

Resultados de la Encuesta

“Voces sin indiferencia:
Experiencias y reflexiones en la
atención en salud mental”.



Creando Lazos de Confianza
Asociación Colombiana de
Personas con Esquizofrenia
y sus Familias

Proyecto:
"Derecho a la
atención, tratamiento
idóneo y oportuno en
trastornos mentales”.



**Voces sin
Indiferencia**

Junio de 2021

Resultados de la Encuesta “Voces sin indiferencia: experiencias y reflexiones en la atención en salud mental”.

Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y sus Familias - ACPEF

Proyecto: "Derecho a la atención, tratamiento idóneo y oportuno en trastornos mentales”.



Creando Lazos de Confianza
Asociación Colombiana de
Personas con Esquizofrenia
y sus Familias



GLORIA NIETO DE CANO

Presidenta - Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y sus Familias ACPEF

Documento elaborado por: Equipo Profesional ACPEF - Junio 2021¹

¹ ACPEF. Equipo de trabajo conformado por profesionales del Derecho, Psicología, Enfermería y Gestión Documental con formación y experiencia en salud pública, salud mental y la atención directa a personas con trastornos en salud mental.

PRESENTACIÓN

La Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y sus Familias ACPEF, en cumplimiento de su misión orientada a acoger y acompañar a las personas con esquizofrenia y sus familias en el marco de un modelo de recuperación psicosocial comunitario, propone conocer cómo se viven los derechos en salud mental por parte de los y las usuarias del sistema de salud de Colombia, por las personas con trastorno mental diagnosticado, por lo cual realizó la presente encuesta en tiempos de Covid-19: ***“Voces sin indiferencia: experiencias y reflexiones en la atención en salud mental”***, dentro del Proyecto: ***“Derecho a la atención, tratamiento idóneo y oportuno en trastornos mentales”***.

Nos complace compartir los resultados de la misma, los cuales nos permiten conocer datos importantes de análisis desde la mirada de quienes, estamos al otro lado de la mesa, siempre con el ánimo de aportar a todos los actores interesados como, los entes Reguladores de Salud, EPS, IPS, y muy especialmente a las personas con trastornos mentales, sus familias y la comunidad en general.

Son muchas las preguntas que nos hacemos frente a las oportunidades de atención y la insatisfacción general que se recoge en las inquietudes planteadas por las familias, en el día a día, en las atenciones o en las dificultades de acceso a las atenciones en salud mental que marcan como consecuencia un sufrimiento adicional al ya existente por la condición de salud. Conocemos, como atenciones previstas en el Plan básico de salud- PBS, no son conocidas por los y las usuarias o no son ofertadas por las EPS, prestadores y equipos de salud. Por lo anterior indagamos sobre la atención en salud mental que ofrece el sistema de salud en términos de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y satisfacción de los y las usuarias; se exploró cómo reciben la información y orientación sobre su diagnóstico y tratamientos. Así también, sobre el rol de la familia y las relaciones de apoyo, la participación en algunas acciones de psicoeducación, ofertas farmacológicas, opciones de rehabilitación y algunas oportunidades para la resiliencia. Y las preguntas surgen, toda vez que, existe la Política Nacional de Salud Mental y legislación importante encaminada a la protección de los derechos en salud mental que no se refleja todavía de manera integral en las vidas de las personas.

La encuesta fue diseñada y aplicada a través de formato digital de libre acceso. Se configuró considerando asuntos clave y de rápida indagación cuyo eje central fueron los atributos y componentes de la atención en salud y específicamente los servicios orientados a la atención en salud mental. Se logró una amplia participación de personas en todo el país, logrando validar 1049 que confirmaron contar con diagnóstico en salud mental y específicamente en los trastornos de esquizofrenia, trastorno bipolar -TBP-, depresión y ansiedad, definidas como centro de esta exploración.

El principal interés en la realización de este proyecto desde la Asociación - ACPEF- como una organización de la sociedad civil con 20 años de experiencia en el trabajo con personas con trastorno mental, especialmente esquizofrenia y sus familias, consistió en obtener información directamente de las personas con diagnóstico en su rol como usuarios/as del sistema de salud, tanto de quienes pertenecen a diferentes organizaciones de personas con trastorno mental y de quienes no pertenecen a ninguna, y se encuentran en diferentes partes del país. Así mismo, motivar a la reflexión sobre la demanda , uso y beneficio de los diferentes servicios y pensar en

aquellos como psicoeducación y rehabilitación psicosocial desconocidos para la mayoría y definitivos de acuerdo con nuestra experiencia en los procesos de recuperación y calidad de vida.

En una evaluación general de los resultados, vale resaltar lo que se considera como muy importante para las personas, contar con la atención en salud mental dentro del sistema de salud. Conociendo que dentro de toda la oferta de servicios, las atenciones mayormente referidas son las consulta por psiquiatría y psicología, así como, el tratamiento farmacológico, es decir lo básico o lo mínimo para su tratamiento, apoyo y acompañamiento. Esta información constituye una llamada en dos sentidos: mantener en aumento la oferta de los servicios de atención en salud mental e incentivar a la demanda de los mismos por parte de quienes aún no se deciden a consultar o no tienen fácil acceso por diferentes razones. La depresión y la ansiedad marcan dentro de los diagnósticos el mayor número de personas afectadas y reportados como diagnósticos únicos. La tendencia es ya conocida y documentada e igual resultado da en nuestra encuesta. Aquí la pregunta es cuál puede ser la respuesta frente a esta situación. Cómo vamos a asumir y a aportar en el acceso y la mejora de la calidad de la atención integral de tantas personas con depresión y ansiedad, necesitadas de respuestas efectivas e innovadoras, tanto a nivel personal como social por el mayor impacto en el post COVID. La mayoría adultos jóvenes de acuerdo con la encuesta que conforman la fuerza de desarrollo del país.

Igualmente, encontramos la necesidad de información y orientación que demandan los y las usuarias, mayor conocimiento y formación sobre su diagnóstico e involucramiento de la familia en un trabajo sistémico. Tradicionalmente las organizaciones sociales en salud mental hemos trabajado en esta línea de psicoeducación. No obstante que la mayoría de los y las encuestadas no pertenecen a las asociaciones o a grupos de apoyo, sí recomiendan como altamente importante la vinculación a Asociaciones o Grupos de Apoyo. Construir las redes en la participación social como lo dispuso la Ley 1616 de salud mental del 2013 con el fortalecimiento de las organizaciones, en el trabajo de la red comunitaria como factor integrante del sistema de salud, debe avanzar aunando esfuerzos y ampliando la cobertura favoreciendo la promoción y prevención en salud mental.

La salud mental es un trabajo de toda la comunidad.

ENCUESTA “VOCES SIN INDIFERENCIA:

EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES EN LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL”. ACPEF

Tabla de Contenido

PRESENTACIÓN

		INTRODUCCIÓN
I.		ANTECEDENTES Y OBJETIVOS
II.		PRESENTACIÓN DE RESULTADOS: DESCRIPCIÓN
	2.1.	Características Socio demográficas
	2.2.	Sufrimiento emocional
	2.3.	Tratamiento
		2.3.1. Accesibilidad
		2.3.2. Oportunidad
		2.3.3. Continuidad e integralidad
		2.3.4. Satisfacción
		2.3.5. Innovación en salud mental
		2.3.6. Aproximación a los resultados de la atención en salud mental
III.		DISCUSION Y REFLEXIONES
	3.1.	El acceso al tratamiento
	3.2.	Sufrimiento emocional y los logros percibidos de la atención en salud mental
	3.3.	Los vínculos y las relaciones: percepción del apoyo social y emocional de las personas con trastorno mental.
		CONCLUSIONES
		REFERENCIAS

INTRODUCCIÓN

El aislamiento en esta época de emergencia sanitaria afecta la salud mental de todas las personas. Las personas con trastornos mentales viven la emergencia con mayor dificultad por sus limitaciones en habilidades sociales, que se convierten en un factor negativo en los procesos de recuperación y adaptación a las nuevas circunstancias.

En este marco, la Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y sus Familias - ACPEF desarrolló una encuesta de satisfacción y experiencias en la atención en salud mental, en el marco del proyecto "***Derecho a la atención, tratamiento idóneo y oportuno en trastornos mentales***", como parte de la gestión de la sociedad civil organizada, para mantener y exigir la atención integral en salud mental asegurando la calidad de la misma, especialmente por los impactos conocidos en la situación de pandemia.

Así, los y las beneficiarias de esta encuesta son: Las personas con trastorno mental y sus familias, actores institucionales (Entes Reguladores de Salud, EPS, IPS), y comunidad en general.

A continuación, se exponen los objetivos de la encuesta, el marco conceptual y de política pública, el diseño metodológico de la encuesta, los resultados de la misma, la discusión, reflexiones y conclusiones.

I. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

La encuesta "**Voces sin Indiferencia: experiencias y reflexiones en la atención en salud mental**", se realiza por iniciativa de la Asociación Colombiana de Pacientes con Esquizofrenia - ACPEF - como parte del cumplimiento de su propósito de conocer y acompañar a las personas y a sus familias en el proceso de reconocimiento, recuperación e inclusión.

El propósito es Indagar sobre la satisfacción y experiencias en la atención en salud mental de personas con **trastorno mental** diagnosticado, específicamente **esquizofrenia, depresión, ansiedad y trastorno bipolar**. Incluye personas que han tenido una crisis o uno de estos eventos de salud mental por primera vez durante los últimos 12 meses.

En este marco, pretende responder a cuatro (4) objetivos específicos:

- (1) Indagar sobre la calidad de la atención en salud mental que ofrece el Sistema de salud en términos de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y satisfacción del /la usuario/a desde el punto de vista de las personas con trastorno mental.
- (2) Reconocer información y orientación que recibieron las personas con trastorno mental y sus familias, y el /los actores que la brindan.
- (3) Identificar la búsqueda de ayuda y la respuesta del Sistema de Salud en situaciones de salud mental, caracterizando especialmente: (i) servicios de consulta externa general y especializada (ii) hospitalización (alta o egreso hospitalario); (iii) las modalidades de atención específicamente telemedicina; (iv) grupos de apoyo y ayuda mutua, y dispositivos comunitarios.
- (4) Reconocer la presencia de sufrimiento psíquico y las estrategias de resiliencia implementadas por las personas con trastorno mental y sus familias.

La problemática que se pretende reconocer a partir de esta indagación, implica la comprensión del proceso de atención a las personas con trastornos de salud mental en este último año que fue marcado por la emergencia sanitaria provocada por el COVID 19. Y pretende indagar y conocer sus experiencias en torno a sus condiciones y situaciones particulares.

Sobre el **marco de referencia**: Se consideran como marco de referencia conceptos básicos asociados a (i) *la Calidad de la Atención en Salud* que da cuenta de los procesos de provisión de servicios de salud orientados desde la apuesta actual de la integralidad de la atención orientado a lograr adhesión, satisfacción y mejora de las condiciones de los pacientes (Decreto 1011/2006 incorporado en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud 780 de 2016).

(ii) *Salud Mental y Sufrimiento Emocional*, siendo el primero derivado de la concepción de Salud Integral que asume la integralidad de las dimensiones del ser humano y considera su proceso de desarrollo y la salud como fundamentales para el logro de bienestar físico, mental y social. Desde esta perspectiva la Salud Mental se concibe 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...” (MSPS, 2013). Ahora bien, el *sufrimiento emocional*, se asume como una condición interna en este caso asociada a las características y condiciones que genera un evento de salud mental. Se concibe como una “sensación subjetiva por parte de una persona de que su bienestar físico o mental se halla ausente o mermado, de modo que no puede desenvolverse con normalidad en la vida diaria” Informe Hasting (2004).² Es decir este malestar o sufrimiento emocional, afecta “la capacidad de una persona para perseguir sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en contextos sociales y laborales habituales”. Este sufrimiento emocional, implica dolor que es subjetivo y real, y así, el dolor emocional, puede decirse duele igual que el dolor físico. Algunos estudios como los relacionados con neuroimagen (Jaffe, 2013), afirman que las regiones implicadas en procesamiento del dolor físico son las mismas que las dolor emocional y la angustia social. Este dolor es una experiencia subjetiva e invisible, a diferencia del dolor físico. Pero incluso se asocia con éste y puede generar una sensación generalizada de malestar que descompensa distintas dimensiones de la persona. Desde esta perspectiva, se asume como una categoría importante a reconocer en esta indagación, en tanto, el último año por causa de la pandemia, aumentaron situaciones y eventos o crisis de salud mental, tanto problemas como trastornos, y estos últimos sin un adecuado acompañamiento o tratamiento, pueden haber agudizado o complejizado esta sensación subjetiva y permanente de dolor, implicando tanto a las personas como a sus familias.

En contraste (iii) *La resiliencia*, se asumió como otra categoría de estudio, considerándola como aquella expresión de fuerza y la capacidad para resistir, sobrellevar, superar y recuperarse de situaciones y condiciones adversas. En este sentido, ha cobrado relevancia en el campo de la salud

² Citado en Generalitat Valenciana (2012). Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en atención primaria, disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Malestareemocionalmanualpractico.pdf>

y en la salud mental que implica una comprensión amplia de variables que incluyen capacidades que aportan al desarrollo y potenciación de la vida personal, los logros y realizaciones personales, a pesar de situaciones y contextos o eventos extremos.

Y finalmente (iv), *el tratamiento y la rehabilitación en salud mental*, que implica el reconocimiento de la distribución óptima de los servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad, integrados entre sí, articulados con dispositivos institucionales de tipo comunitario, así como con iniciativas de base comunitaria, de sociedad civil y de autocuidado.

El **diseño y aplicación de la encuesta** fue abierta en formato digital de libre circulación a nivel nacional. Se consideró el abordaje en tópicos específicos del campo de la salud mental, instando en primer lugar al reconocimiento de la información sociodemográfica y la caracterización de los y las participantes, considerando también la identificación de las dimensiones que caracterizan la atención de los servicios de salud mental y algunos datos sobre la valoración y percepción del estado emocional, el curso de eventos de salud mental de los y las participantes, en particular para el periodo del último año, así como el marco de relaciones de apoyo familiar y social asociado.

La encuesta se aplicó en total a 1049 personas, provenientes de todo el país.

Se elaboró un formulario con 48 preguntas asociadas con los tópicos de indagación señalados en los objetivos de la encuesta, siendo trece (13) referidos a datos de caracterización sociodemográfica, treinta (30) sobre tratamiento, y cinco (5) de sufrimiento emocional. Ver formato en Excel con la propuesta de preguntas y sus opciones de respuesta:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Ec_USrg41sJ8dhDNgQBWDnRNxL5Ai4xk/edit?ts=6070c4ab#gid=2065003374

En el proceso de diseño del mismo, se realizó un grupo focal para la revisión del cuestionario en marzo 2021 que contó con la participación de 21 personas con diagnóstico confirmado de trastorno mental asociado a la Esquizofrenia, la Depresión, Ansiedad, Trastorno Bipolar y Trastorno Obsesivo Compulsivo entre otros. Varios de ellos y ellas participantes en Asociaciones de personas con trastornos y sus familias como ACPEF.

Previa a la aplicación final, se hizo una prueba piloto inicialmente con 30 participantes que luego se amplió a 60, a partir de la cual se hicieron algunos ajustes en los descriptores/opciones a propósito del tiempo de respuesta y la frecuencia de salto de preguntas, entre otros. La versión final de la encuesta se instaló en Facebook a través del link <https://bit.ly/3sbfiTQ> para su divulgación libre y abierta, y así mismo a través de la Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y sus Familias el diligenciamiento con asociados/as, aliados/as y demás organizaciones del Nodo Comunitario de Salud Mental y Discapacidad Psicosocial.

II. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS: DESCRIPCIÓN

La recolección se llevó a cabo entre el 22 y el 29 de abril del año 2021. Teniendo en cuenta que el formato online permite el acceso amplio, se realizó un proceso de depuración de las encuestas diligenciadas. La siguiente tabla muestra el proceso de depuración:

En total se logró la participación de 2484 personas que diligenciaron la encuesta. Siendo validadas 1049 (42%) del universo en cumplimiento de los criterios principales como contar con diagnóstico confirmado en trastornos mentales asociados a la esquizofrenia, depresión, ansiedad y trastorno bipolar.

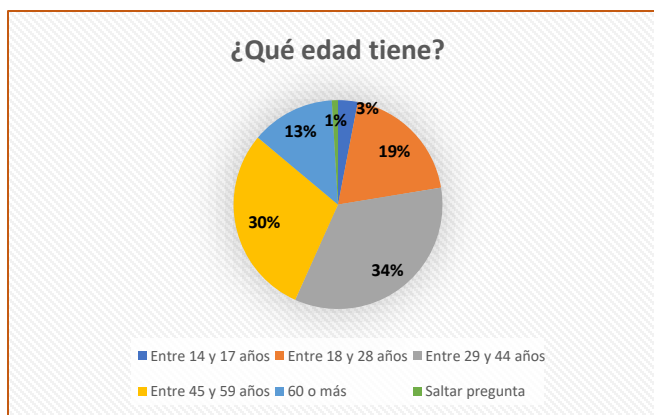
Encuestas	Encuestados %
Total Recolectadas	2484 (100%)
No Diagnosticadas	1419 (57.1%)
Duplicadas	9 (0.4%)
Menos de 25 min	7 (0.3%)
Validas	1049 (42%)

2.1. Características Socio demográficas

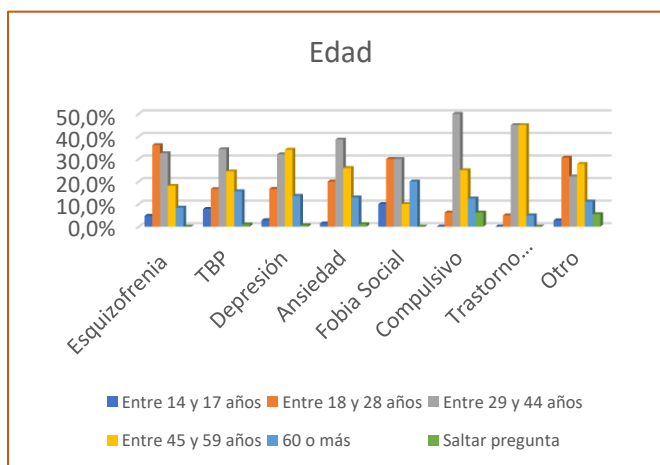
Las características sociodemográficas de los y las participantes en la encuesta se muestran a continuación:

Edad de los /las participantes de la encuesta

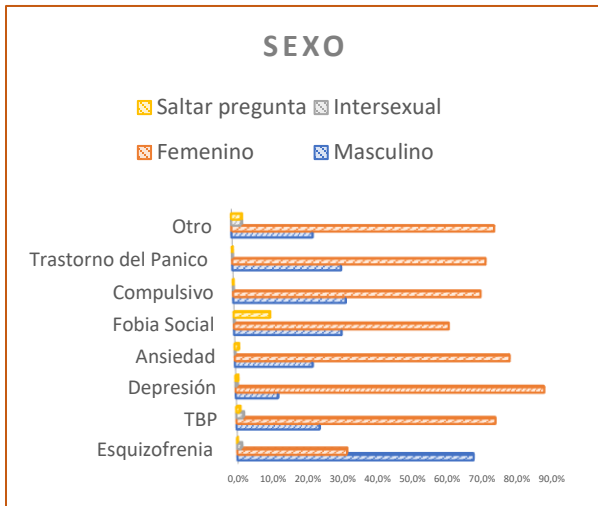
En cuanto a la edad de los /las participantes, predominó el grupo entre los 29 y 44 años con un 34%, seguido del grupo entre los 18 y 28 años con un 30%. Siendo un 19% para el grupo entre los 45 y 59 años, un 3% para personas adultas mayores y un 13% para el grupo entre los 14 y 17. En este punto vale la pena anotar que los y las adolescentes y jóvenes, acuden menos a redes como Facebook en la que circuló la encuesta-, prefiriendo otras opciones como Instagram o TikTok (se profundizará en el acápite de discusión).



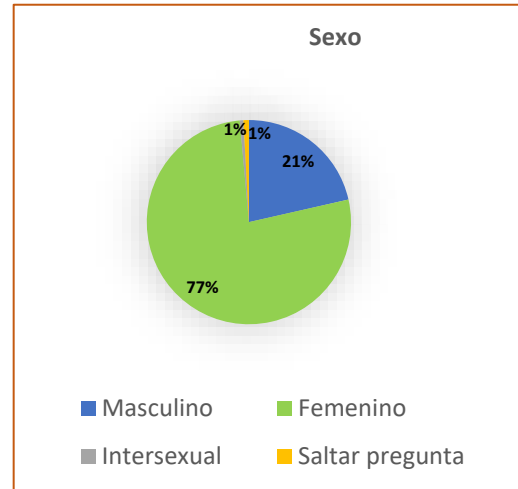
Observando la tendencia de los/las participantes de acuerdo a su edad, discriminado por tipo de diagnóstico se observa predominancia entre 18 y 28 años para esquizofrenia e incluso entre 29 y 44 años. Siendo para depresión el mayor grupo entre 29 y 44 años, y entre 45 y 59 años. En Trastorno Bipolar -TBP y Ansiedad, la predominancia la marca entre 29 y 44 años.



Distribución por sexo

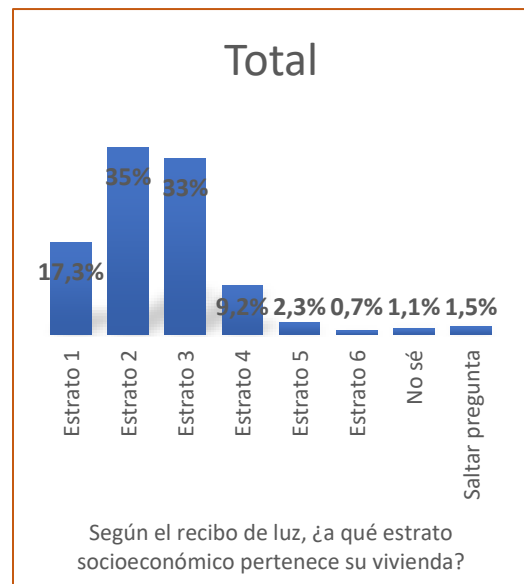
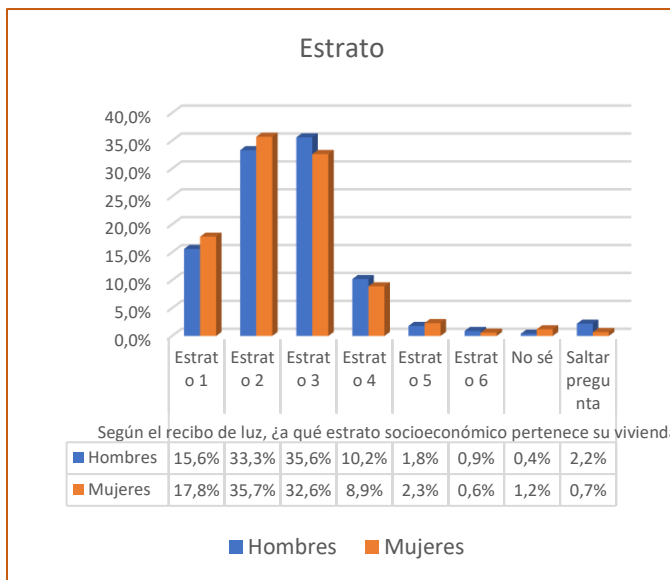


En el total de los/las participantes, el sexo femenino predomina en el diligenciamiento de la encuesta con un 77% mientras que los hombres participaron en un 21%.



Y cruzando estos resultados del tipo de diagnóstico se observa para todos los casos la predominancia del sexo femenino, indicando disposición de las mujeres en el diligenciamiento de este tipo de consultas.

Estrato socio económico



Las personas encuestadas según reporte, pertenecen de manera predominante a Estratos 2 y 3: siendo 35% estrato 3, seguido del estrato 2 con 33%, Estrato 1 con 17.3%, Estrato 4 con 9.2% y el Estrato 5 con 2,3%. Mientras que el estrato 6 está en menos de 1%. El salto de preguntas y el No sé están sobre el 1,5% y 1.1%, respectivamente.

