



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Determinantes sociales asociados a la valoración y el autorreconocimiento de problemas y trastornos mentales en la población colombiana

Carlos Gómez-Restrepo

Universidad Nacional de Colombia
Doctorado Interfacultades en Salud Pública
Bogotá, Colombia
2019

Determinantes sociales asociados a la valoración y el autorreconocimiento de problemas y trastornos mentales en la población colombiana

Carlos Gómez-Restrepo

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

Doctor en Salud Pública

Director

Dr. Javier Eslava-Schmalbach, MD, MSc, PhD

Línea de Investigación
Equidad en Salud
Grupo de Investigación
Grupo de Equidad en Salud

Universidad Nacional de Colombia
Doctorado Interfacultades en Salud Pública
Bogotá, Colombia
2019

*A mi esposa, Andrea Carolina,
y a mis hijos: María Juliana, Laura Andrea,
Tomás Daniel y Valentina*

Agradecimientos

Al Dr. Javier Eslava-Schmalbach, MD, MSc, PhD, profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, quien sirvió como director de tesis, me acompañó y apoyó en todo el proceso, y me brindó todo su conocimiento.

A la Dra. María Nelcy Rodríguez, estadística, bioestadística MPH. Directora y profesora titular del Departamento de Epidemiología Clínica de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, con quien tuve la oportunidad de rotar y me aportó con sus enseñanzas para los análisis realizados.

Al Dr. Jacky Fabián Gil, estadístico y bioestadístico. Profesor asociado del Departamento de Epidemiología Clínica de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, con quien tuve la oportunidad de rotar y me aportó con sus enseñanzas y correcciones a los análisis realizados.

Al Dr. Rafael Ruiz, asistente de Investigación del Departamento de Epidemiología Clínica, quien colaboró en la consecución y en la organización de una parte de la bibliografía y me brindó su aporte en algunos artículos.

A la Dra. Andrea Padilla Muñoz, LLM, master en Medición, PHD en Ciencias Jurídicas. Profesora de carrera de la Facultad de Jurisprudencia Universidad del Rosario, de quien recibí aportes y correcciones para el artículo sobre el modelo de acceso ajustado.

Al Dr. Mauricio Medina, por su ayuda en la compilación de la bibliografía y por sus enseñanzas en el manejo de la referenciación.

.

Resumen

Introducción: Los trastornos mentales han sido subestimados a lo largo de la historia; no obstante, representan una carga de enfermedad que contribuye mayoritariamente a la discapacidad asociada a enfermedad. La prevalencia de dichos trastornos exige un reconocimiento de estos para brindar acceso a los servicios de salud; sin embargo, la mayoría de las personas no acceden a tratamiento, y ello se debe, en parte, al desconocimiento de estos problemas. **Objetivos:** Determinar los factores asociados al reconocimiento o no de los problemas y los trastornos mentales en la población colombiana. Identificar, mediante la metodología de árboles de decisión y clasificación (CART), las características y los determinantes sociales asociados a los grupos con reconocimiento de los problemas y trastornos mentales a lo largo del ciclo vital en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (ENSM, 2015). **Resultados:** Los estudios cuantitativos presentan las variables y OR asociadas al reconocimiento de problemas y trastornos mentales en niños por parte de terceros y al autorreconocimiento de adolescentes y adultos. En el estudio cualitativo con entrevistas en profundidad y grupos focales se evidencian categorías relacionadas con acceso y reconocimiento, tales como: educación y conocimiento de la enfermedad, estigma, falta de capacitación de los profesionales de la salud, cultura y estructura u organizacionales. Se describen los CART para adultos, adolescentes y niños; se observan en cada uno de ellos los subgrupos asociados al autorreconocimiento o el heterorreconocimiento o no de los problemas y los trastornos mentales. Finalmente, se presentan los modelos de acceso a salud y se propone un modelo de acceso integral ajustado en salud mental, para el que se incluye la importancia del autorreconocimiento y el heterorreconocimiento para iniciar la cascada de eventos que dan lugar a un mejor acceso en salud mental. **Conclusiones:** El reconocimiento de los problemas y los trastornos mentales es fundamental para incrementar el acceso a los servicios correspondientes. Se presenta un modelo de acceso, así como estrategias basadas en CART, determinantes y factores

asociados, que permitirán mejorar la valoración y aumentar el reconocimiento y el acceso a los servicios correspondientes.

Palabras clave: Reconocimiento, árboles de clasificación (CART), acceso a salud mental, determinantes sociales, trastornos mentales, problemas mentales, ciclo vital.

Abstract

Introduction: Mental disorders have been underestimated throughout history. However, they represent a burden of disease that contributes mainly to disability associated with illness. The prevalence of these disorders requires the recognition of them to provide access to health services. Nonetheless, 40% to 80% of people do not access treatment and this is partly due to the recognition of these problems. **Objectives:** To determine the factors associated with the recognition or not of mental problems and disorders in the Colombian population. Identify through the methodology of multivariate analysis, interviews, focus groups, decision trees and classification (CART) the characteristics and social determinants of groups with recognition of mental problems and disorders in children (7-11 years old), adolescents (12-17 years old), and adults (18 years or older) in the National Health Survey Mental 2015. **Results:** In the qualitative studies, the variables and ORs associated with recognition of problems and mental disorders in children by their parties and the self-recognition of Adolescents and adults are presented. In the qualitative study with in-depth interviews and focus groups, there are categories related to access and recognition such as education and knowledge of disease, stigma, lack of training of health professionals, culture, structure, or lack of organizational capacity. In the CART described for adults, adolescents and children the sub-groups associated with self-recognition and recognition by others or not for problems and disorders are observed. Finally, the models of access to health are presented, and a model of comprehensive access adjusted to mental health is proposed, including the importance of recognition by others and self-recognition as initial points to begin the cascade of events that lead to better access in mental health. **Conclusion:** The recognition of mental problems and disorders is fundamental to increase access to services. An access model is presented, as well as strategies based on findings from

multivariate, qualitative methods, classification trees, and determinants and associated factors that will improve the assessment and increase recognition and access.

Keywords: Recognition, classification trees, access to mental health, social determinants, mental disorders.

Contenido

Resumen	V
Abstract.....	VII
Lista de figuras.....	XIII
Lista de tablas	XV
Lista de siglas y abreviaturas	XVIII
Introducción	1
1. Problema de investigación y justificación	5
1.1 Problema de investigación	5
1.2 Justificación	7
2. Marco teórico	11
2.1 Salud mental: su importancia	11
2.2 Determinantes psicosociales y SM.....	14
2.3 Salud mental: valoración del estado de salud	19
2.4 Salud mental: acceso y reconocimiento	21
2.5 Trastornos mentales y su reconocimiento	24
3. Metodología	31
3.1 Preguntas de investigación	31
3.2 Objetivos.....	31
3.2.1 Objetivos generales	31
3.2.2 Objetivos secundarios.....	32
3.3 Diseño del estudio	32

Contenido	X
3.4 Población y muestra	32
3.4.1 Población	32
3.4.2 Selección de la muestra y muestreo	33
3.4.3 Factores de expansión.....	34
3.5 Criterios de selección	34
3.5.1 Criterios de inclusión de la ENSM 2015	34
3.5.2 Criterios de exclusión de la ENSM 2015	35
3.6 Instrumentos, desenlaces y variables	35
3.6.1 Instrumentos	35
3.6.2 Definiciones de los desenlaces.....	36
3.6.3 Enumeración y definición de variables	38
3.7 Enfoque y plan de análisis.....	38
3.8 Estudio cualitativo.....	40
3.8.1 Introducción	40
3.8.2 Objetivos del estudio cualitativo.....	41
3.8.3 Técnicas de recolección de datos.....	41
3.8.4 Lugares	42
3.8.5 Transcripción y análisis de datos.....	43
3.9 Aspectos éticos	44
3.10 Presupuesto	45
3.11 Cronograma.....	46
3.12 Divulgación	47
4. Resultados: Reconocimiento a lo largo del ciclo vital	48
4.1 Reconocimiento de problemas y trastornos mentales en niños	48
4.1.1 Introducción	49
4.1.2 Metodología	53
4.1.3 Resultados	55
4.1.4 Discusión	60
4.1.5 Conclusión	63
4.2 Factores asociados con el reconocimiento de trastornos y problemas mentales en adolescentes en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, Colombia	64

4.2.1	Introducción	64
4.2.2	Metodología	66
4.2.3	Resultados	68
4.2.4	Discusión	71
4.2.5	Conclusión	75
4.3	Autorreconocimiento de trastornos y problemas mentales en población adulta de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, Colombia.....	76
4.3.1	Introducción	77
4.3.2	Metodología	79
4.3.3	Resultados	80
4.3.4	Discusión	87
4.3.5	Conclusión	91
4.4	Estudio cualitativo sobre acceso y reconocimiento	91
4.4.1	Introducción	92
4.4.2	Metodología	95
4.4.3	Análisis de resultados	97
4.4.4	Resultados	98
4.4.5	Discusión	105
4.4.6	Conclusión	112
4.5	Valoración del estado de salud y reconocimiento	112
5.	Árboles de clasificación y regresión (CART).....	118
5.1	Introducción	119
5.2	CART, reconocimiento en adultos.....	120
5.2.1	Árbol de clasificación para trastornos mentales en adultos	123
5.2.2	Árbol de clasificación para problemas mentales en adultos	124
5.2.3	Árbol de clasificación para problemas o trastornos mentales en adultos	127
5.3	CART, reconocimiento en adolescentes	130
5.3.1	Árbol de clasificación para trastornos mentales en adolescentes	133
5.3.2	Árbol de clasificación para problemas mentales en adolescentes	134
5.3.3	Árbol de clasificación para trastornos o problemas en adolescentes	135
5.4	CART, reconocimiento en niños.....	139

5.4.1	Árbol de clasificación para trastornos mentales en niños	140
5.4.2	Árbol de clasificación para problemas mentales en niños	141
5.4.3	Árbol de clasificación para trastornos o problemas en niños.....	145
6.	Acceso en salud mental.....	146
6.1	Acceso a cuidados de salud: modelos y componentes	146
6.1.1	Modelo de la atención de mínimos decentes.....	150
6.1.2	Modelo de acceso ajustado	152
6.1.3	Modelo de accesibilidad.....	154
6.1.4	Modelo comportamental	156
6.1.5	Modelo de monitorización de acceso del Instituto de Medicina (IM)	159
6.1.6	Modelo ajustado modificado de Penchansky y Thomas	161
6.2	Aportes al acceso en salud: modelo de acceso integral ajustado en salud mental	168
6.2.1	Introducción	168
7.	Discusión y conclusiones	180
7.1	Aportes de la tesis relevantes a la salud pública y la salud mental.....	196
7.2	Recomendaciones.....	197
	Referencias.....	198
	Anexo A: Variables, definición y naturaleza.....	232
	Anexo B: Cálculo de la muestra y muestreo	236
	Anexo C: Reconocimiento, ecuaciones de modelos y estados de salud.....	240
	Anexo D: Publicaciones realizadas durante el Doctorado.....	252
	Anexo E: Artículo sometido a publicación	259

Lista de figuras

Figura 2-1: Determinantes sociales	15
Figura 2-2: Determinantes estructurales	16
Figura 2-3: Determinantes intermediarios	16
Figura 4-1: Modelo de acceso a salud de Penchansky y Thomas	93
Figura 5-1: Árboles de clasificación de trastornos de adultos. Particiones del nodo raíz.....	123
Figura 5-2: Árboles de clasificación de problemas de adultos. Particiones del nodo raíz.....	124
Figura 5-3: Árbol de clasificación de problemas en adultos que se reconocen y no se reconocen	126
Figura 5-4: Árboles de clasificación de problemas o trastornos en adultos. Particiones del nodo raíz.....	128
Figura 5-5: Árbol de clasificación de problemas o trastornos de adultos que se reconocen y no se reconocen.....	129
Figura 5-6: Árboles de clasificación de trastornos en adolescentes. Particiones del nodo raíz.....	134
Figura 5-7: Árboles de clasificación de problemas en adolescentes. Particiones del nodo raíz.....	135
Figura 5-8: Árboles de clasificación de problemas o trastornos en adolescentes. Particiones del nodo raíz.....	136
Figura 5-9: Árbol de clasificación de problemas o trastornos en adolescentes que se reconocen y no se reconocen	138
Figura 5-10: Árboles de clasificación de trastornos en niños. Particiones del nodo raíz.....	141
Figura 5-11: Árboles de clasificación de problemas en niños. Particiones del nodo raíz.....	142
Figura 5-12: Árbol de clasificación de problemas de niños que se reconocen	

Contenido	XIV
y no se reconocen	144
Figura 6-1: Modelo de ajuste de acceso a salud	152
Figura 6-2: Dominios de accesibilidad	155
Figura 6-3: Modelo de estudio de acceso a salud	158
Figura 6-4: Modelo de acceso a salud del Instituto de Medicina	159
Figura 6-5: Modelo de acceso integral ajustado en salud mental	179
Figura 7-1: Determinantes sociales y determinantes intermediarios	184

Lista de tablas

Tabla 2-1: Prevalencia de los TM en los últimos 12 meses evaluados en población infantil entre 7 y 11 años, por sexo, en Colombia	12
Tabla 2-2: Prevalencia de los TM evaluados en adolescentes de la población colombiana para los últimos 12 meses	13
Tabla 2-3: Prevalencia de los TM evaluados en adultos de la población colombiana para los últimos 12 meses.....	13
Tabla 2-4: Dimensiones y respuestas que se obtienen con el EQ-5D	20
Tabla 3-1: Tamaños de muestra según grupos de edad.....	33
Tabla 3-2: Presupuesto del proyecto de investigación	45
Tabla 3-3: Cronograma.....	46
Tabla 4-1: Características de la muestra de niños con problemas, que se reconocen o no como tales	56
Tabla 4-2: Características de la muestra de niños con trastornos que se reconocen o no como tales	57
Tabla 4-3: Características de la muestra de niños con trastornos o problemas que se reconocen o no como tales	58
Tabla 4-4: Modelo multivariado para niños con trastornos o problemas que se reconocen o no como tales	60
Tabla 4-5: Características sociodemográficas de la muestra de adolescentes.....	68
Tabla 4-6: Factores asociados con el reconocimiento de trastornos y problemas mentales: análisis bivariado	69
Tabla 4-7: Análisis multivariado para reconocimiento de trastornos y problemas mentales.....	70
Tabla 4-8: Descripción de la muestra total ($n = 10.870$) y de aquellos con trastornos o problemas mentales ($n = 4614$).....	81
Tabla 4-9: Características de personas que se autorreconocen con trastornos	

o problemas mentales	82
Tabla 4-10: Autorreconocimiento de trastorno mental. Análisis bivariado.....	83
Tabla 4-11: Modelo de regresión ajustado para variables asociadas con el autorreconocimiento de trastornos mentales.....	84
Tabla 4-12: Modelo de regresión ajustado para variables asociadas con el autorreconocimiento de problemas mentales	85
Tabla 4-13: Modelo de regresión multivariable de autorreconocimiento de trastornos o problemas (combinado) en adultos	86
Tabla 4-14: Grupos focales y entrevistas en profundidad	96
Tabla 4-15: Temáticas de los contenidos sobre depresión	98
Tabla 4-16: Temáticas de los contenidos sobre consumo de alcohol	102
Tabla 4-17: Puntaje en la escala visual análoga en pacientes con trastornos que se reconocen o no	114
Tabla 4-18: Puntaje en la escala visual análoga en pacientes con problemas que se reconocen o no	115
Tabla 4-19: Puntaje en la escala visual análoga en pacientes con trastornos o problemas que se reconocen o no	115
Tabla 4-20: Frecuencias con trastornos, problemas y TPM reconocidos o no de acuerdo con el estado de salud	116
Tabla 5-1: Determinantes psicosociales utilizados en adultos	121
Tabla 5-2: Adultos sanos y con trastorno mental que se reconocen y no se reconocen.....	123
Tabla 5-3: Adultos sanos y con problemas mentales que se reconocen y no se reconocen.....	124
Tabla 5-4: Nodos de terminales y desenlaces. Árbol de problemas en adultos	125
Tabla 5-5: Regla de clasificación de problemas en adultos	126
Tabla 5-6: Adultos sanos y con problemas o trastornos mentales que se reconocen y no se reconocen	127
Tabla 5-7: Nodos terminales y desenlaces del árbol de problemas o trastornos en adultos.....	128
Tabla 5-8: Regla de clasificación de problemas o trastornos en adultos	130
Tabla 5-9: Determinantes psicosociales utilizados en adolescentes.....	131
Tabla 5-10: Adolescentes sanos y con trastornos mentales que se reconocen y no se reconocen	133

