu, Manzanares y Pensilvania, donde se beneficiaran 600 familias.

Resultados esperados:

1. Valoración de los padres y de la familia como referentes.
2. Prevención de conductas de riesgo
3. Desarrollo de proyecto de vida. Para esto promueve:
 - Habilidades de pensamiento abstracto para desglosar los elementos que necesita para cumplirlo.
 - Habilidades de pensamiento ejecutivo para desarrollar un plan de acción para alcanzarlo.

 <p>DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p>			
<p>MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA</p>	<p>PROCESO GESTIÓN TECNOLÓGICA</p>	<p>INSTRUMENTO INFORME</p>	
<p>CÓDIGO FO-GA-TD-01-010-03</p>	<p>VERSION 03</p>	<p>COPIA CONTROLADA</p>	<p>PÁGINA 14 DE 1</p>

- Habilidades sociales que permitan resistir la presión de pares.
- Habilidades de resistencia al estrés.

2. Capacitación en herramientas psicosociales básicas para la identificación temprana y prevención de la conducta suicida y soporte emocional a personas de primer contacto (Gatekeepers).

Objetivo General:

Asesoramiento y fortalecimiento a gatekeepers (Personas de Primer Contacto) en habilidades básicas para la identificación, prevención del suicidio y soporte emocional, mejorando las competencias en la aplicación de instrumentos validados para el tamizaje, así como en el abordaje inicial en los servicios de salud de baja complejidad (primeros auxilios en salud mental), canalización, remisión oportuna de casos a servicios de mayor complejidad y el seguimiento de los mismos.

Descripción:

Esta estrategia se desarrolló en los municipios Anserma, Villamaria, Chinchiná, Salamina, Risaralda, Viterbo siendo estos los municipios que presentan mayor número de casos de intentos suicidas en el departamento después de Manizales, dicha capacitación esta dirigida al personal del sector educación (Docentes académicos y docentes orientadores), personal de salud (Médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, promotoras de Salud), personal de comisarías de familias (Comisario de familia, psicólogos, trabajadores sociales), se han capacitado 177 personas

Resultados esperados:

1. Promover acciones de prevención de conductas suicidas en los ámbitos comunitarios, institucionales, escolares y familiares.
2. Desarrollar las políticas públicas necesarias para facilitar la atención integral e integrada de las personas con conducta suicida y sus familias.
3. Desarrollar capacidad de respuesta en los diferentes niveles de gestión, para el abordaje de la conducta suicida, los factores de riesgo y protectores relacionados.
4. Brindar elementos para la identificación de la conducta suicida; enseñando

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTIÓN TECNOLÓGICA	INSTRUMENTO INFORME	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-010-03	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 15 DE 1

soporte emocional, mejorar las competencias en la aplicación de instrumentos para tamizaje; además de brindar herramientas para abordar la conducta suicida en cuanto a primeros auxilios psicológicos y canalización oportuna a servicio de mayor complejidad.

3. Zona de Orientación Escolar (ZOE)

Objetivo General:

Realizará procesos de construcción de estrategias para la prevención, mitigación y reducción del daño en el consumo de SPA, siendo el abuso de alcohol y de otras sustancias psicoactivas (SPA) uno de los principales factores de riesgo a nivel de microsistema, para la conducta suicida.

Descripción:

Dicha estrategia se está implementado desde el año 2012 en los municipios de Aguadas, Neira, Villamaria, Risaralda, Anserma, Palestina en el corregimiento de Arauca, para el periodo 2014 se viene ejecutando el municipio de Neira en la vereda Alto Bonito, dirigida a la población estudiantil de la institución educativa el Roble.

Resultados esperados:

1. Construcción de estrategias de alcohol para la mitigación y reducción del daño
2. Implementación de grupos de autoayuda con los adolescentes
3. Desarrollar procesos de sensibilización con la comunidad educativa
4. Implementación y/o fortalecimiento de redes y rutas comunitarias
5. Prestar apoyo en dispositivo comunitario

4. Centro de Escucha (CE)

Objetivo General:

Organización de la escucha comunitaria para afrontar la salud mental, el consumo de

 <p>DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p>			
<p>MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA</p>	<p>PROCESO GESTIÓN TECNOLÓGICA</p>	<p>INSTRUMENTO INFORME</p>	
<p>CÓDIGO FO-GA-TD-01-010-03</p>	<p>VERSION 03</p>	<p>COPIA CONTROLADA</p>	<p>PÁGINA 16 DE 1</p>

sustancias psicoactivas y problemáticas asociadas, y generar opciones de respuesta con presencia de los actores comunitarios y las redes de recursos,

Descripción:

Dicha estrategia se está implementada desde el año 2012 en los municipios de Manizales y La Dorada, para el periodo 2014 se viene ejecutando el municipio de Chinchiná en el barrio La Frontera Calle Ancha, cuya función es el de escuchar, mediar, organizar y capacitar a la población de madres de familia del Centro de Escucha.

Resultados Esperados:

1. Fortalecimiento del grupo de madres del Centro de Escucha
2. Implementación y manejo de diarios de campo
3. Cartografía social de la comunidad
4. Articulación de procesos con los niños, niñas y adolescentes (NNA)
5. Activación de rutas de atención

EJE DE MITIGACIÓN:

Finalidad: Reducir daños y riesgos relacionadas con los trastornos mentales y problemáticas asociadas.

1. Realizar seguimiento a la notificación de casos de intento de suicidio al Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA y otros sistemas
2. Realizar seguimiento al 50% de los casos de intento de suicidio, para garantizar atención y activación de Rutas, dando prioridad a niños, niñas y adolescentes – NNA, población con discapacidad, población víctima de conflicto.
3. Impulsar la detección y notificación de casos de intento de suicidio al sistema de vigilancia epidemiológica y activación de rutas intersectorial.
4. Realizar seguimiento a los casos de intento de suicidio y suicidio para garantizar atención y activación de rutas y realización de comités de vigilancia epidemiológica tanto municipal como departamental.

 <p>DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p>			
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTIÓN TECNOLÓGICA	INSTRUMENTO INFORME	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-010-03	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 17 DE 1

EJE DE CAPACIDAD DE RESPUESTA:

Finalidad: Fortalecer capacidad técnica, institucional y comunitaria ante las demandas de la salud mental.

1. Formación y articulación de redes de salud mental en cada municipio.
2. Construcción y validación de rutas de atención de casos.
3. Formación continua del talento humano.
4. Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica para disponer de información veraz y oportuna que alimente la toma de decisiones.