Ubicación urbano / rural

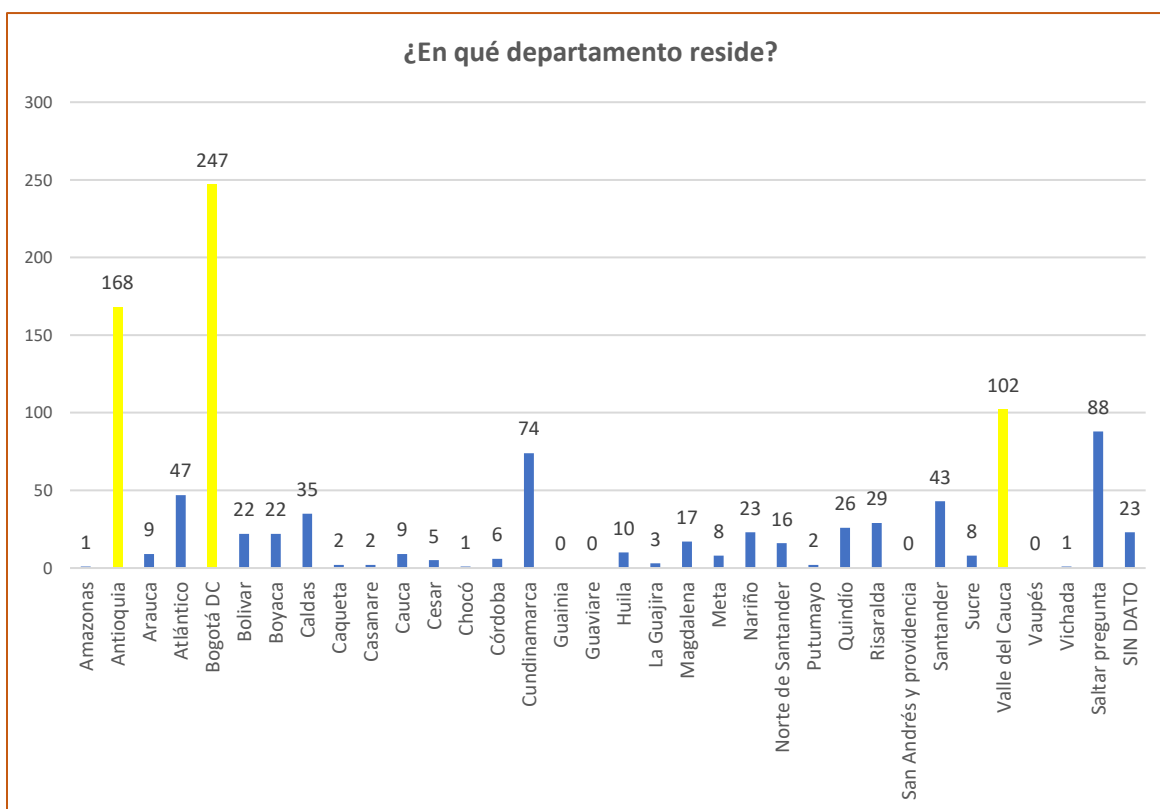


De las personas encuestadas el 87% refiere vivir en área urbana y el 12% en área rural.

Departamentos	Encuestados %
Bogotá, D.C.	247 (24.1%)
Antioquía	168 (16.4%)
Valle del Cauca	102 (9.9%)
Cundinamarca	74 (7.2%)
Otros	458 (43.7%)

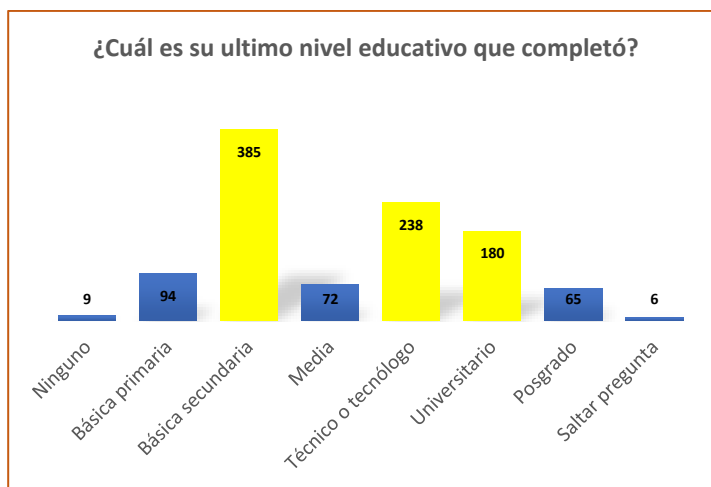
Ubicación geográfica

La encuesta contó con una participación a nivel nacional. Se resaltan las ciudades y departamentos como Bogotá, Antioquía, Valle del Cauca y Cundinamarca principalmente. Sin embargo, es valioso anotar la participación en regiones como Vichada y Amazonas, entre otros.

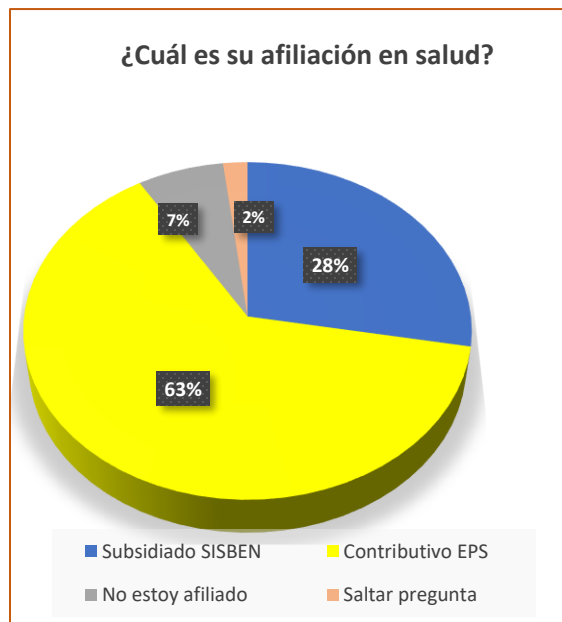
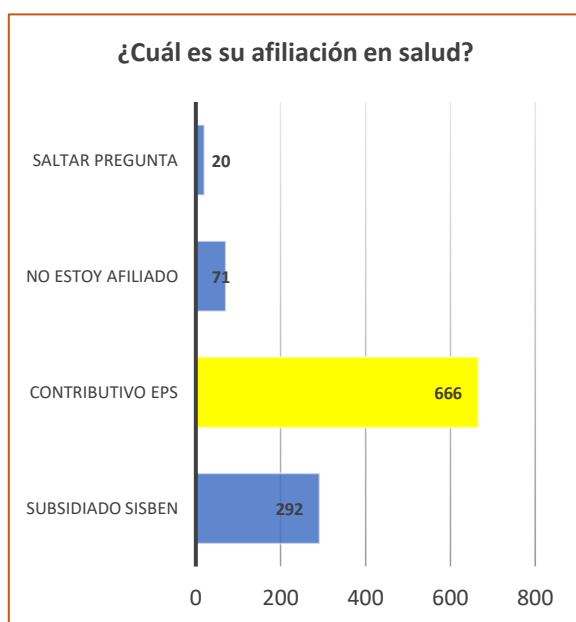


Nivel educativo de los/as participantes

Predomina logro en la básica secundaria con un 37%, seguido de un 23% en el nivel técnico o tecnólogo, un 17% universitario y un 6% puntúa nivel de posgrado. Un porcentaje menor reporta básica primaria con un 9% y educación media con un 6.9%



Estado de afiliación

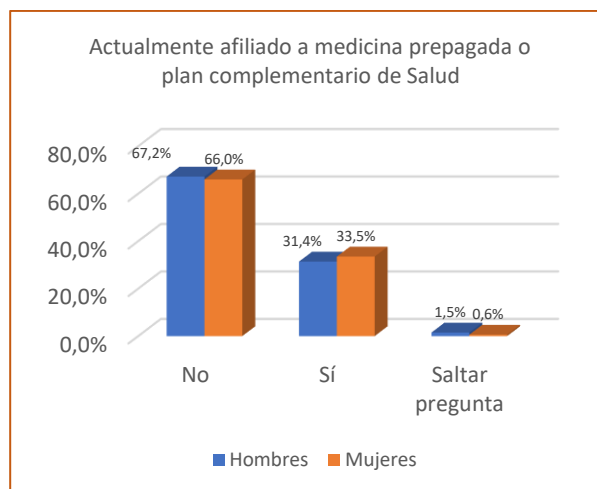


Respecto a la afiliación se encuentra mayor número de personas que refieren vinculación al régimen contributivo en un 63%, seguido del régimen subsidiado en un 28% con un 7% que reporta no estar afiliado al sistema de seguridad social en salud; esta última situación a estudiar.

Afiliación a medicina prepagada o plan complementario

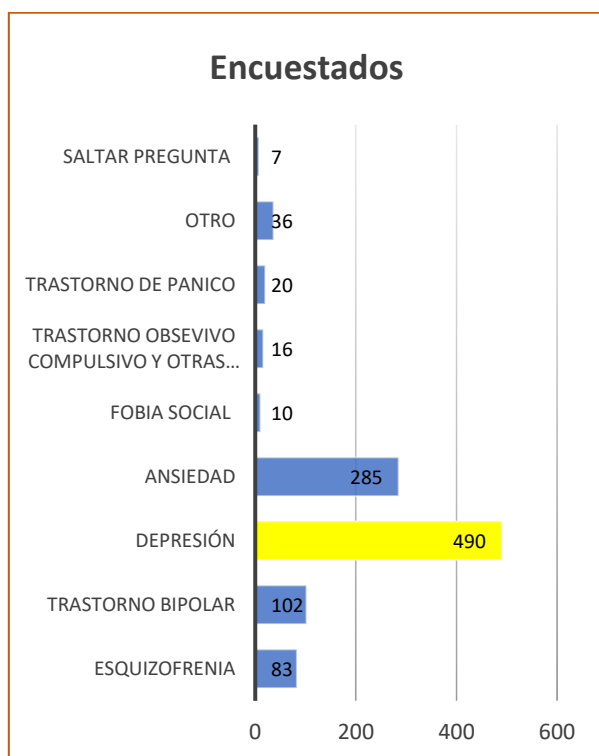
En total el 66% de las personas refieren No estar afiliadas a este tipo de planes: en un 67% hombres y mujeres en un 66%.

Reportan estar afiliados/as a plan complementario o medicina prepagada, un 33,5% y un 31,4% de mujeres y hombres, respectivamente.



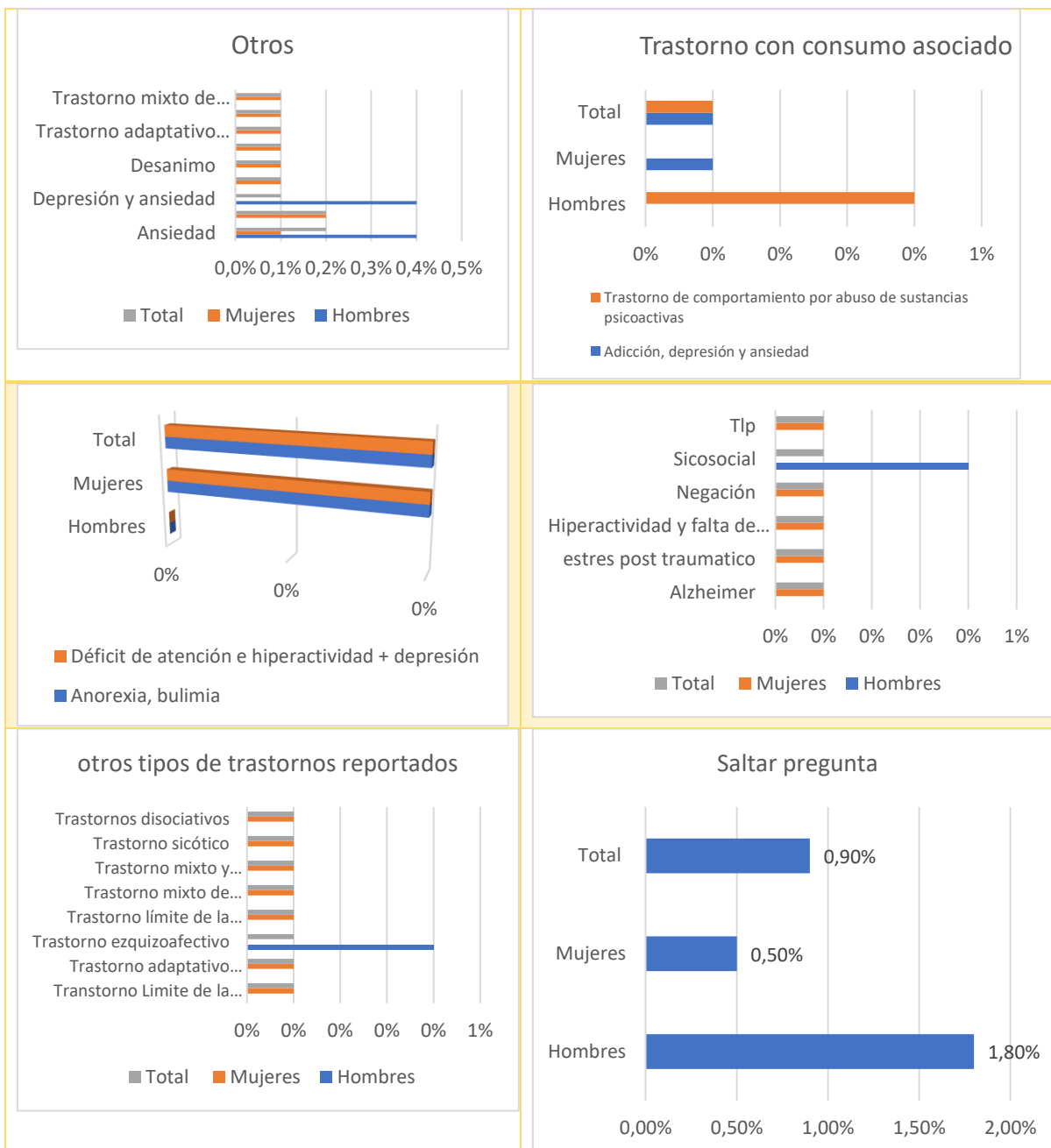
Tipo de Trastorno Diagnosticado

Respecto al tipo de trastorno mental diagnosticado el porcentaje mayor fue para la Depresión con un 46.7%, seguido por la Ansiedad con un 27.2%, el trastorno bipolar con un 9.7% y la esquizofrenia 7.9%. Además, se auto reconocieron con TOC 1% y con trastorno de pánico 1.9%. En un 3,4% se refirió la opción “otro” en cuya opción se identificaron dos o más trastornos por una persona.



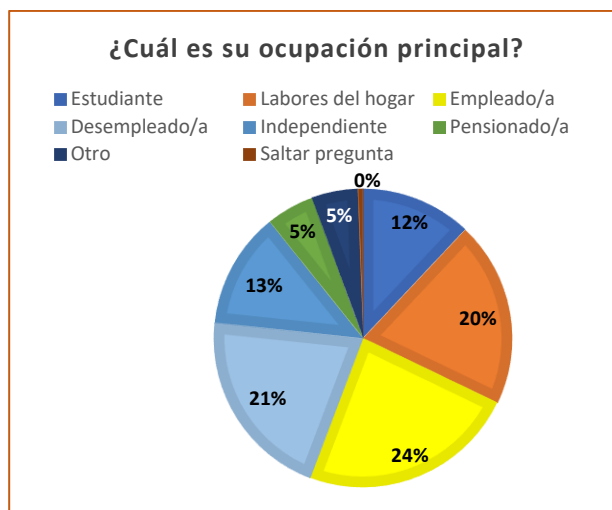
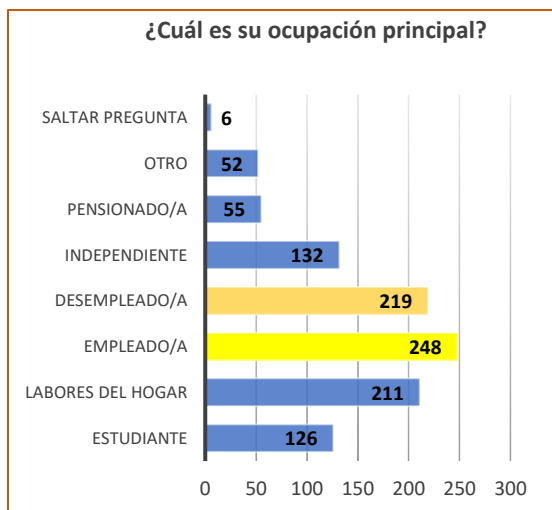
Diagnóstico	%
Esquizofrenia	7.9%
Trastorno bipolar	9.7%
Depresión	46.7%
Ansiedad	27.2%
Fobia Social	1%
Trastorno obsesivo compulsivo y otras manías	1.0%
Trastorno de pánico	1.9%
Otro	3.43%
Saltar pregunta	0.7%

Desagregación de la opción “Otros tipos de trastornos” reportados como diagnosticados



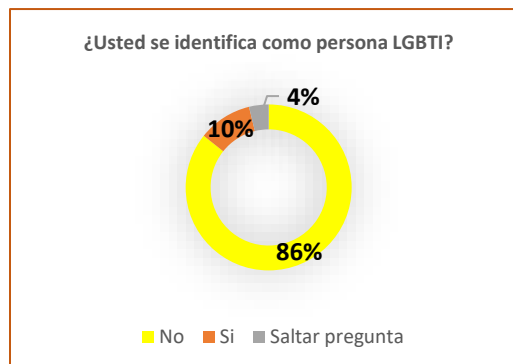
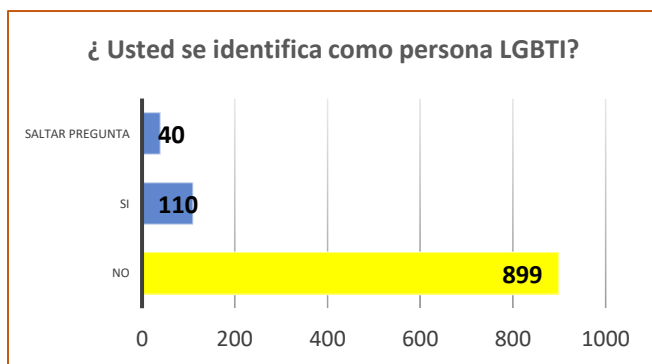
Como se observa en las gráficas, se identificaron diferentes trastornos y la concomitancia de varios trastornos por aquellos/as participantes que hicieron anotaciones específicas al diligenciar la encuesta. Llama la atención la alta frecuencia en la referencia al componente de **ansiedad y depresión** teniendo en cuenta que son los diagnósticos más frecuentemente reportados por los y las participantes en la encuesta como diagnósticos únicos.

Ocupación Principal

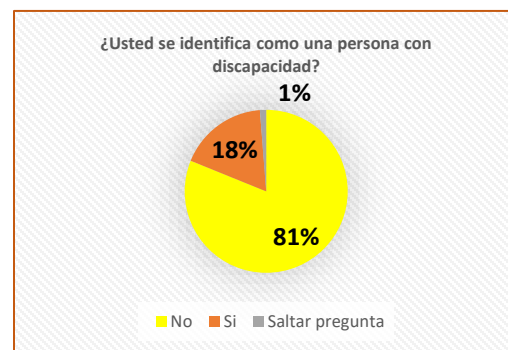
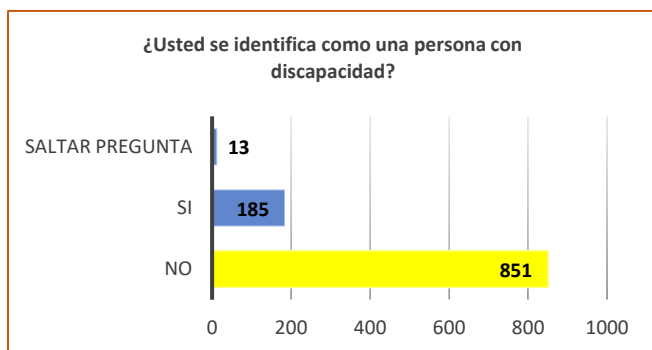


Las personas encuestadas señalan estar desempleados/as en un 21%, dedicarse a labores del hogar en un 20%, ser estudiante en un 12%. Mientras que un 24% refieren estar empleados/as y un 13% independientes.

Pertenencia a un grupo con mayor vulnerabilidad



De los/las encuestados/as el 10% se reconocen como parte de la población LGBTI. A considerar un 4% que saltó la pregunta y no contestó.



Vale resaltar que se reconocen con discapacidad un 18% de la población.

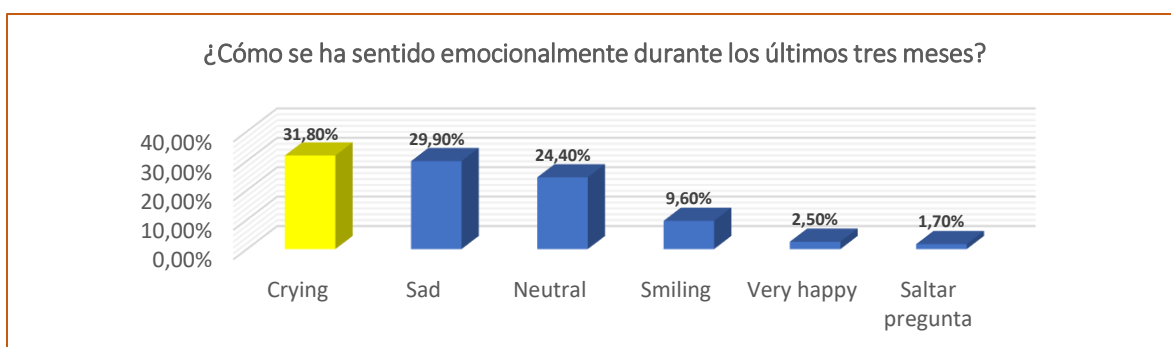
2.2. Sufrimiento Emocional

Se presentan los resultados del componente II. *Sufrimiento Emocional* de la encuesta.

Percepción del estado emocional en los últimos tres meses

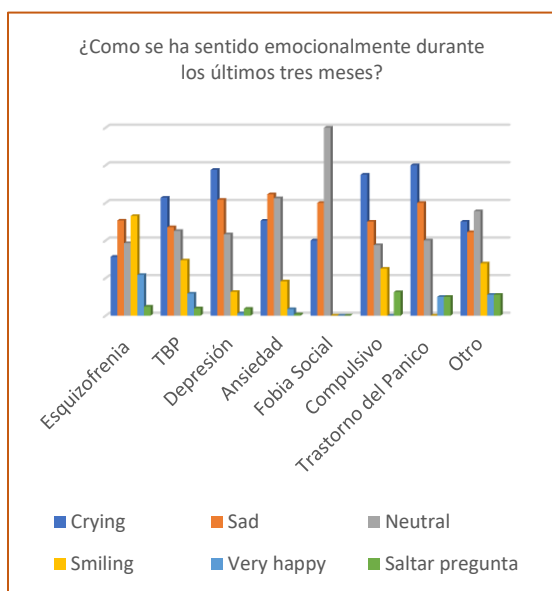
Respecto a la pregunta por el estado emocional, los/las participantes expresaron sentirse con malestar emocional mayor en un 32%, seguido de tristeza con un 30%, para un subtotal de 61,7%. Mientras que el 24% expreso sentirse bien en general, y cerca de un 13% manifestó estar mejor y muy bien.

	Estado emocional	Hombres	Mujeres
¿Cómo se ha sentido emocionalmente durante los últimos tres meses?	Crying	20.4%	34.7%
	Sad	31.6%	29.8%
	Neutral	24.4%	24.6%
	Smiling	16.4%	7.7%
	Very happy	6.2%	1.5%
	Saltar pregunta	.9%	1.7%



¿Cómo se ha sentido emocionalmente los últimos tres meses?

Llama la atención en los datos discriminados por sexo, la puntuación porcentual más baja en los estados de bienestar mejor y muy bien, por parte de las mujeres. Vale estudiar si inciden y cómo, los factores asociados con el género, la situación de pandemia y el diagnóstico de trastorno mental que genera más dificultades para el afrontamiento de diversas situaciones.

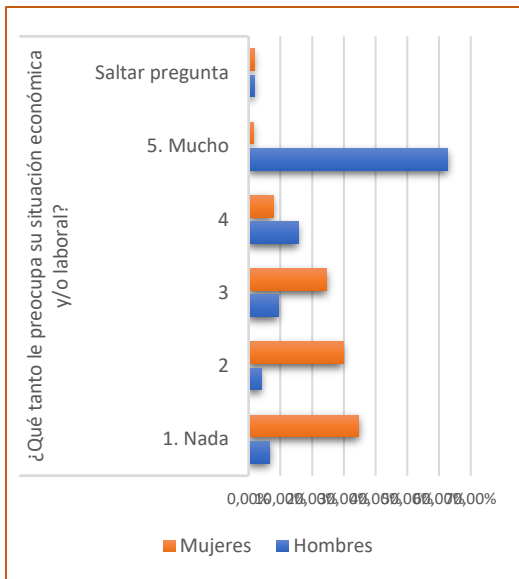


Este reporte sobre el estado emocional por tipo de diagnóstico, Depresión muestra la más alta tendencia de malestar emocional en contraste con esquizofrenia que refiere la menor tendencia en los 4 diagnósticos, seguido por casos en TBP. Para otros tipos de trastorno reportados como fobia social, también es menor el malestar reportado, en contraste con alta tendencia en trastorno compulsivo y del pánico.