Tabla 5-11: Adolescentes sanos y con problemas mentales que se reconocen y no se reconocen	134
Tabla 5-12: Adolescentes sanos y con problemas o trastornos mentales que se reconocen y no se reconocen	135
Tabla 5-13: Nodos terminales y desenlaces del árbol de problemas o trastornos en adolescentes	136
Tabla 5-14: Regla de clasificación de problemas o trastornos en adolescentes	138
Tabla 5-15: Determinantes psicosociales utilizados en niños	139
Tabla 5-16: Niños sanos y con trastornos mentales que se reconocen y no se reconocen.....	140
Tabla 5-17: Niños sanos y con problemas mentales que se reconocen y no se reconocen.....	141
Tabla 5-18: Nodos terminales y desenlaces del árbol de problemas en niños	142
Tabla 5-19: Regla de clasificación de problemas de niños	144
Tabla 5-20: Niños sanos y con trastornos o problemas mentales que se reconocen y no se reconocen	145
Tabla 6-1: Modelos de acceso.....	162
Tabla 6-2: Modelos de acceso a servicios de salud	169
Tabla 6-3: Componentes del modelo de acceso a salud según Penchansky y Thomas (5), y adaptación por Saurman (6).....	172

Lista de siglas y abreviaturas

AIC	criterios de información de Akaike
AUDIT	prueba de Identificación de trastornos relacionados con el consumo de alcohol
AVAD	años de vida ajustados por discapacidad
AVISAS	años de vida ajustados
BIC	criterio de información bayesiano
CART	árboles de decisión y clasificación
CIDI-CAPI	Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), asistida por computador
Cp de Mallows	Estadístico para elegir entre múltiples modelos de regresión
CVE	coeficiente de variación específico
CVRS	calidad de vida relacionada con la salud
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DI	determinantes intermediarios
DIADA	Detection and Integrated care for Depression and Alcohol Use in Primary Care (Detección y cuidado integrado de depresión y uso de alcohol en cuidado primario)
DIS	entrevista diagnóstica estructurada
DISC	Diagnostic Interview Schedule for Children (Entrevista diagnóstica estandarizada para niños)
DPS	determinantes psicosociales
DS	determinantes sociales
ECNT	enfermedades crónicas no transmisibles
ENSM	Encuesta Nacional de Salud Mental
EQ-5D	EuroQol-5D
EVA	escala visual análoga
FRPTM	falta de reconocimiento de problemas y trastornos mentales

GPC	guía de práctica clínica
IM	Instituto de Medicina
IMC	índice de masa corporal
IMP	índice multidimensional de pobreza
NVIVO	programa de <i>software</i> para análisis cualitativo
IOM	Institute of Medicine
MAS	muestreo aleatorio simple
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAI	Plan Ampliado de Inmunización
PCL	The Posttraumatic Stress Disorder Checklist (Lista de chequeo para estrés postraumático)
PHQ2	The Patient Health Questionnaire-2 (Cuestionario de salud para pacientes, de 2 preguntas)
PHQ9	The Patient Health Questionnaire- 9 (Cuestionario de salud para pacientes, de 9 preguntas)
PM	problemas mentales
PMD	pobreza multidimensional
RQC	Cuestionario de reporte para niños
RSL	revisión sistemática de la literatura
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SM	salud mental
SMAD	síndrome mixto de ansiedad y depresión
SRQ	Cuestionario de Autorreporte de Síntomas
TDAH	trastorno por déficit de atención e hiperactividad
TEPT	trastorno de estrés postraumático
TM	trastornos mentales
TPM	trastornos y problemas mentales
UPM	unidad primaria de muestreo
USM	unidad secundaria de muestreo
UTM	unidad terciaria de muestreo
VAS	Escala visual análoga
VIF	factor de inflación de varianza
WMH	Estudio mundial de salud mental

Introducción

La salud mental permite a las personas desarrollar su potencial, enfrentar las situaciones vitales estresantes, trabajar productivamente y contribuir a sus comunidades. Como tal, es una dimensión fundamental de la salud del ser humano. No obstante, tanto la valoración como el reconocimiento de los problemas y los trastornos asociados a ella parecen ser limitados por parte de las propias personas, sus cuidadores, la comunidad y los sistemas de salud, lo cual puede variar en diferentes grupos poblacionales. Todo ello suscita atenciones diferenciales, lo que conlleva posibles inequidades; esto depende de diversos factores psicosociales y económicos, así como de otras circunstancias vitales que favorecen su presencia y desarrollo.

Los trastornos y problemas mentales (en adelante, TPM) generan una gran cantidad de casos y formas de discapacidad en el mundo; su alta prevalencia requiere intervenciones adecuadas, con el fin de prevenir las dificultades derivadas de dichos problemas y trastornos. Se calcula que, en la actualidad, y en conjunto con las entidades cardiovasculares, las mentales son las categorías de enfermedad que más generan discapacidad. Se estima que alrededor de la mitad de las diez primeras causas de discapacidad en el mundo corresponden a trastornos psiquiátricos, y que, a la vez, estos trastornos se asocian con mayor comorbilidad médica y peores desenlaces en salud (1).

En países de economías sólidas, los trastornos mentales (en adelante, TM) (incluyendo adicciones y suicidio) constituyen el 21,6 % del total de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), seguidos por las condiciones cardiovasculares, con el 18,6 % (1,2).

La OMS (3) se estimaba que a comienzos de este siglo había 83 millones de episodios de depresión en los países en desarrollo, de los cuales solamente un 8,4 % recibió tratamiento, comparado con el 35 % de episodios tratados en países desarrollados. Al respecto, en

Colombia, un 39,5 % de los casos con depresión mayor y un 26,8 % de los pacientes con síndrome mixto de ansiedad y depresión (SMAD) son identificados en el nivel primario (1).

La Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) (4) informa una prevalencia para niños entre 7 y 11 años de 4,7 % para los últimos 12 meses, y de 3,0 % para los últimos 30 días. Entre tanto, para adolescentes entre 12 y 17 años, la prevalencia de vida de los TM explorados fue de 7,2 % y para los últimos 12 meses, de 4,4 %. Para adultos de 18 años y más, la prevalencia de vida de los TM examinados representó el 9,1 %, y para los últimos 12 meses, el 4,0 %.

Asociado con ello, existe un gran estigma derivado de los TM y algunas patologías graves, para las cuales se presentan mayores dificultades al momento de requerir acceso a tratamientos médicos. Por otra parte, se estima que la mayoría de escuelas médicas en Colombia (hoy, 61) presentan un pobre plan de estudios relacionado con la salud y la enfermedad mental¹, y esto lleva a un pobre desempeño al momento de egresar como médico general y tener que ejercer en un país donde, aproximadamente, un 25 % de los pacientes que buscan asistencia en el nivel primario pueden tener un problema mental o un TM, para cuyo manejo no fue entrenado. De esta manera, algunas estimaciones muestran cómo entre un 40 y 80 % de los pacientes que asisten a consulta y presentan un TM no son identificados y atendidos como tales; ello, además, sin tener en cuenta que muchos de esos pacientes solicitan atención por otros problemas, lo cual representa costos derivados de pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios.

Ahora, en el acceso a los servicios de salud se han privilegiado modelos diversos, entre los cuales uno de los más utilizados, de Penchansky y Thomas (5), esboza una serie de dimensiones: accesibilidad, disponibilidad, asequibilidad, acomodación y aceptabilidad, entre otras, a lo cual Saurman (6) agregó la dimensión de la *información*; todas ellas permiten entender el acceso de los pacientes a los servicios de salud. Sin embargo, dentro de estos modelos no se ha contemplado el componente del autorreconocimiento y reconocimiento de la enfermedad mental por parte del sujeto, o del profesional de la salud, o de su cuidador, lo que permitiría mejorar el acceso a los servicios de salud, pues esta

¹ Conversatorio sobre Educación en Psiquiatría con Psiquiatras Decanos de Facultades de Medicina. Congreso Nacional de Psiquiatría. Medellín; 2018.

figura sería, en muchos casos, el punto de arranque del proceso para acceder a los servicios de salud mental.

De acuerdo con estos puntos, el presente estudio tiene por objeto analizar, en una serie de investigaciones, los determinantes psicosociales asociados con la valoración del estado de salud (en adultos) y con el reconocimiento o no de la presencia de TPM a lo largo del ciclo vital en la población colombiana, con el propósito de tener información nacional que permita establecer estrategias para su mejor reconocimiento y manejo, mediante la descripción de los determinantes asociados y la obtención de grupos emanados a partir de la metodología de árboles de decisión y clasificación (CART). Para el presente estudio se tendrá como base los datos emanados de la ENSM 2015, y se trabajará desde el enfoque de determinantes sociales y curso de vida (con niños de 7 a 11 años, adolescentes de 12 a 17 años y adultos de 18 a 44 años, y de 45 y más años) respecto al reconocimiento de los TPM. Solo en los pacientes mayores de 18 años se profundizará en la valoración del estado de salud por parte de las personas y los profesionales que los atienden, mediante un estudio cualitativo que complementa los datos encontrados y que profundizan en la problemática del reconocimiento de las personas sobre sus (TPM).

Ahora bien, a pesar de que usualmente se los denomina *determinantes sociales de la salud* (DSS) y la enfermedad, para la presente tesis se ha optado por utilizar prioritariamente el término *determinante psicosocial* (DPS), cuyo uso es planteado a menudo en psiquiatría y en ciencias del comportamiento y la salud mental. En estas ramas del saber se reconoce al ser humano, esencialmente, como un ser social. Se asume, a la vez, que lo psicológico y lo socioambiental están ligados, y busca superar las divisiones entre lo individual y lo contextual, para lograr comprensiones sistémicas, en un escenario donde, más que privilegiar aspectos sociales o psicológicos, se plantea la necesidad de combinar estas dos partes, con el fin de ubicar en esa interacción las influencias sobre la salud y la enfermedad mentales. De esta manera, habrá algunos apartes en los que se privilegie la denominación *determinante social*, con el fin de ubicar al lector en la terminología clásica; sin embargo, se utilizará prioritariamente, incluso en el título de la tesis, el término determinantes psicosociales, el cual, pensamos, hace mayor énfasis en un aspecto normalmente olvidado en los Determinantes Sociales (DS): los *determinantes intermedios* (DI), en torno a los cuales se teje la mayoría de las problemáticas en salud y enfermedad mental. De hecho, dentro de los DI se habla de los *determinantes psicosociales*, y todo lo que se teje en ese aspecto es lo que solemos denominar psicosocial. Al respecto, vale la pena citar algunos de los artículos donde se utiliza

el término DPS cuando se habla de salud mental en diferentes escenarios, y que nos respaldan en el uso que se dio al término para esta tesis (7-11).

Pensamos que el estudio aporta al acceso de los pacientes con TPM, al suministrar, por primera vez en nuestro medio, datos que muestran la frecuencia de esta problemática, lo cual permite pensar acerca de su magnitud; así, se describen los determinantes y los factores asociados sobre los cuales podemos actuar para mejorar el acceso de los colectivos de los diferentes grupos de edad. Igualmente, es el primer estudio que contempla la inclusión de niños y adolescentes en este tema; pensamos que ello promueve el acceso a esta franja de población, tan pobremente reconocida e intervenida en TPM.

Finalmente, este enfoque hace posible describir a poblaciones sujetas a un mayor o un menor reconocimiento, con el fin de plantear estrategias orientadas desde los DPS para facilitar una mejoría de la salud general de la población. Así mismo, permite mejorar el acceso de los grupos poblacionales que lo requieren, disminuye las inequidades y provee una mayor alerta de estas poblaciones, así como de los profesionales de salud que los atienden.

1 Problema de investigación y justificación

1.1 Problema de investigación

Los TPM representan una alta prevalencia y carga de enfermedad en Colombia y el mundo. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe cinco trastornos mentales dentro de las diez primeras causas de años de vida perdidos por discapacidad; el trastorno depresivo es el primero de ellos (2). La ENSM 2015, a escala poblacional, informó una prevalencia, en los últimos 12 meses para los TM del 4,7 % (IC 95 % 3,6-6,2) en niños de 7 a 11 años; del 4,4 % (IC 95 % 3,3-5,7), para adolescentes de 12 a 17 años, y del 4,0 % (IC 95 % 3,5-4,6), para los adultos mayores de 18 años, con una prevalencia de vida del 9,1 % (IC 95 % 8,2-10,1). Esto, sin tener en cuenta otros trastornos no medidos en la ENSM (por ejemplo, esquizofrenia, trastorno obsesivo, trastornos adaptativos o psicósomáticos, o consumo de sustancias), que incrementarían la frecuencia descrita. Por otra parte, un 44,7 % de los cuidadores de niños describen la presencia de por lo menos un posible problema mental (PM) (no trastorno) en estos; un 12,2 % de los adolescentes lo reportan, y alrededor del 10 % de los adultos. Ahora, al sumar problemas derivados del consumo o el abuso de alcohol o del consumo de sustancias, problemas de alimentación y otros problemas de personalidad, estos podrían representar, por lo menos, un 12 a 15 % más (4).

