Sala situacional de Salud Mental
Informe Final
Equipo Accvsye - Gobernanza
29 diciembre 2017

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

AUTORES

Diana Carolina Fajardo
LIDER EQUIPO ACCVSyE

Claudia Patricia Beltrán
Adriana Lizette Colorado
Mónica Andrea Rodríguez
Claudia Bermúdez Olaya
Sandra Barbosa
EPIDEMIÓLOGAS EQUIPO ACCVSyE

Jose Osney Velandia
Johana Alexandra Mateus
Francisco Forero
PROFESIONALES SOCIALES EQUIPO ACCVSyE

Javier Camilo Aguillón
David Munevar
Fredy Andrés Chitiva
PROFESIONALES GEOGRAFÍA – INGENIERÍA CATASTRAL EQUIPO ACCVSyE

COLABORADORES

Equipo Componente 1 Gobernanza
Equipo de Gestión Programas, Acciones ISP
Equipo Vigilancia en Salud Pública
Equipo Espacio Público
Equipo Espacio Vivienda
Equipo Espacio Educativo
Equipo Espacio Trabajo

AGRADECIMIENTOS

A la comunidad, instituciones y demás participantes de la Subred Sur Occidente que contribuyeron en el desarrollo y construcción de la Sala Situacional de Salud Mental en las diferentes escalas territoriales.

CONTENIDO

.

INTRODUCCIÓN 8
OBJETIVOS 9
Objetivo General 9
Objetivos Específicos 9
JUSTIFICACIÓN 10
PRIORIZACIÓN PROBLEMÁTICAS 11
MARCO CONCEPTUAL 19
MARCO METODOLÓGICO 30
MARCO NORMATIVO 32
BALANCE DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE 38
ANALISIS DEL CONSUMO DE SPA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES 53
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE 66
DISEÑO DE UNIDADES DE ANÁLISIS 84
ANALISIS DE LA RESPUESTA 88
PROPUESTAS DE RESPUESTA 91
ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS 96
CONCLUSIONES 106
BIBLIOGRAFÍA 107

Listado de tablas

Tabla 1. Asignación peso relativo a cada parámetro de priorización problemáticas de salud mental 12
Tabla 2. Ejemplo de procedimiento aritmético de priorización..... 12
Tabla 3. Resultados de Priorización Problemáticas sobre salud mental para la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente 2017..... 13
Tabla 4. Resultados de Priorización Problemáticas sobre salud mental para la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente 2017..... 14
Tabla 5. Resultados de Priorización Problemáticas sobre salud mental para la localidad de Fontibón, Subred Sur Occidente 2017..... 15
Tabla 6. Resultados de Priorización Problemáticas sobre salud mental para la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente 2017..... 16
Tabla 7. Resultados de Priorización Problemáticas sobre salud mental para la Subred Sur Occidente 2017..... 17
Tabla 8. Marco normativo sobre consumo de SPA en Colombia y Bogotá 2017..... 32
Tabla 9. Balance de la información disponible para la problemática de SPA en la Sala Situacional de Salud Mental..... 38
Tabla 10. Actores relacionados con problemática priorizada en salud mental, Subred Sur Occidente, 2017..... 44
Tabla 11. Población adolescente y joven en la Subred, 2016..... 54
Tabla 12. Distribución de la notificación VESPA por localidad, Subred Sur Occidente, 2015-2016..... 57
Tabla 13. Distribución de la notificación VESPA por sexo, Subred Sur Occidente, 2015-2016..... 58
Tabla 14. Distribución de la notificación VESPA por momento de curso de vida, Subred Sur Occidente, 2015-2016..... 58
Tabla 15. Distribución de la notificación VESPA por localidad en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2016..... 59
Tabla 16. Distribución de la notificación VESPA por grupo étnico en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2016..... 59
Tabla 17. Distribución de la notificación VESPA por grupo poblacional en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2016..... 60
Tabla 18. Distribución de la notificación VESPA por motivo de ingreso al tratamiento en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2016..... 61
Tabla 19. Momento del curso de vida inicio de consumo en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2016..... 64
Tabla 20. Promedio de edad de inicio de uso de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2016..... 64
Tabla 21. Comportamiento Curso de Vida Adolescencia y Juventud usuarios atendidos CEMAI, Subred Sur Occidente, septiembre 2016-marzo 2017..... 66
Tabla 22. Comportamiento Población Diferencial usuarios atendidos CEMAI, Subred Sur Occidente, septiembre 2016-marzo 2017..... 67
Tabla 23. Comportamiento Nivel Educativo usuarios atendidos CEMAI. Subred Sur Occidente, septiembre 2016-marzo 2017..... 68
Tabla 24. Comportamiento Estado Civil usuarios atendidos CEMAI, Subred Sur Occidente, septiembre 2016-marzo 2017..... 68

Tabla 25. Tabla. Comportamiento Aseguramiento usuarios atendidos CEMAI, Subred Sur Occidente, septiembre 2016-marzo 2017 69
Tabla 26. Comportamiento Variable Ocupación usuarios atendidos CEMAI, Subred Sur Occidente, septiembre 2016-marzo 2017 69
Tabla 27. Comportamiento Variable Droga de Inicio usuarios atendidos CEMAI, Subred Sur Occidente, septiembre 2016-marzo 2017 70
Tabla 28. Comportamiento Variable frecuencia de consumo y consumo actual usuarios atendidos CEMAI, Subred Sur Occidente, septiembre 2016-marzo 2017 70
Tabla 29. Comportamiento Variable edad inicio de consumo y tipo de droga que más ha consumido usuarios atendidos CEMAI, Subred Sur Occidente, septiembre 2016-marzo 2017 71
Tabla 30 Distribución consumo problemático e inicial de ALCOHOL y SPA en individuos caracterizados por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017 72
Tabla 31. Distribución por tipo de familia, Personas con consumo problemático de alcohol y SPA caracterizados por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017..... 73
Tabla 32 Distribución por tipo de familia, personas con consumo inicial de alcohol y SPA caracterizados espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017 73
Tabla 33. Distribución por momento del curso de vida, personas con consumo problemático de alcohol y SPA caracterizados por espacio vivienda, subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017 74
Tabla 34. Distribución por momento del curso de vida, personas con consumo inicial de alcohol y SPA caracterizados por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017..... 74
Tabla 35. Distribución por sexo, personas con consumo problemático e inicial de alcohol y SPA caracterizados por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017..... 75
Tabla 36. Distribución por estado civil, personas con consumo problemático de alcohol y SPA caracterizadas por el espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017..... 75
Tabla 37. Distribución por estado civil, personas con consumo inicial de alcohol y SPA caracterizadas por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017 76
Tabla 38. Distribución por ocupación, personas con consumo problemático de alcohol y SPA caracterizadas por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017..... 76
Tabla 39. Distribución por ocupación, personas con consumo inicial de alcohol y SPA caracterizados por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017 77
Tabla 40. Distribución por régimen de afiliación al SGSSS, personas con consumo problemático de alcohol y SPA caracterizados por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017..... 77
Tabla 41. Distribución por régimen de afiliación al SGSSS, personas con consumo inicial de alcohol y SPA caracterizadas por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017..... 78

Tabla 42. Distribución por escolaridad, personas con consumo problemático de alcohol y SPA caracterizadas por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017 78
Tabla 43. Distribución por escolaridad, personas con consumo inicial de alcohol y SPA caracterizadas por vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017 79
Tabla 44. Propuestas que serán socializadas con los tomadores de decisiones analizadas desde la Sala Situacional de Salud Mental 2017, Subred Sur Occidente E.S.E. 99
Tabla 45. Metas específicas a las que impacta positivamente las propuestas planteadas en la Sala Situacional decisiones de Salud Mental 2017, Subred Sur Occidente E.S.E. 100

Listado de Gráficas

Gráfica 1. Mapa de actores para el consumo problemático de SPA en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2017 48
Gráfica 2. Distribución porcentual de la notificación VESPA por régimen de afiliación en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente. 2016 61
Gráfica 3. Patrón de consumo por droga de inicio en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2016 62
Gráfica 4. Patrón de consumo por droga de mayor impacto en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2016 63
Gráfica 5. Frecuencia de consumo de droga de mayor impacto en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2016 64
Gráfica 6. Proceso de obtención de la información en las unidades de análisis 84
Gráfica 7. Propuestas de respuesta frente a la prevención del consumo de SPA en la Subred Sur Occidente 94
Gráfica 8. Propuestas de respuesta frente al tratamiento o rehabilitación del consumo de SPA en la Subred Sur Occidente 95
Gráfica 9. Ordenadores de las atenciones para el consumo problemático de SPA, MSPS 96
Gráfica 10. Diagrama RIAS Trastornos asociados al consumo de spa, MSPS 102
Gráfica 11. Primer diagrama RIAS Trastornos asociados al consumo de SPA, propuesto por la Subred Sur Occidente E.S.E. 103

Listado de mapas

Mapa 1. Lugares de consumo de SPA localidad de Bosa, 2017 80
Mapa 2. Lugares de consumo de SPA localidad de Kennedy, 2017 81
Mapa 3. Lugares de consumo de SPA localidad de Fontibón, 2017 82
Mapa 4. Lugares de consumo de SPA localidad de Puente Aranda, 2017 83

INTRODUCCIÓN

La sala situacional local es una estrategia de análisis cuyo propósito es evidenciar problemáticas coyunturales o no, que atraviesan las etapas del curso de vida, vinculando a actores con poder de decisión, para que se propongan alternativas de solución que favorezcan acciones o intervenciones que afecten positivamente la salud de los habitantes de la Subred. Dicha estrategia se desarrolla como un proceso continuo de tres etapas, en las que se aborda una problemática de salud identificada como prioritaria, y cuyo resultado final es la generación de propuestas de respuesta orientadas a la toma de decisiones (1).

Durante el año 2017, se realizó la estrategia de Sala Situacional como uno de los procesos más importantes para el análisis de situación de salud, para este caso se propuso la salud mental, de tal forma que se pudiera realizar un balance de la información disponible en las localidades involucrando todos los cursos de vida. Luego se priorizó una problemática en salud de la cual se analiza las acciones de respuesta y se generan propuestas de respuesta que impacten de manera positiva la calidad de vida de la población. La Sala Situacional se compone de tres etapas a saber: Sala Comando, Sala Trabajo, Sala Decisión.

La Sala Comando se trabajó entre abril y junio, donde se recopiló la información disponible de salud mental, así como se propusieron posibles problemáticas y se priorizó una a partir del instrumento Cendes: "*Consumo problemático de SPA en adolescentes y jóvenes".* Luego, a partir de las salidas de la sala comando, se realizó la Sala Trabajo en los meses de julio, agosto y septiembre cuyo propósito fue analizar la situación de salud de la población frente al consumo problemático de SPA para generar propuestas de respuesta a las necesidades de la población.

En el mes de octubre se dio inicio a la Sala Decisiones que se orientó hacia la negociación de las propuestas de respuesta generadas previamente. El éxito global de la Estrategia de Sala Situacional se manifiesta en esta etapa del proceso, ya que es allí donde se materializa el propósito de generar conocimiento útil para la toma de decisiones, con el fin de contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de los grupos humanos de cada Subred (1). A continuación, se presenta el informe final de la Sala Situacional 2017 sobre *"Consumo problemático de SPA en adolescentes y jóvenes de la Subred Sur Occidente"*.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar y generar información sobre salud mental de la Subred Sur Occidente E.S.E. que permita fortalecer la capacidad de respuesta de los tomadores de decisiones, ante necesidades y demandas sociales de alto impacto en la calidad de vida y salud de la población, buscando el empoderamiento de colectivos humanos en torno al derecho a la salud.

Objetivos Específicos

- Identificar y priorizar temáticas o problemáticas de salud mental de alto impacto en la calidad de vida y salud de la población, a través de mesas de trabajo, que permitan orientar el análisis de situación de salud.
- Desarrollar procesos analíticos con abordajes técnicos, intersectoriales y comunitarios a partir de los determinantes sociales y su relación con la salud mental de la población, que permitan construir visiones integrales de la afectación de la calidad de vida y salud.
- Definir con los tomadores de decisión acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida y salud, a partir de los hallazgos identificados en el proceso de Sala Situacional, con el fin de intervenir de manera efectiva la población.
- Generar espacios de negociación y divulgación de las salidas de la sala situacional, en los diferentes espacios intersectoriales para incidir en la toma de decisiones y contribuir al empoderamiento de los colectivos humanos.
- Realizar el seguimiento de la negociación y posicionamiento de las propuestas abordadas de acuerdo a las temáticas priorizadas, para medir el impacto de sala situacional en la población.

JUSTIFICACIÓN

Para la sala situacional 2017 se propone como temática la Salud Mental entendida ésta como *"un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*" (2).

De acuerdo a la Encuesta de Salud Mental realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2015, el 80% de los colombianos han presentado entre uno y tres síntomas de depresión en algún momento de su vida. Bogotá posee la mayor frecuencia de síntomas de trastornos mentales en personas entre los 18 y 48 años: ansiedad, depresión y psicosis.

Debido al aumento de consumo de sustancias psicoactivas, la violencia intrafamiliar, el estrés, las afectaciones a la salud mental han aumentado de manera considerable; a esto se suma el hecho que estas afectaciones se dan a partir de los 14 años, siendo para la Encuesta de Salud Mental del 2015 el 25% de las afectaciones en niños y adolescentes, resultado de problemáticas en los planteles como el acoso, las autolesiones, el fácil acceso a spa, relaciones sexuales a temprana edad, entre otros; que pueden terminar con la muerte del menor.

Por eso, se hace necesario proponer la estrategia de la Sala Situacional ya que resulta estratégica para el Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad de la población, en la generación del trabajo en red, desde la gestión clínica, para el fortalecimiento y la integración del accionar de la Subred, así como al mejoramiento de los procesos de toma de decisiones (1).

PRIORIZACIÓN PROBLEMÁTICAS

A partir de la fase de alistamiento realizada en abril, se dio inicio a la Sala Comando con la aplicación de la metodología CENDES en diferentes espacios, de tal forma que se pudiera valorar cada problemática de la salud mental y de acuerdo a la puntuación obtenida priorizar una por subred, no sin antes tener el resultado por localidad para ver las necesidades sentidas de cada territorio.

Para este ejercicio se adaptó un instrumento que valoró las 21 problemáticas que surgieron del alistamiento de acuerdo a los siguientes criterios:

- Magnitud ¿a cuántas personas afecta el problema?
- Gravedad ¿cuán grave para la salud de la persona es el problema?
- Vulnerabilidad ¿es posible hacer algo para que la situación mejore?
- Tendencia en el tiempo ¿cómo ha sido el comportamiento del problema?
- Importancia para la comunidad ¿está interesada la comunidad y la sociedad en general en resolver el problema?

Esta priorización se llevó a cabo en sesiones de trabajo con las Unidades Primarias generadoras de Datos (UPGD), el Equipo de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, los equipos de espacios de vida cotidiana, el equipo de Gestión, Programas y Acciones IPS, el equipo de Gobernanza y profesionales de la salud de la Subred, teniendo como resultado 213 instrumentos aplicados.

Las personas podían valorar las problemáticas de acuerdo a su conocimiento o percepción para cada localidad, es decir que cada problemática tenía cuatro valoraciones correspondientes a cada localidad por subred

Luego de aplicar los instrumentos de priorización, se procedió de acuerdo con la metodología CENDES a ponderar o asignar un *peso relativo*, a cada uno de los parámetros (Magnitud, Gravedad, Vulnerabilidad, Tendencia en el Tiempo e Importancia para la Comunidad) en una escala de 1 a 5, arrojando los siguientes resultados:

Tabla 1. Asignación peso relativo a cada parámetro de priorización problemáticas de salud mental

Parámetro	Magnitud	Gravedad	Posibilidad de Prevención	Tendencia en el Tiempo	Importancia para la Comunidad
Peso Relativo	3	5	4	1	2

Fuente: Sesión de trabajo equipo Accvsye para asignar peso relativo a cada criterio del instrumento CENDES, 15 junio 2017, Subred Sur Occidente E.S.E.

Según el algoritmo correspondiente, para cada problemática se multiplicó la suma de todos los puntajes asignados por quienes diligenciaron los instrumentos para cada criterio, por el respectivo peso relativo, obteniendo cinco valores que se sumaron, tal como se muestra en el siguiente ejemplo (Tabla 2):

Tabla 2. Ejemplo de procedimiento aritmético de priorización

Problemática	Criterio		
	Puntaje obtenido	Ponderación	Resultado
Consumo problemático de SPA en adolescentes y jóvenes	Sumatoria todos los puntajes obtenidos en este criterio Ejemplo: 5+6+7+8+9=35	Peso Relativo Ejemplo: 5	Multiplicación del peso relativo por la sumatoria de puntajes para el criterio Ejemplo 35*5=175

Fuente: Caja de Herramientas, Anexo lineamiento Sala Situacional vigencia abril – febrero 2017, SDS

Este procedimiento se debe hacer para cada criterio (magnitud, gravedad, posibilidad de prevención, tendencia en el tiempo, importancia para la comunidad) luego se suman los resultados de cada criterio dando el puntaje final para cada problemática siendo el mayor puntaje el que se prioriza.

Dada la explicación de ponderación de la priorización se procede a dar los resultados que obtuvieron las problemáticas de salud mental en cada localidad para después dar el resultado final para la Subred.

Tabla 3. Resultados de Priorización Problemáticas sobre salud mental para la localidad de Bosa, Subred Sur Occidente 2017

Problemática	No valoraciones	Puntaje
Consumo problemático de Sustancias Psicoactivas en adolescentes y jóvenes	139	23,6
Violencia sexual contra niños y niñas	136	23,1
Violencia contra la mujer (física, sexual)	137	22,8
Violencia sexual contra Adolescentes	127	22,5
Barreras de acceso a medicamentos, servicios de salud y tratamientos para tratar trastornos mentales	124	22,3
Violencia común en jóvenes y adultos (riñas, homicidios, agresiones)	135	21,9
Pautas de crianza que generan violencias en niños y niñas	132	21,8
Conductas autolesivas en adolescentes	129	21,8
Conducta suicida en infancia y adolescencia	133	21,6
Conductas normalizadas (machismo, consumo de spa, entre otras) que conllevan a afectaciones mentales	134	21,4
Problemas mentales asociados a las dinámicas laborales (desempleo, informalidad, cargas laborales, acoso laboral entre otros)	125	21,4
Falta de detección temprana en discapacidad cognitiva relacionado con problemas del aprendizaje y trastornos del desarrollo	130	21
Conductas delictivas por habitabilidad en calle	113	21
Estrés que conllevan a afectaciones mentales en la población adulta	132	20,9
Deficiente gestión clínica y falta de respuesta al tratamiento de trastornos mentales	129	20,8
Ausencia de proyectos de vida en adolescentes que llevan a la frustración y depresión	126	20,7
Depresión en los momentos de curso de vida juventud, adultez y vejez	123	20,7
Acoso escolar en niños y adolescentes	123	20,6
Dificultad para la superación del duelo y trastornos mentales asociados a la condición de víctimas del conflicto armado	122	19,5
Trastornos alimentarios relacionados con afectaciones mentales y baja autoestima	123	19,3
Deterioro de la salud mental en el entorno carcelario	0	0

Fuente: Subred Sur Occidente, Equipo Accvsye, Sistematización instrumento CENDES de priorización problemáticas Sala Situacional Salud Mental 2017

Como se observa en la localidad de Bosa la problemática con mayor puntuación fue *"Consumo problemático de Sustancias Psicoactivas en adolescentes y jóvenes"* con 139 valoraciones seguida de "*violencia sexual contra niños y niñas*" con 136 valoraciones y "*Violencia contra la mujer"* con 137.

Tabla 4. Resultados de Priorización Problemáticas sobre salud mental para la localidad de Kennedy, Subred Sur Occidente 2017

Problemática	No valoraciones	Puntaje
Barreras de acceso a medicamentos, servicios de salud y tratamientos para tratar trastornos mentales	96	23,0
Consumo problemático de Sustancias Psicoactivas en adolescentes y jóvenes	108	22,9
Violencia contra la mujer (física, sexual)	109	22,9
Violencia sexual contra niños y niñas	103	22,7
Violencia común en jóvenes y adultos (riñas, homicidios, agresiones)	106	22,5
Violencia sexual contra Adolescentes	97	22,2
Conductas autolesivas en adolescentes	101	22,2
Ausencia de proyectos de vida en adolescentes que llevan a la frustración y depresión	96	21,8
Depresión en los momentos de curso de vida juventud, adultez y vejez	87	21,6
Pautas de crianza que generan violencias en niños y niñas	106	21,5
Conductas delictivas por habitabilidad en calle	89	21,2
Conducta suicida en infancia y adolescencia	108	21,0
Acoso escolar en niños y adolescentes	95	21,0
Problemas mentales asociados a las dinámicas laborales (desempleo, informalidad, cargas laborales, acoso laboral entre otros)	98	20,9
Conductas normalizadas (machismo, consumo de spa, entre otras) que conllevan a afectaciones mentales	102	20,8
Deficiente gestión clínica y falta de respuesta al tratamiento de trastornos mentales	103	20,6
Estrés que conllevan a afectaciones mentales en la población adulta	105	20,4
Dificultad para la superación del duelo y trastornos mentales asociados a la condición de víctimas del conflicto armado	90	20,2
Falta de detección temprana en discapacidad cognitiva relacionado con problemas del aprendizaje y trastornos del desarrollo	100	20,1
Trastornos alimentarios relacionados con afectaciones mentales y baja autoestima	92	19,4
Deterioro de la salud mental en el entorno carcelario	0	0,0

Fuente: Subred Sur Occidente, Equipo Accvsye, Sistematización instrumento CENDES de priorización problemáticas Sala Situacional Salud Mental 2017

Para Kennedy la problemática que mayor puntuación obtuvo fue *"Barreras de acceso a medicamentos, servicios de salud y tratamientos para tratar trastornos mentales"* con 96 valoraciones, seguida de "Consumo problemático de Sustancias Psicoactivas en adolescentes y jóvenes con108 valoraciones y "violencia contra la mujer con 109.

Tabla 5. Resultados de Priorización Problemáticas sobre salud mental para la localidad de Fontibón, Subred Sur Occidente 2017

Problemática	No valoraciones	Puntaje
Violencia contra la mujer (física, sexual)	101	22,7
Violencia sexual contra niños y niñas	100	22,5
Barreras de acceso a medicamentos, servicios de salud y tratamientos para tratar trastornos mentales	87	22,1
Consumo problemático de Sustancias Psicoactivas en adolescentes y jóvenes	106	22,1
Violencia sexual contra Adolescentes	88	22,0
Violencia común en jóvenes y adultos (riñas, homicidios, agresiones)	91	21,9
Deficiente gestión clínica y falta de respuesta al tratamiento de trastornos mentales	90	21,4
Conductas autolesivas en adolescentes	94	21,4
Depresión en los momentos de curso de vida juventud, adultez y vejez	84	21,3
Ausencia de proyectos de vida en adolescentes que llevan a la frustración y depresión	94	21,2
Pautas de crianza que generan violencias en niños y niñas	99	20,9
Conductas delictivas por habitabilidad en calle	83	20,8
Acoso escolar en niños y adolescentes	94	20,8
Conductas normalizadas (machismo, consumo de spa, entre otras) que conllevan a afectaciones mentales	96	20,8
Estrés que conllevan a afectaciones mentales en la población adulta	98	20,3
Problemas mentales asociados a las dinámicas laborales (desempleo, informalidad, cargas laborales, acoso laboral entre otros)	89	20,1
Conducta suicida en infancia y adolescencia	103	20,1
Falta de detección temprana en discapacidad cognitiva relacionado con problemas del aprendizaje y trastornos del desarrollo	94	19,7
Trastornos alimentarios relacionados con afectaciones mentales y baja autoestima	92	19,4
Dificultad para la superación del duelo y trastornos mentales asociados a la condición de víctimas del conflicto armado	83	18,8
Deterioro de la salud mental en el entorno carcelario	0	0,0

Fuente: Subred Sur Occidente, Equipo Accvsye, Sistematización instrumento CENDES de priorización problemáticas Sala Situacional Salud Mental 2017

En el caso de Fontibón la problemática priorizada fue "*violencia contra la mujer*" con 101 valoraciones seguida de "*violencia sexual contra niños y niñas*" con 100 valoraciones y *"Barreras de acceso a medicamentos, servicios de salud y tratamientos para tratar trastornos mentales"* con 87 valoraciones.