Sobre las preocupaciones predominantes

Pregunta	Calificación	%
¿Qué tanto le preocupa su situación económica y/o laboral?	1. Nada	4,70%
	2	4,30%
	3	8,80%
	4	13,90%
	5. Mucho	67,00%
	Saltar pregunta	1,3%

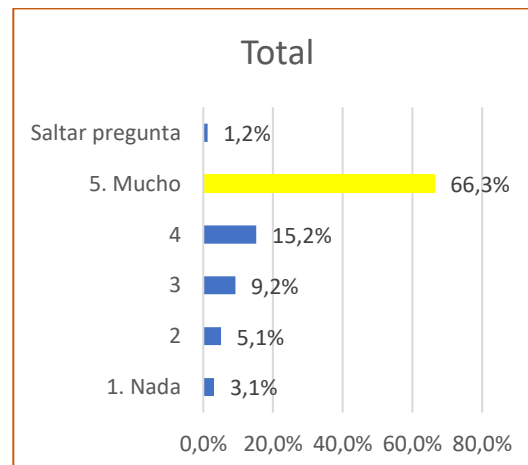
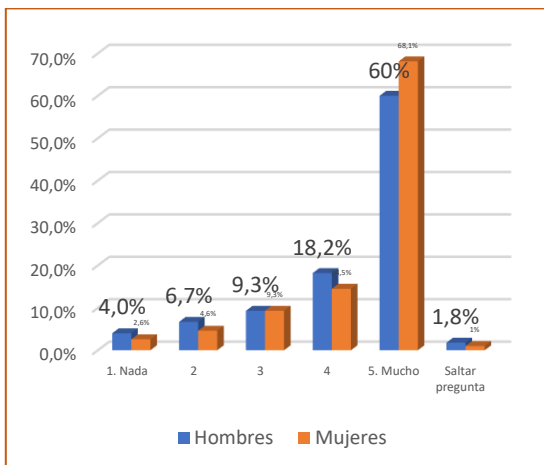
En general, la preocupación por la situación económica o laboral, es la máxima preocupación en una valoración de 5 para el 67% de los y las participantes en la encuesta, seguido de una valoración de 4 para el 14% de las personas.



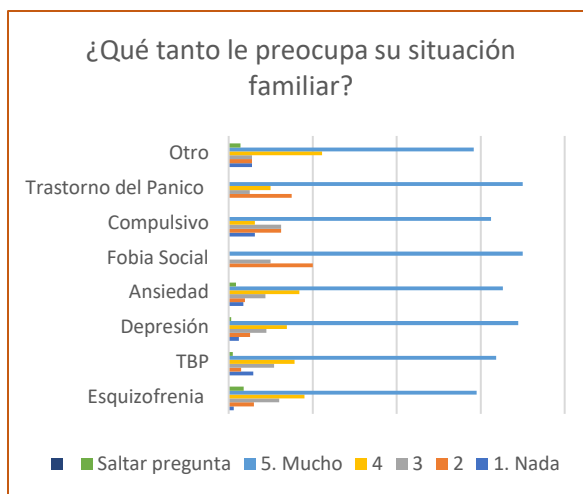
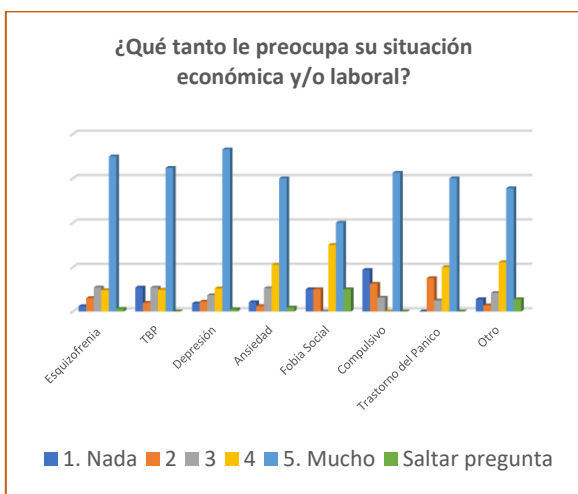
Se observan diferencias por sexo, identificándose que los hombres muestran mayor preocupación por la situación económica y/o laboral tal vez asociadas a la expectativa histórica de ser proveedor, y la asignación de roles de cuidado a las mujeres menos reconocidos y valorados como trabajo.

Pregunta	Calificación	Hombres	Mujeres
¿Qué tanto le preocupa su situación económica y/o laboral?	1. Nada	6,70%	34,70%
	2	4,00%	29,80%
	3	9,30%	24,60%
	4	15,60%	7,70%
	5. Mucho	62,70%	1,50%
	Saltar pregunta	1,80%	1,70%

Se reporta una alta preocupación por la situación familiar en un 66% (calificación de 5 en una escala de 1 a 5), seguido de un 15% (calificación de 4) y 9% de preocupación por la familia en general (calificación de 3).

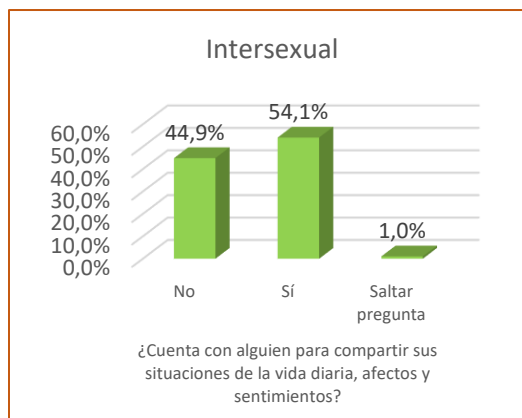
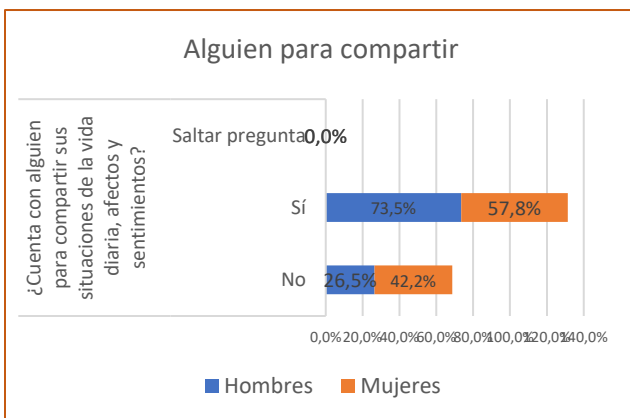
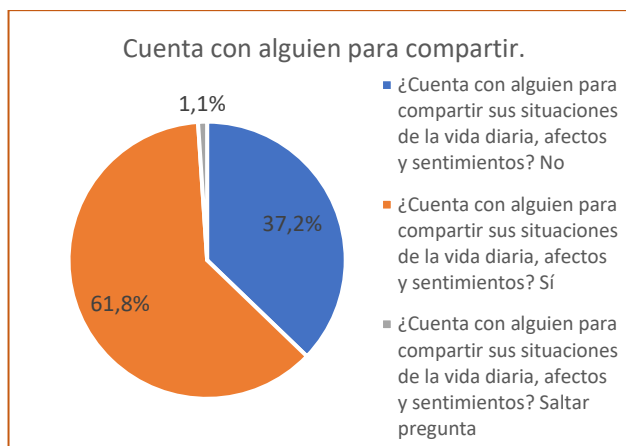


Respecto a situaciones que preocupan y pueden asociarse a estados emocionales de malestar o sufrimiento, por tipo de diagnóstico, están las situaciones económicas, laborales y familiares. Siendo en todos los casos alta la preocupación, y más alta aún para Depresión.

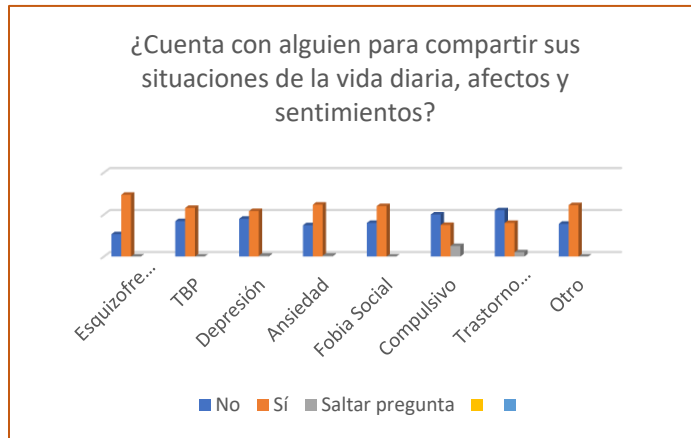


Cuenta con alguien para compartir

Respecto a otros vínculos y relaciones, se reporta en un porcentaje de 58% de las mujeres que dicen “contar con alguien para compartir”, mientras que el reporte para hombres es del 74%. De quienes se reconocieron como intersexuales refieren contar con un vínculo para compartir en un 54%.

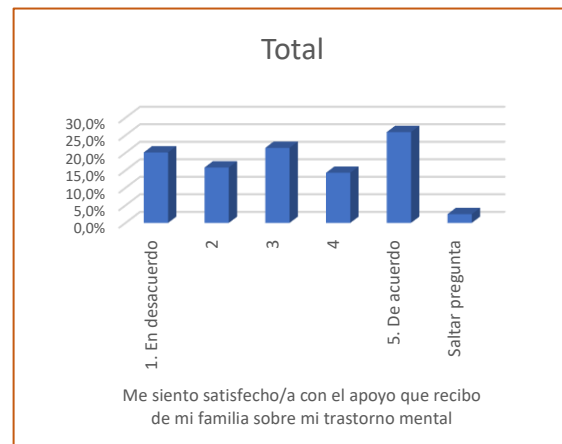
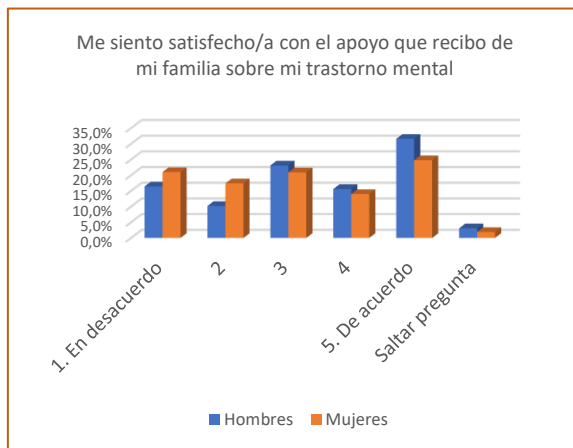


La tendencia por tipo de diagnóstico en los casos de Esquizofrenia, TBP, Depresión, Ansiedad es que se cuenta con alguien para compartir situaciones de la vida diaria, afectos y sentimientos, siendo más alto para esquizofrenia y de estos, la más baja es en Depresión. Igual sucede para Fobia social, sin embargo, el reporte para trastorno compulsivo y del pánico, es que No se cuenta con este apoyo.

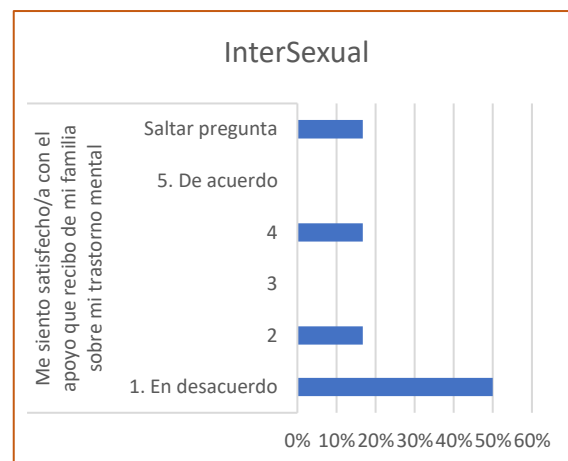


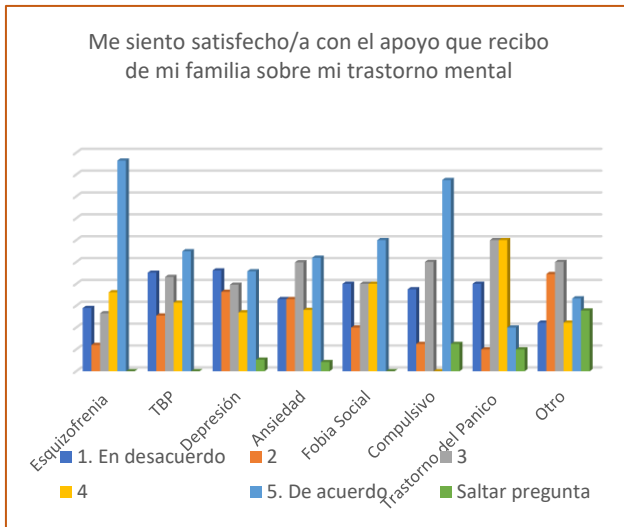
Apoyo que se recibe de la familia sobre el trastorno mental

La percepción de apoyo familiar frente al trastorno mental, se reporta en un 26% de acuerdo (calificación de 5 en una escala de 1 a 5), 21% con un apoyo muy general (calificación de 3) y un 14% buen apoyo familiar (calificación de 4). Se resalta que esta percepción de buen apoyo familiar es mayor en hombres que en mujeres.



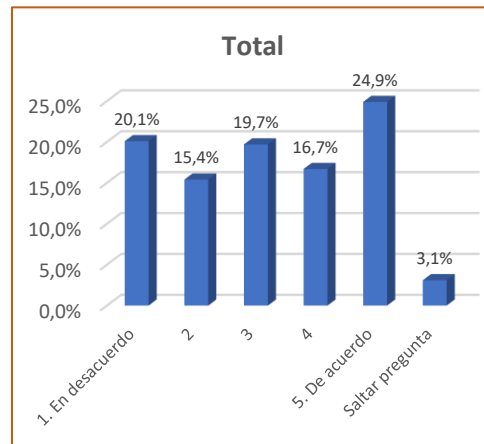
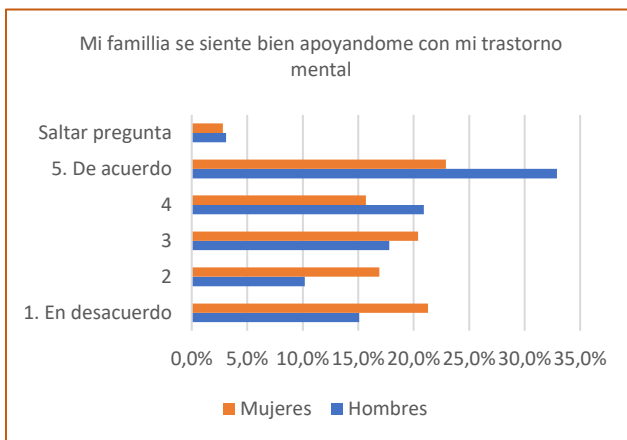
La percepción de apoyo familiar en situación de trastorno mental de personas que se reconocieron como intersexuales es menor. Refieren que tienen menos apoyo familiar en un 50%.



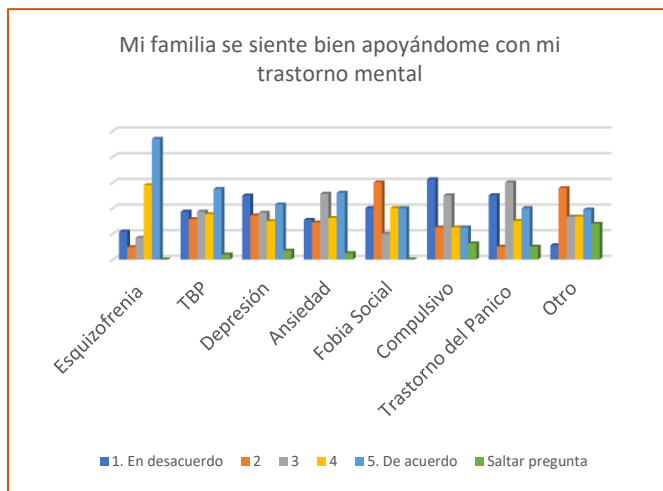
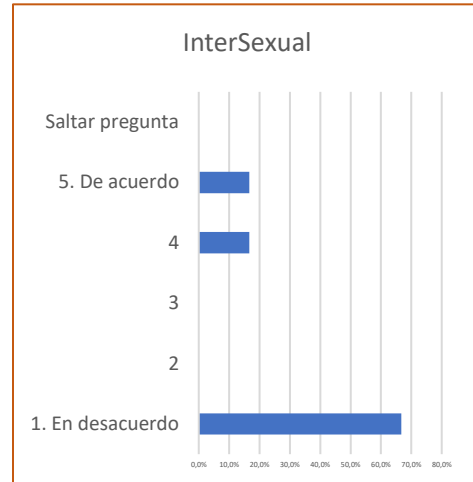


Según el reporte de la encuesta, la percepción de apoyo de acuerdo a diagnóstico de trastorno mental se reporta como la tendencia más alta en todos los casos. Sin embargo, considerando los cuatro tipos de diagnóstico centrales para este estudio, se observa que en casos de Esquizofrenia el apoyo es mayor en comparación con TPB, Depresión y Ansiedad. Siendo importante anotar que para Depresión la tendencia mayor es a percibir poco apoyo. Para los otros diagnósticos como fobia social y trastorno compulsivo se reporta percepción de apoyo con tendencia alta, pero muy baja para trastorno del pánico y otros.

Percepción del sentir de la familia en el apoyo que da a mi situación de trastorno mental

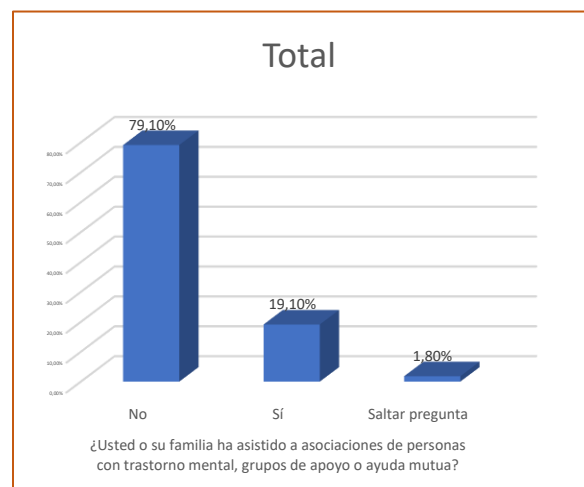
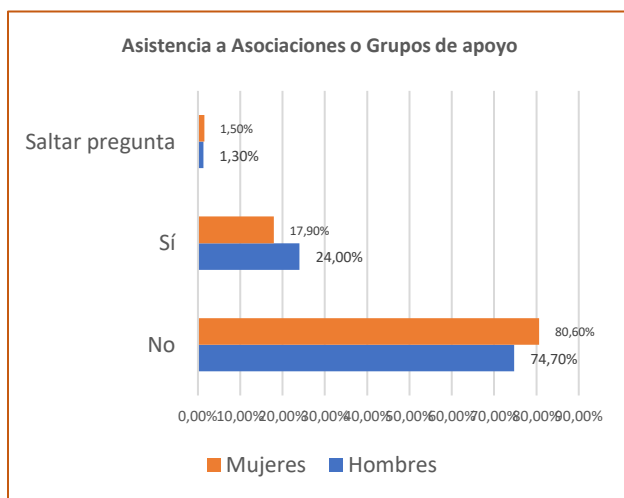


El 24% del total de los y las participantes de la encuesta con diagnóstico confirmado de trastorno mental refieren que se sienten apoyados por su familia. Si se suma la valoración en total acuerdo, de acuerdo y bien (5 al 3) sería un 59% satisfecho con el apoyo familiar. En la distribución por sexo, los hombres reportan sentir mayor apoyo puntuando un 32%, mientras que las mujeres puntúan más alto en desacuerdo que los hombres con un 21%. Mientras que los y las participantes reconocidos/as como intersexuales reportan desacuerdo o insatisfacción en el apoyo familiar en un 32% (calificación de 1).



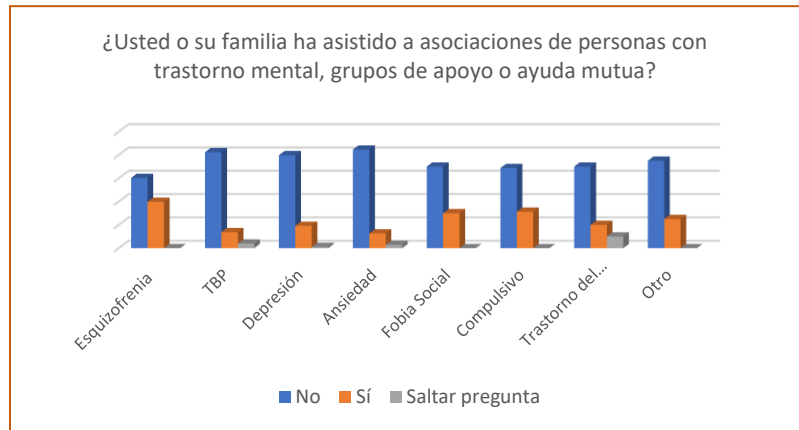
La percepción del apoyo familiar por tipo de diagnóstico muestra una tendencia a una familia que no se siente bien apoyando a las personas con trastorno mental en especial para los casos con Depresión, uno de los cuatro trastornos centro de este estudio. Mientras que para esquizofrenia TBP, Ansiedad se reporta bienestar de la familia en su labor de apoyo. Para los otros trastornos reportados, se reporta insatisfacción de la familia en casos con trastorno compulsivo, seguido de trastorno de pánico, y aunque un poco menos, igual puntúa como más alta insatisfacción familiar para fobia social.

Asistencia a Asociaciones o Grupos de apoyo



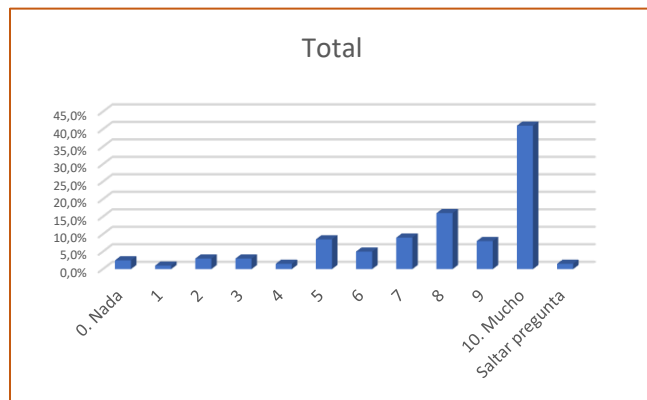
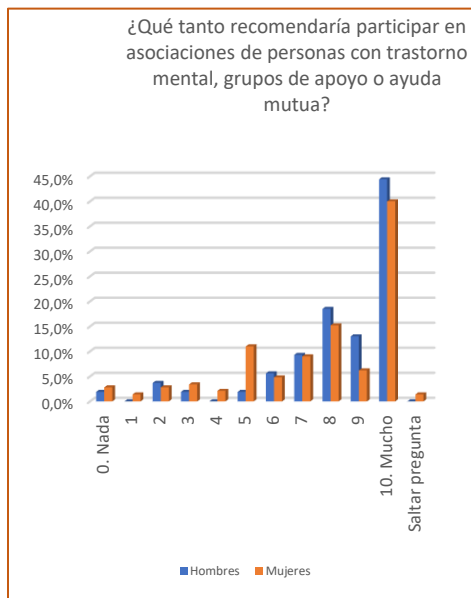
Las personas encuestadas reportan No contar con afiliación a Asociaciones de personas con trastorno mental o algún grupo de apoyo en un 79%. Siendo un 81% para la mujeres que responden no estar vinculados y un 74% de los hombres.

En el caso de trastornos en salud mental diagnosticados no hay variaciones significativas respecto a los resultados generales. Mostrando en todos los casos la no vinculación a grupos de apoyo o asociaciones de personas con trastornos mentales y familias.

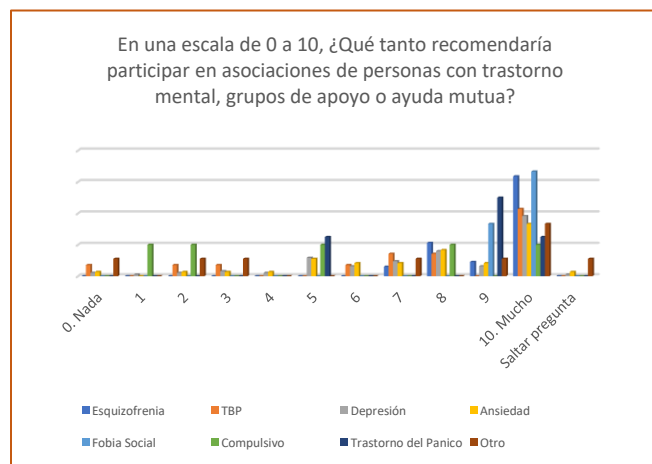


Recomendaría vinculación a Asociación o Grupo de Apoyo

El 41% de las personas encuestadas recomienda de manera altamente importante la vinculación a Asociaciones o Grupos de Apoyo (65% le da una calificación entre 8 y 10 en una escala de 1 a 10).



Se confirma para todos los tipos de trastornos la tendencia a recomendar la importancia de vinculación a grupos de apoyo o asociaciones.