A pesar de su alta prevalencia, el reconocimiento de los TPM y el acceso a servicios para tratarlos son limitados. Estudios internacionales muestran que menos de un 50 % de las personas con TPM reciben tratamiento (12-15). La ENSM 2015 describe que solo un 25 % de las personas que reportan diagnósticos psiquiátricos asisten a consulta; esto es semejante a otros estudios, que reportan cifras menores al 50 % (16-19), lo que sugiere una gran brecha entre quienes acceden al cuidado médico y quienes no lo hacen. Los TM son pobremente reconocidos, y ello puede deberse a falta de entrenamiento del personal de salud, poco interés prestado a lo mental, así como al estigma y el autoestigma, aspectos

personales dependientes del género, de factores étnicos y otros del profesional de atención primaria o de otros profesionales (20-23). Así mismo, parece haber un considerable porcentaje de personas que, aun cuando presentan un trastorno de acuerdo con el diagnóstico estructurado, describen no tener una patología mental; es decir, no lo reconocen como con un TPM. Estas personas, al no declararlo o comentarlo al profesional de la salud, no suscitan la búsqueda de las dificultades descritas cuando asisten a la consulta; en ocasiones no consultan, o consultan por motivos o quejas diversas, lo cual conlleva impresiones diagnósticas incorrectas e incrementa los costos de su atención (24).

Por otra parte, el modelo comportamental de uso de los sistemas de salud descrito por Ronald M. Andersen (1968) (25-29) propone un modelo multinivel con tres componentes de tipo individual y estructural, para la utilización de servicios de salud, descritos como factores predisponentes, factores facilitadores y factores relacionados con necesidad percibida (*need factors*); de acuerdo con esto, se observaría la falta del cumplimiento del último factor en las personas que no reconocen su estado de salud.

Este bajo reconocimiento ha sido manejado, predominantemente, mediante intervenciones educativas y de tamizaje, que pretenden mejorar la detección de las personas con TPM por parte de profesionales de la salud y en algunas ocasiones mejorar el conocimiento de las poblaciones sobre estos pacientes (30-33). No obstante, dichos métodos parecerían insuficientes, por cuanto existen otras barreras —como el tiempo empleado para la atención y la percepción de los profesionales respecto a lo mental—, las cuales llevan a plantear diferentes estrategias basadas en determinantes sociales, que, a su vez, permitan describir de mejor forma a las personas con pobre reconocimiento, con el fin de que sean alertados tanto los profesionales como los grupos afectados.

Este bajo reconocimiento de los TPM es el tema central de la presente tesis, así como el estudio de los determinantes sociales asociados con ello, así como la caracterización de este grupo de personas mediante el análisis CART, método que provee una segmentación de poblaciones o subgrupos de personas que comparten características similares, y, a la vez, pueden servir de barrera o de facilitadoras al reconocimiento o no de los TM (34,35).

Por otra parte, se desea describir la valoración del estado de salud de adultos que reconocen y que no reconocen su estado mental, y su asociación con determinantes sociales, dado que no se conoce claramente cómo las personas con y sin TPM valoran su

salud. El mayor conocimiento de dónde se sitúan respecto a su valoración de salud y reconocimiento podrá proveer insumos que aporten una mejor descripción de este grupo poblacional. Consideramos que con ello se podrán plantear estrategias que permitan un mejor reconocimiento de este tipo de problemas y trastornos, que de otra manera pasarían sin ser reconocidos por los pacientes y por el sistema de salud.

En síntesis, se desea profundizar en los determinantes sociales (niveles de pobreza, acceso a diversos recursos, etnia, procedencia rural o urbana, posición geográfica, empleo, escolaridad, tipo de familia, género, exposición a violencia, capital social, discapacidad y otros factores vinculados con la familia y cultura), asociados con el reconocimiento (autorreconocimiento) de sus TPM. Con dichos insumos, se pretende establecer grupos de población asociados o no con el reconocimiento de los TPM a lo largo del ciclo vital (siete y más años), mediante la metodología de CART.

El estudio permite tener un mayor conocimiento sobre los determinantes psicosociales y su distribución desigual a lo largo de las poblaciones con mayor o menor reconocimiento de los TPM. Así mismo, aporta a la caracterización —desde este enfoque— de las poblaciones sujetas a un mayor o menor reconocimiento, con el fin de plantear estrategias a partir de los determinantes sociales, de forma que se permita una mejoría de la salud global de la población. También se podrá fomentar una atención que permita mejorar el acceso de los grupos poblacionales que lo requieran, disminuir las inequidades, proveer un mayor alertamiento de estas poblaciones, así como de los profesionales de salud que los atienden. De manera general, ello aportará positivamente a promover la salud mental y a prevenir los trastornos mentales o su agravamiento, mediante la detección temprana y la atención de este grupo de población, que, por el momento, no está siendo reconocido.

1.2 Justificación

La OMS define una *buena salud mental* como la que “permite a las personas desarrollar su potencial, enfrentar las situaciones vitales estresantes, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad” (36). De acuerdo con la Ley 1616 (2013) de Salud Mental en Colombia, esta es: “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, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad” (37). La salud mental (SM) es fundamental para favorecer la adecuada interacción y desarrollo de la persona, la familia y la sociedad, y ello la constituye en parte integral de la salud.

La presencia de SM no es solamente la ausencia de TPM (38,39), sino es algo más: permite utilizar las potencialidades de la persona, lo que aumenta sus posibilidades de adaptación y bienestar. Ahora, la presencia de TPM puede disminuir la capacidad para desplegar las capacidades del ser humano, y, con ello, aumentar las probabilidades de suscitar inequidades. Por ello, la alta prevalencia y la alta carga de enfermedad que representan los TPM, así como su bajo reconocimiento y subsecuente menor posibilidad de acceso a la salud, disminuyen la salud mental del individuo, su salud general y la de la población.

A nivel primario, los TPM, y en particular, los trastornos afectivos, de ansiedad y de abuso de alcohol, tienen una alta prevalencia y son pobremente reconocidos por los pacientes, sus familias, los médicos generales y otros especialistas (40-43). Estos trastornos, además de causar una alta morbilidad, disminuyen el bienestar y la calidad de vida, e incrementan el número de consultas a este nivel, o los cuidados que se deban tener. El no ser reconocidos como tales puede aumentar los costos, disminuir el acceso efectivo e incrementar la discapacidad que producen estas problemáticas (21,44).

Se han estudiado variables de la persona (paciente) y del médico que llevan a una mayor o menor detección; en este sentido, se ha observado que se tiende a diagnosticar más pronto a las personas con depresión grave, y que los padecimientos de esta clase entre las personas con orígenes étnicos africanos, hispanas y poblaciones minoritarias (en Estados Unidos) tienden a tener una menor detección. En Colombia existe una demanda competitiva, relacionada con el tiempo de consulta, el cual puede resultar adecuado para consultas de problemas somáticos o enfermedades crónicas, pero insuficiente para indagar y resolver TPM, lo cual lleva a limitar su reconocimiento y el acceso a su tratamiento (45,46).

Para el reconocimiento, la prevención y el tratamiento de los TPM, el profesional de la salud —y, en especial, de la SM—, se basa en sus observaciones y en la comunicación que establece con las personas (clientes o pacientes o usuarios). En el caso de la salud pública con interés en la salud mental y la psiquiatría, no se cuenta con exámenes que

ayuden al tamizaje y el diagnóstico de los TM, como en otros campos de la medicina; es el caso de los exámenes de laboratorio más objetivos, la presión arterial para hipertensión arterial, la toma del peso para el diagnóstico de sobrepeso u obesidad, el perfil lipídico para hipercolesterolemia, etc. En salud mental, a pesar de existir algunas pruebas de tamizaje (preguntas Whooley o el PHQ2 y PHQ9 para depresión, AUDIT C o A para abuso de alcohol, etc.), todas, de alguna manera, dependen del entrevistador; además, muchas no son conocidas por los profesionales de la salud y pueden suscitar un alto nivel de subjetividad, sesgo de información y pobre validez para su uso en personas que no posean o tengan un parcial reconocimiento de lo mental. Ello hace que el reconocimiento del estado mental sea fundamental para iniciar las actividades con problemáticas de este tipo. En este sentido, su observación recae, en gran medida, sobre lo que la persona refiere, y confiamos en lo que esta persona comenta acerca de la presencia o ausencia de sintomatología mental (47).

Ahora, las prácticas de detección precoz habituales para detectar tempranamente a las personas con la enfermedad mejoran las oportunidades de intervención y la salud de la población. Dentro de estas, la OMS ha estimulado el llamado *reconocimiento sistemático*, que tiene por objeto “detectar personas que pueden padecer algún trastorno de salud pero que son asintomáticas y, por tanto, no solicitan asistencia en ese momento” (48). Con el *Reporte mundial sobre carga de enfermedad* (1996) se resalta la importancia del reconocimiento sistemático de la enfermedad mental en el mundo; también, en Colombia. En el país, se podría hablar de una epidemia de problemas mentales desde el reporte del tercer Estudio Nacional de Salud Mental 2003 (ENSM 2003) (1,49-51), reafirmado en la más reciente ENSM 2015; ambos documentos ponen presente la necesidad de mejorar la promoción, la prevención, el reconocimiento y el manejo de estos problemas (4).

Ahora, dentro de los objetivos del plan de acción en SM de la OMS 2013-2020 se encuentra el diseño de estrategias poblacionales que puedan ser implementadas por diversos sectores para promover la SM y prevenir los TM. Ello ha ido de la mano de estudios, como el de *Determinantes sociales de salud mental* (2014), que profundizan sobre las fuerzas que interactúan para moldear la SM y el bienestar individual y colectivo. Así, para promover y proteger la SM surgieron diversas acciones sobre componentes de salud, educación, bienestar, transporte y vivienda que impactan la SM (52), e intervenciones en los ámbitos

comunitario y poblacional a lo largo del ciclo vital, que permitirían impactar en las inequidades y generar mayores logros en la SM de la población.

En este sentido, el presente estudio pretende analizar los determinantes psicosociales asociados con los TPM, y en especial, aquellos relacionados con el reconocimiento o no de estos. Esto permite caracterizar subgrupos de población en los que se podrían aplicar intervenciones más efectivas, de mayor impacto y, posiblemente, con un menor costo.

Adicionalmente, esta tesis pretende utilizar para esta caracterización la metodología de CART, una metodología novedosa para el análisis de determinantes sociales en SM, que hasta el momento ha sido utilizada escasamente en salud pública. Esta permite tener reglas de decisión que dejan identificar grupos de individuos en los que hay de por medio múltiples, complejas y no sospechadas interacciones, lo que nos sitúa un paso más allá de los análisis de regresión lineal, los análisis de sensibilidad o los modelos logísticos convencionales (35,53). Por otra parte, se podrán utilizar medidas de desigualdad relativa y absoluta, con el fin de medir inequidades en el reconocimiento.

Ahora, asumiendo que por definición, no puede haber salud completa sin SM, se hace obligatorio reconocer a las personas con posibles problemas o trastornos, con el fin de que ellas mismas, sus allegados o los profesionales de salud de nivel primario u otros niveles los detecten tempranamente e inicien la cascada de eventos que conlleven finalmente a una prevención adecuada, y en algunos casos, de ser necesario, a instaurar un tratamiento oportuno e integral para la persona. Así mismo, se deben conocer las características de esta población, pues su distribución y agrupación permiten planear intervenciones desde la salud pública para dar respuesta al incremento de las dificultades mentales, a su necesario reconocimiento, a su cuidado y al mejoramiento de la salud mental de las personas afectadas.

2 Marco teórico

2.1 Salud mental: su importancia

En el *Reporte mundial sobre la carga de enfermedad*, se estima desde 1990 que cinco TM (depresión mayor, abuso de alcohol, enfermedad bipolar, esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo) están representados dentro de las diez primeras causas de AVAD. En economías establecidas, los TM (incluyendo adicciones y suicido) constituyen el 21,6 % del total de los AVAD, seguidos por las condiciones cardiovasculares, con el 18,6 % (1). Para aquel año los TM se constituían en el cuarto problema de salud en los países en vías de desarrollo, y se predecía que para 2020 serían el problema más relevante de salud en el Tercer Mundo (2).

En este reporte se estimaban 83 millones de episodios de depresión en los países en desarrollo, de los cuales solamente un 8,4 % recibió tratamiento, comparado con el 35 % de episodios tratados en países desarrollados. Al respecto, en Colombia, un 39,5 % de los casos con depresión mayor y un 26,8 % de los pacientes con síndrome mixto de ansiedad y depresión (SMAD) son detectados en el nivel primario; así, son detectados un 9,8 % de aquellos con alto riesgo de depresión, 8 % de los de mediano riesgo y solo el 3,1 % de aquellos en bajo riesgo (31). Es de anotar que con el tratamiento para la depresión se reduce la carga en un 50 %, de manera que un adecuado reconocimiento y tratamiento a los individuos deprimidos podría potencialmente reducir la carga total de enfermedad debida a la depresión en un 46 % y salvarían 19,5 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por año; también, presumiblemente, podría resultar en una importante reducción en el número de suicidios.

La ENSM 2015 (4) informó una prevalencia para niños de 7 a 11 años del 4,7 % (IC 95 % 3,6-6,2), para los últimos 12 meses, y de 3,0 % (IC 95 % 2,2-4,0), para los últimos 30 días. Para adolescentes de 12 a 17 años, la prevalencia de vida de los TM explorados fue del 7,2 % (IC 95 % 5,8-8,9), y para los últimos 12 meses, del 4,4 % (IC 95 % 3,3-5,7). Para

adultos de 18 años en adelante, la prevalencia de vida de los TM examinados representó el 9,1 % (IC 95 % 8,2-10,1), y para los últimos 12 meses, el 4,0 % (IC 95 % 3,5-4,6).

En este mismo estudio, los problemas en SM —aquellos que no alcanzan el umbral para el diagnóstico de TM— presentan prevalencias en niños de 7 a 12 años de un problema en el 27,6 % de los niños, y de dos o más problemas, en el 17,1 % de ellos. En los adolescentes estas cifras son del 12,2 %. Para los adultos se calculó un 9,6 al 11,2 %, de acuerdo con la edad, y a ello se les deben sumar posibles problemas de alimentación (9,1 %) y abuso de alcohol, del 6 al 12 %, de acuerdo con el grupo de edad (tabla 2-1).