Tabla 6. Resultados de Priorización Problemáticas sobre salud mental para la localidad de Puente Aranda, Subred Sur Occidente 2017

Problemática	No valoraciones	Puntaje
Barreras de acceso a medicamentos, servicios de salud y tratamientos para tratar trastornos mentales	59	22,8
Consumo problemático de Sustancias Psicoactivas en adolescentes y jóvenes	78	22,0
Conductas delictivas por habitabilidad en calle	65	21,8
Violencia contra la mujer (física, sexual)	76	21,6
Violencia común en jóvenes y adultos (riñas, homicidios, agresiones)	69	21,6
Violencia sexual contra niños y niñas	76	21,5
Violencia sexual contra Adolescentes	64	21,1
Depresión en los momentos de curso de vida juventud, adultez y vejez	57	20,5
Pautas de crianza que generan violencias en niños y niñas	73	20,5
Deficiente gestión clínica y falta de respuesta al tratamiento de trastornos mentales	63	20,5
Conductas autolesivas en adolescentes	64	20,2
Ausencia de proyectos de vida en adolescentes que llevan a la frustración y depresión	62	20,1
Deterioro de la salud mental en el entorno carcelario	51	20,0
Problemas mentales asociados a las dinámicas laborales (desempleo, informalidad, cargas laborales, acoso laboral entre otros)	63	19,7
Conductas normalizadas (machismo, consumo de spa, entre otras) que conllevan a afectaciones mentales	69	19,6
Acoso escolar en niños y adolescentes	64	19,6
Estrés que conllevan a afectaciones mentales en la población adulta	73	19,3
Conducta suicida en infancia y adolescencia	76	19,0
Falta de detección temprana en discapacidad cognitiva relacionado con problemas del aprendizaje y trastornos del desarrollo	67	18,9
Trastornos alimentarios relacionados con afectaciones mentales y baja autoestima	64	18,6
Dificultad para la superación del duelo y trastornos mentales asociados a la condición de víctimas del conflicto armado	55	17,8

Fuente: Subred Sur Occidente, Equipo Accvsye, Sistematización instrumento CENDES de priorización problemáticas Sala Situacional Salud Mental 2017

Puente Aranda fue la localidad que menos valoraciones tuvo por desconocimientos de las personas a las que se aplicó el instrumento, sin embargo, en el primer lugar quedo la problemática "*Barreras de acceso a medicamentos,*

servicios de salud y tratamientos para tratar trastornos mentales", con 59 valoraciones seguida de "*Consumo problemático de Sustancias Psicoactivas en adolescentes y jóvenes"* con 78 valoraciones y "*Conductas delictivas por habitabilidad en calle*" con 65 valoraciones. En este instrumento había una problemática que solo aplicaba a la localidad de Puente Aranda por ser la única de la Subred que cuenta con una cárcel, por lo que las demás no tienen puntuaciones, *"Deterioro de la salud mental en el entorno carcelario ".*

Por último, recogiendo las calificaciones anteriores, se ponderó el resultado para la Subred, ya que el ejercicio de la Sala Situacional debe hacerse por Subred, no por localidad y el resultado fue el siguiente:

Tabla 7. Resultados de Priorización Problemáticas sobre salud mental para la Subred Sur Occidente 2017

Problemática	No valoraciones	Puntaje
Consumo problemático de Sustancias Psicoactivas en adolescentes y jóvenes	431	23,8
Violencia sexual contra niños y niñas	415	23,6
Violencia contra la mujer (física, sexual)	423	23,5
Barreras de acceso a medicamentos, servicios de salud y tratamientos para tratar trastornos mentales	366	23,5
Violencia sexual contra Adolescentes	376	23,1
Violencia común en jóvenes y adultos (riñas, homicidios, agresiones)	401	23,0
Conductas autolesivas en adolescentes	388	22,5
Pautas de crianza que generan violencias en niños y niñas	410	22,2
Conductas delictivas por habitabilidad en calle	350	22,2
Depresión en los momentos de curso de vida juventud, adultez y vejez	351	22,0
Ausencia de proyectos de vida en adolescentes que llevan a la frustración y depresión	378	21,9
Deficiente gestión clínica y falta de respuesta al tratamiento de trastornos mentales	385	21,8
Conductas normalizadas (machismo, consumo de spa, entre otras) que conllevan a afectaciones mentales	401	21,7
Problemas mentales asociados a las dinámicas laborales (desempleo, informalidad, cargas laborales, acoso laboral entre otros)	375	21,6
Conducta suicida en infancia y adolescencia	420	21,5
Acoso escolar en niños y adolescentes	376	21,5
Estrés que conllevan a afectaciones mentales en la población adulta	408	21,3
Falta de detección temprana en discapacidad cognitiva relacionado con problemas del aprendizaje y trastornos del desarrollo	391	21,0
Deterioro de la salud mental en el entorno carcelario	51	20,5
Dificultad para la superación del duelo y trastornos mentales asociados a la condición de víctimas del conflicto armado	350	20,1

Trastornos alimentarios relacionados con afectaciones mentales y baja autoestima	371	20,1

Fuente: Subred Sur Occidente, Equipo Accvsye, Sistematización instrumento CENDES de priorización problemáticas Sala Situacional Salud Mental 2017

La problemática priorizada para la Subred fue *"Consumo problemático de SPA en adolescentes y jóvenes*", con 431 valoraciones, seguida de *"violencia sexual contra niños y niñas"* con 415 valoraciones y "*violencia contra la mujer*" con 423 valoraciones. Esta problemática estuvo en el primer lugar para Bosa, en el segundo para Kennedy y Puente Aranda Y en el cuarto para Fontibón.

MARCO CONCEPTUAL

Para desarrollar el marco conceptual del consumo problemático de SPA desde la estrategia de sala situacional se plantea un recorrido que parte de la misma concepción de la estrategia de sala situacional, como antesala para introducir la salud mental desde una perspectiva histórica de la comprensión que se ha hecho de esta temática a lo largo de diferentes épocas hasta llegar a nuestros días. Posteriormente, se considerarán algunos aspectos relacionados con la definición de los trastornos mentales que permitirán introducir de plano dicha temática al quehacer de la sala situacional.

De acuerdo con esto y según los lineamientos que expide la Secretaría Distrital de Salud (SDS), respecto al desarrollo del producto para la vigencia que va desde abril de 2017 hasta febrero de 2018, se entiende la sala situacional como: "*una estrategia de análisis cuyo propósito es evidenciar problemáticas coyunturales o no, de momentos vitales priorizadas vinculando a actores con poder de decisión para que se propongan alternativas de solución que favorezcan acciones o intervenciones que afecten positivamente la salud de los habitantes de cada localida*d." (1).

Por consiguiente, la sala situacional para esta vigencia, abordará la temática de la salud mental como una de las prioridades distritales, con el fin de profundizar en las problemáticas derivadas de la salud mental, con un fuerte componente propositivo, que permite orientar la toma de decisiones y la adecuación de los servicios de salud para un mayor impacto sobre las acciones en salud mental implementadas por la Subred Sur Occidente.

Para tener un panorama de las implicaciones de la salud mental, es necesario realizar los planteamientos previos alrededor de dicha temática. La salud mental en la Historia reconoce como uno de sus antecedentes el trato que dio la época de la Ilustración a la locura y como los recién constituidos Estados de Derecho entienden la enfermedad mental.

De acuerdo con Foucault, desprenderse de locura hace parte de la configuración de una época donde va a primar la razón y en la cual ya no se entiende el lugar del "loco" dentro del mar de la deriva, dejándolo a su suerte; sino que se le otorga a estos personajes el carácter de sujetos de derechos, asumiendo la posibilidad

de una recuperación a partir de la enfermedad mental.

En la historia de la locura, el filósofo francés recrea el paso incesante de la locura a lo largo del tiempo, como aquello que se escapa a la razón y que sigue sin explicarse dentro del comportamiento humano:

> "La experiencia de la locura que se extiende desde el siglo XVI hasta hoy debe su figura particular y el origen de su sentido a esta ausencia, a esta noche y a todo lo que la llena. La bella rectitud que conduce al pensamiento racional hasta el análisis de la locura como enfermedad mental debe ser reinterpretada (…); parece entonces que, bajo cada una de sus formas oculta de manera más completa, y también más peligrosa (…). En el punto último del freno, era necesaria la explosión, a la que asistimos desde Nietzsche." (3).

Más allá de la admiración de Foucault hacia Nietzsche, el reconocimiento que se le otorga en estas líneas, reivindica el papel del filósofo alemán como quién rescata desde su mirada de la clásica Grecia, el papel de la locura como aquello que se escapa a los dominios de la razón y donde prevalece lo que los hombres tienen de Humanos.

No obstante, el clasicismo al que alude el autor francés es la Ilustración misma, en la cual la enfermedad mental busca un nuevo balance fuera del punto intermedio entre la locura y el dominio de la experiencia ética. Entonces, "el loco" se asemejaba al personaje fuera de todo actuar civilizado, cuyo comportamiento no encaja en una sociedad estructurada a partir de los modales y el buen nombre:

> "La psicopatología tendrá una tarea fácil al descubrir esta culpabilidad mezclada a la enfermedad mental, puesto que habrá sido colocada allí precisamente por este oscuro trabajo preparatorio que se ha desarrollado a todo lo largo del clasicismo. ¡Tan cierto es que nuestro conocimiento científico y médico de la locura reposa implícitamente sobre la constitución anterior de una experiencia ética de la sinrazón!" (3).

Una vez la locura toma el sentido de enfermedad mental, vincula al accionar científico a un abandono de la época clásica. Pero, la comprensión de la locura como enfermedad mental impone una perspectiva de desacralización con apariencia de neutralidad, la cual condena a "los locos" a su internado en

reclusorios y manicomios. La locura como sinrazón sirve de base al conocimiento científico de la enfermedad mental; sin embargo:

> "el esfuerzo que hace el mundo moderno para no hablar de la locura más que en los términos serenos y objetivos de la enfermedad mental, y para dejar en las sombras los valores patéticos en los significados mixtos de la patología y de la filantropía (…). En este conocimiento, la enfermedad mental se encuentra al fin presente, la sinrazón ha desaparecido de sí misma, salvo a los ojos de quienes se preguntan lo que puede significar en el mundo moderno esta presencia tozuda y repetida de una locura necesariamente acompañada de su ciencia, de su medicina, de sus médicos, de una locura totalmente incluida en el patetismo de una enfermedad mental" (3).

Siendo así, en la modernidad al considerarse a la locura como enfermedad mental, la incrusta en un ambiente cercano a su erradicación, creando toda una ciencia para su tratamiento, la cual busca la rehabilitación de los sujetos aquejados por ella. Es entonces, cuando la locura se une al grupo de otras enfermedades como la lepra, los cuales se asocian a una cura a partir de una magia renovadora de purificación y exclusión.

De esta manera, entender la posibilidad de la locura como algo conocido, tratable y subsumido al acto mismo de la conciencia, revela lo que se halla en el núcleo de la conciencia positivista de la enfermedad mental. (Foucault, 1986). Entendiendo positivo aquí con la connotación moderna de lo que se puede medir y cuantificar

Aunque la modernidad haya querido restituir la locura al carácter de enfermedad mental para su tratamiento y cura, la reincidencia a aquellos actos desgarradores de la tragedia griega, permitieron su connotación como lo que se debe castigar y condenar a los confines de los manicomios, al igual que en las prisiones (4), bajo la observación de quiénes pueden corregirla y encaminarla a los propósitos de la civilización.

Aun así, con el transcurso del tiempo fue necesario replantear las conclusiones a las cuales llegaron épocas anteriores. De esta manera, con la introducción de los psicofármacos, a finales de la década de los cincuenta, se constituye uno de los grandes avances en la medicina del siglo XX, lo cual en palabras de Foucault, se hubiese tratado de una discontinuidad en el modo de comprender la ciencia

médica, pasando “del modelo de atención del manicomio y la caridad a un modelo médico, con estancias de internación breves y con una finalidad de rehabilitación del individuo, trayendo consigo que otro tipo de intervenciones cayeran en desuso” (5).

Bajo este nuevo modelo, se entiende a la salud como un derecho al cual no todos acceden de la misma forma, sino que es necesario pensar en los sujetos con especial protección. Toda esta nueva ola amparada en los derechos humanos se ve replicada cada vez más por promulgaciones oficiales de los Estados organizados: "La Organización de las Naciones Unidas promulgó la Declaración de los derechos del retrasado mental en 1971, la Declaración de los derechos de los impedidos en 1975, y los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental en 1991." (5).

A su vez, la Asociación Mundial de Psiquiatría es autora de la Declaración sobre derechos y protección legal de los enfermos mentales de 1989. Ese mismo año la Federación Mundial para la Salud Mental adopta la Declaración de Luxor (Egipto) sobre los derechos humanos para los enfermos mentales. La Declaración de Hawái de 1977 establece las normas éticas para la práctica de la psiquiatría; esta fue actualizada en Viena en 1983. Posteriormente, se dio a conocer la Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos de la práctica de la psiquiatría de 1996, revisada en 2002 en Yokohama, Japón (6).

No obstante, aun cuando con estas declaraciones se soporte un nuevo modelo para atender la salud mental, se tiene que para el caso de Colombia “siempre ha existido y aún existe un déficit de camas para psiquiatría, en tanto que el modelo de los hospitales generales con unidades de salud mental no ha funcionado" (5).

A partir de lo anterior, es posible reconocer la transición en el modo de abordar la salud mental: para la edad media se asemeja a la locura, con un fuerte componente de sinrazón. Para el clasicismo, se acuña el término de enfermedad mental, la cual se somete al conocimiento científico buscando la preponderancia de la razón. En la edad moderna, la formulación de una ciencia como la psiquiatría relegó a la enfermedad mental al confinamiento de quiénes la padecían, subsumida a la buena voluntad de la época.

Lo que se observa a finales del siglo XX parte de una suerte de envés histórico en el cual no se estudia a la locura desde una perspectiva de enfermedad; sino, por el

contrario, como posibilidad para devolver la salud mental a los sujetos de especial protección.

En la actualidad, el proceso de identificación de eventos asociados con la salud mental parte del reconocimiento de situaciones de violencia, problemáticas familiares, toma de decisiones sobre la vida sexual o cualquier vulneración de los derechos o atentado contra la integridad de las personas (5).

De acuerdo con los enunciados de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales "se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo" (7).

Volviendo al contexto actual colombiano, la acogida de los postulados sobre la dimensión médica de la salud mental se da a partir de la Ley 1616 de 2013, en la cual el congreso de Colombia expide la Ley de Salud Mental. En la misma:

> "La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad". (8).

En dicha Ley se proclama la garantía al ejercicio pleno del derecho a la salud mental, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes; así como, otorgando al Sistema General de Seguridad Social en Salud la obligación de brindar una atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental.

La OMS reconoce a los trastornos mentales como uno de los principales retos para la salud pública a nivel global. Aun cuando se cuente con resoluciones sobre la necesidad de una respuesta integral y coordinada al manejo de los trastornos mentales, desde la salud y los sectores sociales, sigue representando un desafío, pues desde dicha postura, la salud se entiende como fragmentada; y no como el producto de las relaciones entre los aspectos biológicos, mentales y sociales.

Siendo así, la salud pública está llamada a jugar un papel de liderazgo mejorando la atención para el manejo integral de la salud mental (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) (9).

De acuerdo con información de la OMS, los trastornos mentales cobran un alto precio, llegando al 13% del total de la carga de morbilidad mundial. La depresión unipolar es la tercera entra las principales causas de morbilidad, con el 4,3% de la carga mundial. Según las predicciones actuales, para el 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial. Al tomar tan sólo el componente de discapacidad para calcular la carga de morbilidad, se tiene que los trastornos mentales representan el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente (6).

Las proyecciones estadísticas muestran que las condiciones psiquiátricas y neurológicas en el mundo se incrementarán de 10,5 % del total de la carga de la enfermedad a 15% en el año 2020, lo cual equivale a un incremento proporcional mayor que para las enfermedades cardiovasculares. Estos cálculos muestran que en Colombia la depresión unipolar será la primera causa general de consulta en el año 2015. (9).

Pero antes, es necesario aclarar que estas promulgaciones no habrían sido posibles si debajo de ellas, en la base misma de las sociedades actuales no se hubiese ubicado con antelación el supuesto del desarrollo humano, entendido como: “el conjunto de cambios que dan lugar a maneras nuevas y mejoradas de reaccionar, es decir, a una conducta que es más adaptativa, más sana, más compleja, más organizada, o que es más estable, competente o eficiente” (10). De dónde se deriva, que al hablar de un individuo en desarrollo supone la integración de lo biológico, cognitivo, personal, social y moral.

De esta manera, la relación entre la salud mental y la discapacidad se comprende a partir de la aparición de los trastornos del desarrollo, los cuales hacen referencia a un conjunto de dificultades que presentan algunas personas, de carácter crónico y atribuibles a alteraciones del funcionamiento intelectual general y de la conducta humana. Los trastornos del desarrollo se explican a partir del nivel biológico desde la genética, la neurología, tóxico infeccioso; o también como disfunción en general. Desde el nivel psicológico se dan, por un lado, debido a la relación cognitivo – afectiva sobre aspectos mentales, habilidades cognitivas y la afectividad en general; de otro lado, por el nivel conductual visible en la respuesta escolar,

situacional, la adaptación a diversas situaciones a partir del factor mental, personal y situacional (11).

Por lo tanto, es posible identificar entre las repercusiones sociales y económicas de la discapacidad mental las siguientes situaciones indeseables: La falta de hogar y la reclusión en prisión son circunstancias frecuentes de las personas con trastornos mentales, que exacerban su marginación y precariedad. Las tasas de enfermedad mental entre las personas sin hogar pueden ser superiores al 50%, y hay estudios que revelan que más de una tercera parte de la población carcelaria padece afecciones mentales (6).

De otra parte, las personas con enfermedades mentales suelen carecer de oportunidades de educación y de generación de ingresos, lo que limita sus posibilidades de desarrollo económico y les impide acogerse a las redes sociales o gozar de un reconocimiento social en la comunidad. Por ejemplo, entre todas las discapacidades, las enfermedades mentales graves están asociadas con las tasas más altas de desempleo, a saber, hasta un 90% (6).

Es frecuente la violación de los derechos humanos de quienes padecen afecciones mentales. Además de restricciones al derecho al trabajo y a la educación, también pueden estar sometidas a condiciones de vida poco higiénicas e inhumanas, maltrato físico y abuso sexual, negligencia y prácticas de tratamiento nocivas y degradantes en los establecimientos sanitarios. Muchas veces se les niegan los derechos civiles y políticos (como el derecho al matrimonio y a fundar una familia), los derechos de ciudadanía y el derecho de votar y participar efectiva y plenamente en la conducción de la vida pública.

Las afecciones mentales con frecuencia arrastran a los individuos y las familias a la pobreza y obstaculizan el desarrollo a nivel nacional. En un reciente análisis se estimaba que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales por lo que respecta a las pérdidas económicas ascenderá a US$ 16 billones en los próximos 20 años (6).

Ahora bien, remitiéndonos a la problemática priorizada de consumo problemático de SPA, ésta se enfoca en los momentos de curso de vida adolescencia y juventud. El enfoque de curso de vida aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de vida, de experiencias

acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en el momento del curso de vida inmediatamente anterior (12).

Para efectos de la investigación el momento de curso de vida adolescencia será de los 12 años a los 17 años. La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia (13).

En el caso del momento de curso de vida juventud las edades contempladas serán de 18 años a 28 años. De acuerdo a la ley 375 de 1997 se entiende por juventud el cuerpo social dotado de una considerable influencia en el presente y en el futuro de la sociedad, que puedan asumir responsabilidades y funciones en el progreso de la comunidad.

Bajo el término Sustancias Psicoactivas (SPA) se entenderá, cualquier sustancia que modifique el funcionamiento del sistema nervioso central, estimulándolo deprimiéndolo o perturbándolo, lo cual, por supuesto incluye tanto las drogas conocidas como ilícitas, por estar penalizadas dentro de la legislación colombiana como las sustancias sobre las cuales no existe una penalización análoga como el tabaco y el alcohol. El consumo de dichas sustancias en adolescentes y jóvenes ha mostrado una fuerte asociación con trastornos depresivos y otros trastornos mentales. (9) Las sustancias psicoactivas se han clasificado de diferentes maneras; una de las clasificaciones más reconocidas basa su definición en los efectos que las SPA tienen sobre el sistema nervioso central (en adelante SNC), así las cosas, se dividen en 3 categorías (14):

- Depresores del SNC: estas son sustancias que suprimen, disminuyen o reducen el nivel de actividad del SNC; producen somnolencia y lentitud psicomotora. Entre sus efectos se destacan la disminución del dolor, disminución de los reflejos, sueño, relajación, sedación; en dosis altas

pueden inducir un coma e incluso la muerte. Su nombre no hace referencia a la generación de un estado emocional asociado a depresión. Son consideradas drogas depresoras el alcohol, el opio y sus derivados (morfina, codeína, heroína, metadona), los barbitúricos y los tranquilizantes.

- Estimulantes del SNC: estas son sustancias que incrementan el nivel de actividad o aceleran el funcionamiento del SNC agudeza psicológica y la capacidad física. Entre sus efectos se destacan la sensación de euforia, bienestar, incremento en el nivel de energía, disminución de la fatiga, el sueño y el apetito. Dentro de este grupo se encuentra la cocaína, pasta base, crack, anfetaminas, cafeína, éxtasis.

- Alteradores de la percepción: dentro de este grupo de sustancias se incluyen los alucinógenos y sustancias con efectos mixtos; las primeras, son sustancias que alteran las percepciones y sensaciones; inducen ilusiones y alucinaciones auditivas, visuales y táctiles. En tanto, las sustancias con efectos mixtos disminuyen o aceleran el nivel de funcionamiento del SNC. Situación que se define dependiendo del ambiente y del estado de ánimo. En este grupo se incluye la marihuana, hachis, L.S.D., peyote y mezcalina, hongos, inhalables

Otra clasificación tiene en cuenta la frecuencia con la que se consume la sustancia psicoactiva, ya que no todos los consumidores son iguales tampoco lo son todos los tipos de consumo, es decir, no todas las personas consumen las mismas cantidades en los mismos contextos con las mismas motivaciones y en la misma frecuencia. Teniendo en cuenta estos criterios existen 4 clasificaciones:

- Esporádico: una vez al mes.
- Habitual: una vez a la semana.
- Intensificado: más de una vez a la semana.
- Masivo: todos los días.

Una última clasificación contemplada, tiene en cuenta el significado que la persona le da a su consumo:

- Experimental: se realiza por curiosidad, la persona decide probar una o más sustancias y decide volverlo o no volverlo a hacer. Todos los consumos empiezan por esta motivación.
- Recreativo: se realiza por esparcimiento, se asocia a los tiempos de ocio, espacios compartidos con amigos en contextos de esparcimiento y con el objetivo de tener experiencias placenteras y de disfrute. Este consumidor consume en compañía de personas en las que confia y tiende a ser pasajero.
- Cotidiano: cuando se hace a diario y forma parte de la rutina de la persona, tornándose en un factor importante de la vida. Dependiendo la sustancia puede desarrollar dependencia física o psicológica.
- Compulsivo: este es motivado por una intensa necesidad física y psicológica. La vida gira en torno a la sustancia y a poder consumirla (MSPS 2013).

En el mundo entero desde hace varias décadas se han realizado esfuerzos mancomunados entre países que propenden la erradicación, disminución del consumo y comercialización de drogas ilícitas en el mundo entero; es así como en el año 1912 se lleva a cabo la primera convención internacional del Opio donde se firma el primer tratado internacional sobre el control de drogas en la Haya el 23 de enero del mismo año; 13 naciones se comprometen a realizar los mejores esfuerzos para controlar que las personas fabriquen, importen, vendan, distribuyan y exporten morfina, cocaína y sus derivados; para el año 1915 el tratado tuvo validez mundial al ser incorporado en el tratado de Versalles[1].

Desde este punto de vista el consumo de SPA, específicamente el consumo de drogas ilícitas, es ampliamente reconocido como perjudicial a nivel individual, social, político y económico; razones que motivan a la mayoría de países a adelantar acciones en contra de las drogas atacando aspectos como: el cultivo, la comercialización, el consumo, el expendio y en general desmotivar al mercado ilegal de sustancias psicoactivas ilegales.

En Colombia, la ley 30 de 1986 por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes, declara que la producción, fabricación, exportación, importación, distribución, comercio, uso y posesión de estupefacientes; se limitarán a fines médicos y científicos, por lo cual dichas plantas solo podrán ser cultivadas previa

[1] El tratado de Versalles fue un tratado de paz firmado al final de la primera guerra mundial que oficialmente puso fin al estado guerra entre los países involucrados.

licencia del Consejo Nacional de Estupefacientes. En su capítulo II promueve campañas de prevención y programas educativos tendientes a evitar los cultivos, la producción y el tráfico de sustancias.

Existe una amplia caracterización y normalización de esta práctica a nivel mundial, acuerdos a los cuales el país se ha acogido. En este sentido, las acciones han estado encaminadas desde una postura coercitiva, es decir, hacia la disminución de la oferta y la demanda, más no consideran las motivaciones que llevan a los individuos a consumir este tipo de sustancias, que es en últimas el criterio que podría dar luces hacia el consumo responsable de las SPA.

MARCO METODOLÓGICO

Durante el periodo abril – mayo 2017 – se realizó la primera etapa de la estrategia de Sala Situacional, que se compone de dos procesos: el alistamiento de la Sala y la Sala Comando, luego se desarrolló la segunda y tercera etapa denominadas Sala de Trabajo y Sala Decisión, que generaron insumos para posicionar temáticas prioritarias en salud y calidad de vida en escenarios de toma de decisiones y de participación a nivel local (1).

La fase de alistamiento realizada en el mes de mayo tuvo como propósito preparar los insumos necesarios para la sala comando, desde un balance de la información disponible, una revisión de metas de salud mental, una propuesta de actores a manera de resumen ejecutivo y las posibles problemáticas a priorizar con los equipos locales, otros sectores y comunidad.

Luego se tenía previsto para el mes de junio el desarrollo de la sala Comando que parte de la priorización de las problemáticas a través de la metodología CENDES; de tal forma, que se pueda priorizar una, para integrar los análisis, así como, focalizar el balance de la información disponible con su procesamiento, el marco normativo y conceptual y las metas involucradas con la problemática priorizada. También, se realizó el mapa de actores con su respectivo análisis.

Para la priorización se diseñó el instrumento CENDES con 21 problemáticas para cada localidad, se debía diligenciar dando una puntuación de 1 a 10 siendo 10 el mayor valor y esta valoración se debía hacer por localidad, siempre y cuando se tuviera el conocimiento o la percepción de la problemática en cada localidad.