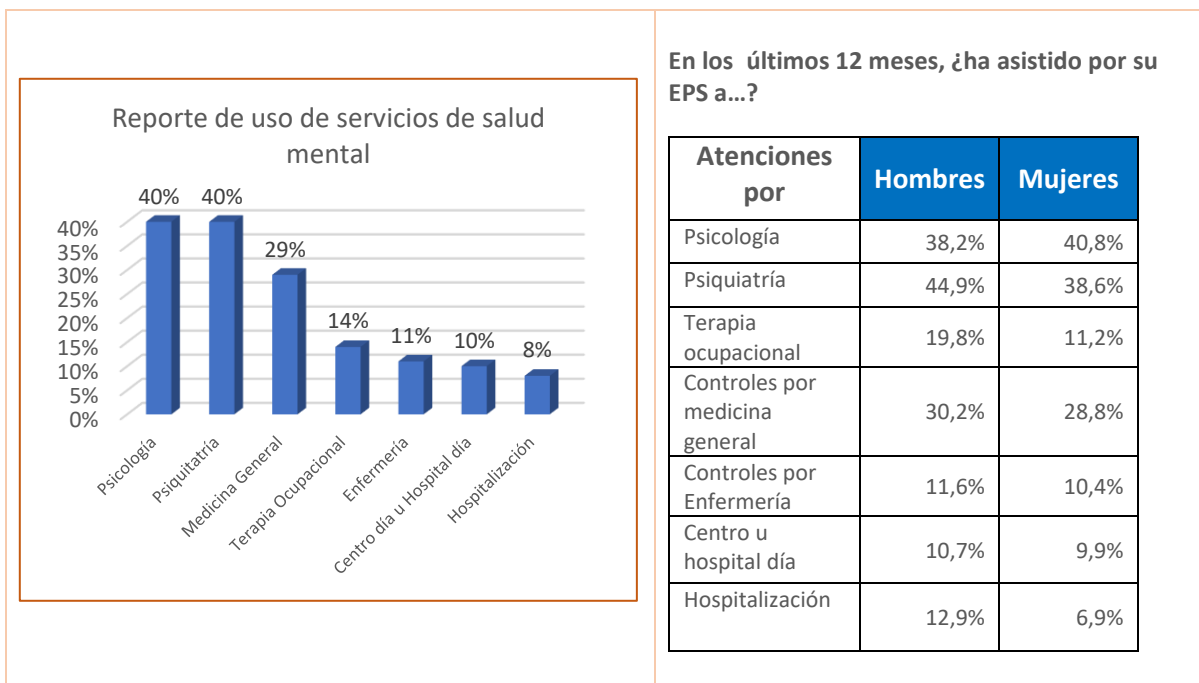


2.3. Tratamiento

En cuanto al tratamiento, se midieron las características de accesibilidad, oportunidad, integralidad y continuidad, satisfacción, resultados percibidos de la atención e innovación, en atenciones como: consulta por psicología y psiquiatría, seguimiento por medicina general y enfermería, terapia ocupacional, acceso a medicamentos y centros u hospital día. A continuación, se presentan los resultados al respecto.

2.3.1. Accesibilidad

Respecto a las atenciones identificadas en la siguiente tabla, se observa una asistencia que va decreciendo desde un 40% en psicología (40,8% en mujeres y 38,2% en hombres) y 39,8% en psiquiatría (44,9% mujeres y 38,6% en hombres), hasta un 10% de asistencia al centro u hospital día (10,7% en hombres y 9,9% en mujeres). En la mitad se encuentra el 29% que reporta haber consultado medicina general, el 14% a Terapia Ocupacional y el 11% a controles por enfermería. El 8% refiere haber tenido una hospitalización.



Si bien se considera el contexto y condiciones generadas por la pandemia en el 2020 y lo que cursa de este año 2021, el reporte decreciente amerita investigar si esta situación tiene relación con la función de remisión que tienen las consultas de psiquiatría y psicología para las demás atenciones (terapia ocupacional, controles de medicina general y enfermería, y asistencia de asociaciones de personas con trastorno mental, grupos de apoyo o ayuda mutua), que complementan la rehabilitación psicosocial (se profundizará en el acápite de discusión).

Lo anterior, supone un reto de acceso en salud a servicios como terapia ocupacional y de seguimiento por medicina y enfermería, y centro día, que fortalecerían el abordaje y rehabilitación psicosocial.

Diferencias en el acceso por grupos de edad, nivel socioeconómico, ámbito de residencia y diagnóstico

- **Grupos de edad:** Asiste con mayor frecuencia a psicología las personas de 60 y más años (46,3%). En el caso de psiquiatría la asistencia aumenta con la edad de los 29 años en adelante (oscila entre 40,4% - 40,8%) mientras que la asistencia a asociaciones de personas con trastorno mental, grupos de apoyo o ayuda mutua decrece (inicia en 25% a los 14 – 17 años y disminuye hasta 8,8% a los 60 y más años).

La asistencia a terapia ocupacional es mayor en los grupos de edad entre 18 y 44 años (36,3%); y al centro día el grupo de edad de 29 a 44 años (11,1%).

En relación a medicina general son los extremos de la vida: 14 – 17 años y 60 y más años los que presentan mayor asistencia (34,4% y 35,3%, respectivamente); y en enfermería los grupos de 29 – 44 años y 60 y más años (11,7% y 11,8%).

- **Nivel socioeconómico:**

- (i) La asistencia a psicología, psiquiatría y asociaciones de personas con trastorno mental, grupos de apoyo o ayuda mutua se incrementan directamente proporcional al estrato, siendo el porcentaje más alto de asistencia en estratos 5 y 6 (48,4% para psicología; 45,2% para psiquiatría; 22,6% asociaciones de personas con trastornos, grupos de apoyo y ayuda mutua).
- (ii) terapia ocupacional: la asistencia es inversamente proporcional al estrato, siendo la más alta en estratos 1 y 2 (13,6%)
- (iii) la asistencia controles por medicina predomina en estratos medios 3 y 4 (31,9%) mientras que enfermería presenta un porcentaje similar en estratos 1 y 2, y 3 y 4 (10,9%)
- (iv) la asistencia al centro día no se diferencia por estratos siendo 10,2% en estratos 1 al 4 y 9,7% en estratos 5 y 6.

- **Ámbito urbano –rural:**

- (i) De las 121 personas declararon vivir en zona rural (11,5% del total de personas que respondieron la encuesta), se observa una asistencia mayor a controles de enfermería (11,6% rural vs 10,6% urbana), terapia ocupacional (15,4% rural vs 13,3% urbano) y centro día (11,6% rural vs 10% urbano). Se requerirá investigar sobre lo que se reconoce como centro día en la zona rural ¿podría ser el centro de salud?, se profundizará en el acápite de discusión.

- (ii) En zona urbana la asistencia fue mayor en psicología (40,5% urbano vs 38,8%), psiquiatría (41% urbano vs 32,2% rural), medicina general (29,6% urbano vs 27,3% rural) y asociaciones de personas con trastorno mental, grupos de apoyo y ayuda mutua (19,6% urbano vs 15,7% rural).
- **Diagnóstico:** se observa diferencias por diagnósticos en el acceso a las diferentes atenciones antes citadas, así:
 - (i) Respecto al acceso a la atención por psicología de las personas con diagnóstico esquizofrenia (43,4%), trastorno bipolar (47,1%), ansiedad (42,1%), Trastorno obsesivo compulsivo y otras manías (62,5%), se encuentra por encima del promedio general de la encuesta antes presentado (40%). Para los demás diagnósticos el porcentaje de acceso es inferior a la media en mención: personas con depresión (38,6%), fobia social (0%), trastorno del pánico (25%), otros trastornos (33,3%).
 - (ii) En relación a la atención por psiquiatría los/las participantes con diagnóstico de esquizofrenia (75,9%), trastorno bipolar (58,8%), Trastorno obsesivo compulsivo y otras manías (56,3%), se encuentran por encima del promedio general de la encuesta (39,8%). Para los demás diagnósticos el porcentaje de acceso es inferior a la media en mención: personas con depresión (35,9%), ansiedad (30,5%), fobia social (20%), trastorno del pánico (30%), otros trastornos (38,9%).
 - (iii) En relación al acceso a la terapia ocupacional, se identifica que las personas con diagnóstico de esquizofrenia (30,2%), ansiedad (14,9%), Trastorno obsesivo compulsivo y otras manías (22,2%), otros trastornos (28,6%), se encuentran por encima del promedio general de la encuesta (13,6%). Para los demás diagnósticos el porcentaje de acceso es inferior a la media en mención: trastorno bipolar (11,7%), depresión (6,8%), fobia social (0%), trastorno del pánico (0%),
 - (iv) En los controles por medicina general todos los diagnósticos se encuentran por encima del promedio general de la encuesta (29,1%)³, excepto depresión (26,1%), fobia social (20%), Trastorno obsesivo compulsivo y otras manías (18,8%).
 - (v) En los controles de enfermería el promedio general de la encuesta fue de 10,6%, y para todos los diagnósticos este promedio se superó⁴, excepto en personas con trastorno del pánico (0%) y con depresión (8,2%).

Como se observa en lo descrito, las personas con depresión presentan porcentajes de acceso a las todas las atenciones inferior a la media de la encuesta y dado que fue el diagnóstico más frecuente entre las personas que la diligenciaron (46,7%) “jala” el promedio general de todas las atenciones hacia abajo. De seis atenciones analizadas, las personas con depresión no superan nunca la media general de acceso.

En el caso de personas con diagnóstico de fobia social y trastorno del pánico, ocupan el segundo puesto después de las personas con diagnóstico de depresión con accesos inferiores a la media de la encuesta: de 6 atenciones analizadas solo en una superan dicha media. Del total de la población

³ Personas con esquizofrenia (36,1%), trastorno bipolar (33,3%), ansiedad (31,6%), trastorno del pánico (30%), otros trastornos (33,3%).

⁴ Personas con esquizofrenia (15,7%), trastorno bipolar (12,7%), ansiedad (12,3%), fobia social (20%), Trastorno obsesivo compulsivo y otras manías (12,5%), otros trastornos (16,7%),

participante en la encuesta (1.049 personas), las personas con diagnóstico de fobia social correspondió al 1% (10 personas) y las personas con diagnóstico de trastorno del pánico 1,9% (20 personas).

En la tercera posición en menor acceso (inferiores a la media general de la encuesta) se ubican las personas con diagnóstico de ansiedad (segundo diagnóstico más frecuente entre quienes respondieron la encuesta con un 27,2%) que presentan acceso superior a la media general en 2 de 6 atenciones.

La cuarta posición en menor acceso (inferiores a la media general de la encuesta) lo tienen las personas que se identificaron con “otros trastornos”, las cuales en 3 de 6 atenciones analizadas, superan la media general de la encuesta en dichas atenciones. Del total de las personas encuestadas, aquellas con diagnóstico “otros trastornos” corresponden al 3,4% (36 personas).

Lo anterior permite señalar que los promedios de acceso son influidos por el menor acceso de personas con diagnóstico de depresión y ansiedad que en su conjunto corresponden al 73,9% de la población participante en la encuesta. Se requiere profundizar en cómo los servicios “llegan” a las personas con trastorno mental y las redes de apoyo cercanas (se revisará en el acápite de discusión).

- (vi) En el caso de la asistencia a asociaciones de personas con trastorno mental, grupos de apoyo o ayuda mutua, solo personas con trastorno bipolar (13,7%) y ansiedad (12,6%) se encuentran por debajo del promedio general de la encuesta (19,1%). Para los demás diagnósticos los porcentajes de asistencia a estos grupos son: personas con esquizofrenia (39,8%), depresión (19,2%), fobia social (30%), Trastorno obsesivo compulsivo y otras manías (31,3%), trastorno del pánico (20%), otros trastornos (20%).

Se resalta, que la asistencia a asociaciones de personas con trastorno mental, grupos de apoyo o ayuda mutua, es la única de las siete “atenciones” analizadas, en la cual las personas con depresión se ubican sobre la media general de la encuesta (12,2% de las personas con depresión respecto a 12,1% del promedio general de la encuesta).

Razones para no asistir a la atención en salud mental

Respecto a las razones para no asistir, diferenciada por cada atención se tiene lo siguiente:

¿Por qué no ha recibido atención de psicología en este periodo?			¿Por qué no ha recibido atención por psiquiatría en este periodo?		
Razones	No.	%	Razones	No.	%
No se la han ordenado	116	18.4%	No se la han ordenado	180	28.4%
No hay agenda disponible	124	19.7%	No hay agenda disponible	129	20.3%
No tiene dinero para la cuota moderadora de la consulta	74	11.7%	No tiene dinero para la cuota moderadora de la consulta	64	10.1%
Le queda lejos de su casa el	31	4.9%			

lugar de la consulta			Le queda lejos de su casa el lugar de la consulta	27	4.3%
Por evitar el contagio de COVID-19	136	21.6%	Por evitar el contagio de COVID-19	100	15.8%
Otro	138	21.9%	Otro	122	19.2%
Saltar pregunta	11	1.7%	Saltar pregunta	12	1.9%

¿Por qué no ha recibido terapia ocupacional en este periodo?			¿Por qué no ha tenido controles por medicina general en este periodo?		
Razones	No.	%	Razones	No.	%
No se la han ordenado	498	50.2%	No se la han ordenado	319	42.8%
No hay agenda disponible	101	10.2%	No hay agenda disponible	88	11.8%
No tiene dinero para la cuota moderadora de la consulta	62	6.2%	No tiene dinero para la cuota moderadora de la consulta	53	7.1%
Le queda lejos de su casa el lugar de la consulta	37	3.7%	Le queda lejos de su casa el lugar de la consulta	14	1.9%
Por evitar el contagio de COVID-19	124	12.5%	Por evitar el contagio de COVID-19	124	16.6%
Otro	139	14.0%	Otro	110	14.8%
Saltar pregunta	32	3.2%	Saltar pregunta	37	5.0%

Y por último, las razones para no asistir a controles por enfermería:

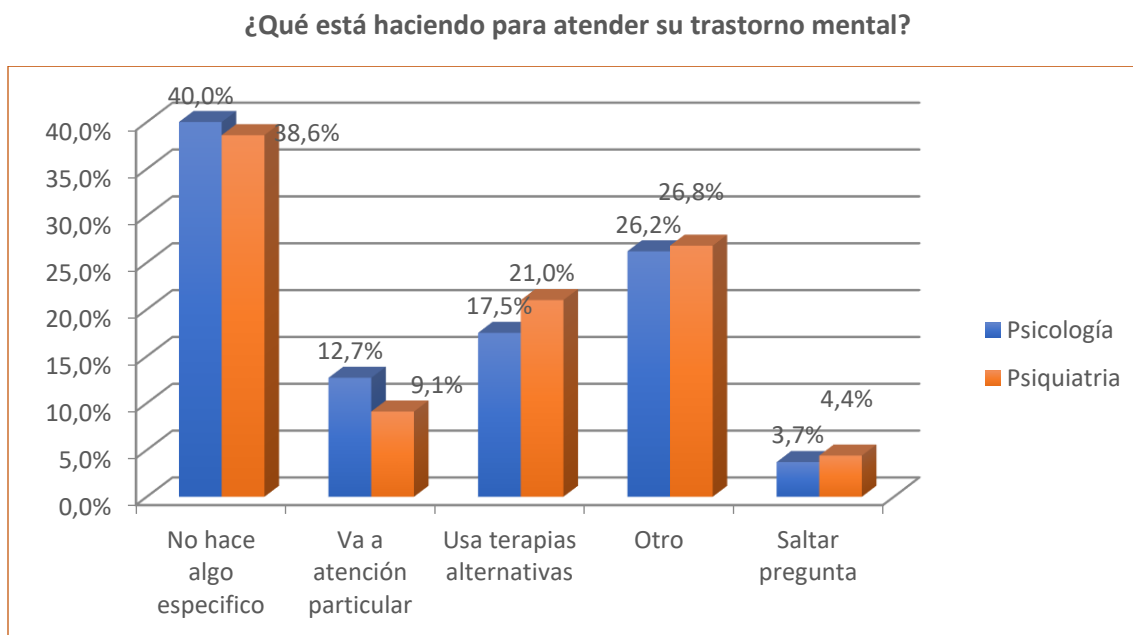
¿Por qué no ha tenido controles por enfermería?

Razones	No.	%
No se la han ordenado	510	54.3%
No hay agenda disponible	69	7.3%
No tiene dinero para la cuota moderadora de la consulta	50	5.3%
Le queda lejos de su casa el lugar de la consulta	24	2.6%
Por evitar el contagio de COVID-19	112	11.9%
Otro	126	13.4%
Saltar pregunta	48	5.1%

La observación comparativa de las tablas previas muestra:

- No se asiste a psiquiatría, terapia ocupacional y controles de enfermería principalmente por no haber sido ordenadas.
- No se asiste a psicología y medicina general principalmente por evitar contagio por COVID19.
- Como segunda razón para no asistir a psicología y psiquiatría es la falta de agenda disponible.

Cuando las personas señalaron que no están asistiendo a psicología y psiquiatría, se les preguntó **¿Qué está haciendo para atender su trastorno mental?** a lo cual se presentan las siguientes respuestas:



Es importante relacionar la respuesta “no hace algo específico” con las actitudes y creencias sobre la salud mental que minimizan su importancia y resaltan “son temas de voluntad”, como se profundizará en el acápite de discusión. Por diagnóstico se ven algunas diferencias:

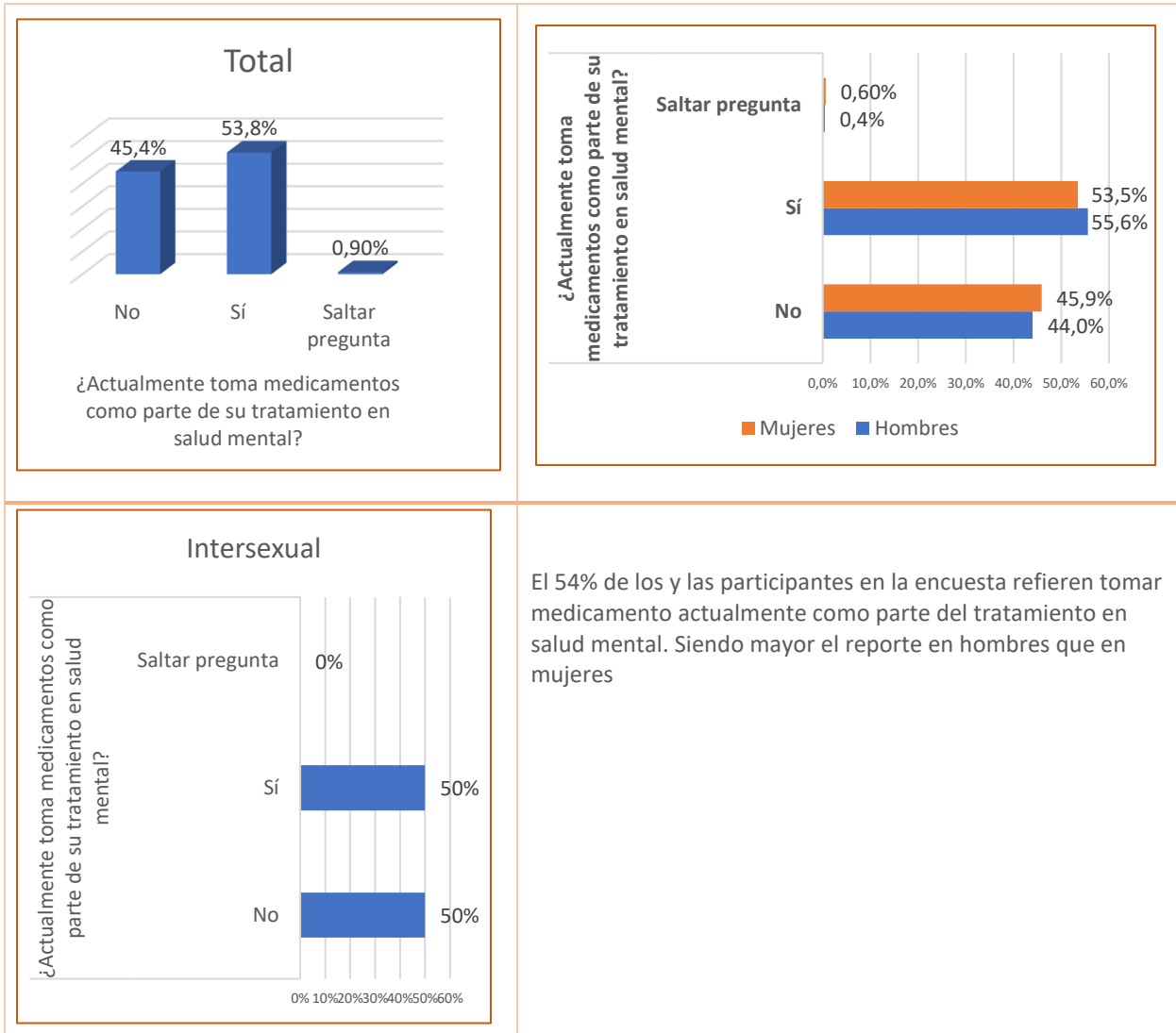
Opciones	Sino asiste a psicología por la EPS...¿qué hace?	Sino asiste a psiquiatría por la EPS...¿qué hace?
No hace algo específico	Predomina las personas con diagnóstico de ansiedad, trastorno del pánico y otros trastornos, por encima del promedio general de la encuesta que respondieron esta opción (40%).	Predomina las personas con diagnóstico de fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y otras manías, y trastorno del pánico por encima del promedio general de la encuesta que respondieron esta opción (38,6%).
Va a atención particular	Predomina las personas con diagnóstico de esquizofrenia, depresión, fobia social y otros trastornos, por encima del promedio general de la encuesta que respondieron esta opción (12,7%).	Predomina las personas con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar, ansiedad, fobia social por encima del promedio general de la encuesta que respondieron esta opción (9,1%).

Acceso a medicamentos

Se realizaron tres preguntas acerca del acceso a medicamentos:

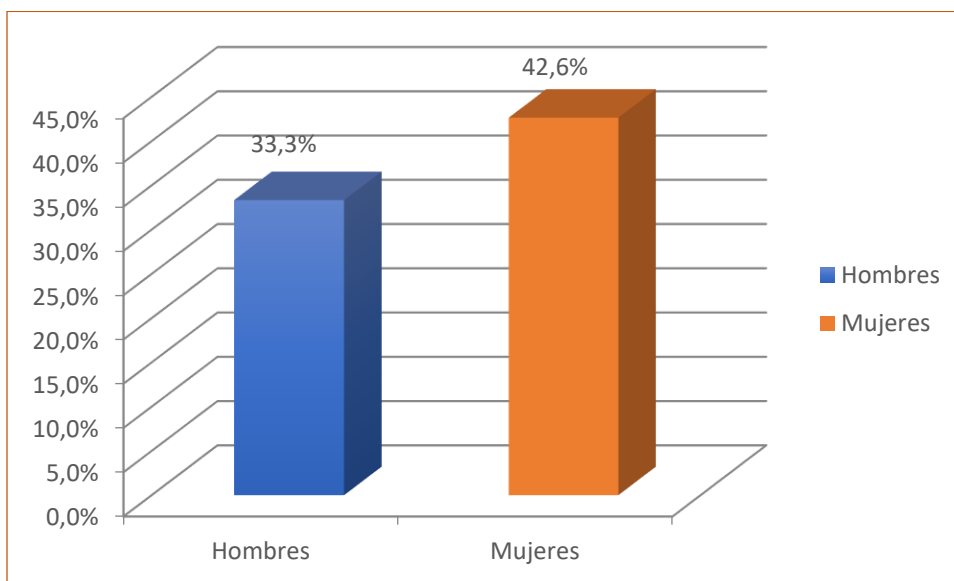
(i) si toma actualmente medicamentos; **(ii)** si alguna vez ha abandonado el tratamiento con medicamentos y por qué; **(iii)** si le han informado sobre nuevos medicamentos para su trastorno mental. A continuación se presentan los resultados por cada una.

Actualmente toma medicamento



De otro lado, al preguntarle al 100% de las personas encuestadas, si alguna vez habían abandonado el tratamiento con medicamentos, un 40,6% señaló que si, siendo el porcentaje mayor en mujeres 42,6% frente al 33,3% de hombres.

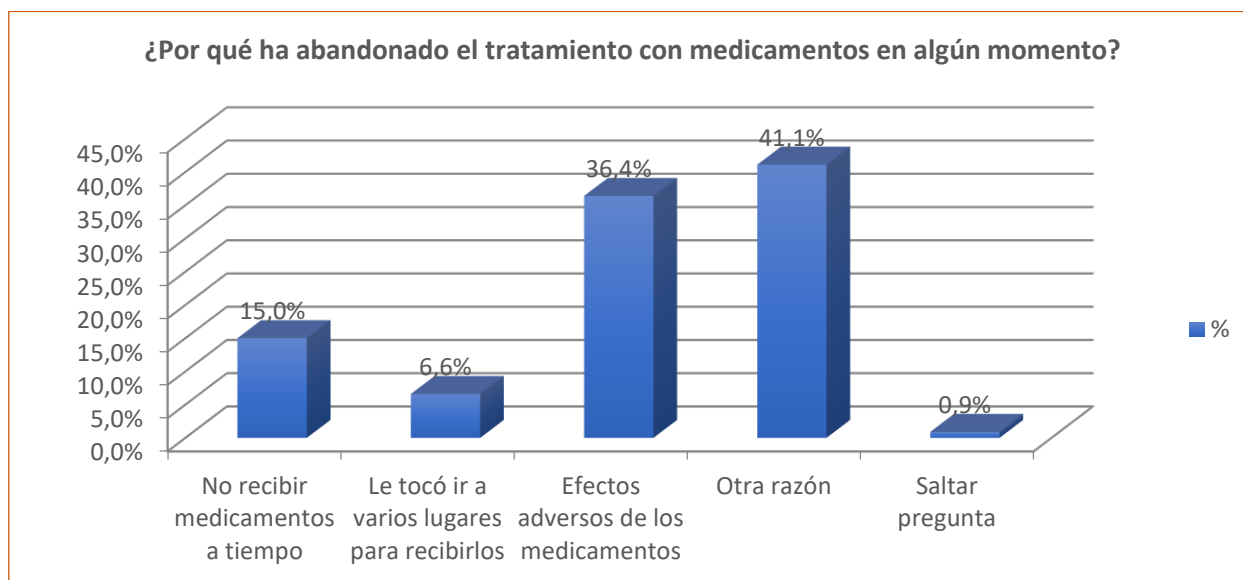
¿En algún momento ha abandonado el tratamiento con medicamentos?