Tabla 2-1: Prevalencia de los TM en los últimos 12 meses evaluados en población infantil entre 7 y 11 años, por sexo, en Colombia

Trastornos mentales	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC 95 %		%	IC 95 %		%	IC 95 %	
Cualquier trastorno depresivo	0,2*	0,1	- 0,5	0,01*	0	- 0,1	0,1*	0	- 0,3
Depresivo mayor	0,2*	0,1	- 0,5	0,01*	0	- 0,1	0,1*	0	- 0,3
Cualquier trastorno de ansiedad	1,6*	1	- 2,6	2,3*	1,1	- 4,8	2,0*	1,2	- 3,2
Ansiedad de separación	1,6*	1	- 2,5	2,0*	0,9	- 4,6	1,8*	1,1	- 3
Ansiedad generalizada	0,5*	0,2	- 1,3	0,3*	0,1	- 0,7	0,4*	0,2	- 0,8
Cualquier trastorno de comienzo habitual en la infancia	2,9*	1,8	- 4,6	3,6*	2,3	- 5,5	3,2	2,4	- 4,4
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) de cualquier tipo	2,6*	1,6	- 4,2	3,3*	2,1	- 5,2	3	2,1	- 4,1
Negativista desafiante	0,6*	0,3	- 1,3	0,3*	0,1	- 0,8	0,4*	0,2	- 0,8
De la conducta	0,4*	0,1	- 1,7	+	+	- +	0,2*	0,1	- 0,9
Prevalencia de cualquier trastorno	3,8	2,8	- 5,3	5,6*	3,7	- 8,3	4,7	3,6	- 6,2

Nota 1: Las estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas, dado que tienen un CVE mayor al 20 %; aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra.
Nota 2: Las estimaciones marcadas con cruz (+) corresponden a casos en los cuales no se encontró ninguna frecuencia.
Nota 3: No se encontraron casos para distimia.
Nota 4: TDAH de cualquier tipo incluye inatento, hiperactivo y combinado.

Fuente: tomado del "Resumen ejecutivo" de la ENSM 2015 (4).

Tabla 2-2: Prevalencia de los TM evaluados en adolescentes de la población colombiana para los últimos 12 meses

Trastornos mentales	Hombre				Mujer				Total			
	%	*	IC 95 %		%	*	IC 95 %		%	*	IC 95 %	
Depresión mayor	0,2	*	0,1 - 0,7		1,4	*	0,7 - 2,6		0,8	*	0,5 - 1,4	
Depresión menor	0,1	*	0 - 0,5		0,3	*	0,1 - 0,7		0,2	*	0,1 - 0,4	
Distimia	0,1	*	0 - 0,6		0,3	*	0 - 2		0,2	*	0 - 0,9	
Cualquier trastorno depresivo	0,4	*	0,2 - 1		1,7	*	0,9 - 2,9		1	*	0,6 - 1,7	
Trastorno bipolar I	+		+ - +		0,2	*	0 - 0,9		0,1	*	0 - 0,4	
Trastorno bipolar II	0,2	*	0,1 - 0,7		+		+ - +		0,1	*	0 - 0,4	
Cualquier trastorno afectivo	0,6	*	0,3 - 1,3		1,8	*	1,1 - 3,1		1,2	*	0,8 - 1,9	
Fobia social	1,9	*	1,1 - 3,3		4,9		3,3 - 7,1		3,4		2,5 - 4,7	
Trastorno de pánico	+		+ - +		0,1	*	0 - 0,5		0	*	0 - 0,3	
Trastorno de ansiedad generalizada	+		+ - +		0	*	0 - 0,3		0	*	0 - 0,2	
Cualquier trastorno de ansiedad	1,9	*	1,1 - 3,3		5		3,4 - 7,2		3,5		2,5 - 4,7	
Cualquier trastorno mental	2,4	*	1,5 - 3,9		6,3		4,5 - 8,7		4,4		3,3 - 5,7	

Nota 1: Las estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas, dado que tienen un CVE mayor al 20 %.

Fuente: tomado del "Resumen ejecutivo" de la ENSM 2015 (4).

Para adultos de 18 años en adelante, la prevalencia de vida de los TM examinados es del 9,1 %, (IC 95 % 8,2-10,1); para los últimos 12 meses del 4,0 % (IC 95 % 3,5-4,6) (tabla 2-2), y para los últimos 30 días, del 1,6 % (IC 95 % 1,3-2,0).

Tabla 2-3: Prevalencia de los TM evaluados en adultos de la población colombiana para los últimos 12 meses

Prevalencias de trastornos mentales en adultos	Hombre				Mujer				Total			
	%	*	IC 95 %		%	*	IC 95 %		%	*	IC 95 %	
Depresión mayor	0,9		0,6 - 1,3		2,3		1,8 - 2,9		1,6		1,3 - 1,9	
Depresión menor	0,2	*	0,1 - 0,4		0,4	*	0,2 - 1,1		0,3	*	0,1 - 0,6	
Distimia	0,3	*	0,1 - 0,9		0,4	*	0,2 - 0,8		0,4	*	0,2 - 0,7	
Cualquier trastorno depresivo	1,2	*	0,8 - 1,8		2,7		2,1 - 3,4		1,9		1,6 - 2,4	
Trastorno bipolar I	0,6	*	0,3 - 1,1		0,3	*	0,2 - 0,6		0,4	*	0,3 - 0,7	
Trastorno bipolar II	0,1	*	0,1 - 0,3		0,1	*	0 - 0,3		0,1	*	0 - 0,3	
Cualquier trastorno afectivo	1,9		1,4 - 2,6		3		2,4 - 3,8		2,4		2 - 3	
Fobia social	1,4		1 - 2		1,8		1,4 - 2,4		1,6		1,3 - 2	
Trastorno de pánico	0	*	0 - 0,2		0,2	*	0,1 - 0,3		0,1	*	0,1 - 0,2	
Trastorno de ansiedad generalizada	0,2	*	0,1 - 0,5		0,7	*	0,4 - 1,1		0,5		0,3 - 0,7	

Prevalencias de trastornos mentales en adultos	Hombre				Mujer				Total			
	%		IC 95 %		%		IC 95 %		%		IC 95 %	
Cualquier trastorno de ansiedad	1,6		1,2	- 2,2	2,5		2,0	- 3,2	2,1		1,7	- 2,5
Cualquier trastorno mental	3,2		2,5	- 4,1	4,8		4,0	- 5,7	4,0		3,5	- 4,6

Nota 1: Las estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas, dado que tienen un CVE mayor al 20 %.

Fuente: tomado del "Resumen ejecutivo" de la ENSM 2015 (4).

En este mismo estudio (ENSM 2015), los comportamientos suicidas reportados por adolescentes de 12 a 17 años tuvieron una prevalencia de ideación suicida del 6,6 % (IC 95 % 5,0-8,6); de plan suicida, del 1,8 % (IC 95 % 1-3,1), y de intento suicida, del 2,5 % (IC 95 % 1,5-4,1). Así mismo, el 37,6 % (IC 95 % 24,6-52,6) de los adolescentes que pensaron suicidarse lo han intentado. Para este grupo, el consumo excesivo de alcohol representa el 5,2 % (IC 95 % 4,1-6,6), y el 2,8 % (IC 95 % 2-3,9) son bebedores de riesgo-abuso.

Entre los adultos mayores de 18 años, el 7,4 % ha pensado en suicidarse, y esta proporción es mayor en las mujeres, con el 7,6 % (IC 95 % 6,6-8,7) que en los hombres, con el 5,5 % (IC 95 % 4,5- 6,7). Por otra parte, alrededor del 3 % de las personas expuestas a experiencias traumáticas están en riesgo de trastorno de estrés postraumático (TEPT). Para el grupo de 18 a 44 años, el consumo excesivo de alcohol se reporta en el 21,8 % (IC 95 % 20,6-23), y es 3,2 veces superior en los hombres frente a las mujeres; el 11 % (IC 95 % 11-13 %) son bebedores de riesgo-abuso de alcohol. Para mayores de 45 años, el consumo excesivo de alcohol es del 12,3 % (IC 95 % 11,2-13,4), y es 6,6 veces más frecuente en hombres que en mujeres; además, un 6,0 % son bebedores de riesgo-abuso (IC 95 % 5,3-6,8).

2.2 Determinantes psicosociales y SM

A inicios del siglo XXI, la OMS, presionada por la evidencia y las voces que denunciaban las profundas desigualdades sociales experimentadas por las personas alrededor del mundo, tomó conciencia de la necesidad de incluir en su agenda los determinantes sociales de la salud. A la vez, se reclamaban nuevas modalidades de actuación en salud para cerrar las brechas de las diferencias sociales. Se resaltó lo que ya era evidente: cómo lo social explicaba la mayor parte de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo referido a la situación de salud. En medio de este ambiente, durante

el 2005 se estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el fin de mitigar las inequidades de salud.

La salud y la enfermedad mentales están influenciadas por determinantes sociales de salud, que han sido descritos como factores o condiciones de vida que experimentan las personas, y que moldean su salud sin ser tratamientos médicos (54). En un sentido más amplio: “son condiciones de vida (biológicas, psicológicas y sociales) que actúan y se relacionan en diferentes niveles y que afectan la forma en que las personas viven, enferman y mueren” (55). Se dan durante toda la vida: desde el nacimiento, y mientras se crece, se vive, se trabaja y se envejece. Y, a la vez, ambas han sido planteadas en niveles: algunos de ellos, estructurales, como la posición socioeconómica y la clase social; y otros, llamados DI, como las condiciones de vida, el trabajo, la educación, la salud, la alimentación y factores biopsicosociales (figuras 2-1 y 2-2). Alrededor de estos determinantes de la salud, en Canadá han planteado que los más importantes son: estatus indígena, género, discapacidad, tener vivienda, ingresos tempranos y distribución del ingreso, educación, raza, empleo y condiciones laborales, exclusión social, alimentación, seguridad social, desempleo y seguridad laboral (56). Muchas de estas condiciones de vida que moldean la salud están determinadas por decisiones gubernamentales, políticas, leyes o regulaciones.

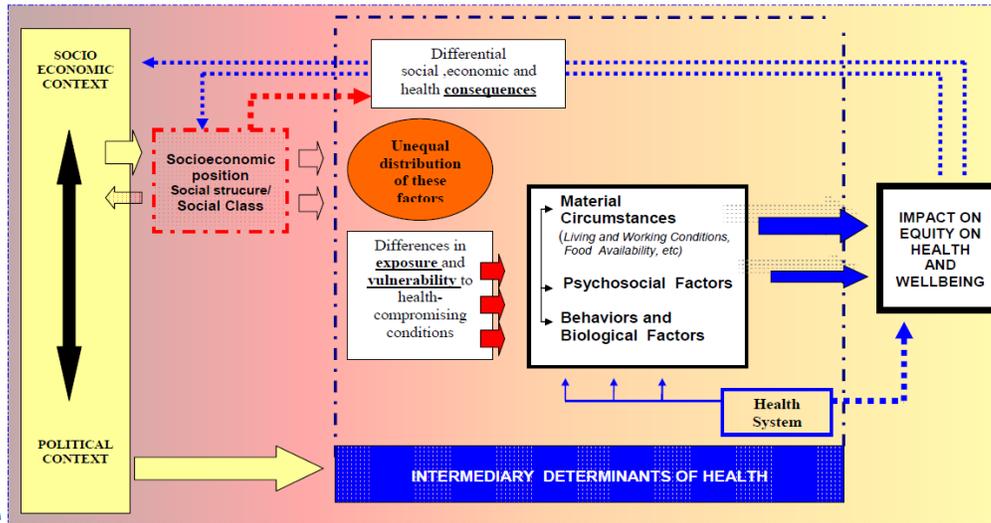
Figura 2-1: Determinantes sociales



Fuente: Dahlgren y Whitehead (2005).

Figura 2-2: Determinantes estructurales

V.6.5.- Diagram summarizing the content of the preceding section on intermediary determinants

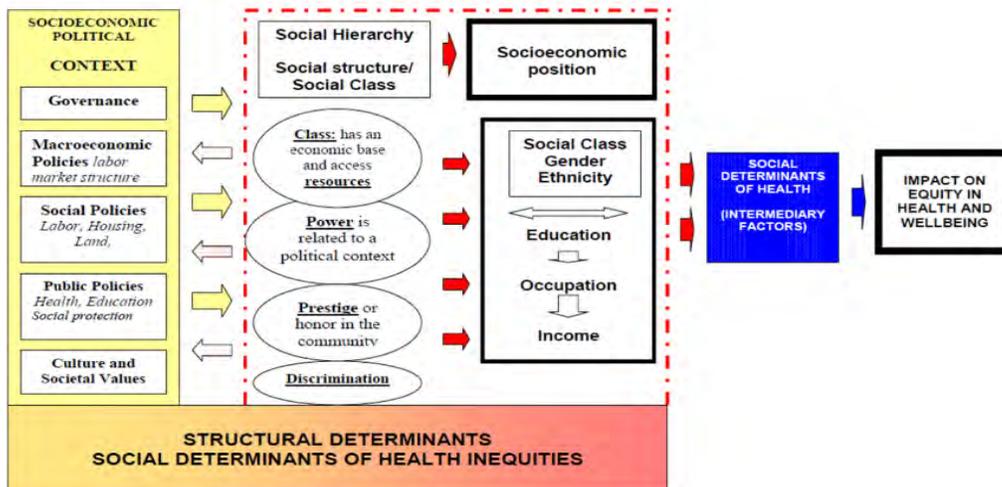


¹ Figure Mechanisms and intermediary factors of social determinants of health elaborated for EQH/EIP (OPSH) 2006

Fuente: Solar, O. & Irwin, A., 2010 (57).

Los DI se refieren a los factores biológicos y del comportamiento, así como a los factores psicosociales, entre los que se podrían incluir factores como falta de soporte psicosocial, sensación de ser valorado y estimado, aislamiento, pobres relaciones interpersonales y sociales, desconfianza, consumo de sustancias, exposición a situaciones de violencia y maltrato, entre otros, que influyen sobre los aspectos mentales y, de esta manera, en la salud (figura 2-3).

Figura 2-3: Determinantes intermedarios



Fuente: Solar, O. & Irwin, A., 2010 (57).

Acerca de los factores psicosociales, llamados en este contexto *determinantes psicosociales de la salud* (58), estos han sido utilizados corrientemente como un término “sombrilla” que cobija otros aspectos, y cuya definición no ha sido del todo clara. El término surgió hacia 1890, cuando la sociología y la psicología emergieron como disciplinas académicas. Para entonces se procuró establecer una conexión entre la personalidad y la vida social, así como la influencia de fuerzas psicológicas en la explicación de fenómenos sociales, y viceversa. Así mismo, se propuso un complejo de situaciones en los límites de lo psicológico y lo social, como los rituales religiosos y las costumbres sexuales que se situaban en la frontera de uno u otro.

Por otra parte, surgió la medicina psicosocial entre 1930 y 1940, con el médico, salubrista y psicoanalista escocés James Halliday, quien desarrolló una metodología y epistemología integrada, en la cual profundiza el concepto de lo psicosomático y lo bio-psico-social como respuesta al fracaso del modelo biomédico; esto fue comentado en su clásico libro *Psicosocial Medicine: A Study of a Sick Society* (59,60). En el libro se da cuenta de errores fundamentales cometidos al procurar enfocarse en causas específicas de las enfermedades, olvidando la interacción, la multiplicidad y la sinergia entre las causas, y en la interpenetración entre individuo y ambiente. Este pensamiento no holístico fragmenta el conocimiento médico en especialidades que ignoran el flujo integrado de la persona-ambiente-mecanismos-enfermedad.