En esta priorización para la localidad de Bosa quedó el consumo problemático de Sustancias Psicoactivas en adolescentes y jóvenes, para la localidad de Kennedy y Puente Aranda quedó Barreras de acceso a medicamentos, servicios de salud y tratamientos para tratar trastornos mentales y para Fontibón quedo violencia contra la mujer Al hacer la ponderación por Subred la problemática priorizada fue Consumo problemático de Sustancias Psicoactivas en adolescentes y jóvenes.

Para la sala Trabajo, que se realizó entre julio y septiembre de 2017, se contempló el análisis de las salidas de la sala C, el plan de análisis, la realización de unidades de análisis para la construcción de la información primaria faltante (de acuerdo con lo identificado en la Sala Comando), la integración de los análisis y, por último, el análisis de la respuesta y construcción de propuesta de respuestas adecuadas a la problemática abordada y a su contexto.

La última etapa de la Sala Situacional; la Sala de Decisiones, se orientó hacia la negociación de las propuestas de respuesta generadas previamente. El éxito global de la Estrategia de Sala Situacional se manifiesta en esta etapa del proceso, ya que es allí donde se materializa el propósito de generar conocimiento útil para la toma de decisiones, con el fin de contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de los grupos humanos de cada Subred (1).

MARCO NORMATIVO

A continuación, se presenta el marco normativo relacionado con el consumo de SPA en Colombia y en Bogotá:

Tabla 8. Marco normativo sobre consumo de SPA en Colombia y Bogotá 2017

CARACTER	NORMA	OBJETO DE LA NORMA	AÑO
INTERNACIONAL	Declaración universal de derechos humanos (1948)	Los efectos del primer impacto bélico sobre la conciencia colectiva hicieron que, desde la perspectiva internacional, la Sociedad de Naciones, reunida en la ciudad de Ginebra en su V Asamblea, de fecha 24 de septiembre de 1924, aprobara la primera declaración universal de derechos humanos ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción	24 de septiembre de 1924
NACIONAL	Constitución Política de Colombia	Consagró al país como un Estado Social de Derecho y estableció puntos específicos relacionados con el disfrute de la salud mental, tales como el derecho al libre desarrollo de la personalidad; la protección de la familia, de las personas con discapacidades, de las niñas y los niños; y la protección de las mujeres, niñas y niños contra algunas de las formas de violencia que más los afecta. Estableció mecanismos para garantizar la restitución de los derechos individuales y colectivos e incluyó la figura del llamado "Bloque de Constitucionalidad", por medio de la cual, cualquier convenio internacional relacionado con la salud mental, suscrito por el país, pasa a hacer parte automáticamente de nuestra normativa.	1991
NACIONAL	Ley 1146	Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.	10 de julio 2007
NACIONAL	Ley 1438	Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servidos de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.	19 de enero 2011

CARACTER	NORMA	OBJETO DE LA NORMA	AÑO
NACIONAL	Ley 1616	Por medio de la cual se expide la ley nacional de salud mental y se dictan otras disposiciones. Tiene como objeto Garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la 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.	21 de enero 2013
NACIONAL	Ley 30	Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones	31 de enero 1986
NACIONAL	Plan Nacional para la Promoción de la Salud Mental y Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2015	Reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido, dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública.	noviembre de 2014
NACIONAL	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	El plan surge en respuesta de la ley en respuesta a la Ley 1438 de 2011 y Busca "lograr la equidad en salud y el desarrollo humano" de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial.	2012-2010
NACIONAL	Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto	ofrecer una respuesta integrada, participativa, corresponsable, efectiva y eficaz frente al consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, a partir de un marco común de referencia ético, filosófico, conceptual, operativo y de gestión.	Abril de 2007
NACIONAL	Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	9 enero de 2007

CARACTER	NORMA	OBJETO DE LA NORMA	AÑO
NACIONAL	Ley 1335 de 2009	El objeto de la presente ley es contribuir a garantizar los derechos a la salud de los habitantes del territorio nacional, especialmente la de los menores de 18 años de edad y la población no fumadora, regulando el consumo, venta, publicidad y promoción de los cigarrillos, tabaco y sus derivados, así como la creación de programas de salud y educación tendientes a contribuir a la disminución de su consumo, abandono de la dependencia del tabaco del fumador y se establecen las sanciones correspondientes a quienes contravengan las disposiciones de esta ley.	21 de julio 2009
NACIONAL	Decreto 543 de 2011	Generar condiciones para que la Administración Distrital, las autoridades y organizaciones indígenas garanticen la protección integral de los pueblos indígenas, especialmente cuando sus derechos sean vulnerados y se encuentren en alto grado de vulnerabilidad social, física y psicológica, haciendo énfasis en la población en situación de desplazamiento, desde el enfoque diferencial y los elementos culturales, sociales e históricos propios de los pueblos.	2 de diciembre 2011
NACIONAL	Resolución 1441 de 2013	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones	6 de mayo 2013
NACIONAL	Resolución 425 de 2008	Por la cual 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 a cargo de entidades territoriales	11 de febrero 2008
NACIONAL	Resolución 1956 de 2008	Por la cual se adoptan medidas en relación con el consumo de cigarrillo o de tabaco	30 de mayo 2008
NACIONAL	Ley 1098. Código de infancia y adolescencia	Protección integral de los niños, niñas y adolescentes, el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y el cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior.	2006
NACIONAL	Acto legislativo 02 de 2009	El Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos.	2009

CARACTER	NORMA	OBJETO DE LA NORMA	AÑO
NACIONAL	Ley 1620 de 2013	Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos y la prevención y Mitigación de la Violencia Escolar: promover y fortalecer la formación ciudadana y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los estudiantes de los niveles educativos de preescolar, básica y media, dentro y fuera de la escuela, para llegar contribuir a la formación de ciudadanos activos que aporten a la construcción de una sociedad democrática, participativa, pluralista e intercultural. Crea mecanismos de prevención, protección, detección temprana y de denuncia de conductas que atentan contra la convivencia. Promueve la participación, la corresponsabilidad, la autonomía, la diversidad y la integralidad; reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos y a la comunidad educativa como la responsable de formar para el ejercicio de los mismos. Compromete a las secretarías de educación, los establecimientos educativos, a los directivos, a los docentes, a las familias y a todos los demás agentes relacionados con el sector a participar y apoyar la iniciativa.	2013
NACIONAL	Ley 1566 del 2012.	Normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas, con énfasis en las medidas preventivas y terapéuticas. Reconózcase el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas como un asunto de salud pública deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado.	2012
DISTRITAL	Política pública de actividad física recreación y deporte “Bogotá más activa” 2009-2019.	El IDRD, que promueve la recreación, el deporte, la actividad física, el buen uso de los parques y el aprovechamiento del tiempo libre, con el propósito de formar mejores ciudadanos, enseñar los valores de la sana competencia y mejorar la calidad de vida, en armonía con los ecosistemas y el medio ambiente; este organismo descentralizado es parte integral del Sistema Nacional del Deporte (SND).	2009-2019
DISTRITAL	Acuerdo 498 de 2012	Por medio del cual se establecen estrategias integrales de promoción de alimentación saludable y de actividad física, que mejoren la calidad de vida y salud de la población expuesta a/o con problemas de sobrepeso y obesidad del distrito capital	26 de septiembre 2012
DISTRITAL	Decreto 691	Por medio del cual se adopta la Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá, D.C."	30 de diciembre 2011
DISTRITAL	Decreto 048	"Por el cual se conforma el Consejo Distrital de Estupefacientes, Seccional Bogotá, D.C."	18 de febrero 2009

CARACTER	NORMA	OBJETO DE LA NORMA	AÑO
DISTRITAL	Acuerdo 376	"Mediante el cual se establecen lineamientos para la Política Pública Distrital para la prevención del consumo de tabaco alcohol y otras sustancias psicoactivas en niños, niñas y adolescentes en Bogotá, D.C."	30 de junio 2009
DISTRITAL	Política pública para la atención y prevención del consumo y la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C.	Establecer las directrices para el abordaje integral, articulado y continuo del fenómeno del consumo y la prevención a la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas reconociendo las múltiples manifestaciones del fenómeno y la diversidad poblacional y cultural que caracteriza al Distrito Capital.	octubre de 2011
DISTRITAL	Proyecto de Acuerdo 271	por medio del cual se crea el observatorio sobre sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. y se dictan otras disposiciones	2011
DISTRITAL	Acuerdo 152 de 2005	Créase el Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de la Violencia Intra familiar y Violencia y Explotación Sexual, como cuerpo consultor y asesor encargado de formular políticas que articulen los programas de las entidades responsables en Bogotá D.C	4 de abril 2005
DISTRITAL	Acuerdo 144 de 2005	El Sistema de Salud Mental está conformado por el conjunto de instituciones públicas y privadas y redes sociales de apoyo que comprende entre otras a las empresas sociales del Estado, las IPS, organizaciones sin ánimo de lucro, representantes de la comunidad organizada y universidades que realicen el control y seguimiento de las diversas expresiones de violencia, estrés y salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, suicidio, trastornos afectivos y trastornos de ansiedad etc; para la determinación de políticas públicas, planes, programas y proyectos que tengan como objetivo la prevención, la promoción de la salud, atención, habilitación, rehabilitación, educación, orientación de la salud mental en el Distrito Capital. El sistema dará cumplimiento, dentro de los marcos legales, a las políticas de salud mental y al plan de Salud Mental del Distrito Capital. El Sistema Distrital de Salud Mental contará con un Comité Distrital de Salud Mental,	18 de marzo 2005

CARACTER	NORMA	OBJETO DE LA NORMA	AÑO
NACIONAL	Ley 1098 de 2006	Código de Infancia y Adolescencia que tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. El código tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado	8 de noviembre de 2006
NACIONAL	Ley 375 de 1997	Esta ley tiene por objeto establecer el marco institucional y orientar políticas, planes y programas por parte del Estado y la sociedad civil para la juventud. Como finalidad la presente ley debe promover la formación integral del joven que contribuya a su desarrollo físico, sicólogo, social y espiritual. A su vinculación y participación activa en la vida nacional, en lo social, lo económico y lo político como joven y ciudadano. El Estado debe garantizar el respeto y promoción de los derechos propios de los jóvenes que le permitan participar plenamente en el progreso de la Nación.	4 de julio de 1997

Fuente: Revisión de normas realizada por profesionales sociales del equipo componente 2 de Gobernanza, Subred Sur Occidente E.S.E.

BALANCE DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE

Tabla 9. Balance de la información disponible para la problemática de SPA en la Sala Situacional de Salud Mental

TIPO DE FUENTE	FUENTE	UBICACIÓN	Periodicidad	Relevancia		Acceso		Oportunidad		Profundidad		Validez	
				SI	NO	Fácil	Difícil	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Base de datos	Base de notificaciones SISVIM años 2012, 2013, 2014 y 2015	Gobernanza. Subcomponente 2 ACCVSyE	Anual	X		X		X			X	X	
Boletín Distrital No 50 Pobreza Oculta en Bogotá D.C año 2013	Secretaría Distrital de Planeación	Internet http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Bogot%E1%20Ciudad%20de%20Estad%EDsticas/2013/DICE134-BoletinPobrezaOculta-2013.pdf	No definida	X		X			X		X	X	
Informe Consecuencias del maltrato infantil en la sociedad colombiana	Fundación universitaria del Área Andina	Internet https://www.google.com.co/?gws_rd=ssl#q=Informe+Consecuencias+del+maltrato+infantil+en+la+sociedad+colombiana+	No definida	X		X		X		X		X	
Tesis violencia intrafamiliar	Tesis	Internet http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21896/capitulo2.pdf	No definida	X		X		X		X		X	
Informe Lucha contra la violencia intrafamiliar	Centro internacional de formación para la enseñanza de los derechos humanos y la paz	Internet http://www.cifedhop.org/Fr/Publications/Thematique/thematique13/Caicedo.pdf	No definida	X		X		X		X		X	

TIPO DE FUENTE	FUENTE	UBICACIÓN	Periodicidad	Relevancia		Acceso		Oportunidad		Profundidad		Validez	
				SI	NO	Fácil	Difícil	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Documento	Informe Seguimiento, Monitoreo y Análisis de Indicadores año 2016	Gobernanza Subred Sur Occidente	Trimestral	X		X		X		X		X	
Diagnósticos locales	Análisis de la Situación de Salud con participación social, 2011 - 2013	Gobernanza. Subcomponente 2 ACCVSyE	Anual	x		x		x		x		X	
Base de datos	Base de notificaciones SISVECOS años 2012, 2013, 2014 y 2015	Gobernanza. Subcomponente 2 ACCVSyE	Anual	X		X		X			X	X	
Base de datos	Base de notificaciones VESPA años 2012, 2013, 2014 y 2015	Gobernanza. Subcomponente 2 ACCVSyE	Anual	X		X		X			X	X	
Base de datos	IPS de la subred que tienen servicios de atención en salud mental (psicología, Psiquiatría y atención al consumo de SPA)	GPAISP Salud Mental	Mensual	x		x		x			x	X	
Estudio	Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. 2016	Internet https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052016-estudio-consumo-sustancias-psicoactivas-bogota-2016.pdf	No definida	X		X			X	X		X	
Estudio	Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. 2016	Internet https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052016-estudio-consumo-sustancias-psicoactivas-bogota-2016.pdf	No definida	X		X			X	X		X	

TIPO DE FUENTE	FUENTE	UBICACIÓN	Periodicidad	Relevancia		Acceso		Oportunidad		Profundidad		Validez	
				SI	NO	Fácil	Difícil	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Base de datos	Línea SPA (Facebook, Skype, línea telefónica y WhatsApp)servicios de información, orientación, intervención breve, canalización y seguimiento en población consumidora y no consumidora consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales (mínimo 650 atenciones)	Espacio Público	Mensual	x		x		x			x	X	
Base de datos (aplicación de Instrumentos APGAR, CARLOS, ASSIST, AUDIT) Formatos para identificación de, dependencia riesgo de consumo tabaco alcohol y sustancias) A la fecha está pendiente por definir plantilla de sistematización	9 servicio de Orientación a los Jóvenes (SOJU) Brindar asesoría y orientación a los y las adolescentes y jóvenes entre los 10 y 26 años de edad consumo de iniciales de SPA, con énfasis en aquellos que viven en condiciones de vulnerabilidad social. Antes de esta nueva vigencia se encontraba la sistematización en CEMAI	Espacio Público	Mensual	x		x		x		x		X	
Base de datos (aplicación de Instrumentos APGAR, ASSIST, AUDIT y VESPA)	Servicio de Acogida (Consumo problemático de SPA)	Espacio Público	Mensual	X		X		X		X		X	

TIPO DE FUENTE	FUENTE	UBICACIÓN	Periodicidad	Relevancia		Acceso		Oportunidad		Profundidad		Validez	
				SI	NO	Fácil	Difícil	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Base de datos	IPS de la subred que tienen servicios de atención en salud mental (psicología, Psiquiatría y atención al consumo de SPA)	GPAISP Salud Mental	Mensual	x		x		x			x	X	
Boletín	Ciudad Universitaria UNAM diciembre de 2012	http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2012_804.html	Mensual	x		x		x		x		X	
Encuesta	Encuesta Nacional de Salud Mental 1993 -1997	MSPS: https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjrjK-Pj_TTAhVDYyYKHSI5A1IQFggyMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2Fsites%2Frid%2FLists%2FBibliotecaDigital%2FRIDE%2FDE%2Fpresentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf&usg=AFQjCNGnqP3LDHav4VK4cGZvjDvCwGDL4w&sig2=IYA0IiCBpUOOibI9uKDthg	De acuerdo a requerimiento	x		x		x		x		X	
Encuesta	Encuesta Nacional de Salud Mental 2003	https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf	De acuerdo a requerimiento	x		x		x		x		X	
Encuesta	Encuesta Nacional de Salud Mental 2015	http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf	De acuerdo a requerimiento	x		x		x		x		X	

TIPO DE FUENTE	FUENTE	UBICACIÓN	Periodicidad	Relevancia		Acceso		Oportunidad		Profundidad		Validez	
				SI	NO	Fácil	Difícil	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Diagnóstico	Diagnóstico sobre salud mental	Gobernanza. Subcomponente 2 ACCVSyE	A demanda	x		x		x		x		X	
Documento ACCVSYE	Documento Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad, marzo de 2017	Gobernanza. Subcomponente 2 ACCVSyE	Anual	x		x		x		x		X	
Base de datos	Estadísticas Vitales DANE	DANE-SDS	Mensual	x		x		x		x		X	
Base de datos	RIPS	Unidades de Servicio de la Subred	anual	x			x		x	x			x
Plataforma nacional	Ministerio de Salud y Protección Social y Alta consejería para el manejo de víctimas	Centros de atención a las víctimas	De acuerdo a requerimiento	X			X	X			X	X	
Base de datos	Base caracterización social y ambiental 2016 "Espacio Vivienda"	GESI	Anual	X		X		X		X		X	
Base de datos	Bese adscripción de familias 2016 "Espacio Vivienda"	Espacio Vivienda	Anual	X		X		X		X		X	
Base de datos	IPS de la subred que tienen servicios de atención en salud mental (psicología, Psiquiatría y atención al consumo de SPA)	PROGRAMAS-GPAISP Salud Mental	Mensual		x		x			x	x		
Bases de datos, Unidades de análisis e informes	Estrategia Amarte, acompañarte, Cuidarte	Espacio educativo	Mensual	x		x		x		x		X	
Canalizaciones	Canalizaciones consumo de spa y salud mental	Referentes políticas SPA, y Salud Mental	Mensual	x		x		x		x		X	

Fuente: Matriz Balance de la información diligenciada por espacios, programas y referentes de políticas componente 1. Subred Sur Occidente 2017

ANÁLISIS DE ACTORES

Entiéndase por actores el conjunto de instituciones y/o agentes de cambio que pueden incidir tanto positiva como negativamente en las propuestas que resulten del desarrollo de la Sala Situacional.

El Mapeo de Actores se aplica en el contexto del Análisis de Involucrados (*Stakeholderanalysis*) a través de un instrumento cualitativo para identificar intereses y ponderar niveles de influencia de los diferentes actores o partes implicadas en una política pública (desde ejecutores hasta posibles beneficiarios). Su objetivo central radica en servir de instrumento metodológico en la identificación de actores claves y como objetivos específicos tiene:

- Evidenciar la importancia e influencia de actores institucionales, académicos o agentes de cambio en el marco de las políticas Públicas
- Reconocer las principales funciones y roles de las actores sociales e institucionales en la promoción, prevención, detección temprana y tratamiento de la salud mental.
- Identificar las posibles acciones que podrían desarrollar los actores sociales e institucionales perfilando una alianza interinstitucional en relación a la promoción, prevención, detección temprana y tratamiento de la salud mental.

Mediante mesas de trabajo, las referentes de Sustancias Psicoactivas (SPA) y Salud Mental del componente 1 de Gobernanza, construyeron para esta fase un listado de los diferentes actores que tendrían una influencia positiva en la aplicación de las políticas y programas de salud mental con el siguiente resultado:

Tabla 10. Actores relacionados con problemática priorizada en salud mental, Subred Sur Occidente, 2017

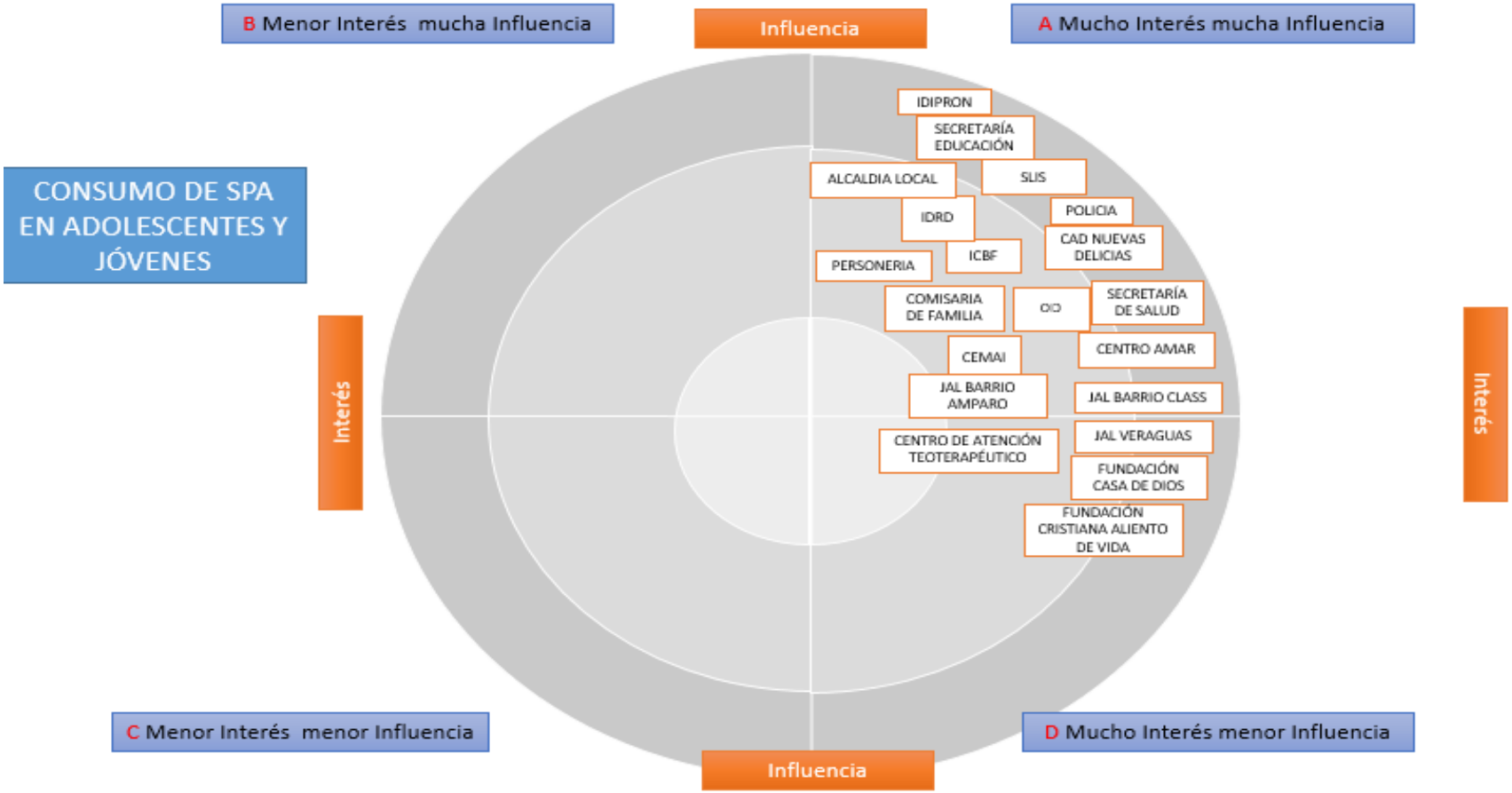
ACTOR	ROL EN LA PROPUESTA	POSICION			INTERÉS			Poder (Influencia)		
Persona grupo de personas u organización que tiene relación con la propuesta	Funciones que desempeña y objetivo que persigue con sus accionar	Oposición	Indeciso	Apoyo	Poco o ninguno	Moderado	Mucho	Alto	Moderado	Ninguno
Comisaria de Familia	Brindar apoyo a las familias en aspectos psicosocial, habilitando los derechos humanos			X			X		X	
				X			X		X	
				X			X		X	
ICBF	Encargado del desarrollo y la protección de los menores de edad y el de las familias			X			X		X	
Educación	Genera comunicación a nivel Distrital, para detectar anomalías, proponer correctivos y acciones preventivas.			X			X		X	
CIO	Brindan asesorías jurídicas y psicosocial individual.			X			X		X	
SLIS	Dirigidos a satisfacer y garantizar el bienestar, especialmente a quienes enfrentan una mayor situación de pobreza y vulnerabilidad y aquellos grupos poblacionales, que además de sus condiciones de pobreza se encuentran en alto riesgo social.			X			X	X		
				X			X	X		
				X			X	X		
				X			X	X		
Centro Amar	Ofrece atención especializada para la protección y restablecimiento de derechos de niñas, niños y adolescentes. Así como la desvinculación de quienes se encuentran en actividades de trabajo infantil, previniendo la vinculación laboral temprana.			X		X			X	
IDRD	Está encargado de promover la recreación, el deporte, el buen uso de los parques y el adecuado aprovechamiento del tiempo libre de todos los habitantes de Bogotá, con prioridad en los grupos más necesitados, para formar mejores ciudadanos, enseñar los valores de la sana competencia y mejorar la calidad de vida.			X		X			X	