En relación a las razones que referente las personas encuestas para haber abandonado los medicamentos en algún momento, por razones como:

- Efectos adversos de los medicamentos (36,4%)
- No recibir los medicamentos a tiempo (15%)
- Otra (s) razón (es) (41,1%)

¿Por qué ha abandonado el tratamiento con medicamentos en algún momento?



Se requiere profundizar en estudios adicionales otras razones que pudieron haber influido en el abandono de medicamentos.

Finalmente, respecto a la pregunta de si le han informado sobre nuevos medicamentos para su trastorno mental, como se presenta más adelante en la caracterización de la consulta por psiquiatría, un 55,3% refiere que su psiquiatra no le ha informado. Así mismo, se preguntó sobre

¿Qué tan interesado estaría en conocer medicamentos nuevos para el tratamiento de su trastorno mental? a lo cual el 67,8% refirió su interés con una calificación de 4 y 5 en una escala de 1 a 5.

2.3.2. Oportunidad

En relación a las consultas con psicología, psiquiatría y terapia ocupacional se preguntó por la frecuencia en que es atendido encontrándose lo siguiente:

Atenciones por	Terapia ocupacional	Psicología	Psiquiatría
Semanal	28,1%	6,1%	* ⁵
Mensual	15,8%	26,7%	28,7%
Trimestral	8,8%	14,4%	42,8%
Cada cuatro meses y más	22,8%	30%	
Semestral	*	*	13,2%

Se observa una distribución esperable, para terapia ocupacional con frecuencia semanal así como para psiquiatría trimestral y mensual, pero lejos de la frecuencia señalada en algunas guías de atención para las consultas por psicología (cada cuatro meses y más) como se verá en el capítulo de discusión,

principalmente en diagnósticos de depresión (31,6%), ansiedad (35,6%), trastorno obsesivo compulsivo y otras manías (40%).

En diagnósticos como esquizofrenia y trastorno del pánico la frecuencia mensual en psicología es la que predomina 37,8% y 40%, respectivamente.

2.3.3. Continuidad e integralidad

En estos atributos de calidad de la atención, se considera como una contribución importante la participación en acciones psicoeducativas que permitan a las personas ampliar su conocimiento y reconocimiento sobre el trastorno mental, así como la detección de riesgos asociados con la no atención. Considerando que, a mayor conciencia de la situación, mayores oportunidades para reconocer oportunidades personales, sociales e institucionales de apoyo en su recuperación y mantenimiento de la salud.

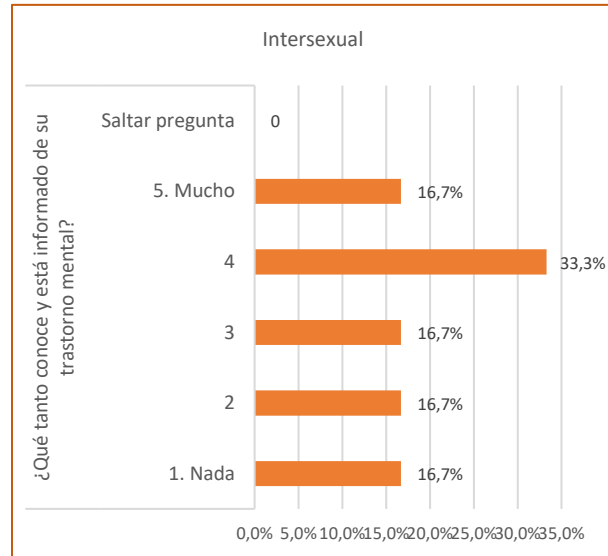
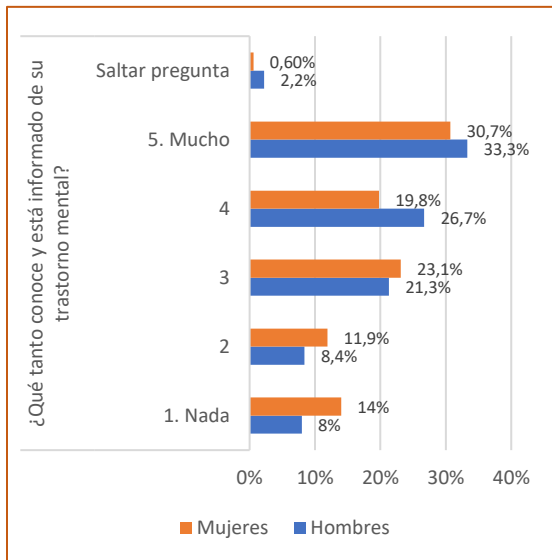
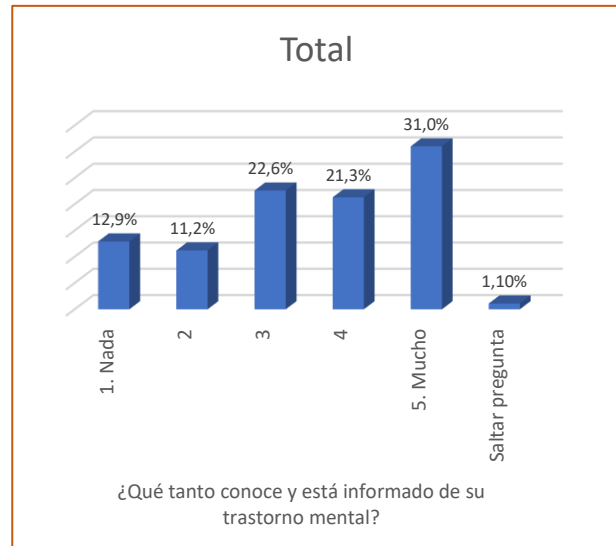
⁵ (*) No se preguntó esa opción respecto a la atención referida.

Psicoeducación

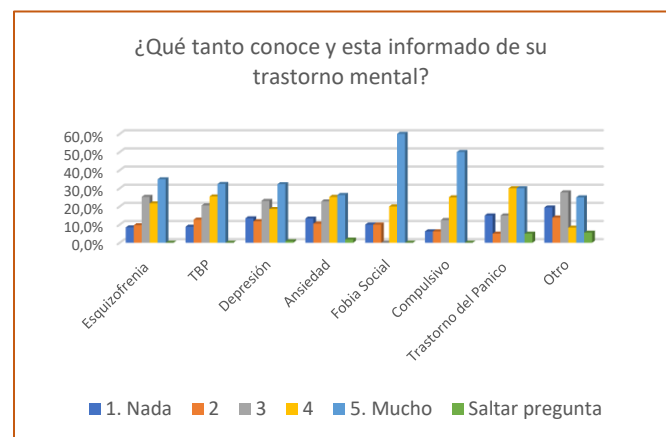
- Información y conocimiento de su trastorno mental

Se reporta que el 31% de los y las participantes en la encuesta conoce mucho, muy bien el 21% y bien el 23% sobre su trastorno mental. Un 24% refieren conocer poco o nada.

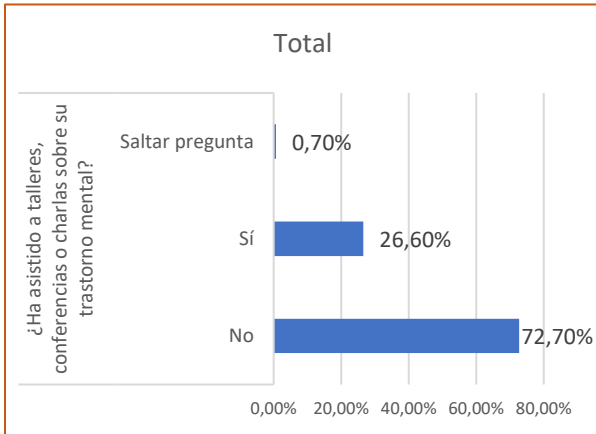
Los hombres son los que más refieren conocer su trastorno de salud mental valorando en mucho el 33%, muy bien el 27% en contraste con las mujeres que, aunque igualmente puntúan alto en mucho 31%, y muy bien el 20% sigue con tendencia a reportar menos que los hombres. Mientras que personas intersexuales reportan mucho 17% y muy bien 33%, con un 48% que refiere no conocer sobre su trastorno mental.



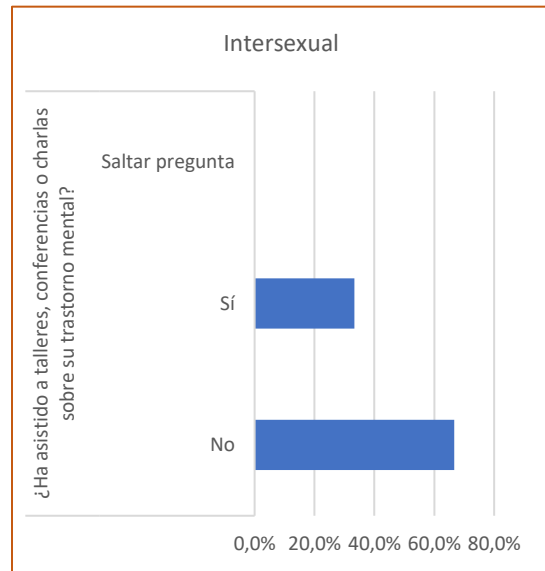
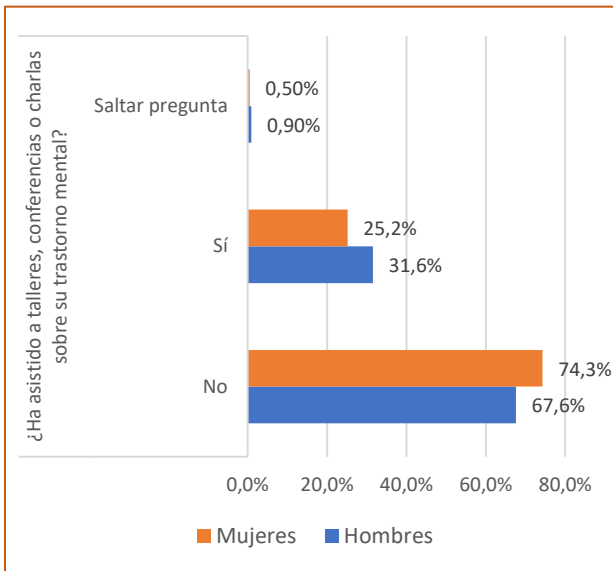
Cruzado por tipos de diagnóstico, se observa para todos los casos la referencia a que conoce mucho sobre su trastorno, siendo un poco más alto para casos de esquizofrenia.

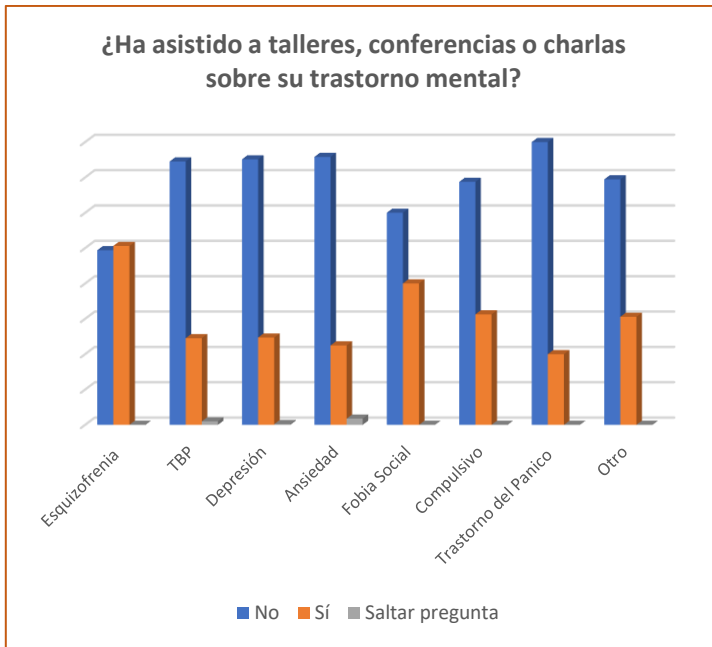


- **Sobre la asistencia a talleres, conferencias o charlas sobre su trastorno mental**



Del total de los y las participantes en la encuesta el 73% refieren no haber asistido a talleres, conferencias o charlas sobre su trastorno mental, frente a un 27% que refiere si haber asistido. En el caso de personas intersexuales, se reportan No en un 67% y Si un 33%. Mientras que la diferencia hombres y mujeres refieren mayor tendencia de ellas en un 74% de No asistencia contra un 68% en hombres. Llama la atención la participación diferencial entre hombres y mujeres a los procesos o acciones de educación, siendo mayor para ellos diferente a resultados de otros estudios (ver acápite de discusión).

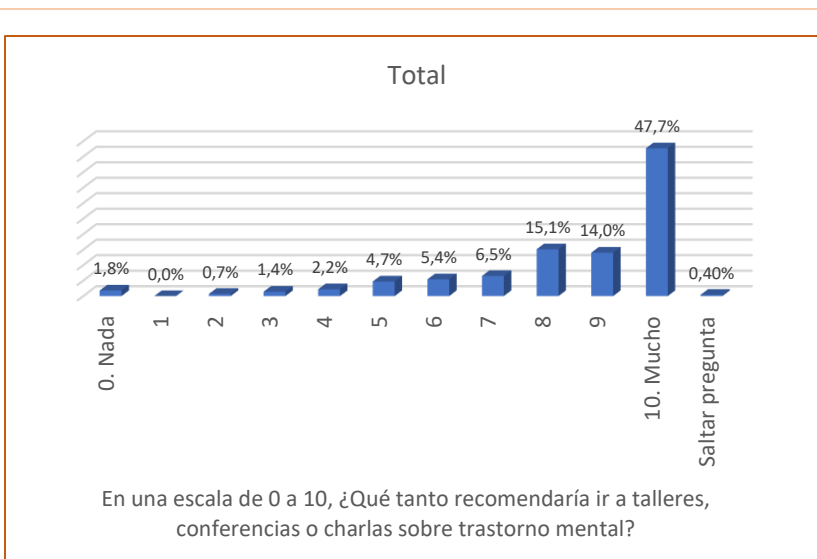




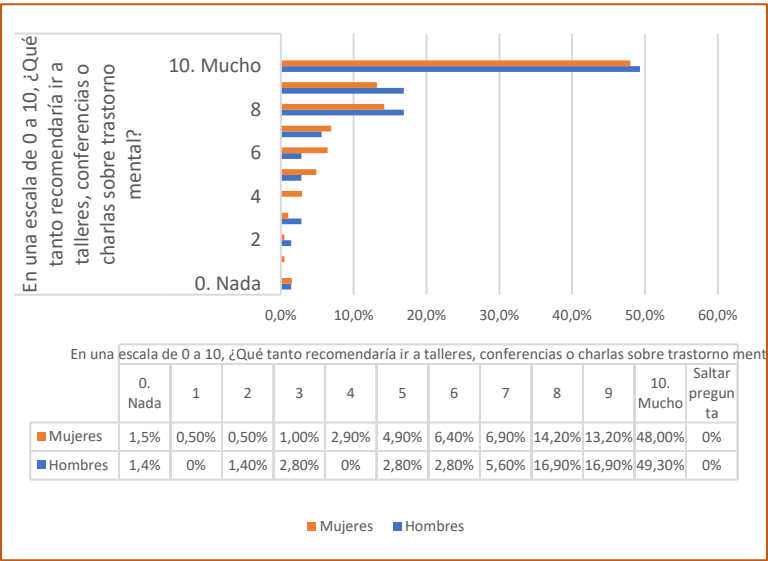
Cruzados por tipos de trastorno, se hace referencia en todos los casos no asistencia a estas acciones educativas. Sin embargo, se muestra una distribución equitativa entre quienes refieren asistencia y no asistencia en los casos de esquizofrenia. Siendo para todos los otros trastornos explorados, la no asistencia la tendencia predominante.

Este reporte de la asistencia a talleres, conferencia o charlas sobre el trastorno mental muestra que si se asiste en todos los casos, siendo significativamente alta para TBP, Depresión, Ansiedad y menor para Esquizofrenia.

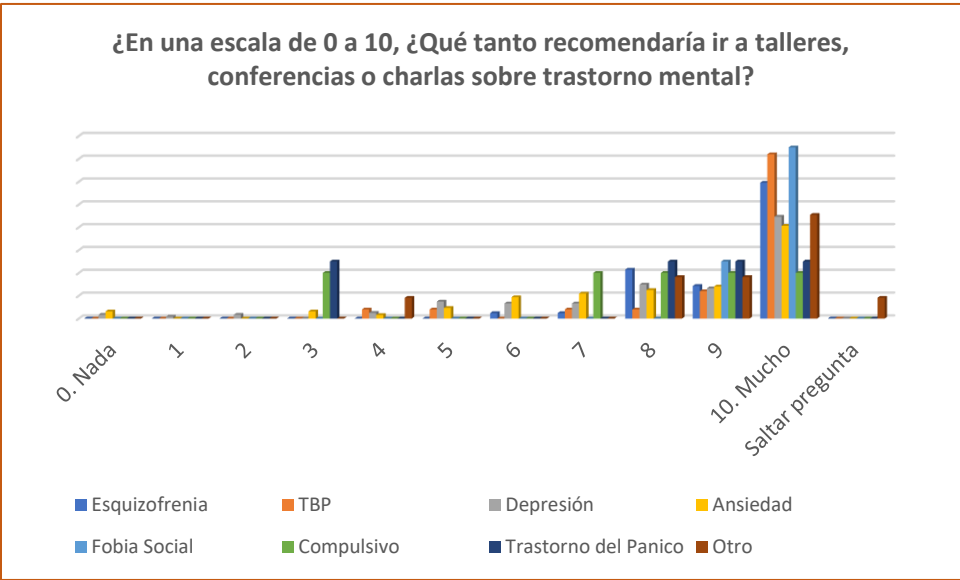
- **Sobre si recomendaría ir a talleres, conferencias o charlas sobre su trastorno de salud mental**



Agrupando la valoración de la escala del 8 al 10 el 56% aproximadamente recomendaría asistencia a estas actividades de educación sobre trastorno mental. Llama la atención sobre los medios a los que pueden acudir para ello, pues se reportan alto porcentaje de conocimiento en contraste con un porcentaje importante de baja asistencia a las acciones de educación.



La diferencia hombres y mujeres sigue con tendencia de una valoración alta en la escala del 8 al 9 por parte de los hombres.



Lo reportado por tipo de trastorno confirma la tendencia. De estos cuatro quienes refieren alta tendencia y recomiendan asistencia a estas acciones informativas y educativas son personas con TBP y esquizofrenia, siendo menor la tendencia en Depresión y aún menor en Ansiedad.

Aproximación a la caracterización de la consulta de psiquiatría

En relación a la atención por psiquiatría, se hicieron algunas preguntas para caracterizarla que se presentan a continuación:

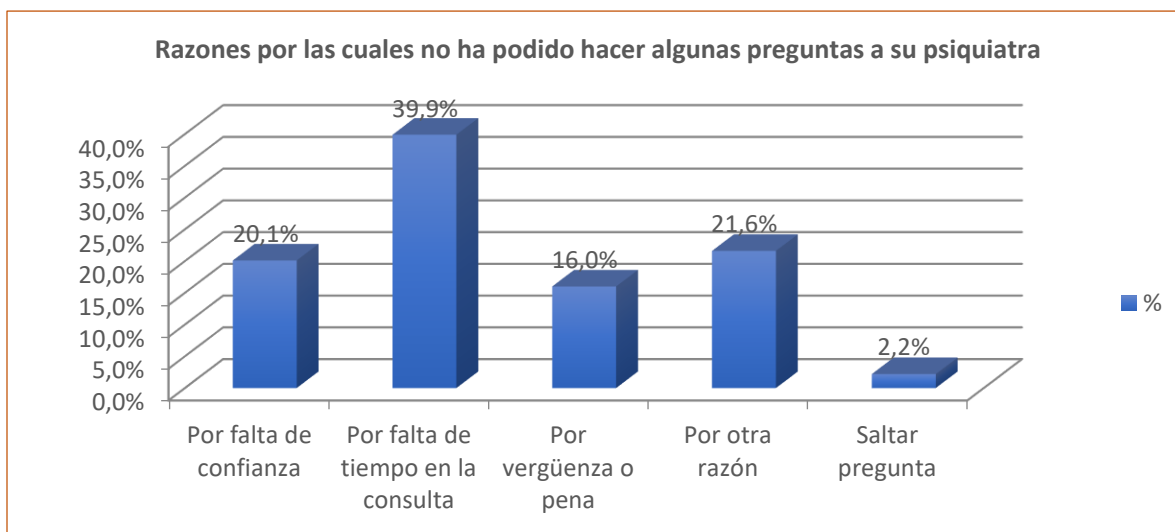
Aspectos relacionados con la integralidad de la atención por psiquiatría.

Aspectos	Si	No	Saltar la pregunta
¿El psiquiatra habla con su familia del tratamiento de salud mental?	29,9%	69,6%	0,5%
¿Habla con su psiquiatra sobre sus citas de psicología o terapia ocupacional para comprender mejor su situación de salud mental?	55,5%	42,8%	1,7%
¿El/la psiquiatra le ha informado sobre los diversos y/o nuevos medicamentos para su trastorno mental?	44,5%	55,3%	0,2%
¿Hay preguntas que no ha podido hacer a su psiquiatra?	62,7%	35,9%	1,4%

En una tercera parte de los/las participantes en la encuesta (29,9%) se señala que el/ la psiquiatra habla con su familia del tratamiento de salud mental. Así, es fundamental profundizar en la discusión si esto se debe a la falta de redes de apoyo, o una falta de integralidad en la atención.

De otro lado, el 42,8% de los/las participantes refieren falta de diálogo con su psiquiatra sobre sus citas de psicología o terapia ocupacional para comprender mejor su situación de salud mental, y el 55,3% refiere que no le han informado sobre diversos y/o nuevos medicamentos para su trastorno mental.

El 62,7% de las personas encuestadas refirieron que hay preguntas que no han podido realizar a su psiquiatra; entre las razones señalan entre otras, la falta de tiempo en la consulta (39,9%), la falta de confianza (20,1%), la vergüenza o pena (16%), la falta de tiempo en la consulta (39,9%), la falta de confianza (20,1%), la vergüenza o pena (16%).



Respecto a la falta de confianza para realizar preguntas en la consulta de psiquiatría, las personas con diagnóstico de depresión (28%) y trastorno bipolar (25,6%) puntuaron por encima de la media para dicho ítem (20,1%); pena o vergüenza todos/as estuvieron por encima de la media (16%), excepto las personas con esquizofrenia (5,7%) y depresión (12,7%), estos últimos puntuaron 23,7% en la opción de “otras razones”, se requiere mayor indagación al respecto.

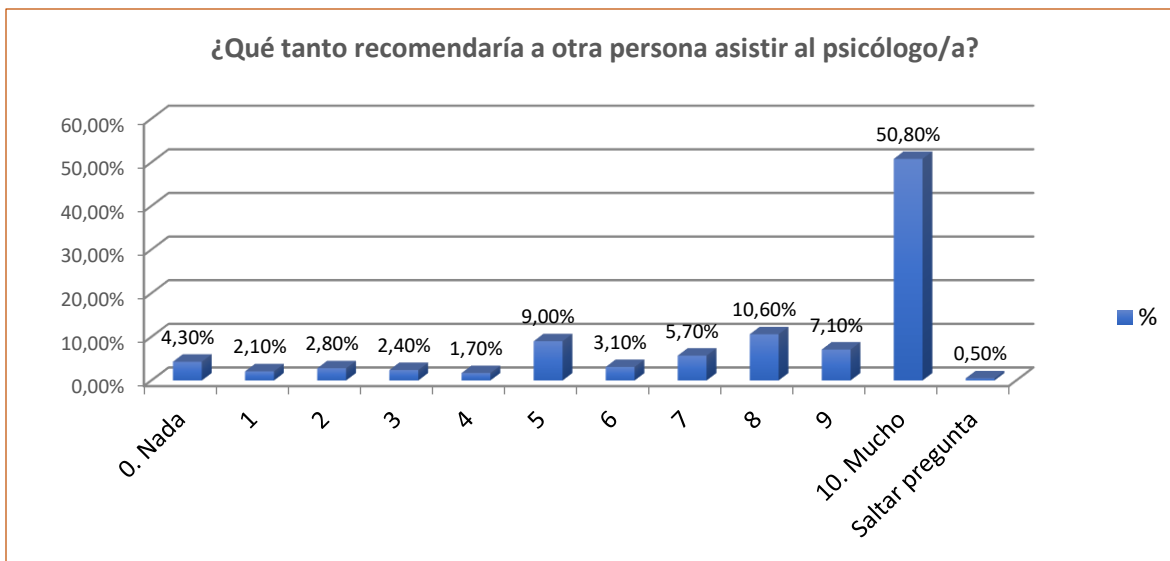
Aproximación a la caracterización de la atención en hospitalización por eventos en salud mental

A la pregunta “En los últimos 12 meses, ¿ha estado hospitalizado por salud mental?” el 8,2% (86 personas) respondieron que sí. A estas personas, se les preguntó sobre si la información para continuar el tratamiento posterior a la hospitalización fue clara, y cómo consideraban la calidad de la atención, encontrándose que 54,7% y el 55,8% la calificaron entre 4 y 5 (muy buena y excelente), respectivamente.