En Halliday, pionero de la medicina social, se evidencia una epistemología integrada, en la cual los límites de la subjetividad y objetividad colapsan como parte de la nueva visión de la relación del individuo y la realidad externa. Este enfoque será tenido en cuenta al momento del análisis, pensando más en interacciones entre factores. Por otra parte, dicho enfoque se complementa con aquel de redes sociales personales descrito por Carlos E. Sluzki, que puede incorporarse dentro de los determinantes sociales (DS) proximales, y que serán evaluados (61). Este autor plantea cómo las redes sociales personales cambian a lo largo del ciclo vital y se van expandiendo o no con los años; y muestra cómo los procesos pueden ser de doble vía: desde la red social hacia la salud o enfermedad, y desde esta posición hacia la red social.

Desde el enfoque de DS, algunos de estos aspectos han sido referidos recientemente como relevantes para la SM en informes como el liderado por la OMS en 2014, en un documento de la OMS y la Fundación Calouste Gulbenkian, titulado *Social Determinants of Mental Health* (52). Este documento describe la necesidad de darles el lugar que se requiere a los DS para la promoción de la SM y la prevención de los TM. En este se describe la importancia de las desventajas acumuladas desde antes del nacimiento y a través de la vida en SM, así como la necesidad de tener una aproximación desde el enfoque de ciclo de vida, con acciones que mejoren las condiciones de vida de las personas, la intervención activa sobre factores de riesgo y la protección para TM, en los diferentes niveles, entre los que se destacan los ámbitos individual, familiar, comunitario, estructural y poblacional. Estos factores están íntimamente ligados con las desigualdades sociales, por lo cual “a mayor desigualdad [,] mayor desigualdad en la presentación del riesgo” (62).

Por otra parte, se plantea que brindar al niño “el mejor inicio” otorgaría el mayor beneficio social y en SM. En este enfoque se concibe el modelo de vías etiológicas, teniendo en cuenta el modelo psicosocial, lo cual es una respuesta concebida habitualmente en una vía que parte desde lo social, y en ocasiones de lo psicológico, hacia la salud orgánica (58). No obstante, para la comprensión de lo mental, y su concepción desde la interacción de las personas, debemos pensar en modelos más holísticos e integrados, de doble vía, recíprocos, en los cuales lo psíquico esté contenido en lo social, y lo social, en lo psíquico. Así mismo, para comprender lo mental son relevantes los determinantes micro, meso y macro (58), con sistemas en doble vía, y no desde lo macro hacia lo individual.

Ahora, estos determinantes —en especial, los psicológicos, los psicosociales y los socioculturales— han sido escasamente estudiados en nuestro país alrededor de los TPM a lo largo del ciclo vital, y un análisis profundo sobre ellos facilitaría intervenciones a nivel primario, que favorecerían la promoción y la prevención de la SM, así como el reconocimiento de personas con problemas o trastornos. Así mismo, alrededor de ello, uno de los mayores inconvenientes radica en tener evidencia, en su mayoría, de países desarrollados que puede no ser aplicable a nuestro país; en especial, en los aspectos mentales. Es necesaria, pues, su contextualización cultural, con datos emanados en nuestro país.

2.3 Salud mental: valoración del estado de salud

Las mediciones sobre el estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se realizan en el área de la salud desde hace 20 años, y tienen por objeto evaluar la salud de los individuos y las poblaciones (63,64). La CVRS se define como los “Efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad en la vida diaria y el impacto de estos efectos en los niveles de bienestar subjetivo, satisfacción y autoestima” (65). Esta medición ha sido realizada en algunos países desarrollados (Estados Unidos, Inglaterra, España y Canadá, entre otros) (66), y en Latinoamérica se ha ejecutado en Chile, Argentina y Brasil (67-69), con resultados que permiten describir las poblaciones estudiadas (70,71).

La valoración de los estados de salud y la CVRS han sido corrientemente medidas mediante el instrumento genérico EuroQol-5D o EQ-5D, que tiene dos partes: una descriptiva y otra que consiste en una escala visual análoga (EVA) (72-75).

El instrumento EQ-5D, en su parte descriptiva, contiene cinco dimensiones de la salud, dadas por: movilidad, cuidado personal, actividades habituales, dolor o malestar y angustia o depresión. Cada una de estas dimensiones es medida respecto a la salud en el día de la prueba, con tres categorías de respuesta, de acuerdo con el grado de intensidad; estas son: sin problemas (1), algunos problemas (1) o problemas graves (2). Con estas tres categorías y cinco dimensiones se da lugar a evaluar 243 estados de salud, descritos con cinco dígitos, que van desde el 11111 (ningún problema en las cinco dimensiones), a 33333 (problemas graves en todas las dimensiones) (63,64,70) (tabla 2-4). Ahora, en la escala visual análoga (EVA), cada persona se puntúa su salud en un termómetro, con un rango que va de 0 a 100 puntos, donde 0 es el peor estado de salud imaginable y 100, el mejor estado de salud imaginable. En la ENSM 2015, para los mayores de 18 años se obtuvo la calificación del EQ-5D descriptivo y su valoración mediante el uso de la EVA (65,71).

Tabla 2-4: Dimensiones y respuestas que se obtienen con el EQ-5D

Dimensión	
Movilidad	
(1) No tengo problemas para caminar	<input type="checkbox"/>
(2) Tengo algunos problemas para caminar	
(3) Tengo que estar en cama	
Cuidado personal	
(1) No tengo problemas para el cuidado personal	<input type="checkbox"/>
(2) Tengo algunos problemas para bañarme o vestirme	
(3) Soy incapaz de bañarme o vestirme	
Actividades cotidianas	
(1) No tengo problemas para realizar actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
(2) Tengo algunos problemas para realizar actividades cotidianas	
(3) Soy incapaz de realizar actividades cotidianas	
Dolor/Malestar	
(1) No tengo dolor ni malestar	<input type="checkbox"/>
(2) Tengo moderado dolor o malestar	
(3) Tengo mucho dolor o malestar	
Angustia/Depresión	
(1) No estoy angustiado/a ni deprimido/a	<input type="checkbox"/>
(2) Estoy moderadamente angustiado/a o deprimido/a	
(3) Estoy muy angustiado/a o deprimido/a	

Fuente: elaboración propia.

La ENSM 2015 encontró que un 67,9 % de la población (hombres, 74,4 %, y mujeres, 63,6 %) reportaba el estado 11111; el segundo estado, con un 8,92 %, correspondió al 11121, y el tercero, con 4,43 %, fue el 11112 (ansiedad y depresión moderados). En el estudio nacional de salud de Inglaterra (2012), el 63 % de los hombres y el 54 % de las mujeres reportaron el estado 11111, lo cual es ligeramente menor a Colombia y con la misma distribución por género. Los estudios describen las dimensiones de dolor y de depresión/ansiedad como las más frecuentemente reportadas en la población. En Colombia, en la ENSM 2015 se encontró que estas dimensiones fueron las más frecuentemente reportadas con dolor para hombres, en el 17,8 % de los casos, y para mujeres, con el 26,5 %; mientras que para ansiedad/depresión se describió un 9,3 y 15,7 %, respectivamente (4,76). En la ENSM 2015, la puntuación del VAS disminuyó en

personas que refieren TM (depresión y ansiedad); no obstante, se requiere investigar si estos puntajes son menores o mayores cuando no se reconoce la presencia de TM.

Por otra parte, en el estudio inglés se reportaron factores asociados con la valoración de la EVA; se describieron como significativos la edad, el estado marital, los niveles educativos, la presencia de enfermedades crónicas, la actividad física, el consumo de alcohol y cigarrillo y el índice de masa corporal (IMC). Estos datos no se conocen en Colombia, y pueden servir como indicadores para el reconocimiento o no de los TPM.

La inclusión de la medición de los estados de salud y su valoración por parte de los individuos permitirá obtener información novedosa para esta área del saber, y si ello se relaciona o no con el reconocimiento de TPM por parte de las personas.

2.4 Salud mental: acceso y reconocimiento

De acuerdo con la OMS, el derecho a la salud abarca cuatro elementos: disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado en 1993 por la Ley 100, se basa en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, prevalencia de derechos, equidad, integralidad y participación, entre otros. Estos principios hacen suponer un buen acceso y atención de los problemas en salud. No obstante, parecería haber grandes problemas en el llamado acceso, de los cuales ha dado cuenta la primera gran reforma al sistema de salud, mediante la Ley 1438, que planteó la atención integral en salud mental. En 2013 se expidió la Ley 1616, de salud mental, que pretende garantizar el servicio a SM de todos los colombianos, al disminuir las barreras de acceso a dichos servicios (37,77,78).

Acerca del acceso en SM, la ENSM 2003 mostró que este no superaba el 5 %. Las cifras mejoraron para la ENSM 2015, en la que se observa que el 48,1 % de los niños con PM entre 7 y 11 años solicitan servicios de salud mental, cifra que disminuye al 35,2 % en adolescentes con problemas en el último año; al 38,5 % para adultos entre 18 y 44 años, y al 35,6 % en personas mayores de 45 años (4). Es de anotar que estas cifras se basan en los usuarios reales y no en los potenciales; esto es, en aquellos que no se consideran como enfermos, aunque lo estén o a quienes el sistema no ha detectado como tales.

El *acceso* ha sido utilizado por Frenk (1985) “para denotar la capacidad [capacidad de utilización] de un cliente o grupo de clientes para buscar y obtener atención [...] acceso se

refiere a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios” (79). Al considerar a usuarios potenciales, las cifras antes descritas podrían disminuir, pues incluirían en el denominador a todas las personas con enfermedad (reconocida o no), lo que, en general, es bastante más alto que aquellos que lo reportan espontáneamente.

Penchansky y Thomas (1995) hablan de *acceso ajustado*, término que hace referencia no solamente al uso de los servicios de salud, sino a cómo estos se ajustan a las necesidades del individuo. Para los autores, el acceso comprende: disponibilidad, accesibilidad, acomodación, aceptabilidad y equidad económica (5). Alrededor de ello, ninguno de estos componentes hace referencia al reconocimiento por parte de la persona con TPM, y lo más semejante a ello, pero no lo mismo, sería la aceptabilidad que corresponde a actitudes personales acerca de los servicios y los proveedores, y que se fundan en su educación, género, edad, religión y preceptos culturales. Si pensamos en usuarios potenciales, este término haría referencia a aquellos con y sin reconocimiento; a la vez, se relacionarían con el de alfabetismo en salud (*health literacy*), definido como “la habilidad para ganar acceso hacia, entender, y usar la información en una forma que promueva y mantenga la buena salud” (80). Esta sería una de las partes descritas para acceso y acuñadas por Saurman (6) como información (*awariness*), pero sin contemplar, precisamente, el reconocimiento que pretendemos investigar. Ahora, la literacidad en salud en lo somático es ampliamente conocida; no obstante, en SM el tema ha sido dejado de lado y sujeto a gran negligencia (81). Jorm y cols. (1997) introducen el término *alfabetismo en salud mental (mental health literacy)*, que definen como “conocimiento y creencias sobre los trastornos mentales que ayudan para su reconocimiento, manejo y prevención” (82). Dentro de sus componentes encontramos, entre otros, la habilidad para reconocer trastornos específicos o diferentes tipos de estrés psicológico, y las actitudes que facilitan el reconocimiento y la búsqueda apropiada de ayuda, que irían en congruencia con la presente tesis.

Al respecto, si la persona ha experimentado discapacidad por PM, o a interactuado o convivido con familiares o personas cercanas con PM, va a procurar manejar estos síntomas y, así, obtendrá la denominada experiencia (alfabetismo) con PM. El manejo de la salud mental dependerá, entonces, de la experiencia con estos problemas, y la persona o su contacto cercano se constituirán en el agente primario para observar los síntomas que se producen por los TPM (Jorm, 2000) (81).

Esta falta de alfabetismo en SM puede causar problemas en el reconocimiento y en la comunicación de las personas con los profesionales de la salud. Al respecto, se ha evidenciado cómo la detección de los TM es mayor si el paciente presenta problemas que reflejen algo mental o si explícitamente los presenta como un TM o un PM; ello sería un primer paso hacia una acción efectiva (30,83,84). A pesar de esto, se calcula que solo un octavo (12,5 %) de los pacientes con depresión, la más prevalente patología mental, son adecuadamente reconocidos o tratados en este nivel (32). En lo que respecta a los menores de edad, se ha procurado mejorar el alfabetismo de los orientadores y los maestros escolares, con el fin de reconocer e incluir dentro del sistema de salud a los niños con TPM, para disminuir así las inequidades que se presentan respecto a la SM en dichos grupos (85).

Alrededor de esta dificultad, la OMS, desde los años setenta del siglo XX, ha estimulado lo que describimos como “reconocimiento sistemático” en atención primaria en salud (48), la cual tiene por objeto detectar personas que pueden padecer trastornos de salud prevalentes y prioritarios, pero son asintomáticas y no solicitan asistencia. Alrededor de ello también se creó el examen periódico (86,87), práctica que debe ser amoldada a los presupuestos y a las características sociales y epidemiológicas de cada país.

El reconocimiento sistemático en el marco de la atención primaria en salud se refiere al uso de la tecnología disponible de manera apropiada, equitativa, eficiente y eficaz, teniendo en cuenta las condiciones, capacidades y necesidades locales. Las tecnologías disponibles pueden hacer referencia al uso de preguntas, observación, examen físico o, en ocasiones, la utilización de pruebas rápidas y de bajo costo que permiten detectar factores de riesgo y sugerir un problema que es confirmado mediante exámenes ulteriores.

Es de anotar que el reconocimiento sistemático tendría un menor alcance al de la estrategia global de detección precoz, el cual, además, implica la localización de los casos. En términos generales, cuando se habla de reconocimiento sistemático se trata de personas asintomáticas, y en detección precoz, de personas sintomáticas. No obstante, la línea divisoria entre ambas es tenue cuando se trata de síntomas que no representan para el paciente un valor diagnóstico o patológico, sino que, más bien, son catalogados como “normales” por su alta frecuencia (teniendo en cuenta la definición de normalidad como lo frecuente), o que han dejado de tener relevancia clínica por la forma de afrontarlos en la comunidad. Como ejemplos de estas dos situaciones en SM, podríamos tener la

normalidad que representa la pérdida de memoria en personas de la tercera edad, cuando en realidad representa, en muchos casos, algún tipo de demencia. O los síntomas depresivos después de meses de un duelo por la pérdida de un ser querido. En el segundo caso podría plantearse la necesidad de aceptar los síntomas postraumáticos, ansiosos o depresivos en una región con reiterados hechos de violencia, pero donde históricamente no ha existido atención en SM; por tanto, son consecuencias consideradas como parte inevitable de la vida.