ACTOR	ROL EN LA PROPUESTA	POSICION			INTERÉS			Poder (Influencia)		
Persona grupo de personas u organización que tiene relación con la propuesta	Funciones que desempeña y objetivo que persigue con sus accionar	Oposición	Indeciso	Apoyo	Poco o ninguno	Moderado	Mucho	Alto	Moderado	Ninguno
Policía	El Área de Infancia y Adolescencia desarrolla sus actividades de prevención a través del Programa "Abre tus ojos", el cual fue diseñado para que el Policía que se encuentra en el territorio nacional al momento de identificar algún factor originador de riesgo para los niños, niñas y adolescentes, lo active con el fin de evitar que este riesgo se materialice y se vean vulnerados los derechos de los infantes y adolescentes. Su objetivo es prevenir la materialización de las diversas causas de riesgo de vulneración a que se ven expuestos los niños, niñas y adolescentes, en cualquier entorno donde se desenvuelven, garantizando la protección integral en el marco de las competencias y funciones establecidas por la Ley.			X		X		X		
Personería	Vela por el interés colectivo de los habitantes del Distrito Capital ejerciendo labores de veeduría y control respecto de los quehaceres de la administración, así como interviniendo en su calidad de Ministerio Público en procura de garantizar el debido proceso y la materialización de los demás derechos fundamentales.			X	X					X
				X	X					X
CEMAI	Apoyo a población vulnerable con once profesionales, entre sicólogos, médicos, odontólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y gestores comunitarios.			X			X	X		
CAD Nuevas Delicias	Centro de atención para usuarios y usuarias consumidores de sustancias psicoactivas y de la evidencia de su aplicabilidad en los Centros de Atención en Drogodependencia del Distrito Capital. El plan de tratamiento se encuentra enmarcado en los ciclos de resocialización del individuo a la sociedad, mantenimiento, desintoxicación, prevención, estabilización y consolidación. Se brinda atención al consumidor de sustancias psicoactivas, terapia ocupacional, psiquiatría y psicología a hombres, mujeres y población LGTBI entre 18 y 25 años.			X		X			X	
Secretaria Distrital De Salud	Responsable de garantizar el derecho a la salud de todas y todos quienes habitan en Bogotá, ejerce acciones de rectoría del sistema de salud, con el fin de satisfacer sus necesidades individuales y colectivas a través de un enfoque promocional de calidad de vida con equidad, integralidad y participación.			X		X			X	

ACTOR	ROL EN LA PROPUESTA	POSICION			INTERÉS			Poder (Influencia)		
Persona grupo de personas u organización que tiene relación con la propuesta	Funciones que desempeña y objetivo que persigue con sus accionar	Oposición	Indeciso	Apoyo	Poco o ninguno	Moderado	Mucho	Alto	Moderado	Ninguno
Fundación Casa de DIOS	fundación cristiana que realiza acompañamiento de deshabituación del consumo de sustancias Psicoactivas (SPA)			X		X			X	
Fundación Cristiana Aliento de Vida	fundación cristiana que realiza acompañamiento de deshabituación del consumo de sustancias Psicoactivas (SPA)			X		X			X	
centro de atención teoterapeutico	Fundación cristiana que realiza acompañamiento de deshabituación del consumo de sustancias Psicoactivas (SPA)			X		X			X	
Junta de Acción Comunal Barrio el Class	Se articulan en procesos de identificación de Ciudadanos con problemas de consumo, a través de recorridos en canales, parques y alrededores que generen factores de permanencia.			X		X			X	
Junta de Acción Comunal Barrio el Amparo	Se articulan en procesos de identificación de Ciudadanos con problemas de consumo, a través de recorridos en canales, parques y alrededores que generen factores de permanencia.			X		X			X	
Junta de Acción Comunal Barrio Veraguas	Se articulan en procesos de identificación de Ciudadanos con problemas de consumo, a través de recorridos en canales, parques y alrededores que generen factores de permanencia.			X		X			X	
IDIPRON	El área psicosocial es una de las responsables de que los Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes (NNAJ) que ingresan al IDIPRÓN sean aquellos que tienen vulnerados sus derechos y trabaja para que los mismos sean restituidos. Desde 2013 trabaja con un enfoque que permite fortalecer procesos de autonomía en los NNAJ. Trabaja con los menores de edad de Internados y Externados del IDIPRÓN y con jóvenes (18 a 28 años) del programa Jóvenes en Paz -que incluye Misión Bogotá- en tres grandes áreas: Exclusión Social, Acción Delictiva y Consumo de Sustancias PsicoActivas (SPA)			X			X		X	

Fuente: Matriz de actores política salud mental y SPA, Gobernanza, Subred Sur Occidente E.S.E, 2017

Gráfica 1. Mapa de actores para el consumo problemático de SPA en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2017



Fuente: Subred Sur Occidente E.S.E., Equipo Accvsye, elaboración propia a partir del análisis de actores de cuerdo a influencia e interés, 2017

De acuerdo a la revisión y análisis de actores para el consumo problemático de spa en adolescentes y jóvenes los actores seleccionados todos tienen un grado de influencia e interés para generar acciones que mitiguen las consecuencias del consumo, la prevención del mismo y el deterioro de la salud mental, sin embargo, su influencia varia en el grado de competencia que tengan para realizar acciones mancomunadas, así como su interés por mejorar la situación de salud de la población de acuerdo a su lineamiento técnico operativo, que fija unos propósitos para su quehacer en la comunidad.

Si bien, cada institución realiza actividades relacionadas con la prevención del consumo de spa y el tratamiento a los consumidores, es necesario generar una articulación de esas acciones, de tal forma que las acciones de todos se vean reflejados en los indicadores y el mejoramiento de la salud mental de la población.

En cuanto a los actores sociales relacionados con la problemática abordada en la sala se puede establecer que existe un número importante de actores interesados o con potencialidades. Dentro de este grupo de actores es importante señalar dos condiciones básicas: su actividad o inactividad a nivel local para el momento del ejercicio de la sala situacional y sus acciones (actuales o potenciales) con uno o más cursos de vida.

Así, tras el ejercicio, se pueden agrupar los actores locales relacionados con consumo problemático de SPA de la siguiente manera: actores con un nivel alto de interés en la problemática y acciones relacionadas con todos los cursos de vida ya sea que estén activos o no; actores con elevado interés o rango de acción a nivel local, que están activos o no al momento del trabajo de la sala situacional, pero que no tienen acciones en todos los cursos vitales y finalmente, aquellos actores que solo tienen interés y acciones actuales o potenciales con un curso de vida específico.

En este sentido, podemos hablar de actores institucionales como lo son el equipo de programa de prevención y detección temprana, el equipo de acciones y programas, el equipo de salud mental de Vigilancia en Salud Pública, las referentes de salud mental y SPA del componente uno de gobernanza, los espacios de vida cotidiana con su equipo de psicólogos, el centro de atención a drogodependientes CAD Las Delicias, el equipo de especialistas que tratan los trastornos mentales en la Subred, Centro Floralia, directivos.

Por otro lado, se cuentan los actores interinstitucionales tales como las Alcaldías locales que a pesar de tener poco interés en la temática tienen un grado de influencia importante en la implementación de políticas y programas, la Subdirección local de integración social que brinda atención integral a familias, donde se hace acompañamiento psicosocial con la intervención de un equipo interdisciplinario que mediante sus acciones contribuyen al ejercicio pleno de los derechos y mejora la calidad de vida de la población beneficiaria.

La policía de infancia y adolescencia con el programa DARE (Educar para Resistir al Uso y Abuso de Drogas y Violencia) ha logrado incidir en el comportamiento de los menores, así mismo la Secretaria de Educación a través de los programas que establece para prevenir el consumo de SPA, el Instituto Distrital de Recreación y Deporte con la apertura y continuidad de espacios que promueven la actividad física a pesar que su incidencia no es tan fuerte en los cursos de vida analizados.

Es así como cada actor dependiendo del momento en el que influya, podrá tener mayor impacto en la disminución del riesgo y la mitigación del daño del consumo problemático de SPA, pero solo se logra desde una articulación con todos los actores, entendiendo la complejidad del proceso de la enfermedad y las necesidades que deben satisfacerse para lograr mejorar la calidad de vida de las personas en riesgo de consumir SPA.

REVISIÓN DE METAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE SPA

Para la revisión de metas relacionadas con el consumo problemático de SPA se tuvieron en cuenta el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021 y el Plan Territorial de Salud para Bogotá (PTS) 2016 – 2020. De acuerdo con lo anterior se encontraron las siguientes metas:

PDSP: Este Plan se encuentra organizado a partir de las dimensiones prioritarias, donde la convivencia social y la salud mental se ubican en dimensión 3. De acuerdo con esto, el PDSP define esta dimensión como un:

> "Espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos (12)".

En el componente 1 de esta dimensión relacionado con la convivencia social se encontraron las siguientes metas relacionadas:

- A 2021 aumentar en 10% el promedio de los niveles de resiliencia en la población general.
- A 2021 aumentar la percepción de apoyo social en un 30% en la población general.
- A 2021 aumentar en un 30% el nivel de percepción de seguridad de la población general.
- A 2021 aumentar en un 10% el nivel de satisfacción de parques o sitios públicos, con respecto a mantenimiento, infraestructura, ruido, basuras e iluminación.
- A 2021 el 100% de municipios y departamentos del país adoptan y adaptan la política de salud mental, conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- A 2021, aumentar a 50% la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados

En el componente 2 relacionado con la prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales se encontraron las siguientes metas:

- A 2021 disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas a 4,7 por 100.000 habitantes.
- A 2021 reducir a 55 por 1.000 personas los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento en población general de 15 a 65 años.
- A 2021 reducir a 3,4 por 1.000 habitantes los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general.
- A 2021 mantener por debajo de 5,5% la prevalencia año del consumo de marihuana en la población escolar.
- A 2021 aumentar a 15,5 años la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas.
- A 2021 reducir la tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) a 13,4 por 100.000 habitantes.
- A 2021 disminuir a 175,6 por 100.000 habitantes la tasa de violencia interpersonal.
- A 2021 el 100% de los municipios del país implementan y operan el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar.
- A 2021 aumentar la frecuencia de uso de servicios en salud mental en cinco puntos porcentuales según trastorno.
- A 2021 el 100% de municipios y departamentos del país desarrollan planes territoriales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

PTS: Para este Plan (13), en cuanto a los diferenciales en salud y por dimensiones prioritarias, el análisis de situación muestra información relacionada con la conducta suicida, el consumo problemático de sustancias psicoactivas y todo tipo de violencias.

ANALISIS DEL CONSUMO DE SPA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

El consumo problemático de SPA, ésta enfocado en los momentos de curso de vida adolescencia y juventud. El enfoque de curso de vida aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en el momento del curso de vida inmediatamente anterior (2).

Para efectos de la investigación el momento de curso de vida adolescencia será de los 12 años a los 17 años. La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia (3). En el caso del momento de curso de vida juventud las edades contempladas serán de 18 años a 28 años. De acuerdo a la ley 375 de 1997 se entiende por juventud el cuerpo social dotado de una considerable influencia en el presente y en el futuro de la sociedad, que puedan asumir responsabilidades y funciones en el progreso de la comunidad.

La Subred Sur Occidente cuenta con una población aproximada de 2.525.093 para el año 2016, de los cuales 241.051 son adolescentes (10%) y 469.928 son jóvenes (19%):

Tabla 11. Población adolescente y joven en la Subred, 2016

LOCALIDAD	Adolescentes		Jóvenes		TOTAL
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Bosa	37.909	36.445	68.791	72.325	215.470
Kennedy	57.797	54.927	111.015	107.240	330.979
Fontibón	17.642	17.777	35.653	36.556	107.628
Puente Aranda	9.796	8.758	20.100	18.248	56.902
Subred	**123.144**	**117.907**	**235.559**	**234.369**	**710.979**

Fuente: DANE, Proyecciones Poblacionales 2016-2020

Bajo el término Sustancias Psicoactivas (SPA) se entenderá, cualquier sustancia que modifique el funcionamiento del sistema nervioso central, estimulándolo deprimiéndolo o perturbándolo, lo cual, por supuesto incluye tanto las drogas conocidas como ilícitas, por estar penalizadas dentro de la legislación colombiana como las sustancias sobre las cuales no existe una penalización análoga como el tabaco y el alcohol. El consumo de dichas sustancias en adolescentes y jóvenes ha mostrado una fuerte asociación con trastornos depresivos y otros trastornos mentales. (9) Las sustancias psicoactivas se han clasificado de diferentes maneras; una de las clasificaciones más reconocidas basa su definición en los efectos que las SPA tienen sobre el sistema nervioso central (en adelante SNC), así las cosas, se dividen en 3 categorías (4):

- Depresores del SNC: estas son sustancias que suprimen, disminuyen o reducen el nivel de actividad del SNC; producen somnolencia y lentitud psicomotora. Entre sus efectos se destacan la disminución del dolor, disminución de los reflejos, sueño, relajación, sedación; en dosis altas pueden inducir un coma e incluso la muerte. Su nombre no hace referencia a la generación de un estado emocional asociado a depresión. Son consideradas drogas depresoras el alcohol, el opio y sus derivados (morfina, codeína, heroína, metadona), los barbitúricos y los tranquilizantes.

- Estimulantes del SNC: estas son sustancias que incrementan el nivel de actividad o aceleran el funcionamiento del SNC agudeza psicológica y la capacidad física. Entre sus efectos se destacan la sensación de euforia, bienestar, incremento en el nivel de energía, disminución de la fatiga, el sueño y el apetito. Dentro de este grupo se encuentra la cocaína, pasta base, crack, anfetaminas, cafeína, éxtasis.

- Alteradores de la percepción: dentro de este grupo de sustancias se incluyen los alucinógenos y sustancias con efectos mixtos; las primeras, son sustancias que alteran las percepciones y sensaciones; inducen ilusiones y alucinaciones auditivas, visuales y táctiles. En tanto, las sustancias con efectos mixtos disminuyen o aceleran el nivel de funcionamiento del SNC. Situación que se define dependiendo del ambiente y del estado de ánimo. En este grupo se incluye la marihuana, hachis, L.S.D., peyote y mezcalina, hongos, inhalables

Otra clasificación tiene en cuenta la frecuencia con la que se consume la sustancia psicoactiva, ya que no todos los consumidores son iguales tampoco lo son todos los tipos de consumo, es decir, no todas las personas consumen las mismas cantidades en los mismos contextos con las mismas motivaciones y en la misma frecuencia. Teniendo en cuenta estos criterios existen 4 clasificaciones:

- Esporádico: una vez al mes.
- Habitual: una vez a la semana.
- Intensificado: más de una vez a la semana.
- Masivo: todos los días.

Una última clasificación contemplada, tiene en cuenta el significado que la persona le da a su consumo:

- Experimental: se realiza por curiosidad, la persona decide probar una o más sustancias y decide volverlo o no volverlo a hacer. Todos los consumos empiezan por esta motivación.
- Recreativo: se realiza por esparcimiento, se asocia a los tiempos de ocio, espacios compartidos con amigos en contextos de esparcimiento y con el objetivo de tener experiencias placenteras y de disfrute. Este consumidor consume en compañía de personas en las que confía y tiende a ser pasajero.
- Cotidiano: cuando se hace a diario y forma parte de la rutina de la persona, tornándose en un factor importante de la vida. Dependiendo la sustancia puede desarrollar dependencia física o psicológica.
- Compulsivo: este es motivado por una intensa necesidad física y psicológica. La vida gira en torno a la sustancia y a poder consumirla (MSPS 2013).

En el mundo entero desde hace varias décadas se han realizado esfuerzos mancomunados entre países que propenden la erradicación, disminución del consumo y comercialización de drogas ilícitas en el mundo entero; es así como en el año 1912 se lleva a cabo la primera convención internacional del Opio donde se firma el primer tratado internacional sobre el control de drogas en la Haya el 23 de enero del mismo año; 13 naciones se comprometen a realizar los mejores esfuerzos para controlar que las personas fabriquen, importen, vendan, distribuyan y exporten morfina, cocaína y sus derivados; para el año 1915 el tratado tuvo validez mundial al ser incorporado en el tratado de Versalles[2].

Desde este punto de vista el consumo de SPA, específicamente el consumo de drogas ilícitas, es ampliamente reconocido como perjudicial a nivel individual, social, político y económico; razones que motivan a la mayoría de países a adelantar acciones en contra de las drogas atacando aspectos como: el cultivo, la comercialización, el consumo, el expendio y en general desmotivar al mercado ilegal de sustancias psicoactivas ilegales.

En Colombia, la ley 30 de 1986 por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes, declara que la producción, fabricación, exportación, importación, distribución, comercio, uso y posesión de estupefacientes; se limitarán a fines médicos y científicos, por lo cual dichas plantas solo podrán ser cultivadas previa licencia del Consejo Nacional de Estupefacientes. En su capítulo II promueve campañas de prevención y programas educativos tendientes a evitar los cultivos, la producción y el tráfico de sustancias.

Existe una amplia caracterización y normalización de esta práctica a nivel mundial, acuerdos a los cuales el país se ha acogido. En este sentido, las acciones han estado encaminadas desde una postura coercitiva, es decir, hacia la disminución de la oferta y la demanda, más no consideran las motivaciones que llevan a los individuos a consumir este tipo de sustancias, que es en últimas el criterio que podría dar luces hacia el consumo responsable de las SPA.

El subsistema de vigilancia epidemiológica del abuso de sustancias psicoactivas VESPA, se constituye en el componente esencial del sistema de vigilancia en salud pública del Distrito Capital que da cuenta del uso problemático de drogas

[2] El tratado de Versalles fue un tratado de paz firmado al final de la primera guerra mundial que oficialmente puso fin al estado guerra entre los países involucrados.

lícitas e ilícitas; diseñado e implantado con el propósito de unificar y consolidar la información epidemiológica sobre esta problemática en el nivel nacional y distrital. El sistema utiliza varias estrategias epidemiológicas como las encuestas de prevalencia y la vigilancia por unidades centinela. Estas últimas son centros especializados en el tratamiento de la farmacodependencia de origen público o privado, instituciones de resocialización orientadas a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con uso problemático de drogas y centros de atención en salud mental que operan dentro del subsistema VESPA como Unidades Primarias Generadoras de Datos – UPGD.

De acuerdo a la base VESPA para el 2015, la localidad de Bosa tiene la mayor notificación en el Distrito con el 20,56%, las localidades de la Subred Sur Occidente alcanzan en total el 35,3%. Para el 2016, se evidencia una disminución del 32% en la notificación al igual que en las localidades de la Subred, la localidad de Bosa ocupa el quinto lugar en el Distrito con sólo el 8,8% de la notificación, en total la subred reporta el 23,4%.

Tabla 12. Distribución de la notificación VESPA por localidad, Subred Sur Occidente, 2015-2016

LOCALIDAD	2015		2016	
	No.	%	No.	%
BOSA	3.059	58,3	913	37,7
KENNEDY	863	16,4	595	24,6
FONTIBÓN	480	9,1	158	6,5
PUENTE ARANDA	846	16,1	756	31,2
TOTAL	**5.248**	**100,0**	**2.422**	**100,0**

Fuente: SDS. Bases VESPA, 2015-2016

A nivel de la Subred, para el 2015 se tienen 5,248 notificaciones en la base de VESPA, la localidad de Bosa tiene la mayor proporción con el 58,3% y en segundo lugar se encuentra Kennedy con el 16,4%. Para el 2016, la notificación disminuye un 53,8% en la Subred, especialmente en la localidad de Bosa que pasa a aportar un 37,7%, por el contrario, Puente Aranda a pesar de disminuir el número de eventos, se incrementa su proporción en la Subred con el 31,2%, ocupando el segundo lugar.

Frente al sexo, tanto para el año 2015 como el 2016, la mayor prevalencia de notificación se reporta en los hombres con un 67,2% y 78,8%, respectivamente. Para el 2015, se reporta un 2% de población intersexual, sin embargo, al ser una prevalencia tan alta, se pude tratar de un error en la captura de la información. Este comportamiento es consistente con el observado en el estudio de consumo de sustancias psicoactivas de Bogotá, donde la prevalencia de consumo de sustancias ilícitas es tres veces mayor en hombres que en mujeres (5).

Tabla 13. Distribución de la notificación VESPA por sexo, Subred Sur Occidente, 2015-2016

SEXO	2015		2016	
	No.	%	No.	%
HOMBRE	3527	67,2	1908	78,8
MUJER	1618	30,8	514	21,2
INTERSEXUAL	103	2,0	0	0,0
TOTAL	5248	100,0	2422	100,0

Fuente: SDS. Bases VESPA, 2015-2016

En cuanto a la edad, para el año 2015 el curso de vida que tiene la mayor proporción de notificación en las localidades de la Subred es la adolescencia con el 37%, seguido de cerca por la juventud con el 36,5%. Mientras que para el año 2016, la mayor prevalencia se encuentra en juventud con el 39,7% y en segundo lugar la adultez con el 31,8%.

Tabla 14. Distribución de la notificación VESPA por momento de curso de vida, Subred Sur Occidente, 2015-2016

MOMENTO CURSO DE VIDA	2015		2016	
	No.	%	No.	%
INFANCIA	7	0,1	4	0,2
ADOLESCENCIA	1944	37,0	652	26,9
JUVENTUD	1917	36,5	961	39,7
ADULTEZ	1324	25,2	769	31,8
VEJEZ	56	1,1	36	1,5
TOTAL	**5248**	**100,0**	**2422**	**100,0**

Fuente: SDS. Bases VESPA, 2015-2016

Teniendo en cuenta que la priorización de la sala situacional se enfoca en los momentos del curso de vida adolescencia y juventud, a continuación, se describirá las variables sociodemográficas y patrón de consumo en estos grupos.

Para el año 2016, al VESPA en todas las localidades hay una mayor proporción de jóvenes que de adolescentes. La población adolescente tiene una mayor concentración en la localidad de Bosa con el 49,8%, seguido por Kennedy con el 25%, igual distribución se encuentra en la juventud con una proporción de 35,1% en Bosa y 31,7% en Kennedy.

Tabla 15. Distribución de la notificación VESPA por localidad en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2016

LOCALIDAD	ADOLESCENCIA		JUVENTUD	
	No.	%	No.	%
BOSA	325	49,8	337	35,1
PUENTE ARANDA	123	18,9	305	31,7
KENNEDY	163	25,0	239	24,9
FONTIBÓN	41	6,3	80	8,3
TOTAL	**652**	**100,0**	**961**	**100,0**

Fuente: SDS. Base VESPA, 2016

Frente a la pertenencia étnica de los adolescentes y jóvenes con consumo abusivo de sustancias psicoactivas se encuentra que para el 2016, los mulatos tienen la mayor proporción dentro de los adolescentes con el 6,6% y para la juventud son los ROM con el 10,4%.

Tabla 16. Distribución de la notificación VESPA por grupo étnico en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2016

	MOMENTO CURSO DE VIDA/GRUPO ÉTNICO	No.	%
ADOLESCENCIA	Otros	599	91,9
	Indígena	3	0,5
	Mulato	43	6,6
	ROM	1	0,2
	Afrocolombianos	4	0,6
	Raizal	2	0,3
	Total	**652**	**100,0**
JUVENTUD	Otros	798	83,0

ROM	100	10,4
Raizal	15	1,6
Mulato	23	2,4
Afrocolombianos	18	1,9
Indígena	7	0,7
Palenquero	0	0,0
Total	**961**	**100,0**

Fuente: SDS. Base VESPA, 2016

Referente a grupos poblacionales, para el 2016 en los adolescentes el grupo con mayor concentración es el de menores con medidas de protección con el 9,6% y los menores con responsabilidad penal con el 8,4%. En los jóvenes la mayor concentración se da en la población habitante de calle con el 28,9% seguido en mucha menor proporción por la población en condición de desplazamiento con el 2,6%, ambos grupos con un comportamiento similar frente al año 2015.

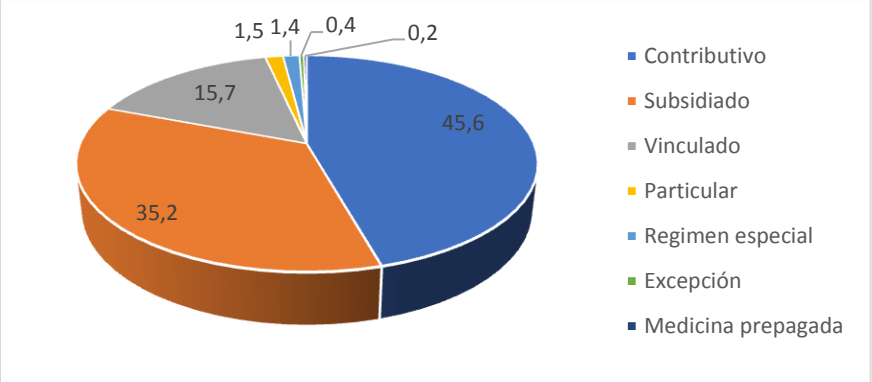
Tabla 17. Distribución de la notificación VESPA por grupo poblacional en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2016

	MOMENTO CURSO DE VIDA/GRUPO POBLACIONAL	No.	%
ADOLESCENCIA	En condición de desplazamiento	15	2,4
	Habitante de la calle	9	1,4
	Menor con medida de protección	60	9,6
	Otros grupos poblacionales	486	78,1
	Persona en condición de discapacidad	0	0,0
	Responsabilidad penal	52	8,4
	Situación de desplazamiento	0	0,0
	Total	**622**	**100,0**
JUVENTUD	En condición de desplazamiento	25	2,6
	Habitante de la calle	278	28,9
	Otros grupos poblacionales	636	66,2
	Persona en condición de discapacidad	3	0,3
	Reinsertado	0	0,0
	Responsabilidad penal	19	2,0
	Situación de desplazamiento	0	0,0
	Total	**961**	**100,0**

Fuente: SDS. Base VESPA, 2016

La mayor prevalencia de los casos notificados frente al aseguramiento se da en el régimen contributivo con el 45,6%, seguido por el subsidiado con el 35,2% y vinculado 15,7%.

Gráfica 2. Distribución porcentual de la notificación VESPA por régimen de afiliación en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente. 2016



Fuente: SDS. Base VESPA, 2016

Patrón de consumo

Considerando que los datos presentados se captan a través de centros especializados en el tratamiento de la farmacodependencia, se tiene que el 67,6% corresponde a atención ambulatoria, 23,2% de carácter residencial y 9,2% es mixto.

Referente al motivo de ingreso al tratamiento el 72,7% asistió de forma voluntaria, el 10,4% por indicación legal, que se da principalmente en adolescentes y en tercer lugar se encuentra los que fueron llevados por familiares con el 7,7%.