Al salir de la hospitalización, la información para continuar el tratamiento en salud mental fue:			¿Cómo fue la calidad de la atención hospitalaria por salud mental?		
Calificación	No.	%	Calificación	No.	%
1. Nada clara	13	15.1%	1. Mala	13	15.1%
2	6	7.0%	2	10	11.6%
3	18	20.9%	3	13	15.1%
4	17	19.8%	4	21	24.4%
5. Muy clara	30	34.9%	5. Excelente	27	31.4%
Saltar pregunta	2	2.3%	Saltar pregunta	2	2.3%

2.3.4. Satisfacción

En cuanto a la satisfacción, se midió preguntando a los/las participantes si recomendarían las atenciones en salud mental a otras personas o si cumplieron sus expectativas específicamente en las consultas de psicología, psiquiatría, centros día y asistencia asociaciones para personas con trastorno mental y sus familias. A continuación, se presentan los resultados al respecto.

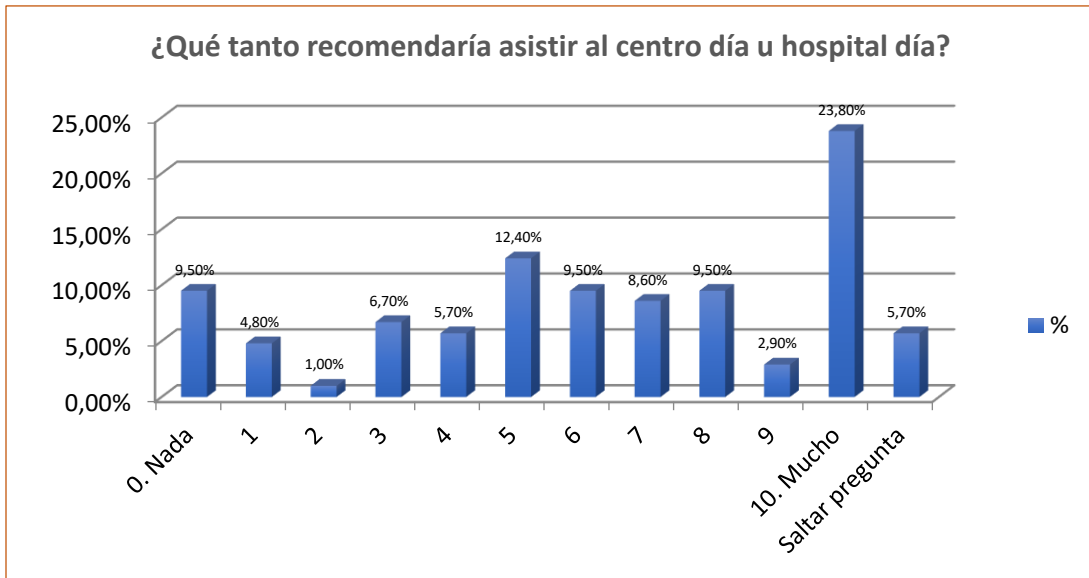


El 68,6% recomendaría en una escala de 8 – 10 asistir a psicología.

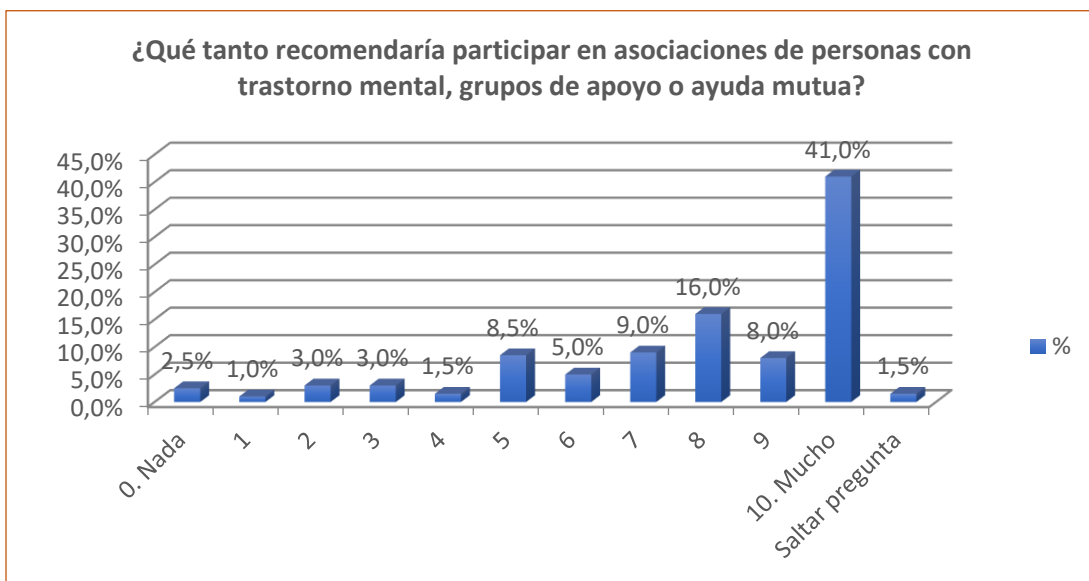
En relación a psiquiatría, el 43,1% señala que la misma ha cumplido con sus expectativas y un 37,6% califican entre 4 y 5 (muy buena y excelente) dicha atención por videollamada.

¿Las consultas por psiquiatría han cumplido con sus expectativas?			¿Cómo evalúa la atención telefónica o por videollamada con psiquiatría?		
Calificación	No.	%	Calificación	No.	%
1. Para nada	60	14.4%	1. Mala	68	16.3%
2	57	13.6%	2	53	12.7%
3	117	28.0%	3	75	17.9%
4	83	19.9%	4	79	18.9%
5. Totalmente	97	23.2%	5. Excelente	78	18.7%
Saltar pregunta	4	1.0%	No ha recibido este tipo de atención	61	14.6%
			Saltar pregunta	4	1.0%

En relación a la asistencia al centro u hospital día, del total de personas que respondieron que asisten al mismo (105 personas), en una escala de 1 a 10, el 36,2% (38 personas) recomendaría asistir al mismo con un puntaje de 8 -10.

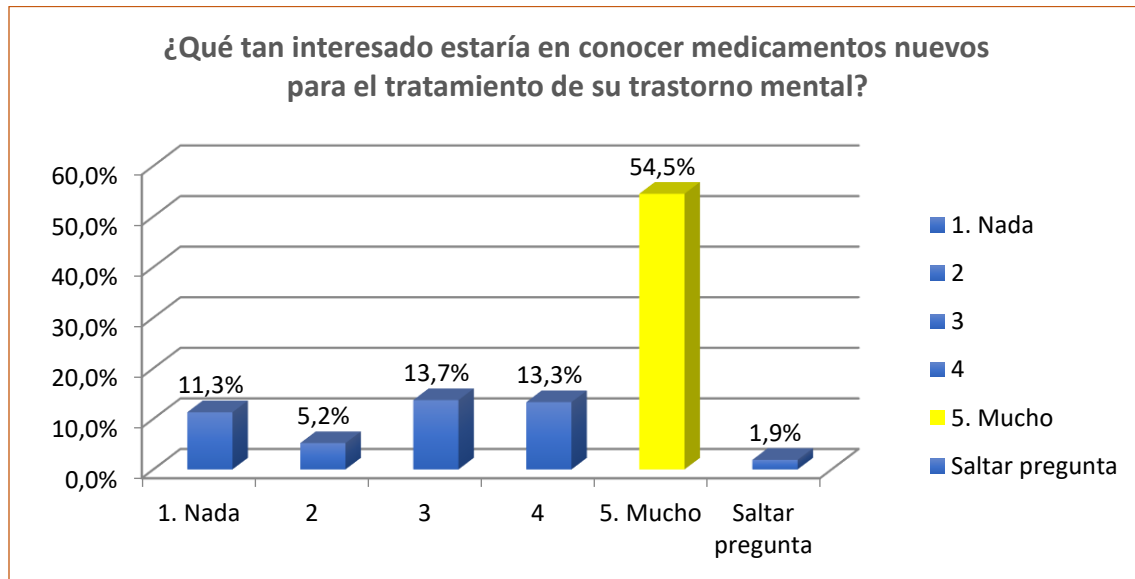


En el caso de la asistencia a las asociaciones de personas con trastorno mental, grupos de apoyo o ayuda mutua, en una escala de 0 a 10, el 65% recomienda participar (8 -10 en la escala).



2.3.5. Innovación en salud mental

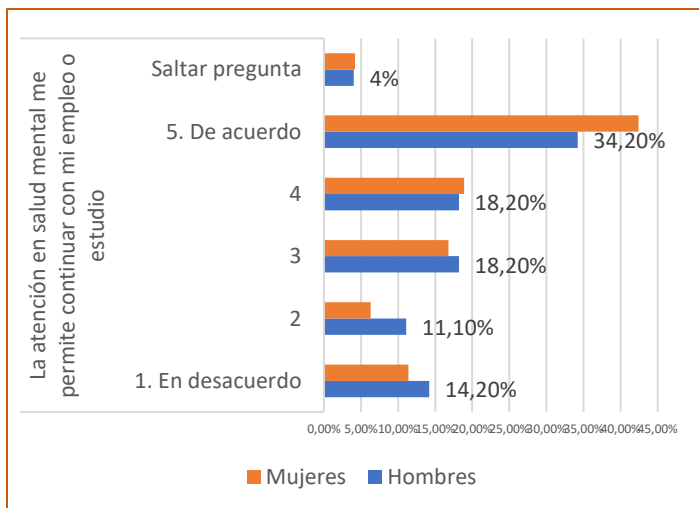
Se preguntó *¿Qué tan interesado estaría en conocer medicamentos nuevos para el tratamiento de su trastorno mental?*, a lo cual el 67,5% de los y las participantes señaló que si le interesaría.



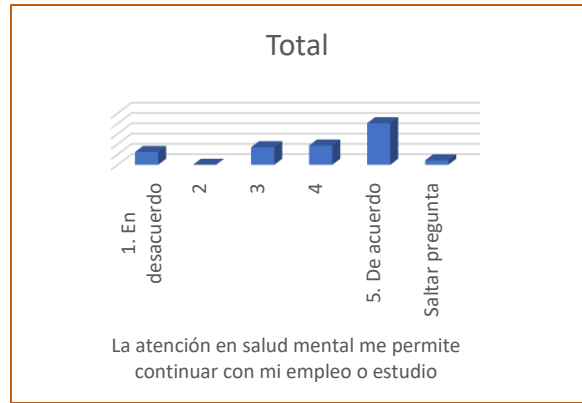
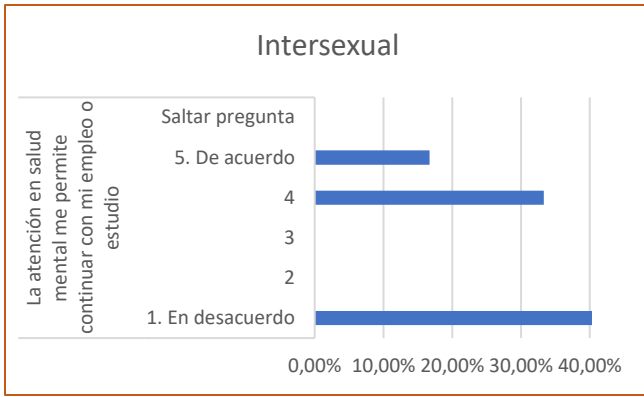
2.3.6. Aproximación a los resultados de la atención en salud mental

Se preguntó por lo que le ha permitido hacer la atención en salud mental, en tres aspectos: (i) Continuar con el empleo o estudio; (ii) desenvolverse mejor en las relaciones interpersonales; (iii) lograr estabilidad emocional. A continuación, se presentan las respuestas por cada una.

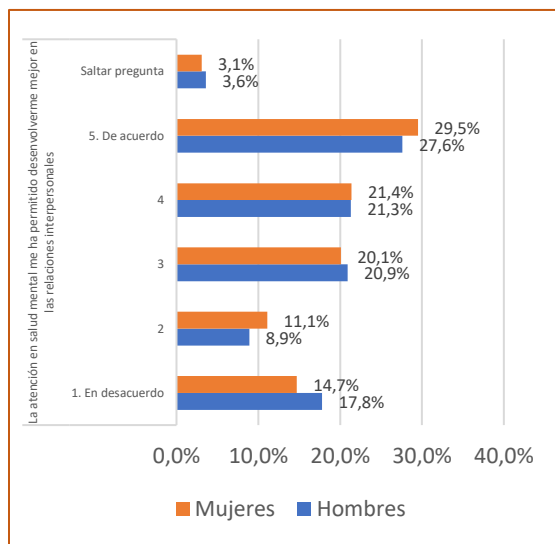
- **La atención en Salud Mental me permite continuar con mi empleo o estudio**



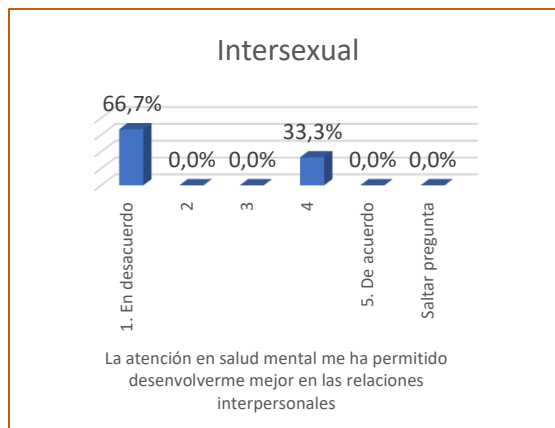
Están de acuerdo con que la atención en salud mental ha permitido dar continuidad al trabajo o al estudio en un 56%, agrupando la valoración 5 y 4. Mientras que en quienes se reconocieron en intersexualidad, están en desacuerdo en un 50%. Se observa que hombres y mujeres califican estar de acuerdo en un 52% considerando la valoración en la escala 5 y 4.



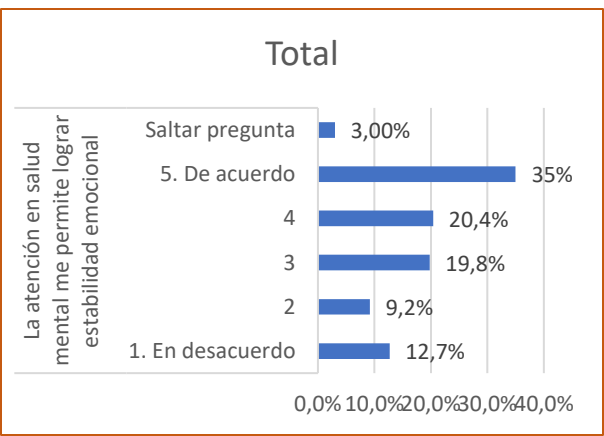
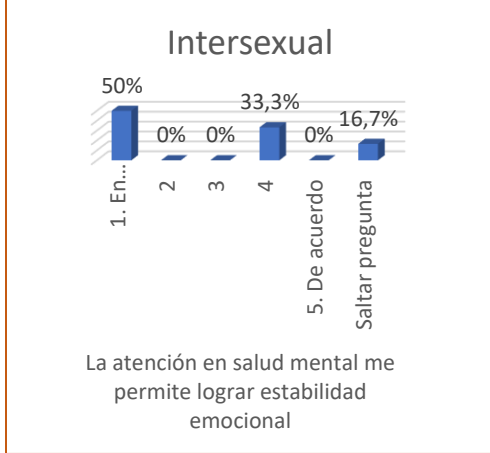
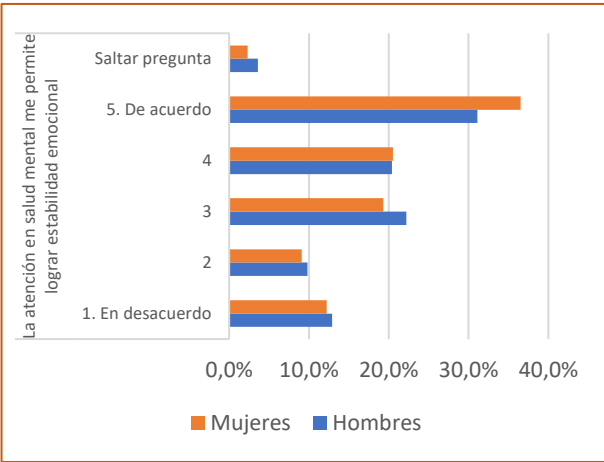
La atención en Salud Mental le permite desenvolverse mejor en las relaciones interpersonales



La atención en salud mental ha permitido desenvolverse mejor en las relaciones interpersonales reportando un 50% aproximadamente estar de acuerdo agregando la valoración en la escala 5 y 4. Se observa un reporte en el caso de las mujeres de un 30%, mayor que en los hombre que puntúan en un 28%. Mientras que las personas que se reconocen como intersexual refieren en un 67% estar en desacuerdo. Estos resultados pueden estar relacionados con el bajo acceso tanto a consultas como a educación.

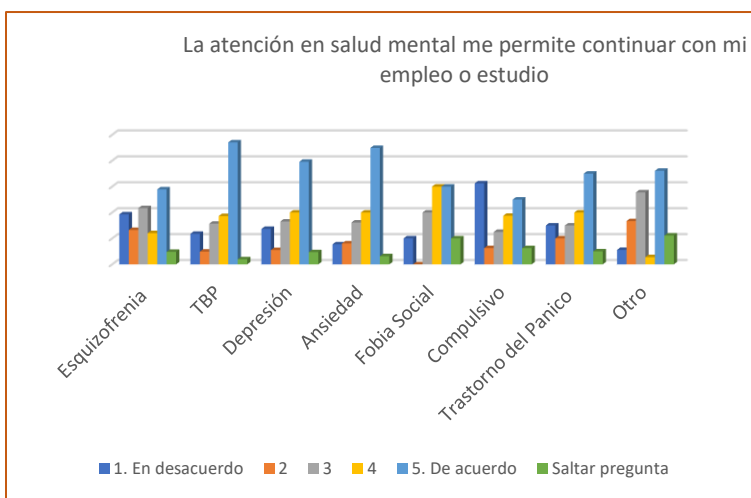


- La atención en salud mental permite lograr estabilidad emocional



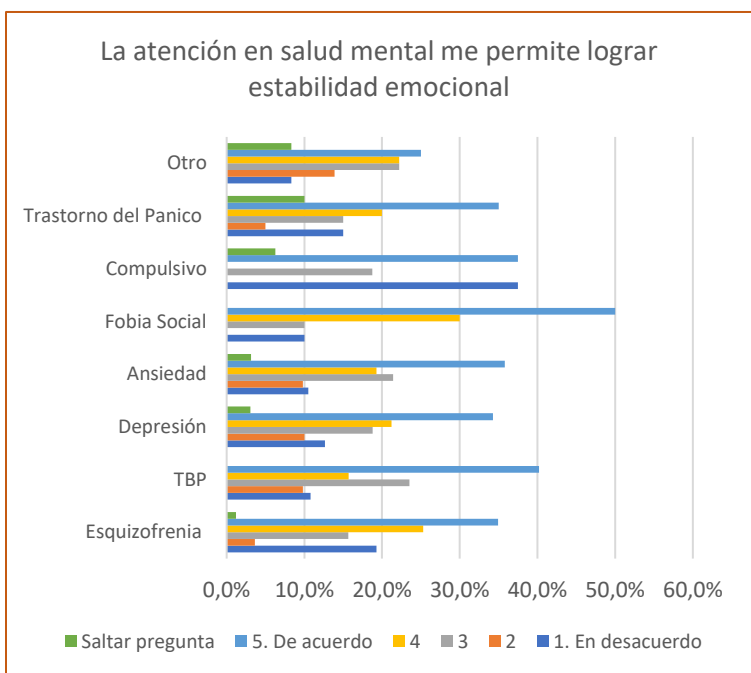
De acuerdo con los beneficios en términos del logro de la estabilidad emocional los hombres reportan un 51% y las mujeres un 56% agrupando la valoración en la escala 4 y 5. En total sería un 55% de personas que reportan que están de acuerdo con este beneficio de la atención. Mientras que en el caso de personas que se reconocen como intersexual están en desacuerdo en un 50%.

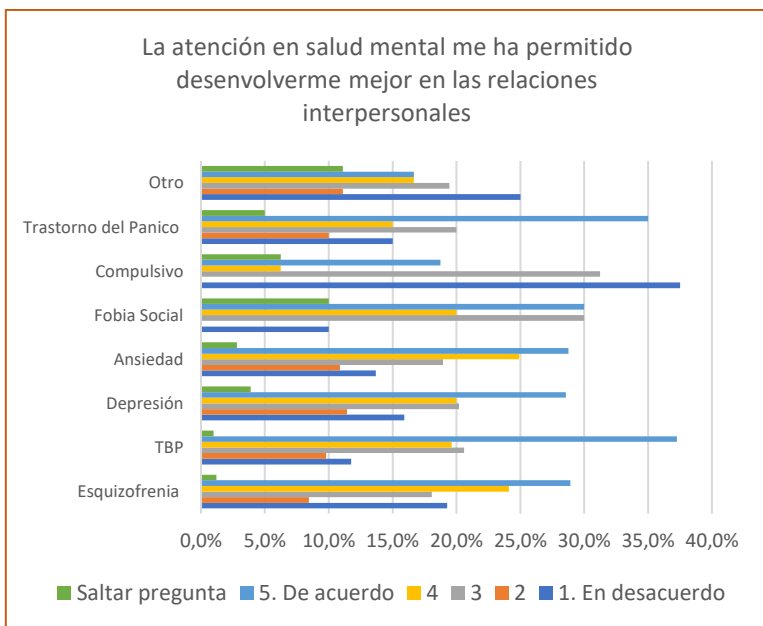
Cruzados los logros reportados por tipo de trastorno mental muestra lo siguiente:



En todos los tipos de trastorno se confirma la importancia y aporte que brinda el tratamiento o la atención en salud mental para continuidad de estudio o empleo. Siendo altamente significativa para casos de TBP, Ansiedad y Depresión en contraste con la tendencia en esquizofrenia.

Para los tipos de diagnóstico, se observa una tendencia a reportar logros en la estabilidad emocional. Sin embargo, el desacuerdo significativo, ligeramente alto en comparación con otros, está en esquizofrenia.





Respecto a logros en las relaciones interpersonales, se muestra en todos los casos confirmación de la tendencia a logros positivos en acuerdo. Siendo mayor para casos de TBP. Mostrando una tendencia significativa al desacuerdo en los casos de esquizofrenia.

III. DISCUSIÓN Y REFLEXIONES

La atención en salud mental, la disposición y calidad de sus servicios constituyen un elemento fundamental en la orientación, apoyo y acompañamiento a las personas con trastornos mentales y sus familias en desarrollo de todas las acciones de promoción, prevención, tratamiento – rehabilitación. Los resultados descritos anteriormente muestran la tendencia que reportan las personas encuestadas, participes desde distintos puntos territoriales a nivel nacional.

Para aproximar un análisis al respecto, es necesario tener presente que la comprensión de la situación de la salud mental, implica la consideración y reconocimiento de múltiples factores psicológicos, sociales, culturales, políticos, entre otros. La Encuesta aplicada permite identificar algunos aspectos relacionados con la atención desde la percepción de los y las participantes, así como explorar su estado emocional y el reconocimiento de algunos factores protectores, ciertos apoyos y logros de quienes han logrado la atención durante este último período marcado por la pandemia mundial por COVID 19. Se infieren algunas condiciones que han permitido cierta resiliencia frente a esta situación exigente para todos/as.

Como lo refieren estudios nacionales de salud mental (1997, 2003, 2015), se ha explorado la oportunidad, acceso a servicios, barreras y continuidad de seguimiento, así como el tratamiento farmacológico indicado por psiquiatría. Los hallazgos muestran la tendencia creciente y expresa de las personas de la necesidad de consultar por problemas de salud mental y del acceso a servicios o atención en salud mental, como lo refiere el estudio nacional 1997 con un 13.6% de personas con necesidad de consulta y 67.5% con acceso a la atención. El estudio 2003, muestra la prevalencia de vida para algún trastorno en un 40%, ausencia de tratamiento médico en el año previo al estudio para el 75% de personas con trastorno grave y para 90% con trastorno moderado grave. La tendencia para todos estos estudios, incluyendo el reciente del 2015, ponen en evidencia el reto

de los servicios en salud mental, siendo altas las tendencias en la prevalencia de brechas y limitaciones en la accesibilidad, oportunidad y continuidad de la atención. Situación que agrava la situación de las personas con trastornos mentales que requieren del apoyo terapéutico, psicosocial y comunitario para su recuperación y logro de adecuados desempeños en su vida personal y social, su bienestar emocional y las posibilidades de realización. Situación que incluye a su familia y a la comunidad en la que están inmersos.