En el caso de TPM, podemos pensar que se pueden presentar ambas situaciones, tanto aquellas en que la persona, por diversos motivos, no reconoce sus síntomas o signos, en los que se requeriría un reconocimiento sistemático por parte de un tercero, y aquellas en las que, reconociéndolos, por diversos motivos no desean el servicio, no saben que lo requieren o no tienen acceso a él. Es de anotar que, corrientemente, las actividades de reconocimiento sistemático no han privilegiado la detección de trastornos mentales; sin embargo, existen algunos estudios que sugieren éxito con el uso de estrategias para ello (88,89). Ahora, para plantear dicha estrategia es obligatorio conocer en cuál o cuáles poblaciones se debe aplicar, y ello es parte de la presente tesis.

2.5 Trastornos mentales y su reconocimiento

Los TM al nivel de la población, y en especial en el nivel primario, tienen una alta prevalencia, generan gran morbilidad y suscitan un gran número de consultas (90). La necesidad de mejorar la detección y el tratamiento de personas con TPM mediante el manejo por médicos generales, familiares y especialistas en el nivel primario es ampliamente reconocido (40,41). Sin embargo, la asociación entre las características del paciente y la capacidad de detectar o no sus TPM por parte de los profesionales ha recibido escasa atención. Esta es una de las mayores áreas para el estudio de TM a nivel primario, con el fin de poder mejorar su detección, diagnóstico y tratamiento (91).

Gran parte de las personas con TM no reciben tratamiento, o su acceso al servicio de salud es limitado (92-94). Se ha establecido que una baja percepción de necesidad de atención por parte del paciente disminuye su posibilidad de acceso (95-97). Solo el 14,8 % de los 185 millones de personas que sufren de una de las ocho condiciones tratables en los países en vías de desarrollo recibieron tratamiento en 1990. Para este mismo año se estimaban 83 millones de episodios depresivos en los países en desarrollo, de los cuales solamente un

8,4 % recibió tratamiento, comparado con el 35 % de episodios tratados en países desarrollados (98,99).

En Colombia, se ha evidenciado que un 39,5 % de los casos con depresión mayor y un 26,8 % de los pacientes con SMAD son detectados en el nivel primario (31), lo cual deja por fuera del sistema a por lo menos dos tercios de los pacientes. Estudios similares en otros países replican los hallazgos y reportan un bajo índice de consulta por parte de personas con TM. Al respecto, en Alemania solo un 18 al 34% de los jóvenes con síntomas de depresión o ansiedad buscan ayuda profesional. En adolescentes, solo el 18,2 % de aquellos con ansiedad y el 23 % de aquellos con depresión han utilizado servicios de salud, y en Noruega, solo un 34 % de aquellos con depresión o ansiedad acuden al servicio (100,101).

En el nivel primario se ha planteado un pobre reconocimiento de los TM, con menos del 25 % para trastornos de ansiedad y depresión. Este porcentaje tiende a disminuir cuando existe comorbilidad con trastornos somáticos crónicos o agudos, a los que habitualmente se presta mayor atención en lo físico. Esto se asocia con problemas como el estigma, lo que lleva tanto a pacientes como a profesionales a hablar menos de temas mentales y a transformar los síntomas mentales en síntomas somáticos de mayor aceptación, pero más difíciles de detectar como mentales por parte de los profesionales. Por otra parte, en un nivel primario se ha establecido un límite de tiempo para las consultas; se puede privilegiar aún más dialogar a través del cuerpo, pues los TM requieren consultas de tres a cuatro veces más duración que aquellas derivadas de consultas por quejas somáticas (32).

A escala poblacional, en un estudio de Jorm (1997), el reconocimiento de los TM en Australia en el que utilizó viñetas de TM describe que solamente el 39 % de las personas reconocieron el diagnóstico de depresión; un 27 %, el de esquizofrenia, y un 11 % reconocieron la depresión, como un trastorno físico. Entre tanto, en Estados Unidos las personas están más sensibles a los síntomas afectivos de la depresión y menos a sus componentes somáticos (82).

Por otra parte, estudios que han hecho énfasis en problemáticas que limitan el acceso describen variables como falta de recursos, inequidad e ineficiencia en el servicio, creencias sobre SM, etnia, tipo de procedencia urbana/rural, empleo, escolaridad, relaciones familiares y de pareja, no percepción de necesidad de atención, estigma,

pesimismo sobre la efectividad del tratamiento, barreras financieras y barreras estructurales (102-106).

Se conoce que no tener problemas somáticos y tener quejas de corte psicógeno se asocian con mayor reconocimiento de lo mental, y viceversa, tener quejas somáticas conllevan menor probabilidad de detectar, por parte del médico general, la presencia de TM. Así mismo, en la mayoría de estudios se ha partido (o asumido) de un reconocimiento por parte del paciente de su PM o su TM; sin embargo, pensamos que muchos de los síntomas mentales pueden pasar desapercibidos, inclusive por el propio paciente, lo que lleva a una falta de reconocimiento de lo mental y, en consecuencia, a un pobre acceso para su eventual detección y manejo. En este aspecto, es relevante llamar la atención sobre la no percepción de necesidad de atención; esto significa que las personas, aun conociendo que existe un problema, piensan que no requieren ayuda o estiman que, por su magnitud, estigma u otros, no quieren ayuda, lo cual es diferente de no detectar que tienen un problema.

Furedi y cols. (2003) refieren que el no reconocimiento de PM es un problema complejo, que requiere mayores estudios. Al respecto, se ha establecido una baja concordancia para el diagnóstico de trastornos depresivos y de ansiedad, kappa menor a 0,1, entre el diagnóstico del médico general y el diagnóstico establecido por esquema de entrevista diagnóstica (DIS). Los autores anotan cómo solo el 13,7 % de los pacientes con DIS positivo para depresión y /o ansiedad son detectados por el médico de nivel primario, y tan solo un cuarto (25,5 %) de los pacientes diagnosticados por los médicos generales tenían diagnóstico por DIS (32).

La depresión, el TM más prevalente, frecuentemente pasa desapercibida y no está siendo tratada. Se calcula que alrededor de la mitad de los pacientes depresivos no solicitan atención, la mitad de los que asisten a consulta no son diagnosticados y solo la mitad de los que reciben un correcto diagnóstico son adecuadamente tratados (32,107). Existe, entonces, la necesidad de incrementar la proporción de individuos reconocidos como tales y/o que reciban tratamiento (21,108). Por otra parte, podemos pensar que, si el diagnóstico y tratamiento para este trastorno son limitados, para otros trastornos psiquiátricos menos conocidos puede ser aún mayor. Al respecto, algunos estudios muestran un reconocimiento del trastorno por estrés postraumático (TEPT) por parte del médico familiar

de tan solo el 0,2 %, bastante más bajo que la prevalencia del último mes que se ha calculado para Inglaterra, entre 1,5 y 3,6 % (109).

Acerca de los trastornos de ansiedad, en un estudio con médicos generales en nivel primario se ha reportado que estos identificaron solamente 185 de 666 pacientes con este diagnóstico, lo cual arroja una sensibilidad de 0,28, que disminuye a tan solo 0,03 cuando se trataba de trastorno de ansiedad generalizado (110), lo cual, además, lleva a pensar en diferencias de detección entre patologías psiquiátricas.

Existen reportes en países desarrollados y en vías de desarrollo que indican que del 15 al 40 % de las personas que asisten a los centros de atención primaria presentan diversas formas de enfermedades mentales que no son reconocidas ni tratadas (111). Así mismo, se han descrito otras barreras, dentro de las cuales suelen ser más relevantes aquellas denominadas actitudinales por encima de las estructurales. Al respecto, en el *Estudio mundial de salud mental* (WMH) se describe que solamente un 63,8 % de las personas con TM perciben la necesidad de consultar. Las barreras actitudinales predominan en casos leves y moderados, mientras que las estructurales persisten en los más graves. En este último grupo, un 39,3 % de los casos abandonan el tratamiento por falta de efectividad del tratamiento y un 26,9 %, por una mala experiencia con el profesional que los atiende (112).

Cabe agregar que una proporción sustancial de aquellos individuos que padecen posibles problemas psiquiátricos son atendidos en el nivel de atención primaria, y en muchos casos no cumplen con los criterios diagnósticos establecidos, de manera que resulta esencial aumentar la atención y preparación de los clínicos frente a estos problemas, que, a pesar de no cumplir estrictamente con los criterios diagnósticos establecidos, podrían beneficiarse de su reconocimiento y tratamiento (113). Teniendo esto en cuenta, se han realizado varios intentos por entrenar y educar a profesionales en salud que trabajan en el nivel de atención primaria; algunos estudios en Colombia han demostrado alguna utilidad, y han llevado a estandarizar cursos que facilitarían la detección de problemas afectivos (31,33,114).

En materia del reconocimiento y acceso en SM para niños, es importante partir de los conceptos que poseen sus cuidadores sobre esta, lo cual en muchos casos puede ser una barrera fundamental para su detección y acceso a servicios. Así mismo, es relevante

pensar en las opiniones y el estigma que se pueden tener por parte de terceros, como padres, abuelos, cuidadores, educadores, el médico o el pediatra, y otro personal de salud (psicólogo, terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional, trabajadora social). Estos factores hacen más difícil el reconocimiento de problemas o trastornos en los niños, y en algunos casos existe culpa por parte del cuidador, al tener que admitir, por lo menos en su imaginario, que su hijo o menor bajo cuidado posee un problema que para algunos puede estar motivado desde su hogar.

En estos ejemplos vemos que el reconocimiento de los TPM es fundamental para detectar y brindar atención a las personas que los sufren. El reconocimiento en SM lo podemos clasificar en:

- a) **Autorreconocimiento:** definido como la posibilidad que tiene la persona de percibir dificultades de este tipo y de consultar o no por ello. Esta posición tiene que ver con lo que clásicamente hemos denominado *introspección*.
- b) **Reconocimiento por parte de terceros (*proxy*):** en el caso de menores de edad y personas con enfermedades mentales graves (algunos casos de esquizofrenia, episodio psicótico agudo, *delirium*, trastorno bipolar en crisis, entre otros), que requieren en muchos casos el reconocimiento de la sintomatología o la posible condición por parte de mayores (padres, familiares, educadores, cuidadores, etc.), con el fin de iniciar o no el proceso de búsqueda de ayuda.
- c) **Reconocimiento por profesionales de salud:** en el marco de una interacción en salud, sea esta la consulta u otra actividad relacionada con promoción o prevención en salud, el paciente, sin conocer que posee un problema o, sin querer, compartirlo, puede ser interrogado o detectado por el profesional.

Estas tres posibilidades pueden no ser excluyentes, y su resultado es similar; esto es, la no detección de un paciente con patología mental susceptible de ser intervenida.

Ahora, las barreras estructurales y de actitudes resultan fundamentales para mejorar el reconocimiento y manejo de los TM en la comunidad y en los centros de atención primaria. Respecto al primero, pueden existir diferentes barreras de acceso, como la presencia y distancia a un centro de salud, financieras, tener o no seguro de salud, conocimiento sobre dónde y a quién acudir, inconvenientes respecto al transporte, tiempo para acceder a la

consulta, dificultades con la solicitud de la cita y cuidado de la casa o los niños (112,115,116). Dentro de estas barreras no se ha tenido en cuenta el tiempo de la consulta, que en nuestro país es de 15 a 30 minutos, con un promedio cercano a los 20 minutos, tiempo que puede ser escaso para detectar un problema en el marco de una consulta de nivel primario. Al respecto, en la ENSM 2015 se detectó una mayor prevalencia de enfermedades mentales cuando se tiene una o más enfermedades crónicas. A manera de ejemplo de esta situación, en personas de 18 a 44 años se estima una prevalencia de los TM medidos en la ENSM 2015 del 5,1 %, lo cual aumenta con una enfermedad crónica a 5,9 %; con dos enfermedades, a 10 %; con tres o más enfermedades crónicas, a 17 %, y cuando se presentan limitaciones, a 21 %. Así, puede resultar difícil poder atender más de una patología; más aún, cuando conocemos que la enfermedad somática se privilegia sobre la psíquica.

Acercas del autorreconocimiento, poco o nada se ha dicho acerca de los pacientes que ni siquiera se reconocen con PM o TM, a lo que llamaré provisionalmente —mientras encuentre un mejor nombre— “falta de reconocimiento de problemas y trastornos mentales” (FRPTM).

El autorreconocimiento de los TPM o el reconocimiento por terceros, problema principal de la tesis, es el punto de partida para promover el acceso al sistema de salud. Asistir a una consulta para, por lo menos, poder comentar sobre la problemática depende de la facultad de reconocer que esta existe y favorecer así su puesta en escena. Esta facultad permite un mayor acceso a la salud, y, en especial, a la SM.

El no reconocimiento aumenta la brecha en acceso que existe entre las personas que manifiestan o no posibles problemas o trastornos mentales. Este punto podría obedecer a circunstancias psicológicas y sociales, factores y características micro, meso o macro, que son el motivo de la presente tesis; esto es, además, prioridad en salud pública. Así mismo, se requiere evidencia que aporte, apoye e informe para la toma de decisiones en el ámbito político y que favorezca la salud mental.

Finalmente, esta falta de apreciación, valoración y reconocimiento de la salud mental, sus problemas y trastornos pueden tener asociación con diversos determinantes sociales. Así mismo, estos factores y sus valoraciones podrían agruparse de manera que permitan evidenciar características grupales de aquellos que reconocen o no sus trastornos, con el

fin de posibilitar manejos específicos para estos grupos, que facilitarían la planeación de intervenciones y la eficacia de estas en el mejoramiento de la SM. Estos son los puntos de especial interés de la presente tesis doctoral.

3 Metodología

3.1 Preguntas de investigación

- Dentro del marco de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (ENSM 2015), ¿cuáles son los determinantes psicosociales de salud y los factores asociados a los grupos de población con mayor o con menor reconocimiento en personas con problemas y trastornos mentales a lo largo del ciclo vital en la población colombiana?
- Dentro del marco de la ENSM 2015, y mediante el uso de la metodología de árboles de clasificación (CART) y el examen de los determinantes psicosociales, ¿cuáles son las características de los grupos y los subgrupos con mayor y con menor reconocimiento de su estado de salud mental, de acuerdo con el ciclo vital, en la población colombiana?

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivos generales

- Profundizar en los determinantes psicosociales y los factores asociados al reconocimiento de personas con problemas y trastornos mentales percibidos por el cuidador principal en niños de 7 a 11 años, por los adolescentes de 12 a 17 años y los adultos de 18 y más años en la ENSM 2015.
- Identificar, mediante la metodología de árboles de clasificación, las características y los determinantes psicosociales asociados a los grupos con y sin reconocimiento de los problemas y trastornos mentales, a lo largo del ciclo vital, en la ENSM 2015.

3.2.2 Objetivos secundarios

- Describir los determinantes psicosociales asociados a posibles problemas y trastornos mentales percibidos por el cuidador principal en niños de 7 a 11 años, en adolescentes de 12 a 17 años y en adultos de 18 y más años, en la población colombiana.
- Profundizar en los factores asociados a las dificultades para el acceso a la salud que son referidos por profesionales, usuarios y administrativos, y que disminuyen el reconocimiento de los TPM.
- Comparar la valoración del estado de salud relacionada, con y sin el reconocimiento de los problemas y los trastornos mentales, mediante la escala visual análoga de 100 puntos, en la población adulta colombiana.