Tabla 18. Distribución de la notificación VESPA por motivo de ingreso al tratamiento en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2016

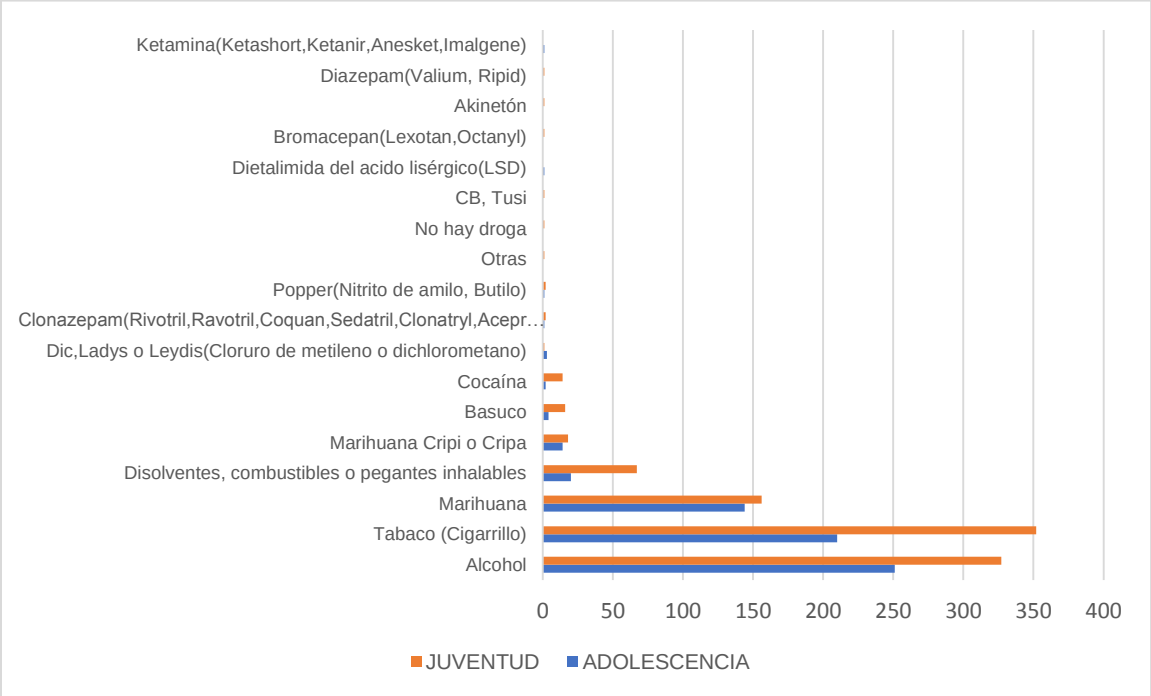
¿CÓMO ACUDIÓ AL TRATAMIENTO?	ADOLESCENCIA		JUVENTUD		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Voluntariamente	384	58,9	789	82,1	1173	72,7
Lo llevaron familiares	84	12,9	41	4,3	125	7,7
Lo llevaron amigos o voluntarios	7	1,1	101	10,5	108	6,7

Indicación Legal	150	23,0	18	1,9	168	10,4
Indicación Medica	2	0,3	3	0,3	5	0,3
Indicación Académica	17	2,6	2	0,2	19	1,2
Sin dato	8	1,2	7	0,7	15	0,9
Total	**652**	**100,0**	**961**	**100,0**	**1613**	**100,0**

Fuente: SDS. Base VESPA, 2016

Para los adolescentes la droga de inicio es el alcohol, mientras que para los jóvenes es el tabaco, para ambos grupos en tercer lugar se encuentra la marihuana, es decir que las drogas lícitas representan un factor importante en el patrón de consumo.

Gráfica 3. Patrón de consumo pordroga de inicio en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2016

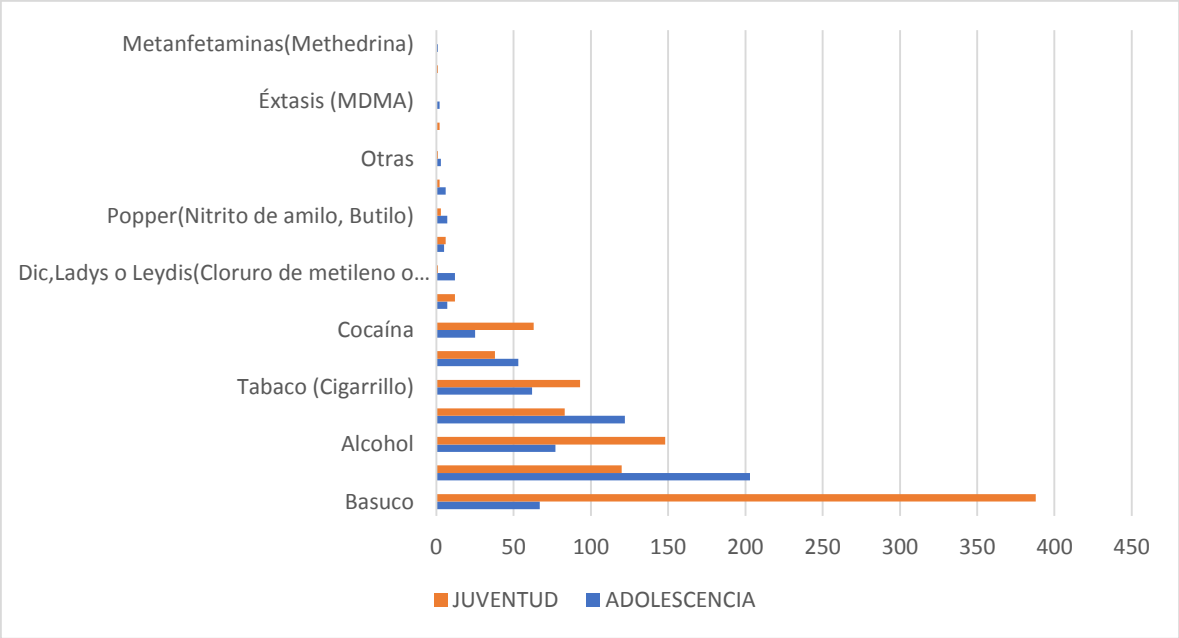


Fuente: SDS. Base VESPA, 2016

Por otro lado, la droga de mayor impacto, la cual se refiere a la droga que reporta el usuario al momento de la entrevista, como la que más daño o perjuicio ha causado, es el bazuco (28,2%), la marihuana (20%) y el alcohol (13,9%). Aunque por grupo de edad se distribuye de forma diferente, en los adolescentes, la droga

de mayor impacto es la marihuana (49,8%) seguida por el alcohol (11,8%) y el bazuco (10,3%), mientras que para los jóvenes la droga de mayor impacto es el bazuco (40,4%) seguido por el alcohol (15,4%) y la marihuana (12,5%). En un menor porcentaje se encuentran drogas sintéticas y medicamentes de prescripción.

Gráfica 4. Patrón de consumo por droga de mayor impacto en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2016



Fuente: SDS. Base VESPA, 2016

Al analizar la edad de inicio de consumo en adolescentes y jóvenes se encuentra, que es en la adolescencia la etapa donde principalmente inicia el consumo (72,7 %) y en segundo lugar la infancia con un 24,3% este comienzo temprano se asocia a prevalencias más elevadas de consumo diario de tabaco y de marihuana, a patrones de alcohol abusivo en promedio diario y a policonsumo regular o consumo concurrente, también se asocia con consecuencias negativas provocadas por el consumo de alcohol o drogas en el ámbito académico, económico, familiar y social (Teresa Hernández López et al., 2009).

Tabla 19. Momento del curso de vida inicio de consumo en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2016

MOMENTO CURSO VIDA DE INICIO DE CONSUMO	ADOLESCENCIA		JUVENTUD		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
PRIMERA INFANCIA	3	0,5	5	0,5	8	0,5
INFANCIA	170	26,1	222	23,1	392	24,3
ADOLESCENCIA	479	73,5	694	72,2	1173	72,7
JUVENTUD	0	0,0	39	4,1	39	2,4
SIN DATO	0	0,0	1	0,1	1	0,1
TOTAL	**652**	**100,0**	**961**	**100,0**	**1613**	**100,0**

Fuente: SDS. Base VESPA, 2016

La edad promedio de inicio de consumo se encuentra en 13 años tanto para adolescentes como para jóvenes, sin embargo, al comparar por separado cada sustancia, este promedio es diferente, por ejemplo, los inhalantes o disolventes y el tabaco tienen el promedio de edad más temprano con 12 años, mientras que el bazuco es de 14 años.

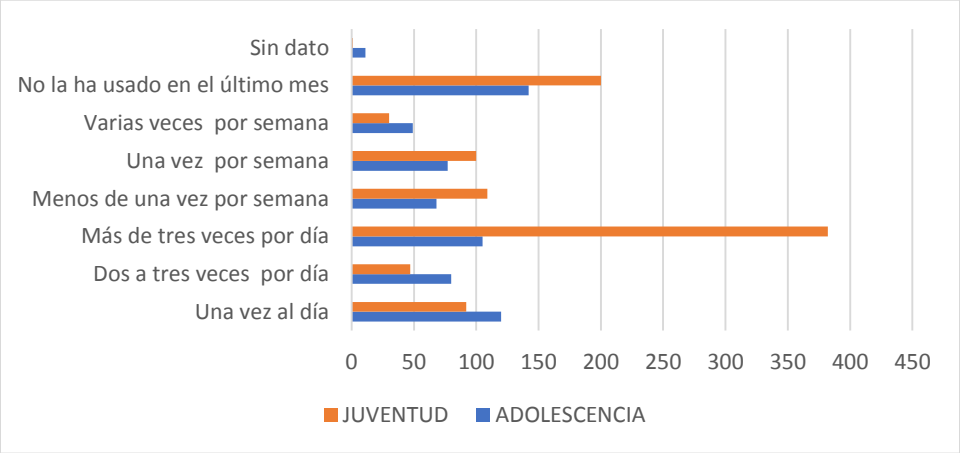
Tabla 20. Promedio de edad de inicio de uso de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2016

DROGA DE INICIO	PROMEDIO (AÑOS)
Tabaco	12
Alcohol	13
Marihuana	13
Inhalantes o disolventes	12
Bazuco	14
Cocaína	13
Total droga de Inicio	**13**

Fuente: SDS. Base VESPA, 2016

Se observa que las personas notificadas en un 94,8% reportan consumo actual de la droga de mayor impacto y un 93,2% continúan utilizando la droga de inicio. La frecuencia de consumo más usual en la droga de mayor impacto es más de tres veces al día en los jóvenes (39,8%), mientras que en los adolescentes es más frecuente los que no han consumido en el último mes (21,8%).

Gráfica 5. Frecuencia de consumo de droga de mayor impacto en adolescentes y jóvenes, Subred Sur Occidente, 2016



Fuente: SDS. Base VESPA, 2016

Enel marcodedesarrollodelasalaTentorno alaproblemáticapriorizada,sediopasoalasiguientefase,queinvolucrabalaplaneación yconfiguración delametodologíaconlaquese recolectaríalainformaciónprimaria faltante,teniendoen cuentaqueésta nutriesedeforma sustancial el análisisencuestión.

Paraello,serealizóunarevisiónyverificación delasposiblesfuentesdeinformación (evaluadasenlasalaC),quepodríanpermitir la construcción deconocimiento yla explicacióndealgunasdelasrealidadesquelaSubredenfrentaen relaciónal consumo problemático de SPA en adolescentes y jóvenes.

Sebuscódiseñarunidadesdeanálisisque permitieran deunau otra forma reconocer,comprendery aportarala construcciónde conocimiento,efectuaranálisisconlaparticipacióndeactores socialesclaves que permitiesenabordarla temáticadesde visionesy perspectivasde comprensióndistintasymaterializarla formulacióncolectiva depropuestasderespuesta.

Lasfuentesde informaciónutilizadas fueron base de notificaciones VESPA de la Subred, estudio de consumo de SPA realizados en Bogotá, línea SPA, servicio de orientación a los jóvenes (SOJU), bases de datos CAMAD, encuesta nacional de salud mental, bases de notificaciones de los espacios de vida cotidiana, diagnósticos sobre salud mental, Informe de los Centros de Atención a Drogodependientes -CAD-, entre otras.

Apartirdelosobjetivosgeneralesydelanecesidadderecolecciónde información que permitieracontrastarlosanálisiscuantitativos,con laspercepcionescualitativas,se identificaron comoprincipalesaspectos aindagaren las unidadesde análisislasacciones realizadasporlasinstitucionesfrenteacadaproblemática,laeficaciade esasaccionesy laspropuestaspara poder mitigareldañoyreducirel riesgo de consumo problemático de SPA.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE

Luegodehaberidentificadolas fuentesdeinformacióndisponiblespara eltrabajodesala situacional, serealizarevisiónysíntesisdelaevidencia,estoes, unbalancedelacalidad delamismaentérminosderelevancia,acceso,oportunidad,profundidadyvalidezporca da etapa deciclo vital.

Estopermitióidentificarquétipodeinformación(cuantitativa,cualitativa)serequeríapara elanálisis,siestaba o nodisponible,ycuáleralacalidadypertinenciadela misma. Posteriormente,se reconocieronlosvacíosdeinformación,yseprocedióaestructurarla metodologíapararecolectarlainformaciónfaltante,deacuerdoaloexpuestoenelcapítulo anterior,conelfinderealizaranálisismásprofundosquenutraneltemasujetodeestudio.

ESPACIO PÚBLICO

A continuación, se presenta los datos más relevantes del comportamiento para la Subred:

Tabla 21. Comportamiento Curso de Vida Adolescencia y Juventud usuarios atendidos CEMAI, Subred Sur Occidente, septiembre 2016-marzo 2017

Curso de Vida	Hombre		Mujer	
	Frecuencia	Tasa	Frecuencia	Tasa
Adolescencia	90	0,73	19	0,16

Juventud	411	1,60	107	0,37
Total población objeto	501	1,32	126	0,31
Total todas las edades	725	0,74	167	0,15

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de Datos CEMAI, septiembre 2016-marzo-2017

Las tasas más altas las presentan los hombres con una diferencia mayor a 0,5. Cabe resaltar cómo los hombres jóvenes presentan una tasa mucho más alta comparada tanto con la población objeto como por encima del total de población. El 1,3% (8) se identifica como población LGBTI (Gay o bisexual).

Tabla 22.Comportamiento Población Diferencial usuarios atendidos CEMAI, Subred Sur Occidente, septiembre 2016-marzo 2017

Tipo Población	Frecuencia	Porcentaje
Habitante de calle	162	62,8
Barristas	74	28,7
Reciclador	8	3,1
Ejercicio de Prostitución	8	3,1
Víctima Conflicto Armado	4	1,6
Etnia Afrodescendiente	2	0,8
Total	258	

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de Datos CEMAI, septiembre 2016-marzo-2017

El 41,2% del total de usuarios atendidos pertenece a grupos de población diferencial, siendo la mayor proporción con más del 60% para el habitante de calle seguido de los barristas. Se aclara que el 1,9% (5) se identifican como población Afro, sin embargo, son víctimas del conflicto armado y reciclador por lo que se deja estas últimas condiciones de mayor vulnerabilidad.

Tabla 23. Comportamiento Nivel Educativo usuarios atendidos CEMAI. Subred Sur Occidente, septiembre 2016-marzo 2017

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Incompleta	46	7,3
Primaria completa	21	3,3
Secundaria Incompleta	323	51,5
Secundaria Completa	141	22,5
Técnico o tecnológico Incompleto	46	7,3
Técnico o tecnológico completo	26	4,1
Universitario Incompleto	13	2,1
Universitario Completo	11	1,8
Total	627	

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de Datos CEMAI, septiembre 2016-marzo-2017

Más del 70% de los usuarios atendidos presentaban nivel educativo secundaria, siendo alrededor del 50% para el nivel incompleto, le sigue con similar porcentaje sobre el 7% primaria y tecnológico incompleto. Los mayores porcentajes en cada nivel educativo son para los estudios incompletos lo que significa una deserción escolar, más cuando el 84,7% oscila entre nivel primaria y secundaria.

Tabla 24. Comportamiento Estado Civil usuarios atendidos CEMAI, Subred Sur Occidente, septiembre 2016-marzo 2017

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	527	84,1
Unión Libre	91	14,5
Casado	5	0,8
Separado	3	0,5
Viudo	1	0,2
Total	627	

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de Datos CEMAI, septiembre 2016-marzo-2017

Correspondiente con la edad de la población objeto más del 80% de los casos son solteros, de igual forma esto puede reflejar dificultades debido al consumo el tener una relación estable y adquirir un compromiso.

Tabla 25.Tabla. Comportamiento Aseguramiento usuarios atendidos CEMAI, Subred Sur Occidente, septiembre 2016-marzo 2017

Régimen de Afiliación	Frecuencia	Porcentaje
Contributivo	237	37,8
Subsidiado	203	32,4
No asegurado	185	29,5
Excepción	2	0,3
Total	627	

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de Datos CEMAI, septiembre 2016-marzo-2017

Aunque el mayor porcentaje es para el régimen contributivo, cabe resaltar que el 61,9% de la población (subsidiado y no asegurado) es sujeto de atención de Instituciones Públicas.

Tabla 26. Comportamiento Variable Ocupación usuarios atendidos CEMAI, Subred Sur Occidente, septiembre 2016-marzo 2017

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	255	40,7
Ninguna	232	37,0
Trabajo Formal	67	10,7
Trabajo Ocasional	25	4,0
Trabajo Informal	13	2,1
Sin dato	35	5,6
Total	627	

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de Datos CEMAI, septiembre 2016-marzo-2017

El mayor porcentaje es para los estudiantes, lo cual es concordante con la edad, sin embargo, es de resaltar que el segundo porcentaje corresponde a los desempleados o que no desarrollan ninguna actividad económica en este momento, lo que implica ya afectación de esta problemática en su vida productiva.

De los 627 usuarios adolescentes y jóvenes atendidos el 21,5% (135) variables relacionadas con el consumo no se encuentran diligenciadas; por lo que se tomaran 492 usuarios.

Tabla 27. Comportamiento Variable Droga de Inicio usuarios atendidos CEMAI, Subred Sur Occidente, septiembre 2016-marzo 2017

Tipo de Droga de Inicio	Frecuencia	Porcentaje
Bebidas alcohólicas	175	35,6
Tabaco	138	28,0
Cannabis	138	28,0
Inhalantes	26	5,3
Cocaína y sus derivados	14	2,8
Tranquilizante	1	0,2
Total	492	
Vía de administración	Frecuencia	Porcentaje
Fumada	286	58,1
Oral	176	35,8
Inhalada	26	5,3
Inyectada	4	0,8
Total	492	

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de Datos CEMAI, septiembre 2016-marzo-2017

La droga de inicio con mayor frecuencia es el alcohol, sin embargo, con sólo un 7% de diferencia en el segundo lugar se encuentra sustancias como tabaco y marihuana, que presentan una mayor afectación física. Este comportamiento está muy relacionado con lo socialmente aceptable (tabaco y alcohol) que ocupa el mayor porcentaje en esta población. Más del 55% de los casos la consumen fumándola y alrededor del 36% utiliza la vía oral.

Tabla 28.Comportamiento Variable frecuencia de consumo y consumo actual usuarios atendidos CEMAI, Subred Sur Occidente, septiembre 2016-marzo 2017

Frecuencia de Consumo	Frecuencia	Porcentaje
Diario	230	46,7
Semanal	111	22,6
2 a 3 veces en el mes	73	14,8
No uso en el último mes	50	10,2
más de 2 veces en la semana	28	5,7
Total	492	

Actualmente la consume	Frecuencia	Porcentaje
Si	448	91,1
No	44	8,9
Total	492	

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de Datos CEMAI, septiembre 2016-marzo-2017

Más del 50% de los casos tiene un consumo diario, y de más de dos veces a la semana, donde el 46% consumen mínimo una vez al día y más del 90% de los casos persiste en el consumo.

Tabla 29. Comportamiento Variable edad inicio de consumo y tipo de droga que más ha consumido usuarios atendidos CEMAI, Subred Sur Occidente, septiembre 2016-marzo 2017

Edad de inicio Consumo	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Infancia	114	23,2
Adolescencia	361	73,4
Juventud	17	3,5
Total	492	
Droga de mayor impacto	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Cocaína y sus derivados	187	38,0
Bebidas alcohólicas	127	25,8
Cannabis	59	12,0
Tabaco	55	11,2
Inhalantes	38	7,7
Tranquilizante	19	3,9
Alucinógeno	3	0,6
Anfetamina	3	0,6
Opiáceo	1	0,2
Total	492	

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de Datos CEMAI, septiembre 2016-marzo-2017

El mayor porcentaje de inicio está en la adolescencia seguido de infancia en estos dos momentos del curso de vida se concentra el 96,5% en que se inicia el consumo y es a quienes las acciones preventivas se deben dirigir. El 48,5% de los casos fue en las edades de 12 a 14 años. Si se compara la droga de inicio con la que actualmente consume más se encuentra que ya los porcentajes de drogas

que causan mayor efecto dañino al cuerpo como cannabis y cocaína concentran aproximadamente el 50% de los casos.

ESPACIO VIVIENDA

A continuación, se presentan las personas identificadas por medio de la caracterización realizada en el espacio vivienda como consumidores de sustancias psicoactivas, en las vigencias de septiembre de 2016 a marzo de 2017 y entre mayo y junio de 2017.

Para la vigencia septiembre de 2016 a marzo de 2017 en la subred sur occidente se caracterizaron por el espacio vivienda 7.906 individuos, de los cuales 37 (0,5%) manifestaron tener consumo problemático de SPA y alcohol, por otro lado, 70 (0,9%) presentan consumo inicial de alcohol y SPA

Tabla 30 Distribución consumo problemático e inicial de ALCOHOL y SPA en individuos caracterizados por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017

LOCALIDAD	INDIVIDUOS CARACTERIZADOS		PROBLEMAS CONSUMO ALCOHOL Y SPA		CONSUMO INICIAL ALCOHOL Y SPA	
	No	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**
BOSA	2.323	29,4	12	0,5	30	1,3
KENNEDY	3.450	43,6	14	0,4	33	1,0
FONTIBÓN	1.327	16,8	5	0,4	3	0,2
PUENTE ARANDA	806	10,2	6	0,7	4	0,5
TOTAL	**7.906**	**100,0**	**37**	**0,5**	**70**	**0,9**

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de datos caracterización individuos espacio vivienda, septiembre 2016 – marzo 2017

Frente a las personas que tienen consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas el 48,6% viven en una familia nuclear, el 18,9% en una extensa, el 16,2% en una compuesta, el 10,8% en una monoparental y el 2,7 en homoparental y pareja sin hijos respectivamente.

Tabla 31. Distribución por tipo de familia, Personas con consumo problemático de alcohol y SPA caracterizados por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017

LOCALIDAD/ TIPO DE FAMILIA	BOSA		KENNEDY		FONTIBÓN		PUENTE ARANDA		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
COMPUESTA	4	33,3	1	7,1	0	0,0	1	16,7	6	16,2
EXTENSA	2	16,7	1	7,1	3	60,0	1	16,7	7	18,9
HOMOPARENTAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	2,7
MONOPARENTAL	1	8,3	3	21,4	0	0,0	0	0,0	4	10,8
NUCLEAR	4	33,3	9	64,3	2	40,0	3	50,0	18	48,6
PAREJA SIN HIJOS	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7
TOTAL	12	100,0	14	100,0	5	100,0	6	100,0	37	100,0

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de datos caracterización individuos espacio vivienda, septiembre 2016 – marzo 2017

Con respecto a las personas con consumo inicial alcohol y sustancias psicoactivas el 42,9% viven en una familia nuclear, el 35,7% en una extensa, el 12,9% en una compuesta, el 2,9% en una monoparental y unipersonal respectivamente y el 1,4% en una homoparental y pareja sin hijos respectivamente.

Tabla 32 Distribución por tipo de familia, personas con consumo inicial de alcohol y SPA caracterizados espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017

LOCALIDAD/ TIPO DE FAMILIA	BOSA		KENNEDY		FONTIBÓN		PUENTE ARANDA		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
COMPUESTA	5	16,7	3	9,1	0	0,0	1	25,0	9	12,9
EXTENSA	11	36,7	8	24,2	3	100,0	3	75,0	25	35,7
HOMOPARENTAL	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4
MONOPARENTAL	1	3,3	1	3,0	0	0,0	0	0,0	2	2,9
NUCLEAR	9	30,0	21	63,6	0	0,0	0	0,0	30	42,9
PAREJA SIN HIJOS	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4
UNIPERSONAL	2	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,9
TOTAL	30	100,0	33	100,0	3	100,0	4	100,0	70	100,0

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de datos caracterización individuos espacio vivienda, septiembre 2016 – marzo 2017

Por curso de vida, el 43,2% de las personas con consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas están en el momento de vida adultez, el 32,4% en juventud, el 16,2% en adolescencia el 5,2% en vejez y el 2,7% en infancia.

Tabla 33. Distribución por momento del curso de vida, personas con consumo problemático de alcohol y SPA caracterizados por espacio vivienda, subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017

LOCALIDAD/ MOMENTO DE VIDA	BOSA		KENNEDY		FONTIBÓN		PUENTE ARANDA		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
PRIMERA INFANCIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
INFANCIA	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	1	2,7
ADOLESCENCIA	2	16,7	2	14,3	1	20,0	1	16,7	6	16,2
JUVENTUD	3	25,0	2	14,3	4	80,0	3	50,0	12	32,4
ADULTEZ	7	58,3	8	57,1	0	0,0	1	16,7	16	43,2
VEJEZ	0	0,0	1	7,1	0	0,0	1	16,7	2	5,4
TOTAL	12	100,0	14	100,0	5	100,0	6	100,0	37	100,0

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de datos caracterización individuos espacio vivienda, septiembre 2016 – marzo 2017

De las personas con consumo inicial de alcohol y SPA el 42,9% se encuentra en momento de curso vital adultez, el 40,0% en juventud, el 12,9% en adolescencia y el 1,4% en primera infancia, infancia y vejez respectivamente.