En este contexto inicial que reconocen los estudios nacionales, se enmarca las reflexiones y aproximaciones al análisis que se presenta a continuación:

3.1. El acceso al tratamiento

La OMS (2003) citada por Zamora-Rondón et.al. (2019), ha señalado que en la atención en salud mental, la calidad es una medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados y si éstos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia. Así, previamente se han abordado aspectos relacionados con los resultados en salud, y en adelante se revisarán las prácticas de la atención en salud.

Como se señaló en los resultados respecto al acceso a atenciones en salud por psicología y psiquiatría, seguimiento por medicina general y enfermería, terapia ocupacional, acceso a medicamentos y centros u hospital día, se observa un acceso decreciente, a partir de un 40% de las consultas por psiquiatra y psicología hasta un 10% aproximadamente en la asistencia centro u hospital día.

De ese porcentaje que refiere no recibir atención (60% a un 90% según cada atención por la que se preguntó), se requiere identificar las falencias desde la demanda y oferta. En la primera relacionada con el comportamiento de las personas en relación a la búsqueda de ayuda y la segunda relacionada con la respuesta de los servicios de salud en materia de detección, recuperación y rehabilitación.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2014) señala que existen diferentes razones relacionadas con el no acceso a los servicios de salud mental relacionadas con la actitud de los y las profesionales de los diferentes actores del sistema de salud, así como de la población, debido principalmente al estigma público y al auto estigma basado en estereotipos fuertemente arraigados en relación con la peligrosidad, incompetencia y falta de voluntad de las personas con trastornos mentales, y basado en estos, el surgimiento de prejuicios asociados al temor y/o la rabia, los cuales llevan a la discriminación de las personas con trastorno o problemas mentales y sus familias. Así también lo reporta González et.al (2016) al referirse a las barreras por demanda comportamental.

En estos tiempos de pandemia, estas actitudes de no búsqueda de atención se refuerzan por el temor al contagio por COVID-19, como se refirió entre un 11,9% a un 21,9% de las personas encuestadas. Aun así, estos porcentajes no extrañan pues como lo señala OMS (2020), la mayoría de los países señalaron perturbaciones generalizadas de muchos tipos en los servicios de salud mental esenciales, y si bien el 89% de los países señalaron que la salud mental y el apoyo psicosocial formaban parte de sus planes nacionales de respuesta a la COVID-19, apenas el 17% de esos países disponen de una financiación adicional suficiente para sufragar esas actividades. En Colombia igualmente, redes y organizaciones sociales han expresado la afectación en los servicios

de atención en salud mental en el marco de la pandemia por COVID-19 (Red de cuidados y ciudadanías, 2020).

Ahora bien, en el lado de la oferta, como lo señalaron los y las participantes en la presente encuesta, al preguntársele por qué no asisten a consultas de psiquiatría y psicología, refieren la falta de agenda disponible, lo cual se podría relacionar con la limitación de la oferta para reconvertir rápidamente la atención en modalidad intramural a telemedicina por el momento actual de pandemia; como también a las limitaciones históricas de acceso en salud de personas con diagnóstico en salud mental como se mencionó al inicio de este acápite de discusión en relación a los estudios nacionales de salud mental que se han realizado en el país. Así también lo evidenciaron Zamora-Rondón et.al. (2019) en su estudio sobre datos de atención reportados en SISPRO comparado con las prevalencias de trastornos y problemas mentales en el país de la Encuesta Nacional de Salud Mental –ENSM 2015, donde entre un 61% y 69%, de personas mayores de 18 años y de 12 a 17 años, respectivamente, no tendrían atención en salud.

A lo anterior se suma, que al menos un 28,4% de las personas encuestadas señaló que no les han ordenado la atención por psiquiatría, y un 18,4% por psicología. Si bien no es posible señalar desde la encuesta en qué casos se requerían o no dichas atenciones, desde el Grupo Focal realizado para la revisión del cuestionario de la encuesta previo a su aplicación, que contó con la participación de 21 personas⁶, se compartió entre otros, las dificultades para que se ordenara la atención por psiquiatría o psicología especialmente en personas con diagnóstico de depresión, quienes refirieron que el /la profesional de medicina general “no detectaba casos” o en la “demora de exámenes diversos” (seguramente para descartar diagnósticos diferenciales) las personas terminaban acudiendo a atención particular, lo cual se refirió en el 12,7% y 9,1% de las personas que señalaron no asistir a psicología y psiquiatría por la EPS, respectivamente.

En porcentajes aún mayores, se reportó como razón de no atención por terapia ocupacional (50,2%) y controles por medicina general (42,8%) y enfermería (54,3%), no haber sido ordenado. En el caso de terapia ocupacional es más explícita la limitante de la orden médica por cuanto hace parte del grupo de servicios de complementación terapéutica. Para los controles por medicina general y enfermería, se requeriría hacer énfasis en la disposición de tiempo específico para la atención de salud mental de dichas profesiones, así como su inclusión como parte de la contratación que realizan las EPS de servicios de baja complejidad; en la actualidad con la formación en MhGAP, sería viable que los prestadores de servicios de salud, sea IPS o profesionales independientes o entidades con objeto social diferente que tienen habilitados servicios de consulta externa para su población (instituciones educativas, fundaciones, etc.), ofrezcan este tipo de atenciones.

Lo anterior, señala un aspecto clave de la organización de los servicios de salud en Colombia y en diversas partes del mundo, donde las consultas por medicina general o especializada son las puertas de entrada para las demás atenciones, así como la elevada permanencia de las personas con trastorno mental en servicios especializados con manejo por psiquiatría principalmente. Teniendo en cuenta la importancia de la rehabilitación psicosocial como la garantía de la cobertura

⁶ Grupo Focal realizado en marzo 2021 y contó con participación de 21 personas con diagnóstico confirmado de trastorno mental asociado a la Esquizofrenia, la Depresión, Ansiedad, Trastorno Bipolar y Trastorno Obsesivo Compulsivo entre otros. Varios de ellos miembros de Asociaciones de personas con trastornos y sus familias como ACEPF.

de atención en servicios de baja complejidad, sería importante revisar si en el caso de personas con diagnóstico confirmado de trastorno mental sería posible el acceso directo a las atenciones en mención en el momento que lo requieran, sin orden previa.

Lo anterior diferenciado por diagnósticos como se señala en las guías de práctica clínica. En el caso de Colombia, la guía de práctica clínica de Depresión recomienda la atención por terapia ocupacional y centro día, en personas sin síntomas psicóticos y cuando no presentan riesgo de suicidio que interfiera con el desarrollo de las actividades (GPC en depresión p. 83 -84) y la atención primaria en casos de depresión leve con psicoeducación y fortalecimiento de diversas prácticas saludables como ejercicio, nutrición sana e higiene del sueño (GPC en depresión p. 58 – 60). Para esquizofrenia, la guía de práctica clínica recomienda la terapia ocupacional a nivel ambulatorio en el contexto de las modalidades de atención de base comunitaria, incluido centro u hospital día, pero no en fases agudas (GPC en esquizofrenia p. 40-41), y la atención en fase de mantenimiento por medicina general siempre y cuando no se detecte riesgo suicida, consumo activo de sustancias psicoactivas o reactivación de los síntomas psicóticos (GPC en esquizofrenia p. 42 – 43; 506).

La guía de práctica clínica –GPC en depresión resalta:

“El GDG consideró que no hay evidencia que soporte el uso de terapia ocupacional en pacientes con diagnóstico de depresión y, por lo tanto, su indicación dependerá de la condición clínica de cada paciente y estará sujeto a criterio del psiquiatra tratante. Sin embargo, se consideró que la única indicación para el uso de rutina se da como parte de las intervenciones que recibe un paciente con depresión grave que se encuentra en tratamiento intrahospitalario por su trastorno.” (p.489).

Y en esquizofrenia la guía de práctica clínica –GPC resalta:

“La recuperación sintomática ocurre en aproximadamente el 80% de los pacientes, y la recuperación funcional se da en alrededor de un 50%; esta última depende más de la presencia de síntomas negativos y cognitivos, y es la que determina la independencia del paciente (5). Estos dos tipos de síntomas generalmente se mantienen durante todo el curso del trastorno, porque los fármacos no son eficaces contra ellos, y tienen un gran impacto sobre la funcionalidad y la calidad de vida tanto del paciente como de su familia. Por lo anterior, se considera que el tratamiento a largo plazo de la esquizofrenia debe ser integral, tanto con fármacos como con otro tipo de intervenciones psicológicas y psicosociales que tengan impacto en el pronóstico al disminuir el estrés, los síntomas, la discapacidad, el riesgo de suicidio, la carga sobre los cuidadores y mejorar de la calidad de vida, la comunicación, los mecanismos de adaptación y la adherencia al tratamiento farmacológico.” (p.370) (subrayado fuera del texto).

Teniendo en cuenta el aporte de la atención primaria en salud al mayor acceso a la atención en salud mental y la desconcentración y descongestión de servicios de consulta externa especializada, así como el incremento de la prevalencia de los trastornos mentales dentro de las primeras causas de consulta y de carga de enfermedad (OMS 200; OMS 2017), es fundamental continuar buscando nuevas formas de organización de los servicios de salud (paso 6. Considerar la reforma sistemática

para la mejora de los servicios, señalado por la OMS en 2003 como parte del documento Mejora de la calidad de la salud mental).

Otros limitantes para el acceso son los determinantes geográficos como lo señala la Encuesta Nacional de Salud Mental -ENSM 2015, donde por población el promedio de tiempo referido para acceder geográficamente (llegar al sitio) a los servicios de salud mental a nivel nacional es de 11,8 horas (7 a 12 años); 11,7 horas (12 a 18 años); 32,3 horas (18 a 44 años) y 9,6 horas (mayores de 44 años), lo cual va de la mano con los costos del desplazamiento. En la presente encuesta, un 4,3% y 4,9% refirió que la razón para no asistir a psiquiatría y psicología respectivamente, es la lejanía de su casa al lugar de la consulta, porcentaje menor seguramente por el incremento de la atención en la modalidad de telemedicina.

Finalmente, como parte del análisis del acceso se requiere tener en cuenta las diferencias por diagnóstico, edad, nivel socioeconómico, rural –urbano, sexo que se presentó en el acápite de resultados. Desde un análisis Inter seccional de estas categorías, identificamos como los diagnósticos de depresión y ansiedad predominan en mujeres y fueron los diagnósticos más frecuentes de las personas que respondieron la encuesta (en su conjunto corresponden al 73,9% de la población participante en la encuesta), e igualmente las personas con la primera y tercera posición con menor acceso a las atenciones analizadas, respectivamente.

Lo anterior, se diferencia de lo encontrado en el estudio de Zamora-Rondón (2019) antes citado, donde la población masculina mayor de 18 fue la que presentó mayor déficit de atención, con una distribución de hombres y mujeres de (38% hombres y 62% mujeres), similar con la población participante en la presente encuesta (21.4% hombres y 77.1% mujeres).

- Acceso a medicamentos

La importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico cuando se requiere se resalta en las guías de práctica clínica en depresión y esquizofrenia. En el caso de depresión (mayor población participante en la encuesta), dicha guía señala:

“En la guía de CANMAT (7) se hace especial énfasis en que la adherencia al tratamiento farmacológico antidepresivo merece especial atención, porque las tasas de abandono temprano son altas, y aunque se recomienda que la duración del tratamiento antidepresivo debe ser por un mínimo de 6-12 meses, aproximadamente el 30% de los pacientes descontinúan el medicamento dentro de los primeros 30 días, y más del 40%, dentro de los primeros 90 días (8).

(...)

Entre las estrategias más frecuentemente utilizadas para mejorar la adherencia se encuentran el aumento en la frecuencia de las consultas, las llamadas telefónicas personalizadas, la consejería, los recordatorios, la terapia psicológica y la información escrita dentro y fuera de la consulta (9). (...) p. 227. (Subrayado fuera del texto).

De acuerdo con lo anterior, las personas con depresión participantes en la encuesta se encuentran en mayor riesgo de abandono siendo que además el acceso a las atenciones no fue bueno como se

señaló en los resultados (en ninguna de las seis atenciones evaluadas superó la media general de acceso de la encuesta).

La citada guía señala la psicoeducación u otros mecanismos que mejoren el contacto con los y las usuarias como estrategias para promover la adherencia a los tratamientos de la depresión en el adulto (GPC en depresión, p.62). Así, teniendo en cuenta las brechas que se identificaron en el conocimiento entre hombres y mujeres (los hombres refieren conocer más sobre su trastorno en una escala de 1 a 5), así como en personas intersexuales (refieren conocer menos que hombres y mujeres), es clave fortalecer dichas estrategias desde un enfoque de género que lleve a reconocer los factores socio-culturales y de acceso y control de recursos asociados con el género que pueden estar influyendo en las citadas brechas.

- La oportunidad de la atención

De acuerdo a la descripción de los atributos de la calidad de la atención del Ministerio de Salud y Protección Social⁷, la oportunidad es la posibilidad que tiene la persona de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

La actual encuesta identificó la frecuencia de las atenciones de psiquiatría, psicología y terapia ocupacional y al comparar los resultados con lo señalado en las guías de práctica clínica, se observa en el caso de esquizofrenia que la frecuencia de atención por psiquiatría (mensual, trimestral –no se preguntó semanal) se acerca a lo estipulado en la guía; distinto ocurre con depresión, donde los y las encuestadas en su mayoría señalaron atenciones por psicoterapia cada cuatro meses o más, y en segundo lugar la frecuencia mensual, lo cual se aleja de lo recomendado en la guía a saber:

“13.3 Para todas las personas que reciban TCC individual la duración debe ser entre 16-20 sesiones en 3-4 meses. También considere proveer 2 sesiones por semana durante las primeras 2 o 3 semanas en personas con depresión moderada a grave, y 3-4 sesiones de seguimiento a lo largo de los 3-6 meses siguientes para todas las personas con depresión.

13.4 Para las personas que reciban TIP la duración del tratamiento debe ser entre 16-20 sesiones en 3- 4 meses. Para aquellas con depresión moderada a grave considere proveer 2 sesiones por semana durante las primeras 2-3 semanas, y 3-4 sesiones de seguimiento a lo largo de los 3-6 meses siguientes para todas las personas con depresión.

13.5 La terapia cognitivo-conductual grupal (TCCG) debe consistir de 10-12 sesiones de 8-10 participantes por 12-16 semanas, incluido el seguimiento.” (GPC en depresión, p. 70)

Lo anterior, llama la atención teniendo en cuenta la participación en la encuesta de un 32,9% de personas que señala contar planes complementarios o medicina prepagada, los cuales en la mayoría de los casos ofrecen acceso directo a algunas o todas las especialidades, así se podría identificar un problema de oportunidad a estudiar en dicha población, ¿posiblemente detonado por el mismo acceso directo sin incremento de la oferta?. Otros estudios como el de González

⁷ <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCI%C3%93N-EN-SALUD.aspx>

et.al. (2016), con distribuciones similares de población participante en cuanto a régimen contributivo y subsidiado, revelan también dificultades de acceso relacionados con la oferta de los servicios.

En relación a terapia ocupacional, teniendo en cuenta que las guías de práctica clínica difieren respecto a depresión y esquizofrenia como se expuso anteriormente, se considera que la frecuencia semanal que prevalece contribuye a la rehabilitación por la continuidad del manejo que se ha probado en el trabajo en las asociaciones de personas con trastorno mental y servicios de base comunitaria.

Finalmente, como se mencionó anteriormente, la reconversión de las atenciones a la modalidad de telemedicina ayudó a mejorar el acceso y seguramente la oportunidad, en este sentido la encuesta preguntó sobre la evaluación de dicha atención por videollamada, encontrando una aceptabilidad alta (calificación entre 4 -5, en la escala de 1 a 5). De acuerdo a OMS (2020):

“Aunque numerosos países (70%) han adoptado la telemedicina o la teleterapia para subsanar las perturbaciones de los servicios de atención presenciales, se observan disparidades relevantes en la adopción de estas intervenciones. Más del 80% de los países de altos ingresos declararon haber recurrido a la telemedicina y la teleterapia para paliar las dificultades de los servicios de salud mental, porcentaje que no llega al 50% en el caso de los países de bajos ingresos.”

En relación a la atención por telemedicina la GPC de esquizofrenia señala *“Es necesario investigar acerca de la posibilidad de estudiar la equivalencia del control presencial vs. el control por telepsiquiatría para pacientes que vivan en zonas apartadas.”* (p.506).

- La integralidad de la atención

La fuente legal del principio de integralidad es el literal c) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993, disposición que ordena que todas las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un Plan Integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales. Ahora bien, el goce efectivo del principio de integralidad requiere acciones positivas por parte del Estado y de los prestadores del servicio de salud, encaminadas a garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación, con plena observancia de los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.⁸ Así, la necesidad de revisar cómo se garantizan las diferentes atenciones en salud mental a las personas y como hacen parte de un todo en la atención integral en salud como lo señala la Política de Atención Integral en Salud –PAIS adoptada por la Resolución 429 de 2016.

⁸ Citado en las Sentencias de la Corte Constitucional: T-418 de 2013; Sentencia T-266 de 2014 y Sentencia T-619 de 2014.

En la presente encuesta como se refirió antes, un promedio de 55,5% de las personas refirieron que habla con su psiquiatra sobre sus citas de psicología o terapia ocupacional para comprender mejor su situación de salud mental. Sin embargo, un 42,8% señala que no (el 1,7% saltó la pregunta). Si bien por este único aspecto no es posible confirmar o negar lo relativo a la integralidad, si motiva entre otras preguntas, ¿cómo se teje la atención integral en salud? ¿de qué mecanismos disponen quienes intervienen en esta para articularla? En la experiencia de personas y familias, se observa que quien es el motor del modelo de atención es el /la usuaria con trastorno mental, pues es quien gestiona las distintas atenciones y quien provee información relevante de las mismas para la integración de la atención.

La Red de Cuidados y Ciudadanías (2020), refiere en su artículo Poderosa-Mente, como las atenciones pueden ser vistas como hilos que tejen una malla de cuidados por curso de vida y en atención a las diferentes dimensiones de la vida, sin embargo, en caso de no lograrse, los y las usuarias “caen” por abismos, los cuales podrían ser la puerta giratoria en salud mental (entrar y salir de servicios de urgencias); la permanencia en casa sin acceso a rehabilitación en centros día, terapia ocupacional o de seguimiento o psicoeducación; sobrecarga de las familias o personas con trámites administrativos para lograr el acceso; etc.

Así, el planteamiento de la conformación de los Equipos Multidisciplinarios de Salud –EMS, del Modelo Integral en Salud –MIAS en Colombia, podrían representar la alusión por quien debe, de la gestión de esta integralidad, con la participación y el empoderamiento que hasta ahora han llevado de su atención la mayoría de las personas y familias.

Por lo anterior, será clave en la formulación del nuevo plan decenal de salud pública y sobre todo el establecimiento metas en las dimensiones de salud mental y convivencia social respecto a aspectos como los que preguntó la presente encuesta: (i) diálogo del psiquiatra con la familia; (ii) relación de la atención por psiquiatría con otras atenciones para comprender mejor la situación de salud mental de la persona; (iii) establecimiento de una relación de confianza que supere la pena y vergüenza que hace que muchas personas no hagan preguntas a su psiquiatra, así como el incremento formal del tiempo de las consultas de salud mental.

Respecto del tiempo de las consultas, en la Resolución 5261 de 1994 (conocida como MAPIPOS) se señalaba un tiempo no inferior a 20 minutos, sin embargo la normatividad posterior no explicita un tiempo mínimo. Aun así en la experiencia de los y las usuarias los tiempos si bien varían, en la mayoría de los casos no supera los 20 minutos. En la presente encuesta un 39.9% señaló como causa de no realizar preguntas al psiquiatra la falta de tiempo; en el caso de personas con trastorno como ansiedad (46,2%), trastorno obsesivo compulsivo y otras manías (57,1%), trastorno del pánico (83,3%), otros trastornos (40%), se supera dicha media.

3.2. Sufrimiento emocional y los logros percibidos de la atención en salud mental

El estado emocional, hace referencia al estado de ánimo y a las reacciones que se asocian con los pensamientos y comprensiones que se tienen frente a las distintas situaciones que viven las personas en la vida cotidiana. En caso del trastorno mental, puede presentarse mayor labilidad de los estados emocionales, aumentando la sensibilidad frente los distintos retos y demandas de la

vida, pasando periodos prolongados de ciertas emociones bien sea tristeza excesiva o gran exaltación, entre otros.

Para efectos de esta encuesta ACPEF, se tuvo presente el marco de estudio, propuesto por la encuesta nacional de salud mental del 2015, explora sobre la salud mental y el sufrimiento emocional en torno a la autopercepción de bienestar subjetivo y calidad de las relaciones. Igualmente alude a las representaciones sociales sobre las posibilidades de cognición social, autorregulación, la identificación de apoyos, confianza, seguridad, participación y discriminación. Se considera la evaluación familiar, los eventos vitales generadores del estrés, las actitudes y experiencias frente a las violencias.

En coherencia con esta comprensión, es necesario además reiterar la importancia de reconocer el contexto y condiciones de salud pública de este último año. El año 2020 por la situación que generó emergencia sanitaria y una pandemia mundial debido al COVID 19, las restricciones, las pérdidas de vidas humanas y las múltiples consecuencias de índole social, económico y político abrumaron a toda la población, generando mayores tensiones y exigencias en la vida individual y colectiva. Situación que exigió en todos los casos, la generación de recursos personales para la adaptación, lograr mayor capacidad para tolerar, para reconocer y manejar la frustración, el dolor emocional, la sensación de amenaza permanente contra la vida, y las posibilidades de sobrevivencia.

Recordemos que el dolor emocional o sufrimiento emocional, se constituye como una experiencia subjetiva que podría además considerarse también de acuerdo a las particularidades, situaciones y condiciones de los sujetos. A diferencia del dolor físico, el sufrimiento emocional o psicológico, no se reconoce fácilmente en términos de lograr ser observable a primera vista. Se manifiesta en las expresiones emocionales, la capacidad de relacionamiento y vinculación afectiva, la capacidad para sostener acciones de la vida cotidiana, establecimiento y cumplimiento de compromisos entre otros. Situación que constituye uno de las dimensiones que se suman a la sintomatología y los signos de los trastornos en salud mental. Vale señalar que el dolor emocional, se considera similar al dolor físico, se considera que duele igual, como refieren algunos estudios (Melsack, 2000) que muestran además la representación en la matriz neuronal, identificando como reto la importancia de profundizar en el estudio y reconocimiento de esta integralidad de las dimensiones humanas, considerando entre otros, el nivel de funcionamiento de la neuro matriz de la conciencia corporal y emocional, considerando distintos estímulos, así como componentes paralelos, no solamente somatosensoriales, sino límbicos, entre otros, que son responsables de las dimensiones sensodiscriminativas, afectivo emocionales y evaluó – cognitivas de la experiencia del dolor. Esto por mencionar solo, algunas de las reflexiones que refieren la importancia del reconocimiento de la corporeidad en su conjunto con la dinámica emocional integradas y asociadas con los logros de equilibrio psico físico, de bienestar o malestar.

En el diseño y aplicación de la encuesta, se consideró importante indagar sobre los estados emocionales y las condiciones de bienestar o malestar emocional de las personas con trastorno mental, concentrando la reflexión sobre los últimos tres meses del año vigente 2021. Esto, en tanto, el año anterior, se transitó colectivamente por varias etapas y modos de asumir la pandemia. En el Grupo Focal realizado en la revisión del cuestionario de la encuesta, previo a su

aplicación, que contó con la participación de 21 personas⁹, se compartió entre otros, como inicialmente al comienzo de la pandemia, se generó una afectación emocional crítica o mayor, debido a la aparición repentina, el desconocimiento y la rápida propagación del virus que hizo que toda la población restringiera la movilidad, paralizando todas las actividades y confinando a la permanencia en el hogar, en contraste con el segundo semestre en el que se fueron flexibilizando progresivamente las medidas sanitarias, y a la parte final del año que permitió mayor apertura. Los participantes del grupo focal, refirieron, además, que si bien, en los casos de personas con trastornos mentales que cuentan con apoyos familiares, de grupos o asociaciones, lograron cierta capacidad de contención y manejo de la situación, evitando emergencia de crisis y baja hospitalización. Sin embargo, el prolongado confinamiento, el aislamiento y la pérdida de las actividades cotidianas, han venido socavando los recursos emocionales para el afrontamiento.

De este modo los estados emocionales fueron muy variados durante el año, acorde con las particularidades individuales, familiares y las condiciones que permitieron, mayor o menores posibilidades de adaptación y reconocimiento de aprendizajes de la experiencia. Desde el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS, 2021), se refiere como las afectaciones por la angustia y ansiedad que generó la amenaza del COVID 19, sumado a los desenlaces por las pérdidas de vidas, y la percepción de la capacidad para el afrontamiento del aislamiento, despertó la alerta y promovió acciones de contingencia para atenderlas y mitigar los efectos, sobre todo en salud mental, como la implementación de la línea 192, entre otros. Confirmando esta tendencia y la agudización de las situaciones y eventos en salud mental en general.