3.3 Diseño del estudio

- Estudio con diseño mixto, con análisis sobre la base de un estudio observacional descriptivo de corte transversal tipo encuesta a escala poblacional, y un estudio cualitativo con el uso de entrevistas en profundidad y grupos focales.
- Estudio observacional descriptivo de corte transversal tipo encuesta, a escala poblacional, sobre la base de la ENSM 2015.

(Nota: Es necesario precisar que la ENSM 2015 fue realizada durante 2014 y 2015. El estudio fue diseñado bajo la dirección del investigador principal de la presente tesis, quien diseñó y coordinó un equipo interdisciplinario de personas expertas en cada área).

- Estudio cualitativo mediante grupos focales y entrevistas en profundidad (descrito en mayor detalle en el numeral 3.8).

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población

La población de interés en el presente estudio corresponde a la población civil no institucionalizada. Tomando en cuenta los objetivos de esta investigación, se consideran tres grupos en los cuales se hace énfasis: el primero corresponde a las personas de 7 a

11 años; el segundo estará conformado por adolescentes de 11 a 17 años, y el tercero, por adultos de 18 y más años, residentes en el área urbana y el área rural no dispersa de la población de Colombia.

3.4.2 Selección de la muestra y muestreo

El estudio tuvo en cuenta la muestra del ENSM-2015. Para calcular el tamaño de la muestra, se contó con la participación del autor del protocolo, al igual que con un equipo conformado por expertos muestristas del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y estadísticos de la Pontificia Universidad Javeriana, tomando en cuenta el tamaño de la población suministrado por las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). La descripción de la estructura del diseño de la muestra realizada en el estudio primario se encuentra en el apéndice 1.

La ENSM tuvo como base una submuestra de la *muestra maestra* de estudios poblacionales para salud del MSPS, con una representatividad nacional y regional, y con desagregación geográfica a escala regional (Atlántica, Pacífica, Central, Oriental, Bogotá), urbano/rural y demográfica, por rangos de edad: de 7 a 11 años, de 12 a 17 años y de 18 y más años (4). La selección de los sujetos se obtuvo mediante un muestreo polietápico.

La estimación del tamaño de la muestra se realizó utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Np(1-p)(Deff)}{N((ESrel)p)^2 + (p(1-p)(Deff))}$$

La tabla 3-1 resume el escenario.

Tabla 3-1: Tamaños de muestra según grupos de edad

	Edad	
	7 a 11 años	Mayores de 11
N	4.282.853	36.573.703
P	20 %	11,5 %
ESrel % (absoluta)	11,7 % (2,6)	11,7 % (1,5)
Deff	1,5	1,5

	Edad	
	7 a 11 años	Mayores de 11
Tamaño de la muestra	439	844
Representatividad por grupos de edad	-	2532
Representatividad de cinco regiones	2195	12.660
Más aumento del 20 % por datos faltantes (encuestas incompletas)	2634	15.192
Total		17.826

Fuente: "Protocolo" de la ENSM 2015 (4).

Si se tiene en cuenta que se tomó a un adulto por hogar, se usaron 15.192 hogares para la ENSM, con 242 segmentos por región, para un total de 1210 segmentos.

Finalmente, se visitaron 19.564 hogares, entre los cuales se completaron 2727 encuestas de la población infantil de 7 a 11 años; 1754, en población de 12 a 17 años; 5889, en población de 18 a 44 años, y 4981, en población de mayores de 45 años (15.351 en total).

3.4.3 Factores de expansión

El MSPS, de acuerdo con la muestra obtenida en el estudio y tomando en cuenta el listado de unidades primarias de muestreo (UPM) seleccionadas dentro de la muestra, calculó los factores de expansión correspondientes hasta la selección de la unidad. Estos factores se complementaron con los factores de expansión de la selección de viviendas dentro de cada UPM y de individuos dentro de cada vivienda.

3.5 Criterios de selección

En general, para la ENSM 2015 se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión expuestos a continuación (4).

3.5.1 Criterios de inclusión de la ENSM 2015

Personas:

- Residentes en Colombia.
- De 7 a 11 años, y cuya información será proporcionada por el cuidador.
- De 12 y más años de edad, y cuya información proporciona la persona.

- Población civil.
- Residentes en el área urbana y el área rural dispersa.

3.5.2 Criterios de exclusión de la ENSM 2015

Personas:

- Que tengan un tamizaje positivo para demencia.
- Con alguna limitación auditiva, visual o del habla que les impida responder la encuesta.
- Con limitación cognoscitiva que les impida responder.
- Población institucionalizada.
- Que no quieran participar o no quieran firmar el asentimiento y el consentimiento informado.

Para efectos de esta investigación, se tomó en cuenta a todas las personas encuestadas dentro del marco de la ENSM 2015.

3.6 Instrumentos, desenlaces y variables

3.6.1 Instrumentos

Durante 2014 y 2015 se realizó la cuarta ENSM, cuyos instrumentos fueron diseñados bajo la coordinación del investigador principal de este protocolo de tesis, con un equipo interdisciplinario de personas expertas en cada área. En el estudio se evaluaron aspectos generales de salud, salud mental, psicosociales, de problemas en salud mental, de trastornos mentales, de cognición social y de acceso a servicios; también se valoraron los estados de salud y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS; en inglés, HRQoL, por las iniciales de *Health-Related Quality of Life*).

Dentro del marco de la ENSM 2015 se aplicaron: la EQ-5D, la valoración del estado de salud actual y cuestionarios que dieran cuenta de las condiciones socioeconómicas (índice multidimensional de pobreza, acceso a múltiples servicios), del nivel de educación (escolaridad, años de estudio), del empleo (presencia, y alguna clasificación), de la exposición a traumas y violencias, de problemas mentales, de SRQ (problemas en

población adulta), de PCL (posible TEPT), de AUDIT C y A (abuso y riesgo de alcohol), de trastornos mentales (para adolescentes y adultos: CIDI-CAPI para algunos trastornos mentales; para niños, DISC), de características familiares (test de Apgar familiar), de la percepción de acceso a la atención en salud mental, de la morbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles y del acceso a atención, entre otras.

3.6.2 Definiciones de los desenlaces

- a) Problemas: lo que puede ser subclínico y que molesta, pero no constituye un diagnóstico psiquiátrico. No obstante, disminuye las capacidades (potencialidades) del individuo. Para otros profesionales, son trastornos mentales subumbrales, que no alcanzan el nivel para ser diagnosticados como tales. Para el estudio, operativamente se los define en niños como los problemas medidos por el RQC y por el instrumento ampliado para detectar problemas. Para adolescentes y adultos, como los problemas medidos por el SRQ.
- b) Trastorno: lo diagnosticado por CIE-10 o DSM IV-R. Operativamente, se refiere a lo detectado por el CIDI-CAPI en adolescentes y adultos, y por el DISC en los niños de 7 a 11 años.
- c) Valoración del estado de salud: puntaje dado por la persona en la escala visual análoga, con una oscilación entre 0 (peor estado) y 100 puntos (mejor estado). Dicho estado se puede complementar con los estados brindados por el EQ-5D.
- d) Autorreconocimiento y reconocimiento: definidos para este estudio por grupos de edad. Así:
 - Para adultos:

Autorreconocimiento, definido en el módulo de acceso M20. Preguntas 1 y 2:

 - ¿Alguna vez en su vida ha tenido algún problema emocional, nervioso o de salud mental? (Sí; No; No sabe/No responde).
 - Este evento ocurrió... (Durante los últimos 12 meses; Antes de los últimos 12 meses; No sabe/No responde).
 - Para adultos mayores de 18 años:

Reconocimiento de enfermedad mental, definido por las preguntas 18 y 19 del módulo M5 de la encuesta, así:

- ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tiene alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud?

(Enfermedad mental o de los nervios [Sí; No; No sabe/No responde]).

- ¿Recibe tratamiento para este problema? (Sí; No; No sabe/No responde)

- Para adolescentes:

Reconocimiento de enfermedad mental, definido por las preguntas 18 y 19 del módulo M5a, así:

- ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que usted tiene alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud?

(Enfermedad mental, de los nervios o problemas de aprendizaje [Sí; No; No sabe/No responde]).

- ¿Recibe tratamiento para este problema? (Sí; No; No sabe/No responde).

- Para niños:

Reconocimiento de la salud mental, definido por las preguntas 1, 2 y 3 del módulo 19, sobre acceso a la salud mental en niños, así:

- En general, ¿cómo valora la salud mental de [Nombre del niño]? (Excelente; Muy buena; Buena; Regular; Mala; No sabe/No responde).

- ¿Alguna vez en su vida, [Nombre del niño] ha tenido algún problema emocional, nervioso o de salud mental? (Sí; No; No sabe/No responde). Este evento ocurrió... (Durante los últimos 12 meses; Antes de los últimos 12 meses; No sabe/No responde).

3.6.3 Enumeración y definición de variables

Se tuvieron en cuenta variables personales, sociales y familiares, las cuales se describen en el apéndice 2.

3.7 Enfoque y plan de análisis

Para el análisis de los datos se usó el enfoque de determinantes psicosociales, que ha sido descrito de manera general en el capítulo respectivo (2). En este punto, se tendrán en cuenta los determinantes estructurales e intermediarios; estos son *distales* y *proximales*. Para ello, se listan las variables de ambos tipos que se van a tener en cuenta para los distintos análisis, en el apéndice 2.

Por otra parte, tomando en cuenta la relación interactuante entre variables en lo relativo a los aspectos mentales, pensamos que los planteamientos más relacionados con la forma de exponer el análisis son el de James Halliday, con la *medicina psicosocial*, y los de la teoría interseccional, que se inicia con Kimberlé Crenshaw (1989) (117,118), en torno a las intersecciones de raza y género en Norteamérica, y que posteriormente se enriquecería en los países nórdicos, con estudios en los que se postula la teoría de la interseccionalidad, en la cual, a su vez, se analiza cómo se interconectan las categorías sociales y culturales.

En algunos estudios se describen la relación y el entrecruzamiento de variables como género, raza, etnia, discapacidad, sexualidad, clase social y nacionalidad. Este concepto de interseccionalidad, refiere Staunaes (2003), puede ser utilizado como herramienta analítica para trazar cómo las personas se posicionan como diferentes, con problemas o, en ocasiones, marginalizadas (119,120). En el caso concreto de la presente tesis, pensamos que en el análisis realizado por árboles de clasificación y regresión (CART) se emplea esta teoría, por la forma como se conciben y se agrupan los datos. La teoría interseccional nos reta a utilizar los determinantes no como factores singulares (por ejemplo, clase socioeconómica, exposición a violencia, género), sino como factores interactuantes (121). En dicho modelo, la desventaja (en este caso, el no reconocimiento o el no autorreconocimiento) emerge de una constelación de factores interactuantes o interrelacionados, que, pensamos, es lo que realmente ocurre en las poblaciones que no reconocen su salud mental y, por ende, se marginalizan (122).

Para el análisis de la información se utilizó el *software* estadístico STATA versión 14. En primera instancia, se hicieron la depuración y la limpieza de la base de datos, se revisaron las variables de interés para el estudio y, cuando fue necesario, se construyeron variables secundarias. Para el procesamiento de los datos, se tuvieron en cuenta las técnicas correspondientes para el análisis de datos provenientes de muestra complejas, incluyendo en el análisis los factores de expansión muestrales. Se hizo un análisis descriptivo de las variables de interés para el estudio, con la variable de desenlace *reconocimiento o no del problema o trastorno mental*; se utilizaron medidas de tendencia central (promedios o medianas) y de dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico) en variables cuantitativas, dependiendo de la forma de distribución de las variables. Las variables categóricas serán presentadas en tablas de frecuencias absolutas y relativas.

Para evaluar diferencias estadísticamente significativas de las variables entre los niños, los adolescentes o los adultos con y sin reconocimiento de problemas y de trastornos mentales, se realizaron pruebas t-Student o Mann-Whitney para variables continuas, y χ^2 o Fisher para variables categóricas; la selección de las pruebas estadísticas dependió del cumplimiento de los supuestos. Se empleó un nivel de significancia del 5 % para evaluar la significancia de las pruebas estadísticas.

Para el análisis de los factores asociados, se hicieron modelos de regresión logística. Inicialmente, se efectuaron análisis bivariados entre los desenlaces de interés y cada una de las variables del estudio; posteriormente, se hicieron modelos multivariados, teniendo como variable dependiente la referida, y como variables independientes, las especificadas en el apéndice 1 que obtengan un valor de $p < 0,20$ en el análisis bivariado. Para la obtención del modelo multivariado de mejor ajuste se utilizó el método de eliminación de variables hacia atrás (*backward*); para seleccionar entre los diferentes posibles modelos obtenidos se emplearon los criterios de información de Akaike (en inglés, AIC, por las iniciales de *Akaike Information Criterion*), el criterio de información bayesiano (en inglés, BIC, por las iniciales de *Bayesian Information Criterion*) o el estadístico Cp de Mallows. Los resultados serán expresados por medio de OR, con intervalos de confianza del 95 %.

Finalmente, se realizó el diagnóstico de los modelos al evaluar la linealidad de los predictores en la función *logit* y la presencia de multicolinealidad entre las covariables del modelo, mediante el cálculo de los índices de tolerancia y el factor de inflación de varianza

(en inglés, VIF, por las iniciales de *Variance Inflation Factor*). Para evaluar el ajuste y la precisión del modelo se empleó la prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow.

Por otra parte, respecto a los árboles de clasificación y regresión (CART) desarrollados por Breiman y cols. (1980) (123,124), cabe recordar que CART corresponde a una técnica de minería de datos, la cual busca identificar el mejor conjunto de variables para construir árboles de clasificación o de regresión que sirvan para predecir nuevos datos. La metodología de CART es una metodología no paramétrica, no requiere selección de variables, es robusta respecto al efecto de valores atípicos y procesa los casos aun si hay datos faltantes. Mediante este método, se pueden dividir poblaciones o identificar subgrupos homogéneos significativos, lo que permite a los investigadores describir e identificar segmentos de población que sean más o menos propensos a optar por determinados tipos de comportamientos y, de esta manera, brindar la posibilidad de maximizar las inversiones en salud pública (35,125).

Dada la naturaleza de CART como técnica de minería de datos, en el presente trabajo fueron incluidas las variables disponibles (apéndice 2) y se especificó como desenlace la variable autorreconocimiento (si aplica) o el reconocimiento o no de problemas o trastornos mentales (categórica nominal) en el modelo. Se empleó como criterio de particionamiento de los nodos el índice Gini para impureza de los nodos. Para la validación del árbol resultante se utilizó la validación cruzada, y se obtuvieron los costos de mala clasificación como criterio para elegir el mejor árbol. Este análisis se realizó utilizando el programa R.