Tabla 34. Distribución por momento del curso de vida, personas con consumo inicial de alcohol y SPA caracterizados por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017

LOCALIDAD/ MOMENTO DE VIDA	BOSA		KENNEDY		FONTIBÓN		PUENTE ARANDA		TOTAL	
	No	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**
PRIMERA INFANCIA	0	0,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4
INFANCIA	0	0,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4
ADOLESCENCIA	3	10,0	5	15,2	1	33,3	0	0,0	9	12,9
JUVENTUD	8	26,7	15	45,5	2	66,7	3	75,0	28	40,0
ADULTEZ	18	60,0	11	33,3	0	0,0	1	25,0	30	42,9
VEJEZ	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4
TOTAL	**30**	**100,0**	**33**	**100,0**	**3**	**100,0**	**4**	**100,0**	**70**	**100,0**

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de datos caracterización individuos espacio vivienda, septiembre 2016 – marzo 2017

Por sexo, la mayor proporción de las personas que consumen alcohol y sustancias psicoactivas son hombres con el 78,5%, el 21,5% son mujeres.

Tabla 35. Distribución por sexo, personas con consumo problemático e inicial de alcohol y SPA caracterizados por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017

LOCALIDAD	CONSUMO PROBLEMÁTICO ALCOHOL SPA				CONSUMO INICIAL ALCOHOL Y SPA				TOTAL			
	HOMBRE		**MUJER**		**HOMBRE**		**MUJER**		**HOMBRE**		**MUJER**	
	No	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**
BOSA	8	66,7	4	33,3	20	66,7	10	33,3	28	66,7	14	33,3
KENNEDY	12	85,7	2	14,3	29	87,9	4	12,1	41	87,2	6	12,8
FONTIBÓN	5	100,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0
PUENTE ARANDA	5	83,3	1	16,7	2	50,0	2	50,0	7	70,0	3	30,0
TOTAL	**30**	**81,1**	**7**	**18,9**	**54**	**77,1**	**16**	**22,9**	**84**	**78,5**	**23**	**21,5**

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de datos caracterización individuos espacio vivienda, septiembre 2016 – marzo 2017

Por estado civil el 59,5% de las personas con consumo problemático de alcohol y SPA conviven en unión libre con su pareja, el 24,3% son solteros, el 8,1% están casados y el 5,4% separados

Tabla 36. Distribución por estado civil, personas con consumo problemático de alcohol y SPA caracterizadas por el espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017

ESTADO CIVIL	BOSA		KENNEDY		FONTIBÓN		PUENTE ARANDA		TOTAL	
	No	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**
CASADO (a)	0	0,0	1	7,1	0	0,0	2	33,3	3	8,1
SEPRARADO (a)	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,4
SOLTERO (a)	1	8,3	3	21,4	3	60,0	2	33,3	9	24,3
UNIÓN LIBRE	9	75,0	9	64,3	2	40,0	2	33,3	22	59,5
VIUDO (a)	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	1	2,7
TOTAL	**12**	**100,0**	**14**	**100,0**	**5**	**100,0**	**6**	**100,0**	**37**	**100,0**

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de datos caracterización individuos espacio vivienda, septiembre 2016 – marzo 2017

El 52,9% de las personas con consumo inicial de alcohol y SPA se encuentran conviviendo en unión libre con su pareja, el 34,3% están solteros, el 5,7% casados y separados respectivamente y el 1,4% es viudo.

Tabla 37. Distribución por estado civil, personas con consumo inicial de alcohol y SPA caracterizadas por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017

ESTADO CIVIL	BOSA		KENNEDY		FONTIBÓN		PUENTE ARANDA		TOTAL	
	No	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**
CASADO (a)	2	6,7	1	3,0	0	0,0	1	25,0	4	5,7
SEPARADO (a)	4	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	5,7
SOLTERO (a)	9	30,0	10	30,3	3	100,0	2	50,0	24	34,3
UNIÓN LIBRE	14	46,7	22	66,7	0	0,0	1	25,0	37	52,9
VIUDO (a)	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4
TOTAL	**30**	**100,0**	**33**	**100,0**	**3**	**100,0**	**4**	**100,0**	**70**	**100,0**

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de datos caracterización individuos espacio vivienda, septiembre 2016 – marzo 2017

El 37,8% de las personas con consumo problemático de alcohol y SPA se encuentran desempleadas, el 32,4% son personas que se encuentran en el trabajo informal, el 27,0% trabajan formalmente y el 2,7% son amas de casa.

Tabla 38. Distribución por ocupación, personas con consumo problemático de alcohol y SPA caracterizadas por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017

OCUPACIÓN	BOSA		KENNEDY		FONTIBÓN		PUENTE ARANDA		TOTAL	
	No	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**
AMA DE CASA	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7
PERSONA DESEMPLEADA	5	41,7	4	28,6	3	60,0	2	33,3	14	37,8
PERSONA TRABAJO FORMAL	4	33,3	2	14,3	2	40,0	2	33,3	10	27,0
PERSONA TRABAJO INFORMAL	2	16,7	8	57,1	0	0,0	2	33,3	12	32,4
TOTAL	**12**	**100,0**	**14**	**100,0**	**5**	**100,0**	**6**	**100,0**	**37**	**100,0**

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de datos caracterización individuos espacio vivienda, septiembre 2016 – marzo 2017

El 38,6% de las personas con consumo inicial de alcohol y SPA trabajan de manera informal, el 34,4% tienen un trabajo formal, el 22,9% son desempleados y el 4,3% amas de casa.

Tabla 39. Distribución por ocupación, personas con consumo inicial de alcohol y SPA caracterizados por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017

OCUPACIÓN	BOSA		KENNEDY		FONTIBÓN		PUENTE ARANDA		TOTAL	
	No	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**
AMA DE CASA	0	0,0	2	6,1	0	0,0	1	25,0	3	4,3
PERSONA DESEMPLEADA	6	20,0	7	21,2	3	100,0	0	0,0	16	22,9
PERSONA TRABAJO FORMAL	12	40,0	10	30,3	0	0,0	2	50,0	24	34,3
PERSONA TRABAJO INFORMAL	12	40,0	14	42,4	0	0,0	1	25,0	27	38,6
TOTAL	**30**	**100,0**	**33**	**100,0**	**3**	**100,0**	**4**	**100,0**	**70**	**100,0**

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de datos caracterización individuos espacio vivienda, septiembre 2016 – marzo 2017

Por aseguramiento al SGSSS de las personas con consumo problemático de alcohol y SPA, el 43,2% están en el régimen contributivo de los cuales el 12,5% son beneficiarios, el 40,5% están en el subsidiado, el 13,5% están identificados, pero no asegurados y el 2,7% están en el régimen especial (beneficiario).

Tabla 40. Distribución por régimen de afiliación al SGSSS, personas con consumo problemático de alcohol y SPA caracterizados por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017

REGIMEN DE AFILIACIÓN	BOSA		KENNEDY		FONTIBÓN		PUENTE ARANDA		TOTAL	
	No	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**
CONTRIBUTIVO	5	41,7	6	42,9	2	40,0	3	50,0	16	43,2
IDENTIFICADO NO ASEGURADO	0	0,0	3	21,4	1	20,0	1	16,7	5	13,5
NO IDENTIFICADO NO ASEGURADO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
RÉGIMEN ESPECIAL	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	1	2,7
SUBSIDIADO	7	58,3	4	28,6	2	40,0	2	33,3	15	40,5
TOTAL	**12**	**100,0**	**14**	**100,0**	**5**	**100,0**	**6**	**100,0**	**37**	**100,0**

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de datos caracterización individuos espacio vivienda, septiembre 2016 – marzo 2017

Por aseguramiento al SGSSS de las personas con consumo inicial de alcohol y SPA, el 44,3% están en el régimen contributivo y subsidiado respectivamente, de los que están afiliados al contributivo el 22,6% son beneficiarios el 7,1% están identificados, pero no asegurados y el 4,3% están en el régimen especial, de los cuales el 33,3% son beneficiarios.

Tabla 41. Distribución por régimen de afiliación al SGSSS, personas con consumo inicial de alcohol y SPA caracterizadas por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017

REGIMEN DE AFILIACIÓN	BOSA		KENNEDY		FONTIBÓN		PUENTE ARANDA		TOTAL	
	No	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**
CONTRIBUTIVO	13	43,3	16	48,5	0	0,0	2	50,0	31	44,3
IDENTIFICADO NO ASEGURADO	3	10,0	1	3,0	1	33,3	0	0,0	5	7,1
NO IDENTIFICADO NO ASEGURADO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
RÉGIMEN ESPECIAL	0	0,0	3	9,1	0	0,0	0	0,0	3	4,3
SUBSIDIADO	14	46,7	13	39,4	2	66,7	2	50,0	31	44,3
TOTAL	**30**	**100,0**	**33**	**100,0**	**3**	**100,0**	**4**	**100,0**	**70**	**100,0**

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de datos caracterización individuos espacio vivienda, septiembre 2016 – marzo 2017

De las 37 personas con consumo problemático de alcohol y SPA el 32,4% hizo hasta primaria completa, el 29,7% hasta secundaria completa, el 21,6% ninguna, el 13,5% está estudiando actualmente y el 2,7% tiene una carrera técnica o tecnológica.

Tabla 42. Distribución por escolaridad, personas con consumo problemático de alcohol y SPA caracterizadas por espacio vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017

ESCOLARIDAD	BOSA		KENNEDY		FONTIBÓN		PUENTE ARANDA		TOTAL	
	No	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**
ACTUALMENTE SE ENCUENTRA ESTUDIANDO	0	0,0	3	21,4	1	20,0	1	16,7	5	13,5
HASTA PRIA.COMPLETA	8	66,7	3	21,4	1	20,0	0	0,0	12	32,4
HASTA SEC. COMPLETA	2	16,7	5	35,7	3	60,0	1	16,7	11	29,7
NINGUNA	2	16,7	3	21,4	0	0,0	3	50,0	8	21,6
TÉCN/TECNÓLOGO	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	2,7
TOTAL	**12**	**100,0**	**14**	**100,0**	**5**	**100,0**	**6**	**100,0**	**37**	**100,0**

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de datos caracterización individuos espacio vivienda, septiembre 2016 – marzo 2017

De las 70 personas con consumo inicial de alcohol y SPA el 41,4% hizo hasta secundaria incompleta, el 31,4% hasta primaria completa, el 15,7% ninguna, el

10,0% está estudiando actualmente y el 1,4% tiene una carrera técnica o tecnológica.

Tabla 43. Distribución por escolaridad, personas con consumo inicial de alcohol y SPA caracterizadas por vivienda, Subred y Localidades, septiembre 2016 – marzo 2017

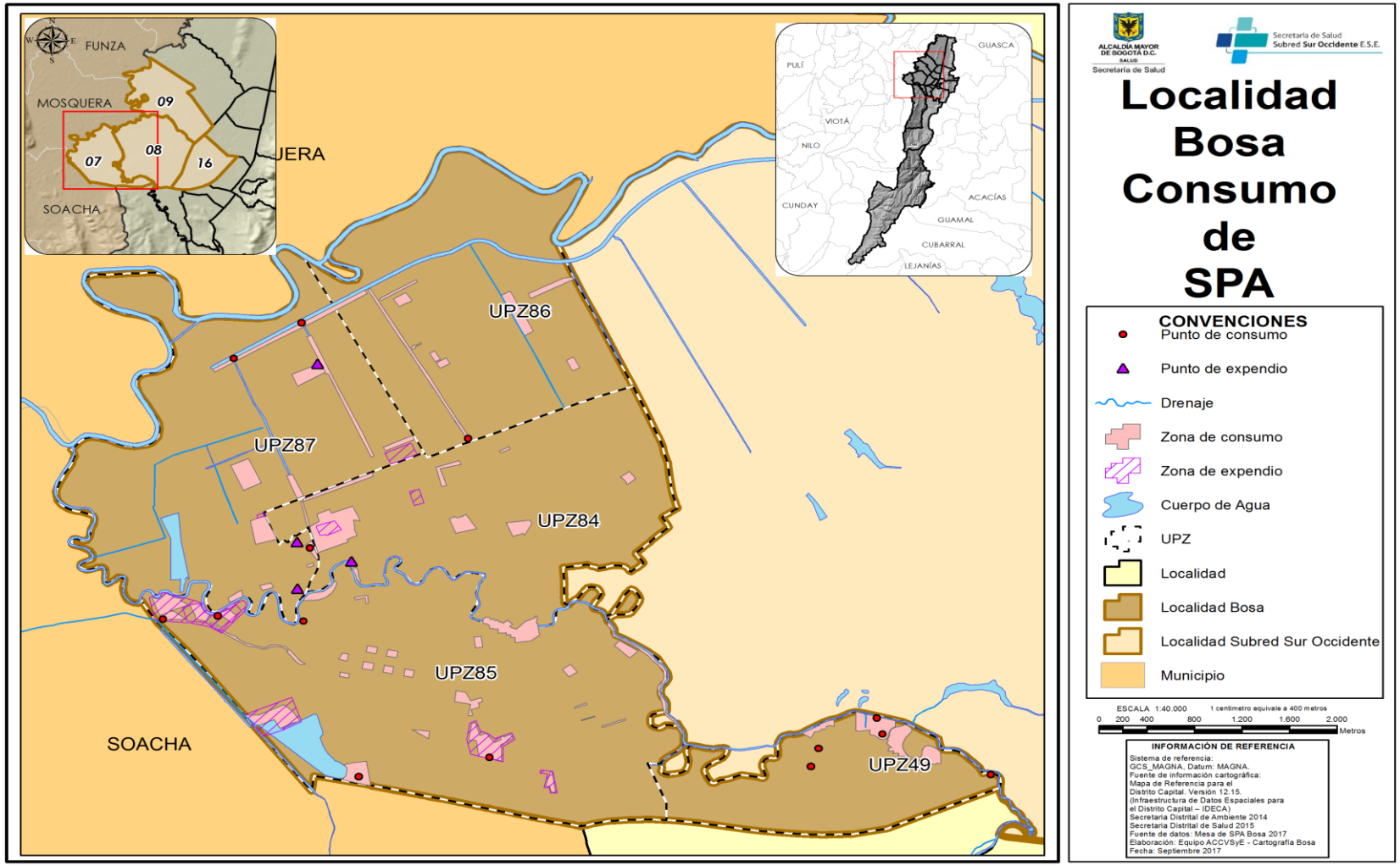
ESCOLARIDAD	BOSA		KENNEDY		FONTIBÓN		PUENTE ARANDA		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
ACTUALMENTE SE ENCUENTRA ESTUDIANDO	2	6,7	4	12,1	1	33,3	0	0,0	7	10,0
HASTA PRIA.COMPLETA	12	40,0	10	30,3	0	0,0	0	0,0	22	31,4
HASTA SEC. COMPLETA	8	26,7	18	54,5	2	66,7	1	25,0	29	41,4
NINGUNA	8	26,7	0	0,0	0	0,0	3	75,0	11	15,7
TÉCN/TECNÓLOGO	0	0,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4
TOTAL	**30**	**100,0**	**33**	**100,0**	**3**	**100,0**	**4**	**100,0**	**70**	**100,0**

Fuente: Subred Sur Occidente, Base de datos caracterización individuos espacio vivienda, septiembre 2016 – marzo 2017

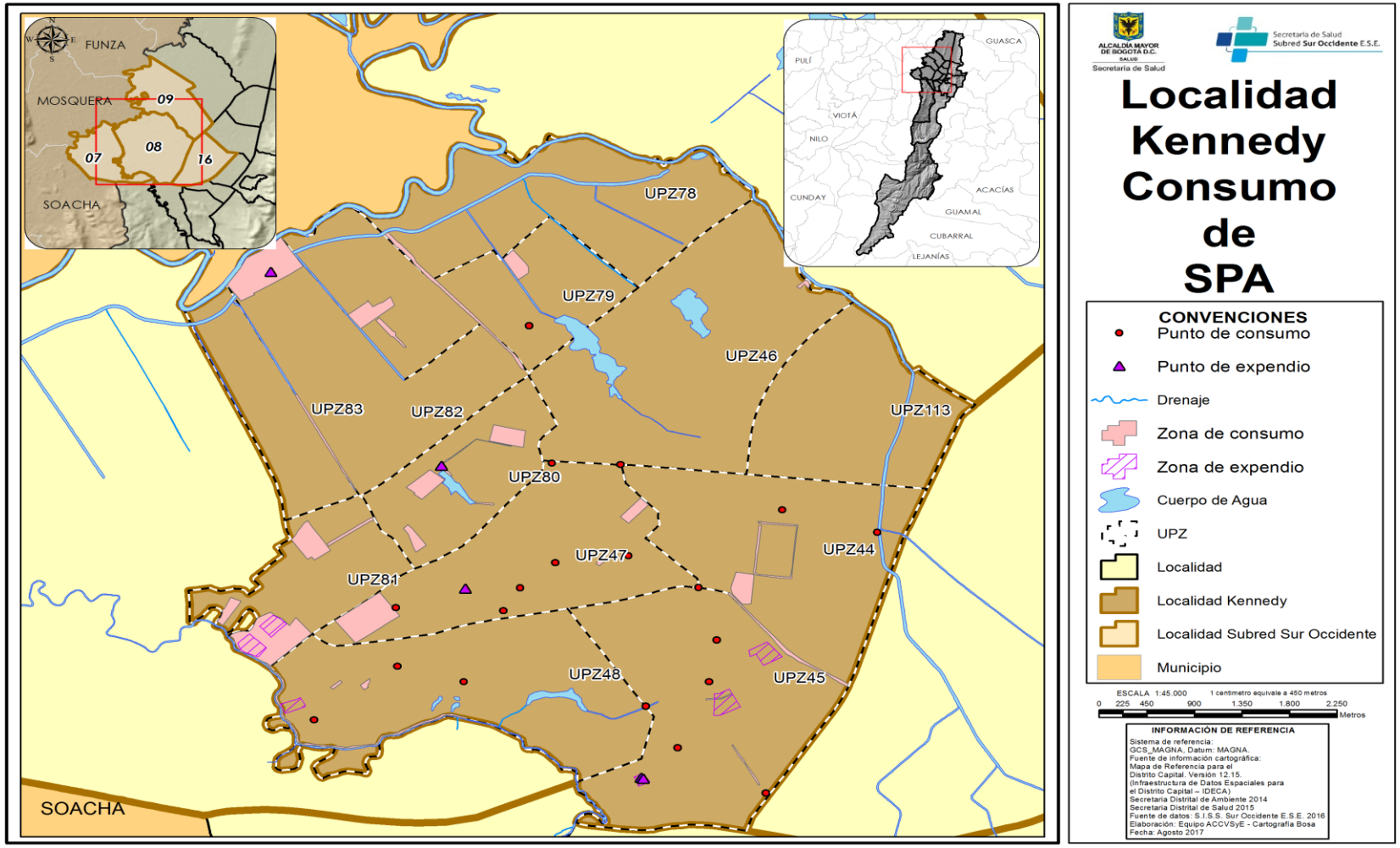
Con respecto a la base de caracterización de individuos de mayo a junio de 2017, de los 3.747 individuos caracterizados el 0,5% (20 personas) manifestaron tener consumo de sustancias psicoactivas, de las cuales el 65% son hombres y el restante 35% mujeres. El 70% son solteros y el 30% conviven en unión libre. El 15% (3) está en condición de discapacidad. Con respecto a la ocupación el 10% tiene un trabajo formal, el 20% tiene trabajo informal, el 30% se encuentra estudiando, el 20% es ama de casa, el 20% está desempleado. Con respecto a la escolaridad, el 50% tiene básica secundaria incompleta, el 20% primaria incompleta, el 10% primaria incompleta y secundaria completa respectivamente, y el 5% ninguno o preescolar respectivamente.

Por último, a partir de un ejercicio de cartografía social y de reconocimiento de los territorios se representó espacialmente los puntos críticos de cada localidad:

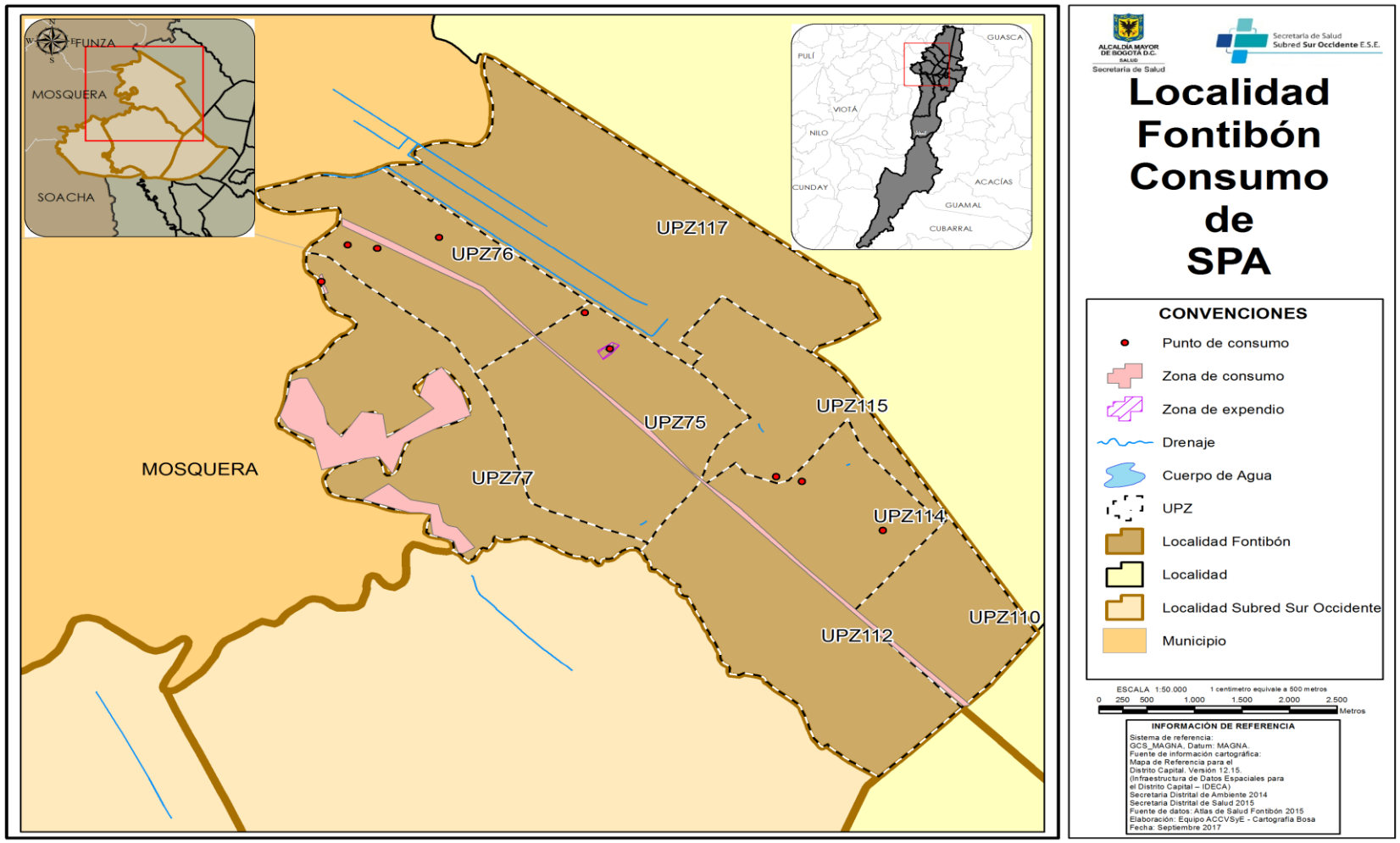
Mapa 1. Lugares de consumo de SPA localidad de Bosa, 2017



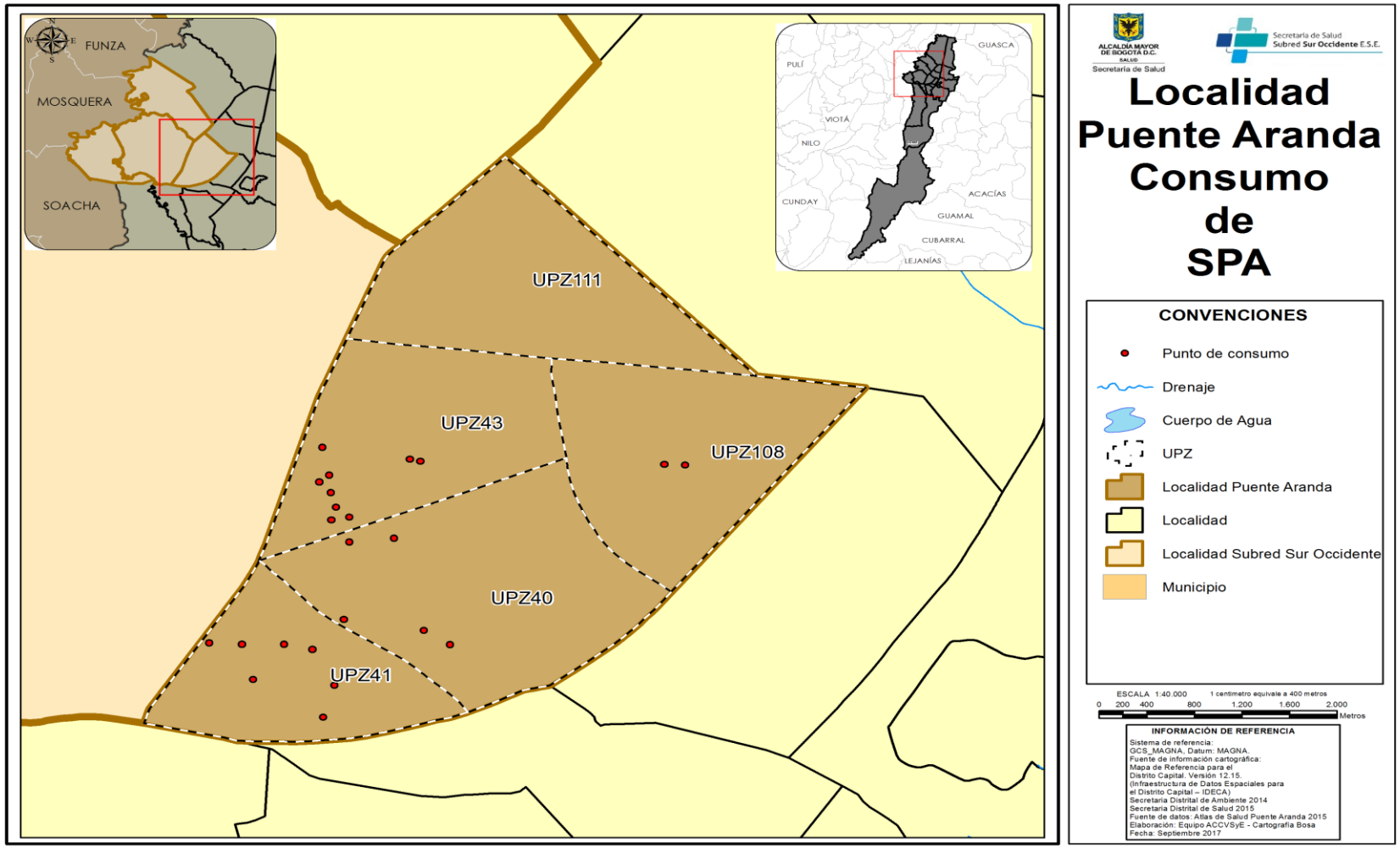
Mapa 2. Lugares de consumo de SPA localidad de Kennedy, 2017



Mapa 3. Lugares de consumo de SPA localidad de Fontibón, 2017



Mapa 4. Lugares de consumo de SPA localidad de Puente Aranda, 2017



DISEÑO DE UNIDADES DE ANÁLISIS

Este espacio se orientó a través del análisis de la información encontrada en las anteriores fases de la Sala Situacional de la Subred, así como la información obtenida a través de bases institucionales, estudios e informes sobre consumo de SPA y desde la salud pública se revisaron las salidas de los espacios de vida cotidiana, las bases de datos de VESPA y la información obtenida por acciones y programas, así como los referentes de SPA y salud mental.