Por lo tanto, para efectos de esta encuesta, la indagación se concentró en lo sucedido en este primer trimestre del presente año con el fin de reconocer los estados emocionales más recientes y actuales. En principio, vale anotar que, considerando los resultados de la encuesta, el porcentaje más alto de participación reportado fue de personas con Depresión, siendo casi la mitad del total de los y las participantes (47%). Situación que llama la atención, siendo este tipo de trastorno muy lábil y susceptible o vulnerable, afectado fácilmente por factores externos que pueden agudizar la situación y condiciones de las personas que la sufren, dependiendo de las particularidades y apoyos que tengan. Factores o estresores como los generados por esta situación de pandemia que pueden agudizar la situación. La Depresión frente a condiciones de tensión o percepción de amenaza, complejizan sus síntomas, asociados entre otros, con la disminución del interés o disfrute en todas o casi todas las actividades de la persona en su vida cotidiana, con efectos adicionales asociados con pérdida de apetito, de peso o aumento, alteraciones del sueño o hipersomnía. En general un ánimo permanentemente triste y pesimista por largos períodos de tiempo, desconexión afectiva y vinculante que los hace más vulnerables y propensos a inercia total y pérdida de interés por vivir.

Igualmente, estos factores externos estresantes producidos en esta época de pandemia, pueden ser desencadenantes de afectaciones o crisis de salud mental mayores, se vuelven complejos en todos los casos de diagnósticos con trastorno mental de personas sin apoyos o con pocos factores protectores. Del total de participantes cerca de un tercio, fueron personas con diagnóstico de ansiedad (27%), trastorno que puede verse también altamente afectado por las condiciones de la

⁹ Grupo Focal realizado en marzo 2021 y contó con participación de 21 personas con diagnóstico confirmado de trastorno mental asociado a la Esquizofrenia, la Depresión, Ansiedad, Trastorno Bipolar y Trastorno Obsesivo Compulsivo entre otros. Varios de ellos miembros de Asociaciones de personas con trastornos y sus familias como ACEF.

pandemia descritas. Y de hecho, en la referencia a otros trastornos, como resultado de esta encuesta, en realidad el reporte de las personas fue de trastornos mixtos de alta ansiedad y depresión. Ya en menor proporción participaron personas que refirieron Trastorno Bipolar – TBP- (9%) y con esquizofrenia en un 8%, siendo entre el 1 y 2% para otros trastornos como el trastorno de pánico con 1,9%, la fobia social y el trastorno compulsivo.

Por otra parte, cruzando estos resultados del tipo de diagnóstico con sexo, se observa para todos la predominancia del sexo femenino. Lo que puede indicar, por una parte, disposición de las mujeres para el diligenciamiento de este tipo de consultas, y de otro lado, posibles asociaciones del género como factor de riesgo para situaciones de salud mental, tanto en hombres como en mujeres y población LGBTI. Para el caso de quienes reportaron Esquizofrenia, son la mayoría hombres, y en depresión y ansiedad mujeres. Ramos- Lira, L (2014), respecto a depresión señala “(...) ya sea como sintomatología o como trastorno es prevalente en mujeres de la población adulta, y adolescente.” Esta condición aumenta, si coexisten factores psicosociales de riesgo como la responsabilidad como jefa de hogar, el bajo nivel económico (por mayor exposición a estresores externos y presiones socioeconómicas), desempleo (aunque en este caso pesa más en los hombres), el aislamiento social, los problemas legales, experiencias de violencia, consumo de sustancias adictivas y migración.

Además, los estudios sugieren mayor vulnerabilidad de la salud mental frente a ciertos problemas sociales o emocionales, considerando la capacidad que se desarrolle para pedir ayuda cuando aqueja el malestar emocional. Igualmente, los /las expertos/as señalan que este tipo de trastorno depresivo, puede enmascararse detrás de comportamientos de adicción y riesgo, así como de la irritabilidad o susceptibilidad emocional, con la que tradicionalmente se caracteriza a las mujeres, o detrás de la impulsividad o comportamientos agresivos con los que tradicionalmente se caracteriza a los hombres. Lo cual se complejiza en situaciones de relaciones de pareja y relaciones familiares en general.

En los resultados de la presente encuesta respecto a situaciones que preocupan y pueden asociarse a estados emocionales de malestar o sufrimiento, se identificaron las situaciones económicas, laborales y familiares, siendo en todos los casos alta la preocupación, y más alta aún para Depresión. Es sabido, que la preocupación es un dispositivo o desencadenante que puede agudizar o complejizar el sufrimiento emocional que en estos casos puede ser permanente en personas con trastorno mental.

Por otra parte, vale señalar que el sufrimiento emocional, puede ser propio de la condición y reconocimiento del trastorno mental, así como la expresión de sus síntomas y signos. Sufrimiento que no afecta solo a la persona que tiene esta condición, sino a su familia y comunidad. Y además de la complejidad que pueden tener estos cuadros diagnósticos debido a los factores externos o estresores señalados, se le suma la falta de acceso con oportunidad y calidad a los servicios de salud. Pues la sensación de soledad e indefensión se incrementa, lo que puede agravar los síntomas o caída en crisis, así como resquebraja la capacidad de sostenimiento de relaciones positivas y significativas de apoyo y acompañamiento, al sentirse impotentes para resistir, comprender, sobreponerse y apoyar efectivamente.

3.3. Los vínculos y las relaciones: percepción del apoyo social y emocional de las personas con trastorno mental.

Los vínculos y las relaciones constituyen el soporte a la configuración de los sujetos y las subjetividades. Según el reporte de la encuesta, la percepción de apoyo familiar es alto en todos los casos. Sin embargo, se observa que en casos de Esquizofrenia el apoyo es mayor en comparación con TPB, Depresión y Ansiedad. Siendo importante anotar que para Depresión la tendencia mayor es a percibir poco apoyo, lo que confirma reflexiones anteriores que ponen a estas personas en mayor condición de vulnerabilidad. Para los diagnósticos de fobia social y trastorno compulsivo se reporta percepción de apoyo como la tendencia alta, pero muy baja para trastorno del pánico y otros. Es sabido por estudios y experiencias como los 20 años en la Asociación Colombiana para Personas con Esquizofrenia y sus familias –ACPEF- que las personas con esquizofrenia, debido a la alteraciones emocionales y comportamentales, exigen alta atención por parte de las familias, pues están más alerta a los cambios y desarrollan capacidades para el reconocimiento de los síntomas y su manejo. Mientras que las personas con Depresión por su sintomatología e introversión, suelen estar más solas y desconectadas afectivamente de otros, lo que los hace más vulnerables aún, al no contar con apoyos emocionales y sociales significativos, sin familias involucradas conscientemente, en tanto se cree que esta es una problemática individual y tal vez, asociada a falta de voluntad en su proceso de recuperación o superación del evento.

Ahora bien, la tendencia por tipo de diagnóstico en los casos de Esquizofrenia, TBP, Depresión, Ansiedad es que se cuenta con alguien para compartir situaciones de la vida diaria, afectos y sentimientos, siendo más alto para esquizofrenia y de estos, la más baja es en Depresión. Igual sucede para Fobia social, sin embargo, el reporte para trastorno compulsivo y del pánico, es que No se cuenta con este apoyo.

La dinámica familiar y el apoyo psicosocial es fundamental para todas las personas, siendo el sistema o red de relaciones constitutivo y primario para acompañar los procesos de desarrollo individual y social (MSPS, 2018), y aún más importantes para las personas con trastorno mental. Algunos estudios refieren que las personas que logran mayor funcionalidad, reconocimiento y manejo de su situación de salud mental, cuentan con relaciones de apoyo y vinculación a una dinámica familiar que les reconoce y acompaña en su proceso. Como lo refiere el estudio de Casanova-Roda L y otros (2014). “En los pacientes se observó que a mayor percepción de apoyo mayor funcionalidad familiar. En los familiares el apoyo estructural demostró una mejor percepción de funcionalidad familiar, lo que permite disminuir la probabilidad de recaídas y hospitalización”.

Por otra parte, respecto a la exploración sobre las expresiones u oportunidades para desarrollar la resiliencia, en realidad la encuesta no logró indagar directamente al respecto. Considerando la resiliencia como aquella capacidad para superar, resistir y transformar situaciones o condiciones adversas internas o externas al individuo con el fin de trascenderlas y recuperar estados de bienestar y equilibrio. Sin embargo, se infiere de varios de los hallazgos como por ejemplo de los logros de la atención en términos de permanecer o retornar al estudio o trabajo, a estados emocionales equilibrados y a relaciones interpersonales adecuadas como algunas de las expresiones resilientes derivadas del apoyo obtenido en procesos de atención en salud mental.

Igualmente, el reporte de los estados emocionales y las tendencias al sufrimiento o bienestar, muestran en cierta medida las capacidades de las personas para sostenerse no solamente frente a su trastorno mental, sino a las condiciones adversas del entorno. En este caso, es significativo el bajo nivel de hospitalización y aparición de crisis graves. Sobre todo, de aquellos que cuenta con soporte familiar y relaciones significativas de afecto y apoyo.

CONCLUSIONES

Partiendo de los beneficios que deben recibir los y las usuarias con los servicios y las atenciones aportadas por el sistema de salud en salud mental, quiénes y cómo las reciben y como las perciben, nos detenemos en algunos puntos que más llamaron la atención para tener presentes.

Los resultados de la aplicación de la encuesta a mil cuarenta y nueve 1.049 personas, provenientes de distintos territorios del país; se resaltan las ciudades y departamentos como Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca y Cundinamarca principalmente, y la participación de regiones como Vichada y Amazonas, entre otras. La referida participación y los resultados presentados, confirman la necesidad de revisar y mejorar el efectivo acceso con oportunidad y calidad a los servicios de atención en salud mental como problemas persistentes mostrados desde otros estudios nacionales en salud mental.

Las personas que contestaron la encuesta en su mayoría refirieron Depresión (46.7%) como diagnóstico único confirmado medicamente, seguido por la Ansiedad con un 27.2%, el trastorno bipolar con un 9.7% y la esquizofrenia 7.9%. Además, se auto reconocieron con TOC un 1% de los y las participantes y con trastorno de pánico un 1.9%. En un 3,4% se refirió la opción “otro trastorno” en cuya opción se identificaron dos o más trastornos por una persona. Observando la tendencia de los/las participantes de acuerdo a su edad, para depresión el mayor grupo que participó se encontraba entre 29 y 44 años, y entre 45 y 59 años; en Trastorno Bipolar -TBP y Ansiedad el grupo etario correspondió a 29 y 44 años; y en el caso de esquizofrenia entre 18 y 28 años para esquizofrenia. Momentos del curso de la vida de los que se espera ejercicio de la autonomía e independencia económica.

En relación al sexo y género de los y las participantes, se resalta la mayor participación de mujeres (77,1%; 809 mujeres) las cuales señalaron como diagnóstico principal depresión. Un 10,5% (110 personas) de población se reconoció como LGBTI y un 0.6% (6 personas) en la categoría sexo se identifica como intersexual.

En la atención en salud mental se preguntó por el acceso a la consulta por psicología y psiquiatría, seguimiento por medicina general y enfermería, terapia ocupacional, acceso a medicamentos y centros u hospital día. Un aspecto relevante en los porcentajes de acceso, fue que el mismo va decreciendo desde un 40% en psicología (40,8% en mujeres y 38,2% en hombres) y 39,8% en psiquiatría (44,9% mujeres y 38,6% en hombres), hasta un 10% de asistencia al centro u hospital día (10,7% en hombres y 9,9% en mujeres). En la mitad se encuentra el 29% que reporta haber consultado medicina general, el 14% a Terapia Ocupacional y el 11% a controles por enfermería. Es decir que el tratamiento básico está centrado en psiquiatría, psicoterapia y acceso farmacológico como se expondrá más adelante.

Si bien se considera el contexto y condiciones generadas por la pandemia en el 2020 y lo que cursa de este año 2021, el reporte decreciente amerita investigar si esta situación tiene relación con la función de remisión que tienen las consultas de psiquiatría y psicología para las demás atenciones (terapia ocupacional, controles de medicina general y enfermería), que complementan la rehabilitación psicosocial. Esto supone un reto a la organización de los servicios de salud para garantizar el abordaje y rehabilitación psicosocial.

Como se observa en el capítulo de resultados, las personas con depresión presentan porcentajes de acceso a las todas las atenciones inferior a la media de la encuesta y dado que fue el diagnóstico más frecuente entre las personas que la diligenciaron (46,7%) “jaló” el promedio general de todas las atenciones hacia abajo. De las seis atenciones referidas, las personas con depresión no superan nunca la media general de acceso.

Respecto del porcentaje que refiere no recibir atención (60% a un 90% según cada atención referida anteriormente), se requiere identificar las falencias desde la demanda y oferta, incluyendo la relación con estigma social y autoestima, incluidas las actitudes del personal de salud de los distintos actores del sistema de salud.

Finalmente, en relación al acceso a medicamentos, al preguntarle al 100% de las personas encuestadas, si alguna vez habían abandonado el tratamiento con medicamentos, un 40,6% señaló que sí, siendo el porcentaje mayor en mujeres 42,6% frente al 33,3% de hombres. En relación a las razones que referente las personas para haber abandonado los medicamentos se señaló en primer lugar “otras razones” (41,1%), en segundo lugar los efectos adversos de los medicamentos (36,4%), en tercer lugar no recibirlos a tiempo (15%) y en cuarto lugar el que le tocara ir a varios lugares para recibirlos (6,6%).

Las personas con diagnóstico de depresión, refieren en primer lugar “otras razones” para abandonar (44,4%), en segundo lugar los efectos adversos de los medicamentos (32,9%), en tercer lugar no recibirlos a tiempo (13,4%) y en cuarto lugar el que le tocara ir a varios lugares para recibirlos (8,3%). Se requiere profundizar en estudios adicionales las otras razones que pudieron haber influido en el abandono de medicamentos.

Teniendo en cuenta lo señalado por la guía de práctica clínica de Depresión en relación a que los abandonos de medicamentos son muy frecuentes en personas con este diagnóstico, y que la adherencia se fortalece mediante la psicoeducación, el contacto, seguimiento y consejería, se podría decir entonces que quienes participaron en la encuesta están en mayor riesgo de abandono siendo que además el acceso a las atenciones no fue bueno como se señaló previamente (en ninguna de las seis atenciones evaluadas superó la media general de acceso de la encuesta).

Así mismo, teniendo en cuenta las brechas que se identificaron en el conocimiento entre hombres y mujeres (los hombres refieren conocer más sobre su trastorno en una escala de 1 a 5), y en personas intersexuales (refieren conocer menos que hombres y mujeres), es clave fortalecer las estrategias de psicoeducación desde un enfoque de género que lleve a reconocer los factores socio-culturales y de acceso y control de recursos asociados con el género que pueden estar influyendo las citadas brechas.

Aun así, es pertinente el fortalecimiento de la investigación e innovación en nuevos medicamentos con menores efectos adversos. En la encuesta se preguntó si le han informado sobre nuevos medicamentos para su trastorno mental en su consulta de psiquiatría, a lo cual el 55,3% refiere que no le han informado. También se preguntó ¿Qué tan interesado estaría en conocer medicamentos nuevos para el tratamiento de su trastorno mental? a lo cual el 67,8% refirió su interés con una calificación de 4 y 5 en una escala de 1 a 5.

En conclusión, se requiere continuar posicionando un abordaje integral que incluya el tratamiento farmacológico y las atenciones requeridas para la rehabilitación psicosocial con oportunidad,

integralidad y continuidad, así como con apoyos familiares comprensivos, formados y conscientes de su papel.

En relación a sufrimiento emocional, se identificó en las personas con depresión la más alta tendencia de malestar emocional en contraste con las personas con esquizofrenia que refieren la menor tendencia de los diagnósticos estudiados, le sigue las personas con trastorno bipolar. Para otros tipos de trastorno reportados como fobia social, también es menor el malestar reportado, en contraste con alta tendencia en trastorno compulsivo y del pánico.

Siendo el sufrimiento emocional una experiencia subjetiva de dolor que puede permanecer en el tiempo y agudizar la sintomatología y afectar los procesos de recuperación de las personas con trastorno mental, existe la posibilidad que se incremente aún más por las dificultades en el acceso con oportunidad y calidad a los servicios de salud mental. Los estados emocionales de bienestar, malestar o sufrimiento además de condiciones personales del diagnóstico de salud mental, son influidos por factores externos que pueden ser desencadenantes de dolor psíquico en todas las personas, siendo muy susceptibles las personas con trastorno mental, como sucede en la época actual con la permanente amenaza de contagio, muerte y pérdida. Así, al indagar por la posibilidad de tener a alguien con quien compartir situaciones de la vida diaria, afectos y sentimientos, se encontraron los más altos puntajes en personas con esquizofrenia y nuevamente la más baja en personas con depresión, similar tendencia se observó cuanto se pregunta por la satisfacción con los apoyos familiares o relaciones significativas afectivas y de apoyo.

Sin embargo, el prolongado confinamiento, la pérdida de condiciones y actividades de la vida cotidiana asociadas con la salida y participación en procesos de rehabilitación y atención presencial, pueden conllevar a la disminución de motivación, persistencia e intereses por sostener el cuidado de su salud mental a nivel personal y familiar. Sumado a ello la carencia de oportunidades de acceso, o la persistencia de barreras y limitaciones de los servicios, agudizados ahora por la exigencia de la atención sanitaria de la pandemia.

Si bien, no se indaga directamente por la resiliencia, esta capacidad puede inferirse asociada a los reportes de logros significativos en términos de continuidad en el trabajo o estudio, estabilidad o recuperación del equilibrio emocional, y el sostenimiento de las relaciones interpersonales, asociadas a resultados de la participación en procesos de atención en salud mental. Así mismo, siguen siendo relevantes, en términos de efectos positivos para su recuperación, el reconocimiento de los vínculos y relaciones familiares, de personas significativas, la pertenencia a grupos de apoyo y asociaciones de familias y personas con trastorno mental.

Es necesario señalar que a pesar de las importantes apuestas que, desde la política nacional en salud vigente, y especialmente en salud mental, que tienen como centro la atención integral en salud, el reconocimiento de los sujetos como centro de la atención y de la salud mental como una prioridad de salud pública, constituye un imperativo el reconocimiento explícito de la persistencia de los problemas de la atención y los servicios, así como la necesidad de la movilización de los esfuerzos gubernamentales que se requieran para aportar a la mejora de la ruta de atención y los servicios. Si bien, las atenciones están señalados en la norma y la política, no son ofertadas por las EPS, los prestadores y los equipos de salud. Además, la falta de continuidad y consistencia en procesos psicoeducativos, se vuelven una debilidad mayor, pues no logran tocar la sensibilidad, ni

despertar la motivación por el reconocimiento y aprendizaje para el manejo del trastorno mental, ni mucho menos el desarrollo de capacidades personales, familiares, ni comunitarias.

Por otra parte, la encuesta permite generar varios llamados de atención, en la integralidad de la atención por parte de EPS que gestionan el riesgo en salud y responsables de los modelos de atención; para los entes de inspección, vigilancia y control que verifican el cumplimiento de la normatividad vigente, incluyendo los contratos de las EPS que deben proponer términos que aseguren la calidad de la atención y no solamente el acceso a la misma.

Un punto para la profundización, es como se planteó previo, la “malla de cuidados” (Red de Cuidados y Ciudadanías 2020), que se requiere en salud mental y que amerita distintas atenciones y actores involucrados, iniciando por la prestación de los servicios de salud asegurados por cada EPS y de las cuales son gestores, así como la innovación y cobertura por el sistema de salud de nuevas atenciones y servicios socio-sanitarios de alto impacto en la rehabilitación integral; nos queda la pregunta que tanto la plataforma Mi Prescripción –MIPRES está cubriendo estas atenciones y prestaciones, así como las innovaciones en salud mental.

Como parte de la “malla de cuidados”, se requiere incrementar el acceso a centros día, terapia ocupacional, seguimiento por medicina general y enfermería, y el fortalecimiento familiar, de los procesos participativos y configuración de grupos de apoyo, familiar y comunitario como opciones fundamentales o esenciales en toda la atención integral en salud mental desde la promoción, prevención y tratamiento.

A la sociedad civil, las familias y la comunidad en general, llama la atención sobre la responsabilidad y posibilidades de apoyo a las personas con trastorno mental. Se reportan diferencias significativas en los vínculos y apoyos de que disponen las personas con trastorno mental, con tendencia a su desconocimiento o inexistencia; no obstante la significativa importancia mostrada de los mismos como un factor altamente protector.

El reto del contexto, ya en la fase post-COVID, y la convivencia con esta condición que se prevé continuará siendo ‘endémica’ exige promover discusiones, variados estudios y profundización en las opciones conjuntas a desarrollar para encaminar acciones de fortalecimiento y solidez de la atención y los servicios de salud, así como los apoyos psicosociales correspondientes. Esto implica entre otros, promover la integración de los servicios, la revisión de las posibilidades de continuidad de la atención para todos los trastornos mentales, y la visibilización de las brechas de género, y las diferencias por momentos del curso de la vida, toda vez que aunque la mayor participación correspondió a personas adultas, se resalta la participación de un 3,1% de personas entre los 14 y los 17 años que respondieron la encuesta.

GLORIA NIETO DE CANO

Presidenta - Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y sus Familias ACPEF

Documento elaborado por: Equipo Profesional ACPEF - Junio 2021¹⁰

¹⁰ ACPEF. Equipo de trabajo conformado por profesionales del Derecho, Psicología, Enfermería y Gestión Documental con formación y experiencia en salud pública, salud mental y la atención directa a personas con trastornos en salud mental.

REFERENCIAS

Casanova –Rodas, L. et all (2014). “Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental”. Salud mental- Rev Salud Ment vol.37 no.5. México sept/oct 2014. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500011

González, Lina Maria, et. al. (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45s1/v45s1a12.pdf>

Melsack R. (2000) From the gate to the neuromatriz. Rev Soc. Esp Dolor 2000; 7:149-156 Recuperado en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10491980/>

Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS- 1993, 1997, 2003, 2015. Estudios Nacionales de Salud Mental.

- MSPS (2018) Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento Familiar.
- MSPS, 2021. “Salud Mental, uno de los principales retos de la pandemia. Recuperado de la www.minsalud.gov.co. Recuperado en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Salud-mental-uno-de-los-principales-retos-de-la-pandemia.aspx>
- MSPS (2014). ABC en salud mental, trastornos y estigma. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>

Organización Mundial de la Salud - OPS (2003). Mejora de la calidad de la salud mental. España: Edimsa; 2003. Consultado junio de 2021. Disponible en: <http://bit.ly/2rlwJHB>

- OMS-OPS. (2007) Salud Mental. Recuperado el 11/04/2020 https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=180:salud-mental&Itemid=1005
- OMS (2010). Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Funk M, editor. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. 74 p
- OMS. (2017). *Salud Mental*. Recuperado el 11/04/2020 https://www.who.int/mental_health/es/
- OMS (2020). Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- OMS (sf). Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. Disponible en: <https://www.paho.org/costa-rica/dmdocuments/Salud.Mental.en.Atencion.Primaria.pdf>

Peñalosa R. Salamanca N. Rodriguez J. Beltran A. (2010) *Estimación de la carga de enfermedad para Colombia 2010*. Recuperado el 11/04/2020 <https://www.javeriana.edu.co/documents/12789/4434885/Carga+de+Enfermedad+Colombia+2010.pdf/e0dbfe7b-40a2-49cb-848e-bd67bf7bc62e>

Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, 2004-2006. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12016344004.pdf>

Posada Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Magaña C, Carlos-Gómez L. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2004;33(5):241-62.

Ramos-Lira, L. (2014) ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Revista Salud Mental-impresa* ISSN 0185-3325. *Salud Ment* Vol. 37 no. 4 México jul/ag. 2014. Recuperado en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400001

Red de cuidados y ciudadanías –Bogotá Colombia (2020):

- La SALUD MENTAL en tiempos de Covid19. Las atenciones de personas con discapacidad psicosocial. Disponible en: <https://redcuidadosyciudadanias.wordpress.com/2020/04/12/la-salud-mental-en-tiempos-de-covid19-las-atenciones-de-personas-con-discapacidad-psicosocial/>
- Poderosa – mente. Un camino hacia la libertad. Capítulo 3: La Malla que se teje entre vulnerabilidades y cuidados. Disponible en: <https://redcuidadosyciudadanias.wordpress.com/2020/08/12/poderosa-mente-un-camino-de-libertad-1/>

SECPAL (s.f.). Detección de malestar emocional (DME). Disponible en: https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Cuestionario-de-Deteccion-del-Malestar-Emocional-DME_fig1_241084938

Sociedad Catalanoblear de Cures Pal·latives (2014). “Guía de detección del malestar emocional en la atención paliativa integral”. Obra social “la Caixa”. Barcelona.

Zamora-Rondón, Suárez-Acevedo, Bernal-Acevedo (2019). Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia. *Rev. Salud Pública.* 21 (2): 175-180. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2019.v21n2/175-180/es>