Para eldesarrollodela faseoperativa se ejecutaron 9 unidadesdeanálisis con los siguientes actores: la red del buen trato de Bosa y Puente Aranda, la mesa de SPA de Bosa y Kennedy, el equipo técnico de Salud Mental de la Subred, un grupo de 8 adolescentes del comedor Amparo Cañizales de Kennedy, un grupo de 25 adolescentes y jóvenes del Centro de Protección Especial y Justicia para el Menor y la Familia el Redentor, el equipo de Accvsye y la coordinadora del CAD Delicias.

Todas las unidades de análisis tuvieron el siguiente esquema:

Gráfica 6. Proceso de obtención de la información en las unidades de análisis

Fuente: Equipo Accvsye, elaboración propia a partir del anexo técnico Equipo Asis nivel central, 2016

A partir de la información analizada en el plan de análisis se plantearon dos metodologías para hacer las unidades de análisis, la primera dirigida a los actores institucionales quienes realizan acciones de prevención, educación y tratamiento para consumo de SPA, la segunda se planteó como una entrevista semiestructurada que diera cuenta del sentir de la comunidad, especialmente de los adolescentes y jóvenes.

La primera metodología de unidad de análisis tenía como insumo una presentación magistral de las salidas de la base de datos más completa que se tiene en la Subred y es la suministrada por VESPA, en esta presentación se socializó los resultados obtenidos en la Sala C en la priorización, se definieron conceptos por los cuales se va a regir el análisis de la problemática priorizada y luego a través de cuatro preguntas orientadoras se dio lugar a una discusión en la que se analizaban determinantes sociales, respuesta frente a la problemática por parte de los actores y propuestas para reducir el riesgo y mitigar el impacto.

Las preguntas orientadoras fueron:

- De acuerdo a su experiencia y conocimiento. ¿Cuál cree son las causas por las que un adolescente o joven llega a consumir SPA?
- ¿Considera usted que el consumo de la marihuana, la cocaína y las drogas sintéticas se debe despenalizar?
- A nivel intersectorial qué acciones conoce que estén enfocadas en la prevención u tratamiento del consumo de SPA. ¿Cuál ha sido su impacto?
- Cuáles cree son las estrategias para reducir el riesgo del consumo de SPA y dar tratamiento oportuno al consumo de las mismas. Proponga

Con esta metodología se aplicaron seis unidades de análisis. La primera se realizó el 4 de agosto con el equipo de la Red del Buen Trato en Bosa, a esta reunión asistieron actores de la Secretaria Distrital de Integración social con sus representantes locales, referente de políticas del componente de gobernanza, Centro crecer, centro de desarrollo infantil años maravillosos y centro de desarrollo infantil gestando el futuro, entre otros.

La segunda unidad de análisis se realizó el 8 de agosto con la mesa técnica de SPA en la localidad de Kennedy, en esta mesa participaron, los miembros del

CAD Delicias, un joven representante de la comunidad, integrantes de la línea psicoactiva, orientadores del sector educación, referentes de las políticas de juventud, habitabilidad en calle y SPA de gobernanza y el equipo de análisis.

Se realizó la tercera unidad de análisis en la mesa de SPA de la localidad de Bosa asistieron representantes de SDIS, Policía, Idipron, educación, equipo Soju, referentes de las políticas de salud mental SPA y juventud de Gobernanza de la Subred, Centro Amar y línea psicoactiva.

La cuarta unidad de análisis se realizó con el equipo técnico de Salud Mental de la Subred, en este espacio asistieron los espacios de vida cotidiana, el componente uno de gobernanza y el equipo de programas y acciones en salud pública.

La quinta unidad de análisis se realizó con un grupo de 8 adolescentes en edades entre 10 a 14 años que asisten a las estrategias de espacio público en el comedor comunitario el Amparo.

La sexta unidad de análisis se realizó con la Red del Buen trato de Puente Aranda en esta unidad participaron la Subdirección de Integración Social, orientadoras de la Secretaria de Educación, secretaria de la mujer, Idepac, Sector Salud, ICBF y dos hogares infantiles de la localidad.

La séptima unidad de análisis se realizó con un grupo de adolescentes y jóvenes recluidos en el Centro de protección especial y justicia para el menor y la familia, en este ejercicio se utilizó un conversatorio a partir de una entrevista semiestructurada para poder indagar acerca de los motivos por los cuáles consumen o han llegado a consumir SPA.

La octava unidad de análisis se realizó con el equipo Accvsye y su finalidad era extraer las propuestas de respuesta de las anteriores salas de tal forma que se pudieran analizar y así orientar la siguiente fase de la sala situacional.

Por último, se realizó una entrevista a la Coordinadora del CAD Nuevas Delicias, quien a partir de una entrevista semiestructurada y desde su experiencia contextualizó al equipo sobre la labor que se realiza en 1 de los dos únicos centros que tiene Bogotá para la atención específica a la drogodependencia.
Los hallazgos fueron los siguientes:

Determinantes de tipo estructural

- No hay presencia ni voluntad del Estado para atender problemas de salud mental que son causales de otros problemas significativos en la sociedad
- El microtráfico hace que sea más fácil acceder a las SPA, incluso se vuelve una oportunidad para tener ganancias debido a la falta de oportunidades para los jpovenes.
- Estigmatizacion al consumo de SPA ilícitas, por la doble moral que se maneja
- El estado no garantiza la educacion superior ni el aprovechamiento del tiempo libre con programas que esten orientados a desarrollar habilidades, por lo que se hace mal uso del tiempo libre

Determinantes de tipo intermedio

- Desempleo
- Violencia Intrafamiliar
- Barreras de acceso a salud
- Desconocimiento de signos de alarma para problemas y trastornos mentales
- Situacion socioeconomica de las familias que obliga a los padres a trabajar y dejar el cuidado de los menores a terceros
- Ciclos repetitivos del consumo
- Sistemas de informacion masivos
- Familias monoparentales

Determinantes de tipo proximal

- Paternidad y maternidad temprana
- Ausencia de Proyectos de vida
- Influencia de Pares
- Uso indebido de Redes Sociales
- Ausencia de vinculos familiares
- Debilidad en la toma de decisiones
- Consumo por placer

ANALISIS DE LA RESPUESTA

Aunque desde el sector salud se trabaja desde la promoción y prevención de consumo de SPA, focalizadas a población en riesgo, los esfuerzos no son suficientes ni para la prevención ni para el tratamiento de esta problemática. En la anterior administración se tenía el CAMAD que era el centro de atención integral, luego esta estrategia paso a ser CEMAI con una serie de modificaciones en la vigencia pasada y ahora dentro del espacio público está el componente vincúlate que tiene la línea psicoactiva, SOJU que son servicios de orientación a jóvenes entre los 10 a 26 años y los servicios de acogida. La política de SPA ya está validada y en todos los componentes se trabaja la activación de rutas, en espacio educativo se hace la identificación de estudiantes con riesgo psicosocial y con la estrategia “Acompañarte” se realizan círculos reflexivos, también se encuentra el CAD las Delicias para apoyo a jóvenes en consumo.

El CAD Nuevas Delicias es el Centro de Atención en Salud Mental y problemáticas de drogodependencia perteneciente a la Subred Sur Occidente y tiene como objetivo, brindar atención integral en salud al usuario drogodependiente y su sistema familiar, restableciendo la autonomía tanto a este como a su familia.

Cuenta con dos fases una que es promocional y preventiva en el que está la línea para la prevención y atención del consumo de spa y el proyecto juventud para la vida y la salud y la fase resolutiva donde se brinda atención integral incluyendo a su sistema familiar, implementando un modelo de atención terapéutico cuya estrategia se basa en valoraciones individuales, grupales y familiares por parte de un equipo interdisciplinario como Psiquiatría, Psicología, Terapia Ocupacional, Trabajo Social, Educadora física, Auxiliar de Enfermería etc.

Una persona que ingresa al centro debe iniciar su valoración inicial por psiquiatría ya que es allí donde se determina cuál es la funcionalidad o disfuncionalidad que está presentando, si puede responder al tratamiento, qué tratamiento debe seguir, hay pacientes que de acuerdo al diagnóstico no sirve con que asista a las terapias, sino por lo menos requiere de un mes de hospitalización.

También se trabaja terapia emocional y preventiva porque se atienden problemáticas de bajo riesgo donde se puede fortalecer la prevención y evitar el

consumo ya que sus condiciones sociales, psicológicas no están tan afectadas. Cuando llega una persona con consumo problemático se remite mínimo 3 meses a tratamiento ambulatorio, en dado caso de presentar alguna urgencia se remite a Urgencias en el centro Floralia cerca al CAD.

En el Idipron se trabaja por un lado con habitante de calle y están los centros de acogida que son estrategias de reducción, se realiza un trabajo territorial que consiste en ir al territorio o lugares de asentamiento de habitante de calle o jóvenes en riesgo de habitar calle y hacer actividades didácticas para captarlos a través de la institución. Se cuentan con internados, pero es el joven si decide seguir el proceso e internarse, en cualquier momento se puede ir, de las 22 casas que tiene el Idipron, 6 son internados de niños de 8 a 10 y de 11 a 17 y el de habitantes de calle.

Desde el Ministerio de Protección Social salió la ruta nacional para la atención al consumo de drogas y se realiza la reducción del daño que está basada en la pedagogía mas no en la rehabilitación porque por la ley 518 los tratamientos los tiene que asumir el POS. Desde el Distrito la ruta lo que está tratando es de mirar cómo se articula Idipron, Integración Social, porque el ICBF no tiene rehabilitación sino hogares de protección.

El sector salud no tiene la capacidad instalada para realizar una atención desde lo público, porque desde lo privado las EPS están obligadas a garantizar la atención y hacer las contrataciones necesarias para prestar el servicio, pero ese deber se queda en la asignación de la cita sin importar la continuidad y necesidad del tratamiento. Desde el sector salud en lo público existe el CAD delicias y el CAD Santa Clara que atiende a toda la ciudad y ofrece tratamientos ambulatorios e internados, pero la capacidad instalada no es la necesaria.

Desde la Subdirección de juventud de la Secretaria de Integración Social se está construyendo la línea de prevención para el consumo de SPA, pero el fortalecimiento y aporte de la SLIS es en la prevención, mas no en el tratamiento o rehabilitación y se hace a través de la ruta de oportunidades motivando a los jóvenes a que utilicen su tiempo de una forma productiva. Desde la Subdirección de adultez se tiene el programa 1108 que hace atención en los territorios de Bogotá a los habitantes de calle, muchos de ellos con consumo de SPA social.

Institucionalmente se tiene la concepción de que instituciones como el Idipron o la SLIS son lugares de rehabilitación, cuando su función es pedagógica frente al consumo, los únicos que están habilitados para este tipo de intervención son la Secretaria de Salud, muchas veces los adolescentes o jóvenes son remitidos a estas instituciones con la intención de que se desintoxique, pero no tienen la competencia para prestar tal servicio.

En Bosa a través de la georreferenciación se identificaron puntos críticos en los barrios consumidos por el microtráfico como lo son San Bernandino, Potreritos, La Costalera, Villa Ema, el corredor involucra la zona ribereña de Tunjuelo a la altura de Islandia donde se cree está el mayor foco de consumo problemático de SPA y la zona expandida de San Bernandino que involucra varios barrios. Es necesario caracterizar este sector ya que hay un cruce de situaciones complejas que requieren de unas medidas de tipo estructural y no solo mirarlo desde el punto de vista del consumidor, sino de la expansión del microtráfico.

Así mismo se realizó el mismo ejercicio con Kennedy identificando puntos neurálgicos de consumo tales como La chucua, Patio Bonito, El Amparo, Pinar del Rio, Corabastos, María Paz. Quedo pendiente este ejercicio con las localidades de Fontibón y Puente Aranda, sin embargo, se trabajó con la georreferenciación hecha en el 2015.

PROPUESTAS DE RESPUESTA

En las Unidades de análisis realizadas surgieron las siguientes propuestas de acción:

- Conocer e implementar la ruta de prevención de consumo de SPA y fortalecer el acompañamiento técnico a los equipos de los espacios
- Fortalecer línea psicoactiva y Servicio de Orientación al joven
- Continuar el proceso de activación de rutas en el caso que se presenten barreras de acceso para la atención o tratamiento
- Fortalecer profesionales como psicólogos y trabajo social en el área asistencial y PIC para una activación de rutas correcta y para una atención integral y competitiva sobre la salud mental. Ampliación de cobertura de tratamientos de rehabilitación de consumo de sustancias psicoactivas y de unidades de salud mental
- Establecer servicios de salud amigables para los adolescentes, jóvenes y adultos con Consumo problemático de SPA
- Fortalecer los modelos de atención desde la mirada del modelo explicativo del comportamiento y riesgo del Consumo problemático de SPA
- Dar continuidad a la identificación de riesgos psicosociales en SPA por parte del espacio educación.
- El PIC queda restringido debido a que no hay articulaciones entre las acciones que hace el Plan de Intervenciones colectivas y el Plan obligatorio de Salud, por tanto, se debería generar el mecanismo que permita que las acciones de salud pública tengan continuidad en el tratamiento que pueda prestar de forma efectiva el POS.
- Se debe fortalecer los centros de servicio de salud mental especializados, así como aumentar el número de estos, debido a que cuando se consulta por salud mental al POS el tratamiento no se hace efectivo debido a la irregularidad de las agendas para acceder a los servicios y las barreras de acceso, por tanto, las citas se realizan cada mes, cada dos meses lo que no permite continuidad.
- Hay que cambiar la pedagogía al transmitir el mensaje, ya que la forma en que se sensibiliza, se capacita o se emite el mensaje permite captar la atención de las personas y la disposición para acceder a los servicios de promoción y prevención.

- Es importante incluir en la prevención y promoción procesos de cultura, entretenimiento, deporte y recreación, ya que, si bien se le está diciendo al adolescente que no consuma, así mismo se debe mostrar las salidas que lo ayuden a evitar el consumo de SPA, y esto se logra a través de redes intersectoriales, las acciones no sólo deben estar dirigidos a personas mayores, sino a todos los momentos de curso de vida.
- Se debe hablar no de la restricción, sino de habilidades para la vida tanto sociales, como culturales, cognoscitivas de tal forma que se le pueda dar al adolescente o al joven herramientas necesarias que potencialicen sus habilidades y le permitan afrontar escenarios de alto riesgo y tomar decisiones acertadas.
- Salas de uso supervisado de SPA especializadas y móviles
- Diseñar un modelo de atención que articule las acciones de reducción y mitigación en campo de espacio público con las acciones de POS
- Retomar el programa de familias fuertes,

Propuestas Intersectoriales

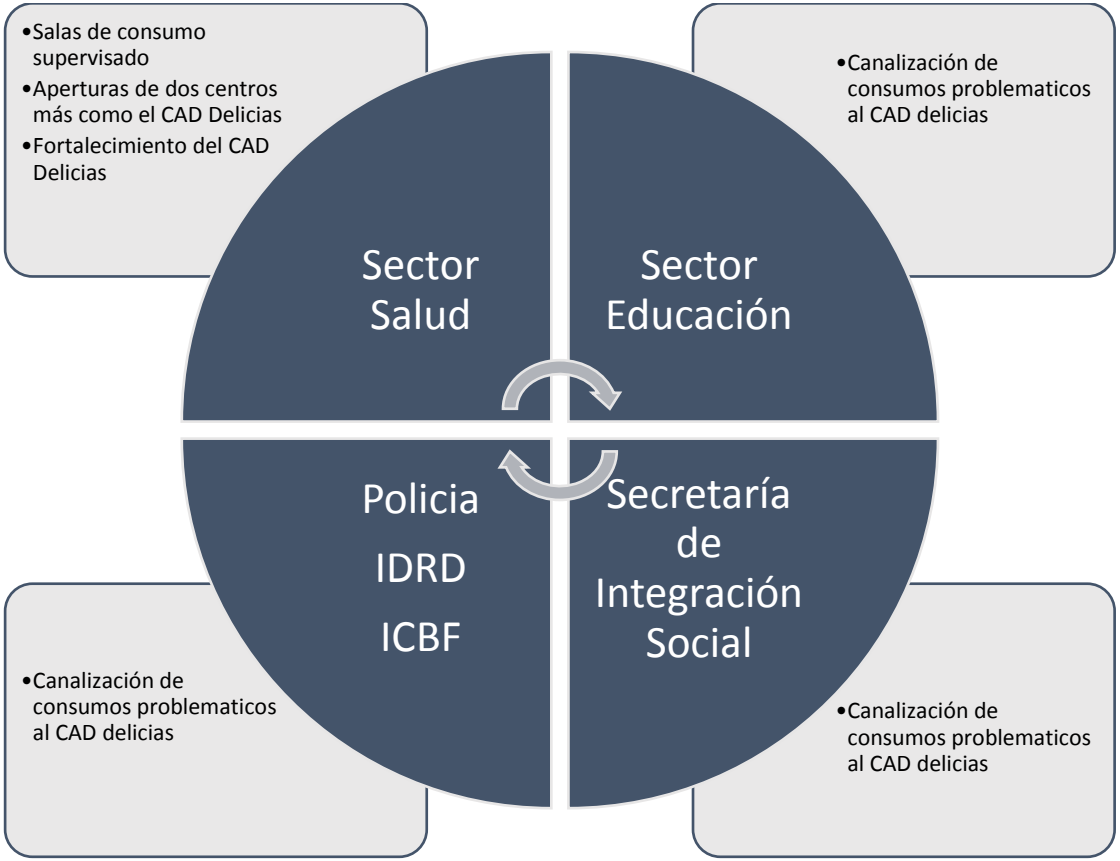
- Realizar articulaciones con entidades pertinentes, para fortalecer rutas de atención
- Brindar asesoría, orientación a padres y cuidadores de adolescentes y jóvenes con Consumo inicial de sustancias psicoactivas
- Realizar procesos de desarrollo institucional y comunitario para la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas
- Fortalecer las acciones dirigidas a población con Consumo problemático de SPA por localidad
- Remisión y notificación de casos de todos los consumos de SPA presentes en las instituciones educativas
- Crear cuadrantes de seguridad para SPA de tal forma que se pueda vigilar el microtráfico en los entornos escolares y los parques, fortalecer procesos de prevención de habitabilidad en calle por el consumo de sustancias psicoactivas.
- Obligar a los padres para que asistan a la escuela de padres como un requisito si quieren acceder a los servicios de salud y educación de tal forma que se garantice esta información.

Al deliberar con el equipo de análisis y hacer un análisis de lo que pasa con el consumo problemático de SPA y el espectro tan amplio de intervención se decidió

seleccionar lo siguiente como orientador de la toma de decisiones en la sala Decisiones:

Gráfica 7. Propuestas de respuesta frente a la prevención del consumo de SPA en la Subred Sur Occidente

Gráfica 8. Propuestas de respuesta frente al tratamiento o rehabilitación del consumo de SPA en la Subred Sur Occidente

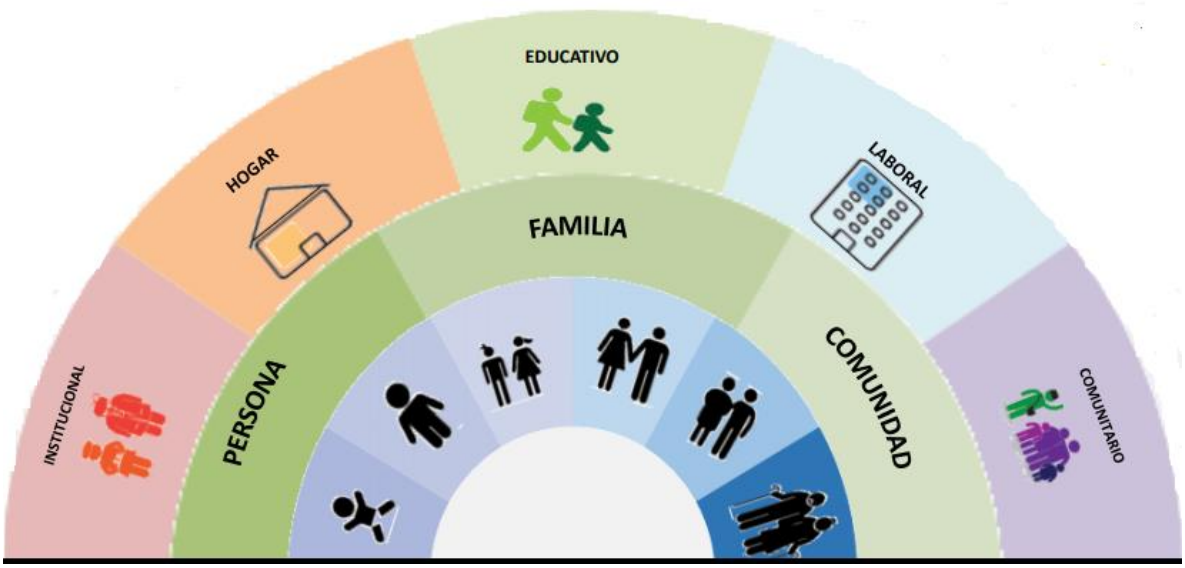


ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS

Las propuestas seleccionadas para el ejercicio de la Sala Situacional Decisiones fueron: Programa de Familias Fuertes, fortalecimiento del Centro de Atención a Drogodependientes -CAD Delicias-, Incluir en el sistema de vigilancia epidemiológica a VESPA dentro del componente de Salud Mental y las propuesta más importante y por la cual estará dedicada plenamente la Sala Situacional decisiones es el diseño del Modelo de Atención integral para el riesgo y trastornos manifiestos al consumo de SPA, de tal forma que se pueda dar curso a las etapas incipientes de la RIAS y se puedan empezar a dirigir recursos para intervenir la problemática de manera inmediata y con resultados.

Para entender la selección de las propuestas que serán analizadas y viabilizadas por los tomadores de decisiones, acudimos a un esquema establecido por el Ministerio de Salud en el encuentro de Regiones liderado por el Observatorio de Drogas en Colombia -ODC- en el Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS-, que permite identificar desde los determinantes sociales, los ordenadores de las atenciones a saber: entornos, destinatarios, momentos del curso de vida así como los actores involucrados en los que se debe desarrollar la RIAS.

Gráfica 9. Ordenadores de las atenciones para el consumo problemático de SPA, MSPS



Fuente: MSPS, presentación encuentro de Regiones liderado por el Observatorio de Drogas en Colombia -ODC- en el Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS, 2016

En este sentido, la primera propuesta va encaminada al entorno del hogar, el destinatario seria la familia y todos los cursos de vida estarían relacionados, resaltando el accionar en el momento de curso de vida adolescencia. Familias Fuertes es una intervención primaria, enfocada en un grupo específico: Preadolescencia y adolescencia temprana, por ser éste un período clave en el cual las conductas de riesgo se instalan o inician. La hipótesis del programa Familias Fuertes Amor y Límites es que el incremento de habilidades de comunicación entre padres e hijos puede prevenir la aparición de conductas de riesgo en los hijos adolescentes (2).

En la Unidad de Servicios de Salud Sur se realizó un pilotaje de este programa en las localidades de Kennedy y Puente Aranda con 85 familias que tuvieran los siguientes criterios de inclusión:

- Tener hijos entre los 10 y 14 años de edad.
- No tener historial familiar con consumo problemático de SPA.
- Que Ambos o uno de los padres tuvieran una fuente de ingresos económicos.
- El núcleo familiar debía contar con algunos factores protectores que se pudieran potencializar y fortalecer con el programa.

Se realizó en los meses de mayo a julio del año 2014 y se asignó un presupuesto de $80.182.563 y como principal resultado se obtuvo que las familias y la comunidad evidenciaron y reconocieron el consumo de Sustancias psicoactivas, como una problemática que es diaria y muy cerca a los menores y a todos los momentos de curso de vida, que puede destruir proyecto de vida cuando este consumo es problemático y lo más traumático los vínculos familiares, principal red de apoyo para tratar y rehabilitar un consumo. Aprendieron a reconocer que la solución más efectiva a este flagelo no está en los colegios, en las entidades de salud, en el Estado, o en los profesionales de la salud (Psicólogos, Trabajadores sociales, Médicos psiquiatras, etc.) sino en sus hogares y la comunicación asertiva dentro del mismo desarrollando habilidades para la vida.

Este programa aplicado a la Subred en un ejercicio continuo de seguimiento podría no sólo el consumo de SPA sino otro tipo de problemáticas que generan eventos de interés en salud pública como lo son los suicidios, los homicidios, el embarazo en adolescentes, entre otros, por lo que se propone retomar el programa.

Como segunda propuesta se encuentra incluir el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica para el consumo de SPA -VESPA- en la Subred, ya que quien lidera esta vigilancia es la Subred Centro Oriente y lo hace a nivel Distrital, además este actor es clave para la cuarta propuesta y de mayor intención para la Subred, que es el modelo de atención ya que VESPA no sólo puede ser un sistema de información que unifica y consolida la información epidemiológica sobre esta problemática, nacional y distritalmente, sino su alcance debe ser mayor siendo el principal orientador de los casos y debe llegar a la Subred, a las localidades y ojala a las UPZ. Será este subsistema quien permita hacer seguimiento a la propuesta del modelo.

La tercera propuesta está orientada al fortalecimiento tanto en infraestructura como en capital humano e insumos del CAD Delicias siendo este uno de los dos centros que tiene la ciudad para la atención a la drogodependencia, por lo que no solo atiende la demanda de la Subred, sino de la ciudad en general. Por lo que el equipo humano conformado por psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, trabajador social y un auxiliar deportivo debería fortalecerse en competencias y en cantidad. En la segunda entrega se ahondará en detalles sobre presupuesto y necesidades específicas.

La cuarta propuesta y en la que se centraran los esfuerzos del equipo Accvsye y la Subred es la del diseño del modelo de atención integral en salud a consumo de spa donde se implemente la RIAS. De acuerdo a la resolución 3202 de 2016 se adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS- a partir de la política de Atención Integral en Salud -PAIS-, en la obligatoriedad de esta resolución está el punto clave para que todas las instituciones se articulen con miras a disminuir la carga de enfermedad asociada al consumo de SPA.

El aumento del consumo de drogas ilícitas en Colombia obliga a fortalecer la atención integral desde la promoción de la salud hasta el tratamiento, para eso se implementan las RIAS en el caso de la población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones, ésta se encuentra en un tránsito ya que se está diseñando el modelo especifico de atención, sin embargo debe tenerse en cuenta que esta RIAS debe tener como fundamentos no solo el Plan Nacional para la Promoción de la Salud,

la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, sino la política de drogas que promulga el mejoramiento de la salud pública, contribuir a garantizar el desarrollo humano y las condiciones de seguridad y paz en los territorios, la reducción del delito asociado a las drogas, cultura de la legalidad y fortalecimiento del Estado de Derecho, la política de salud mental y el proceso de paz.

Lo que se pretende es integrar las acciones de los espacios de vida cotidiana, el componente de programas, VSP con la implementación de VESPA, el CAD Delicias, el Centro Floralia, los referentes de políticas de salud mental y de RUTAS, el equipo asistencial de la Subred, para eso se tiene programada a mediados de noviembre una unidad de análisis con todos los actores para diseñar la ruta de atención incluyendo todas las acciones que se hacen desde cada componente y mirando las potencialidades en la ruta de cada componente, así mismo, al implementar el diseño se debe garantizar la mesa técnica de salud mental de SPA de carácter obligatorio a todos los sectores, ICBF, Educación, Idipron, Cultura, Seguridad, Policía, y a los IPS privadas responsables de la atención del régimen contributivo.

La intención es poder proponer la ruta a nivel Central de tal forma que se pueda en próximas vigencias iniciar la RIAS para SPA, ya que la mayoría de recursos de estas propuestas parten de las intenciones y voluntades políticas de la SDS y del Ministerio.

A continuación, se presentan las propuestas seleccionadas para disminuir el riesgo del consumo de sustancias psicoactivas y mitigar el impacto que este consumo causa en la salud de las personas:

Tabla 44. Propuestas que serán socializadas con los tomadores de decisiones analizadas desde la Sala Situacional de Salud Mental 2017, Subred Sur Occidente E.S.E.

PROPUESTA	OBJETIVO
Estrategia Familias Fuertes	Dar continuidad, ya no como un pilotaje sino como una estrategia clave al programa para promover la salud y prevenir conductas de riesgos en adolescentes con intervención para padres y adolescentes de 10 a 14 años.

PROPUESTA	OBJETIVO
VESPA	La Subred debe contener en su equipo de vigilancia epidemiológica el sistema encargado de la vigilancia y control del consumo de SPA, siendo este actor clave para la implementación de la RIAS asociada a SPA
Diseño de atención específica al consumo de SPA	A partir del marco metodológico de la RIAS diseñar la atención integral en salud a las personas con riesgo o trastornos mentales manifiestos al consumo de SPA, para que sea aprobada e implementada
Fortalecimiento CAD Delicias	Ampliar la cobertura del CAD a través de la contratación de personal especializado, y el condicionamiento de las instalaciones para atender la demanda de los usuarios

Fuente: Equipo Accvsye, Salidas Sala Situacional Trabajo de Salud Mental, 2017

Como bien se analizó en la Sala Situacional Comando, en el componente 1 de la dimensión tres del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, se contemplan en el componente uno, seis metas relacionadas a la salud mental y el consumo problemático de SPA y en el componente dos se evidencian 10 metas, pero para efectos del seguimiento de las propuestas se focalizarán las siguientes metas que directamente inciden en las ya descritas en la Sala Comando.

Tabla 45. Metas específicas a las que impacta positivamente las propuestas planteadas en la Sala Situacional decisiones de Salud Mental 2017, Subred Sur Occidente E.S.E.

Metas sobre consumo de drogas	
Metas específicas	**Línea de base**
Aumentar a 50% la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados.	Promedio de 4,4. Cuartil inferior 4,0 (sobre una escala de 7).
Mantener por debajo de 5,5% la prevalencia - año de consumo de la marihuana en la población escolar.	5,2 (estudio de 2011).
Aumentar a 15,5 años la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas.	13,3 (estudio de 2011).
El 100% de municipios y departamentos del país desarrollan planes territoriales de reducción del consumo de SPA conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el MSPS.	33 entidades territoriales tienen planes integrales de atención al problema de las drogas.
Desarrollar el MIAS y **la ruta integral de atención para la población con riesgo** o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de SPA y adicciones en todo el territorio nacional.	Ruta integral de atención diseñada, validada y adoptada por Resolución 3202 de 2016.

Fuente: Equipo Accvsye, Salidas Sala Situacional Trabajo de Salud Mental, 2017

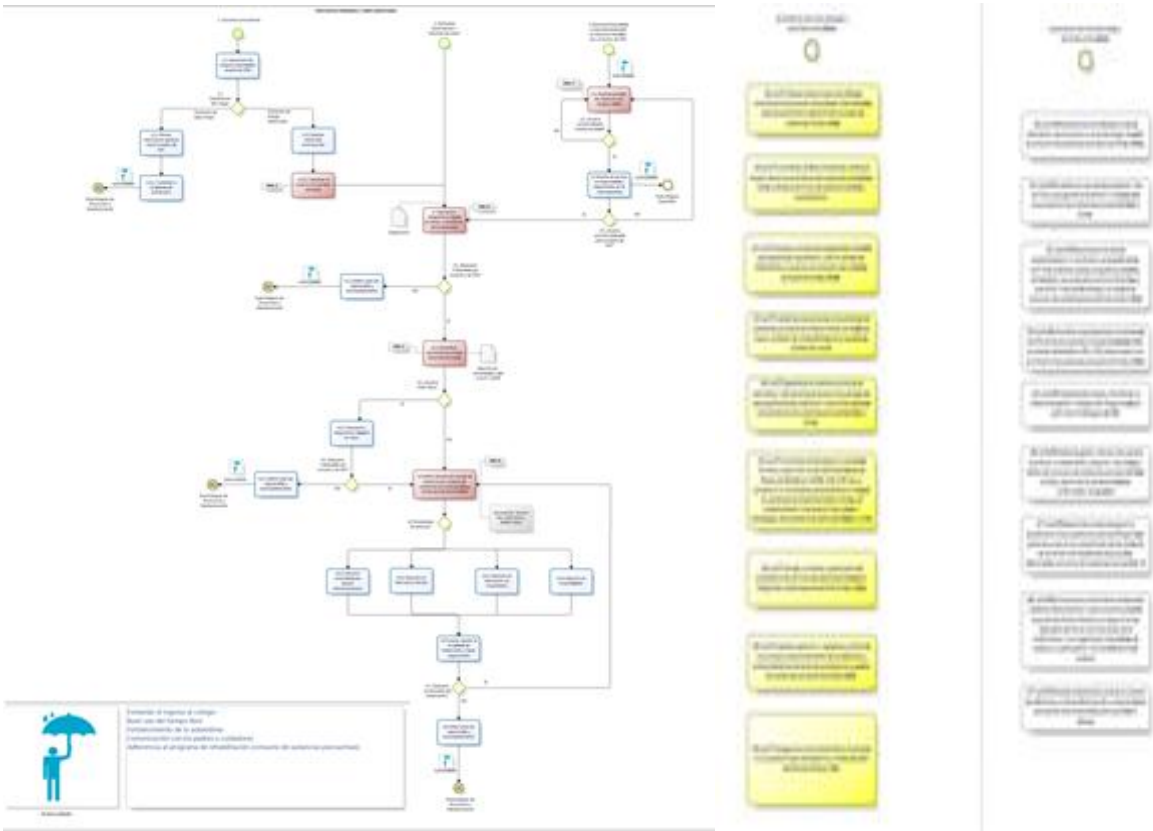
Las cuatro propuestas de respuesta generadas desde la Subred contribuyen a las metas anteriormente descritas y fortalecen la dimensión prioritaria de Convivencia Social y Salud Mental.

Estas propuestas en su forma más incipiente se analizaron a fondo en las unidades de análisis que se realizaron con el equipo de Accvsye y con el equipo técnico de salud mental de la Subred Sur Occidente E.S.E., por fuerza mayor no se pudo exponer ante los tomadores de decisión la propuesta sobre la ruta, debido a que no se cuenta actualmente con una coordinadora de salud pública, sin embargo, dejamos a disposición la ruta de tal forma que se pueda movilizar la propuesta a nivel central de ser necesario.

Es importante resaltar que el esfuerzo de la Subred está enfocado en proponer un modelo de atención que implemente la RIAS para el riesgo y trastornos manifiestos para el consumo de SPA, para esto a nivel interno se citaron los actores pertinentes quienes construirán esta propuesta de tal forma que sea nivel central quien viabilice este esfuerzo, por tener en ejecución la RIAS, de manera articulada y mostrando resultados que se puedan analizar desde diferentes perspectivas.

En la primera unidad de análisis que se realizó con el equipo de sociales de Accvsye se determinaron los puntos importantes que debían converger en la ruta, tales como la prevención y promoción, tratamiento, mantenimiento y seguimiento, se analizó el modelo propuesto a nivel nacional que indica lo siguiente:

Gráfica 10. Diagrama RIAS Trastornos asociados al consumo de spa, MSPS



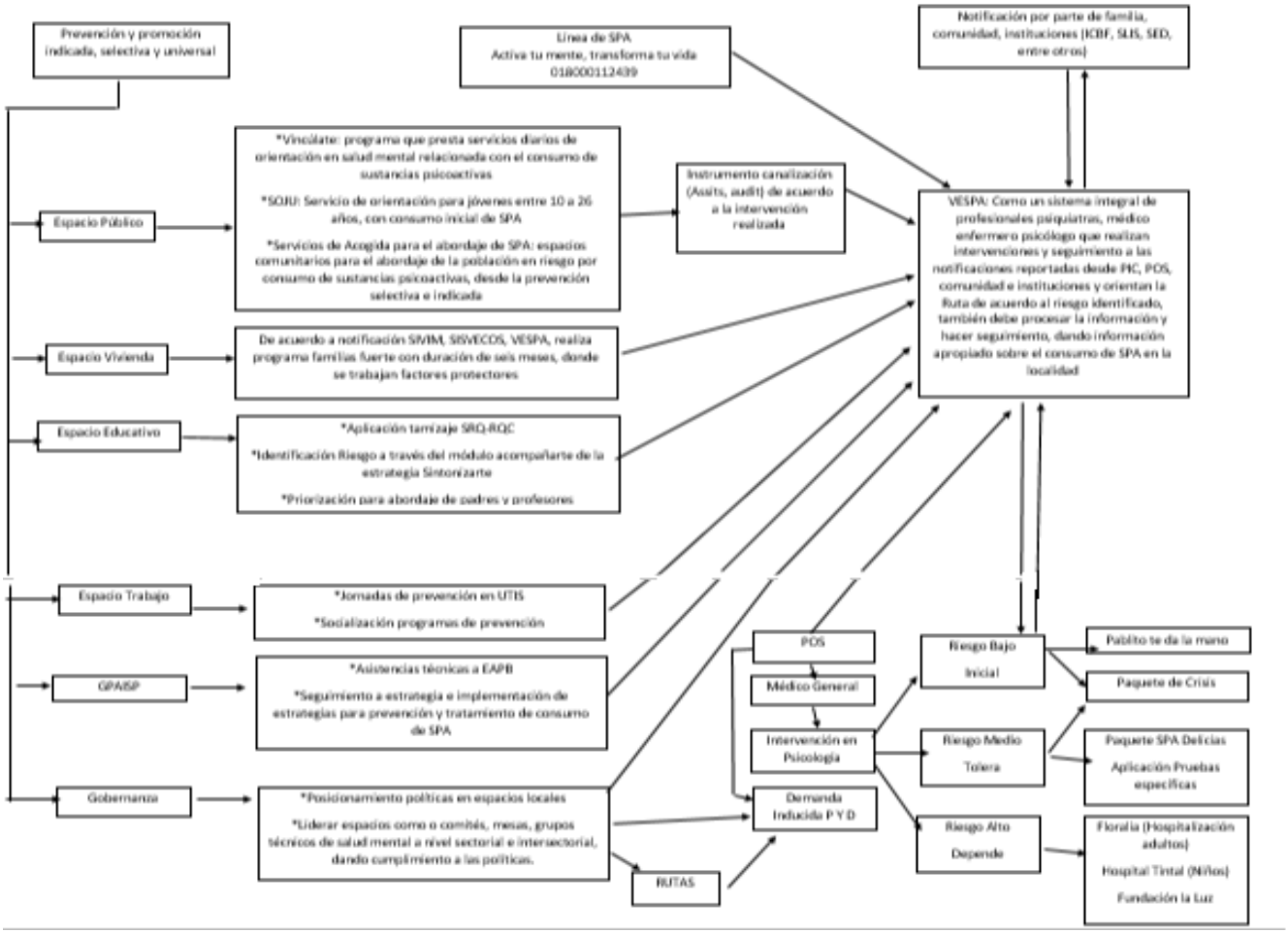
Fuente: RIAS Trastornos asociados al consumo de spa, MSPS

De las 51 intervenciones que plantea la ruta, 9 pertenecen al PIC correspondientes en su mayoría a la prevención y promoción, pero sus inconvenientes radican en la falta de gestión del riesgo por parte de las EPS, falta de recursos económicos, no hay disponibilidad de una batería de pruebas de tamizaje que abarque toda la población usuaria de SPA, falta de personal capacitado para entrenamiento en la realización de tamizajes, el tiempo destinado para las atenciones no permite la valoración integral y la identificación de múltiples aspectos de la salud asociados, entre otros.

Ahora bien, debe haber una articulación entre las acciones PIC, las acciones EAPB y las acciones intersectoriales, en ese sentido se planteó una unidad de análisis con el equipo técnico de salud mental de la Subred, de tal forma que pudiéramos plantear una ruta más sencilla, pero efectiva simulando la RIAS Nacional, el resultado de la unidad de análisis fue el siguiente:

Gráfica 11. Primer diagrama RIAS Trastornos asociados al consumo de SPA, propuesto por la Subred Sur Occidente E.S.E.

RUTA DE ATENCION INTEGRAL A SPA



En el ejercicio que se llevó a cabo con los psicólogos de POS, los espacios de vida cotidiana, los referentes de políticas de salud mental y SPA, GPAISP, VSP, tenía como objetivo identificar las acciones que se podían articular entre sí, dando lugar a la necesidad inminente que la Subred cuente con un subsistema de Vigilancia Epidemiológica sobre el Consumo problemático de SPA (VESPA), pero este subsistema además de ser local, debe no solo procesar información sino realizar intervenciones, el tamizaje que indique el riesgo individual, y oriente las acciones a seguir cuando se detecta el riesgo ya sea desde la promoción y prevención, desde el POS.

Es un subsistema que debe estar integrado por psicólogos, trabajador social, enfermera, técnicos, a su vez es necesario que este sistema se encargue de realimentar la respuesta a las instituciones que notifiquen y activar la ruta a través del referente de rutas cuando se trate de EAPBs privadas, y desde lo asistencial cuando compete al subsidiado.

La salud Pública se ubica desde la promoción y prevención, pero es necesario que se conozca qué se presta y cómo se puede adquirir los servicios así mismo armonizar las acciones de PIC-POS de tal forma que se pueda dar respuesta efectiva y seguimiento. Si bien es cierto, la ruta anteriormente descrita, fue un acercamiento a las acciones que actualmente se están realizando en la Subred y un posible aterrizaje de lo que podría ser una RIAS en lo local, desde el territorio y las dinámicas que confluyen en las personas con riesgo de consumo de SPA, es importante que se tenga en cuenta desde el nivel central la propuesta ya que de esa forma se pueden orientar mejor los recursos para implementarla.

La primera propuesta enfocada en familias fuertes, se incluye en la ruta desde el Espacio de vida cotidiana Vivienda, ya que desde esta vigencia se está trabajando un programa con familias, lo que se debería repensar es, acoger la metodología de la OPS tal como se dispone para tener mayores resultados en el ejercicio de intervenirlas desde factores protectores y habilidades para la vida.

Para el mes de enero se propone como parte del seguimiento dos reuniones con tomadores de decisiones para realizar los respectivos ajustes a la RIAS local y su instructivo, ya que será esta ruta de forma incipiente quien oriente el accionar de la Subred ante el consumo problemático de SPA.

Para la Ruta es esencial que este VESPA, si se logra desde local ya estaríamos respondiendo a la segunda propuesta y respecto al fortalecimiento del CAD Delicias, de acuerdo al abordaje se puede pensar en fortalecer articulando las acciones con la RIAS local de SPA, de tal forma que se definan las necesidades desde el centro de acuerdo a los requerimientos de la población y las canalizaciones al Centro.

CONCLUSIONES

La problemática priorizada en la Subred es un factor importante en la generación de otros problemas que afectan la salud mental tales como la violencia, la depresión, conductas suicidas, entre otros problemas, el hecho que adolescentes y jóvenes consuman a temprana edad es un factor de riesgo para la realización del proyecto de vida ya que cuando este consumo se vuelve problemático, genera rechazo de la sociedad, ruptura de vínculos familiares, se disminuye el rendimiento en el trabajo y el estudio.

Muchas de las problemáticas sociales que afectan a la población se relacionan directamente con afectaciones mentales, el sistema de salud no está preparado para atender a la población de forma oportuna y efectiva, lo que indica que una vez más la población que aún no percibe el problema de salud mental como algo cotidiano que altera cualquier patrón de conducta y puede conllevar al deterioro de la salud de las personas, se encuentra desprotegida.

El país actualmente está pasando por un proceso de movimiento social importante a partir del acuerdo de paz y la desmovilización con las FARC, sin embargo, aunque se llegue a acuerdos para la radicación de la droga, el problema en si no es la droga, sino la forma como se consume y si distribuye, en este sentido es necesario y urgente que el Estado realice una inversión social importante, para que las instituciones puedan responder ante el Posconflicto, así como los hogares puedan criar a sus hijos en ambientes sanos con una disminución al riesgo y el apoyo constante del sector educativo y salud.

Si bien, hay un importante avance en el diseño de la implementación de las RIAS en el país, están tan solo están en el diseño cuando la problemática del consumo de SPA cada vez se acrecienta y lo que es peor en edades muy tempranas, siendo un evento importante para la salud pública y una de las primeras causas por las que el tejido social se deteriora de manera vertiginosa.

Desde la Subred se pretendió diseñar un modelo de atención integral a los problemas de salud mental en específico, el riesgo o los trastornos asociados al consumo de SPA, pero es de saber que si no se tiene una aprobación por parte de los tomadores de decisiones en los niveles centrales, tales como el Ministerio y la Secretaria, no se podrá hacer más que el diseño, viendo aún como acciones que

actualmente se están implementando podrían potencializarse si se articulan a través del modelo propuesto para la ejecución del RIAS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría Distrital de Salud.*Sala Situacional - Análisis de Salud y Gestión del Conocimiento.* Bogotá : s.n., 2017.
2. —. *Lineamientos política pública de Juventud, Componente 1 de Gobernanza.* Bogotá : Secretaría Distrital de Salud, 2017.
3. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [En línea] 2017. [Citado el: 05 de 06 de 2017.] http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
4. APTA Salud. *Información y prevención de drogras.* [En línea] [Citado el: 05 de 06 de 2017.] http://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=&start=4.
5. Secretaría Distrital de Salud. *Estufio de consumo de sustancias psicoactivas de Bogotá.* Bogotá : s.n., 2016.
6. Salud, Secretaria Distrital de. *ANEXO 3. Estratégia de Sala Situacional .* Bogotá : s.n., 2016.
7. Salud, Secretaría Distrital de. Ficha operativa, Análisis de situación de salud y sus anexos técnicos. Bogotá : s.n., 2015.
8. Organización Mundial de la Salud. [En línea] [Citado el: 15 de 03 de 2016.] http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.
9. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Vigilancia alimentaria y nutricional en las Américas.* Washington, D.C : OPS/OMS, 1989.
10. Organización Mundial de la Salud. *Estadísticas sanitarias mundiales.* Nueva York 2012 : Publicaciones OMS, 2012.
11. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo.* Roma : FAO, 2004.
12. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [En línea] http://www.un.org/es/millenniumgoals/.
13. Organización Mundial de la Salud. [En línea] [Citado el: 19 de 05 de 2017.] http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
14. Social, Ministerio de Protección. *Lineamientos de politica de salud mental para Colombia.* Bogotá : Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social, 2005.
15. Salud, Secretaría Distrital de. *Guía operativa Sala Situacional de Salud Mental.* Bogotá : s.n., 2017.

16. Foucault, Michel. *Historia de la Locura en la época clásica.* México D.F. : Fondo de Cultura Económica, 1986.
17. —. *Vigilar y Castigar, nacimiento de la prisión.* México : siglo veintiuno editores, 2005.
18. *La Salud Mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960 - 2012.* Ardón Centeno, Nelson y Cubillos Novella, Andrés. Bogotá : Pontificia Universidad Javeriana, julio de 2012, Gerencia y Políticas en Salud, págs. 12-38.
19. OMS Organización Mundial de la Salud. *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país.* s.l. : OMS Organización Mundial de la Salud, 2011.
20. Organización Mundial de la Salud. www.who.int. *www.who.int/mediacentre/factsheets/fs389/es/.* [En línea] Abril de 2017. [Citado el: 31 de Mayo de 2017.]
21. Congreso de Colombia. *Ley No. 1616 del 21 de Enero de 2013.* Bogotá : s.n., 2013.
22. Instituto Nacional de Salud. La salud mental en Colombia. *Biomédica.* Diciembre de 2013, Vol. 33.
23. Mussen, P. H., Conger, J. J. y Kagan, J. *Child Development and Pesonality.* [trad.] Traducción al Castellano: Desarrollo de la Personalidad del Niño. México : Trillas, 1982.
24. *Transtornos del desarrollo, discapacidad y necesidades educativas especiales: elementos psicoeducativos.* Parra, Diego Jesús Luque. 3-4, México : s.n., 2009, OEI - Revista Latinoamericana de Estudios Educativos, Vol. XXXIX, págs. 201 - 223.
25. Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021.* Bogotá : s.n., 2012.
26. Secretaría Distrital de Salud. *Plan Territorial de Salud para Bogotá, D. C., 2016 - 2020.* Bogotá : s.n., 2017.
27. Hospital Pablo VI Bosa. *Diagnóstico Local 2014.* Bogotá : Secretaria Distrital de Salud, 2015.