3.8 Estudio cualitativo

3.8.1 Introducción

En este aparte cualitativo se pretende profundizar en la comprensión de las barreras que se tienen para el acceso en salud mental y, especialmente, en la implementación de un modelo de atención en salud mental dirigido a la detección y el manejo de las dos patologías más frecuentes en salud mental: la depresión y el uso inadecuado del alcohol (abuso y dependencia del alcohol). Para ambas problemáticas se está implementando un modelo de atención que tiene por objeto la detección precoz, en nivel primario, de personas con dichas patologías, asociado a la capacitación de profesionales de la salud en esa área,

su acompañamiento en la resolución de las dificultades que se tengan para la atención en salud mental y el uso de tecnologías móviles para coadyuvar al tratamiento.

Dentro del marco de estudio de nivel primario surgen de manera privilegiada las dificultades de acceso que tienen los usuarios (pacientes), los administrativos (de coordinación de los centros o atención al público) y los profesionales de la salud (médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras) en el manejo de personas con las dos mencionadas y frecuentes dificultades en salud mental; también se evidencia, de alguna manera, la opinión que se tiene acerca de las variables o las circunstancias asociadas al mayor o al menor acceso de los usuarios al servicio.

Dentro de dicho marco, el director del estudio (autor de la presente tesis) conoce la importancia y el énfasis que se ha hecho respecto al autorreconocimiento que se tiene por parte de pacientes de su propio estado mental y del reconocimiento de los profesionales de la salud hacia estos, con el fin de brindar acceso al servicio. No obstante, ese planteamiento no se expuso a los entrevistadores ni a las personas que hicieron los grupos focales y las entrevistas (psicólogos y antropólogos), buscando no sesgar la ocurrencia de esta temática, y privilegiar así las barreras que se presentan para la implementación del modelo de atención.

3.8.2 Objetivos del estudio cualitativo

Describir las barreras para el acceso a la atención en salud en nivel primario para usuarios con dos patologías frecuentes (depresión y uso inadecuado del alcohol).

3.8.3 Técnicas de recolección de datos

Para el presente estudio se usaron dos métodos: grupos focales y entrevistas (126,127), coordinados por dos antropólogos o una psicóloga clínica con experiencia en las mencionadas técnicas. En ambos casos, eran apoyados por un asistente de investigación, quien tomaba algunos de los datos que surgían durante la actividad.

Los grupos focales fueron conformados por profesionales de la salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales), usuarios o grupos de interés (Alcohólicos Anónimos, grupos de personas con depresión) y administrativos (directores o coordinadores de centros, personas que atienden a los usuarios). Igualmente, se hicieron entrevistas con

personas clave en cada uno de los centros de nivel primario en los que se estaba ejecutando el estudio de implementación.

Los grupos focales se realizaron en un lugar privado (salón o consultorio) de los centros en los que se llevó a cabo el estudio. Se citó previamente a las personas que lo constituían y durante la actividad se les ofreció un desayuno, una bebida o una merienda sencilla. Los grupos focales se planearon para ser conformados por entre cuatro y doce personas, de acuerdo con las características de cada centro (algunos de ellos fueron más pequeños que la media; por ejemplo, el de Guayabal [Tolima] o el de Santa Rosa de Viterbo [Boyacá], y otros, más grandes [como el de Javesalud [Bogotá, D. C.] o el de Chaparral [Tolima]).

Cada uno de los grupos focales fue grabado; también se tomaron algunos apuntes acerca de las características del grupo, con el fin de complementar la recolección de datos. Fueron coordinados por el antropólogo o el psicólogo, y apoyados por un asistente de investigación en la gran mayoría de los casos. Para la realización del grupo se tuvo planeada una pregunta evocadora: *El modelo que estamos implementando dentro del centro puede tener algunas barreras para que sea llevado a cabo; al respecto, ¿qué barreras existen, por parte del centro o de los pacientes, que se puedan mejorar para aumentar la detección y el manejo de los pacientes con depresión o problemas de alcohol que asisten a la consulta?*

Igualmente, se hizo una serie de entrevistas en profundidad a personas clave de cada centro, con el fin de complementar las respuestas y conocer otros detalles que no emanaban de los grupos focales.

Ambas técnicas (grupos focales y entrevistas en profundidad) fueron hechas por lo menos dos veces en cada lugar, hasta tener una saturación de los datos (128). En algunos centros más pequeños, con menor número de funcionarios, se realizó un solo grupo o, por lo menos, una entrevista.

3.8.4 Lugares

El estudio de implementación (DIADA) se está llevando a cabo en centros de nivel primario, y en un solo caso, en un hospital mental (Lérida), que es el centro de remisión de centros de la región. Los sitios en los que se realizaron las entrevistas son: Javesalud (de la calle 127, en Bogotá, D. C.); Centro de Salud de Guayabal (Tolima); Hospital Nivel Primario de

Chaparral (Tolima); Hospital Granja Taller Lérica (Tolima); Santa Rosa de Viterbo (Boyacá) y ESE Tundama-Duitama (Boyacá).

3.8.5 Transcripción y análisis de datos

Las entrevistas y los grupos fueron grabados, previo consentimiento informado. Esta información fue transcrita a Word por una asistente de investigación y los datos fueron leídos por las personas que los recolectaron, para evidenciar la completitud y revisar las dificultades que podría haber tenido la transcripción.

Posteriormente, se hizo un análisis por parte de tres investigadores (antropólogo, psicólogo y psiquiatra) utilizando el sistema NVIVO (129), para describir contenidos de acuerdo con las temáticas que surgían de los datos (teoría fundamentada) (130). La primera ronda de lectura se realizó de manera independiente por parte de los tres investigadores, quienes establecieron las categorías que surgieron de los datos. Una vez se hizo una primera lectura, se establecieron por consenso las categorías principales de análisis y se procedió a señalar los textos (contenidos) que tuviesen que ver con las categorías seleccionadas. Después de un análisis preliminar, se verificó la concordancia entre por lo menos dos de los investigadores de los contenidos relacionados con cada una de las categorías seleccionadas. Cabe anotar que solo el psiquiatra (director del estudio y autor de la presente tesis) pudo tener alguna idea de algunas categorías, preconcebidas desde la realización del protocolo del estudio; sin embargo, las categorías surgieron para los otros investigadores, y de manera espontánea, de los datos. Cabe también destacar que el estudio cualitativo se planteó desde la teoría fundamentada.

El análisis de los datos se hizo con la perspectiva del análisis de contenido, y pretende triangular la información obtenida en la presente tesis desde el análisis cuantitativo que se ha llevado a cabo (131).

El estudio primario realizado ha servido para efectuar un mayor número de estudios y para responder un mayor número de preguntas de investigación que hacen parte del estudio DIADA. En el caso concreto del estudio, se privilegiaron los datos acerca de las dificultades para el acceso que tienen que ver con los usuarios y los profesionales de la salud, por cuanto ello es el propósito de la presente tesis.

3.9 Aspectos éticos

Los objetivos del presente estudio son complementarios a los de la ENSM 2015 en su aspecto cuantitativo. De esa base de datos se utilizó la información para cumplir con los objetivos de la tesis. Se emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se hizo ninguna intervención o modificación de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en la encuesta; por tales motivos, esta investigación se define como *sin riesgo*, según la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Para la realización de la ENSM 2015 se tuvieron en cuenta los principios éticos básicos en relación con la investigación en sujetos humanos. En primer lugar, la *autonomía*, que incluyó el respeto de cualquier individuo en cuanto a su participación en la encuesta y la protección de personas con autonomía disminuida; en segundo lugar, el *principio de beneficencia*, dado que se buscó llevar al máximo los posibles beneficios; el tercero, la *no maleficencia*, al minimizar los riesgos, y, finalmente, el de *justicia*, pues el conocimiento que se obtenga de esta investigación, así como de las subsecuentes, tiene como base beneficiar a la población que representa.

En el estudio primario, a cada uno de los sujetos se le ofreció información clara y veraz sobre el propósito, el objetivo del estudio y el sentido de su participación, lo cual quedó corroborado mediante la aprobación del consentimiento escrito firmado por el encuestado. Para el desarrollo de la presente investigación, la información de los sujetos seguirá siendo confidencial, y se mantendrán la privacidad y el anonimato. El protocolo inicial de la ENSM 2015 fue presentado y aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Pontificia Universidad Javeriana (PUJ). No obstante, este protocolo será presentado de nuevo al Comité de Ética de la PUJ y de la Universidad Nacional antes de proceder con el análisis de la presente tesis.

Para el estudio cualitativo, igualmente, se presentó un protocolo del estudio DIADA en los comités de ética de la Pontificia Universidad Javeriana, de la Universidad de Dartmouth y de los Institutos de Salud de los Estados Unidos (en inglés, NIH, por las iniciales de National Institutes of Health). Estos comités dieron su aprobación. A todos los participantes se les solicitó consentimiento informado, todos los cuales han sido revisados por los comités de

ética de las instituciones, y que fueron firmados para su ingreso al estudio. Los datos fueron tratados de manera confidencial; las entrevistas fueron grabadas y se tomaron algunas notas por parte del asistente de investigación. Las entrevistas fueron transcritas, y para cada persona se utilizó un código con las iniciales del sujeto y el sitio de recolección (por ejemplo, RC, etc.), que solo conocen dos investigadores, con el fin de que no sea identificado por su nombre. En los relatos se incluyeron: entrevista o grupo; usuario, profesional de la salud o administrativo; lugar. Las grabaciones y las notas son mantenidas en un lugar seguro en el Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la PUJ.

El presente estudio cualitativo se define como de riesgo mínimo, según la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

3.10 Presupuesto

Para el presente trabajo se tuvo en cuenta el presupuesto descrito en la tabla 3-2.

Tabla 3-2: Presupuesto del proyecto de investigación

Rubros	Cantidad	Valor	Meses	Total (\$)
Investigador principal: Carlos Gómez-Restrepo		700.000	36	25.200.000 *
Asesor metodológico: Dr. Javier Eslava S.			36	
Subtotal				25.200.000
Equipos				
Computador	1			2.000.000
Impresora	1			300.000
Subtotal				2.300.000
Materiales				
Resmas de papel	2			44.000
Tinta para impresora (cartuchos)	2			240.000
Subtotal				288.000
Bibliografía				
Recuperación de artículos	30			300.000
Publicaciones				
Sometimiento a revista	2			1.400.000

Traducción	1			1.200.000
Subtotal				2.900.000
Total				30.688.000

*Costo de la matrícula.
Fuente: elaboración propia.

3.11 Cronograma

Este proyecto inicia con la planeación y la recolección de los datos de la Cuarta Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, cuyo investigador principal (Carlos Gómez-Restrepo) es el autor de la presente propuesta de tesis doctoral. En la actualidad se tienen datos recolectados y la base de datos; sobre esta información se realizarán los análisis que se proponen. En primera instancia, por aproximadamente doce meses, se requiere profundizar en las temáticas propuestas, en la planeación de los estudios que se plantean dentro del marco de la tesis doctoral y en las adecuaciones a la base de datos para los estudios; posteriormente, en un periodo de seis meses, se analizarán los datos, y en doce meses se escribirá el producto final y se someterán a publicación dos artículos (tabla 3-3).

Tabla 3-3: Cronograma

Actividades	2016-(meses)												2017-2018 (meses)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	2	4	6	8	10	12	14	16	18
Revisión de la literatura	X	X	X	X	X	X	X														
Estructuración del protocolo de tesis	X	X	X	X	X	X															
Planeación de los estudios-análisis			X	X	X	X	X	X													
Presentación del protocolo de investigación					X																
Defensa y aprobación del protocolo de investigación						X	X														
Adecuación y limpieza de la base de datos					X	X	X	X	X												
Recolección de datos cualitativos								X	X	X	X	X									
Análisis de la información									X	X	X	X	X	X	X	X					
Generación de resultados y revisión con el tutor de la tesis										X	X	X	X	X	X	X	X				
Construcción del documento final															X	X	X	X	X	X	X
Escritura de dos artículos															X	X	X	X	X	X	X

Actividades	2016-(meses)												2017-2018 (meses)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	2	4	6	8	10	12	14	16	18
Sometimiento de artículos																		X		X	
Sometimiento de tesis																				X	X
Defensa de tesis																					X

3.12 Divulgación

Dada la importancia del tema, se pretende someter para publicación por lo menos dos artículos en revistas indexadas en Medline y Scopus. Uno sobre a adolescentes y otro sobre adultos.

Por otra parte, se piensa hacer un ensayo para publicación, acerca del tema tratado, y referente a lo psicosocial, en una revista indexada.

Ya que es importante la divulgación por otros medios, se pretende, así mismo, presentar por lo menos una ponencia de los resultados en un congreso de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Por último, y comprendiendo que la descripción de los grupos que acceden o no a cuidado y de sus características es fundamental para la formulación de intervenciones o las políticas de salud, con el fin de intervenir sobre inequidades en el acceso a la salud mental, se procederá a la exposición de los resultados al grupo de salud mental del Ministerio de Salud.

4 Resultados: Reconocimiento a lo largo del ciclo vital

4.1 Reconocimiento de problemas y trastornos mentales en niños

Resumen

Introducción: Se estima que del 10 al 20 % de los niños presentan trastornos mentales. Sin embargo, de estos solo accede a tratamiento el 25 %, cifra que puede disminuir al 18,5 % en países con bajos recursos, y ser más reconocido como alguien con un problema o un trastorno mental, quien más grave luzca. En Colombia, solo piden consulta el 48 % y los padres de familia que no consultan aseguran que no es necesario recibir, acceder o solicitar atención. **Objetivo:** Determinar la presencia de factores asociados al reconocimiento, por parte de los cuidadores, de problemas y trastornos mentales en niños. **Métodos:** Se hace un análisis de niños entre 7 y 11 años recolectados en la ENSM-2015, donde se dividieron los niños con problemas, RQC positivo, y trastornos, DISC positivo, entre aquellos en quienes sus cuidadores reconocían tener alguna dificultad mental o no. Se hace un modelo multivariado para detectar factores asociados a la falta de reconocimiento. **Resultados:** Se obtuvieron 2772 niños; de estos, 1180 presentan TPM y solo 68 de ellos eran reconocidos con TPM por sus cuidadores. Los problemas de los niños que no se reconocen por parte de los cuidadores tienden a asociarse a factores como el hecho de estar desescolarizados, con mayores problemas del aprendizaje y ser hijos de madres con mayores estudios, con trastorno mental en alguno de los padres y con uno o más reportes de eventos traumáticos. Ahora bien, el no reconocimiento de cualquier trastorno o problema se asocia al nivel universitario de la madre, a tener problemas de aprendizaje, a tener 2 o más eventos traumáticos y a ser hijo de padres con trastornos mentales. **Conclusión:** Al reconocimiento de problemas y trastornos mentales en niños se lo ve relacionado con factores como estar desescolarizado, ser hijo de una madre con nivel

universitario de estudios, tener problemas del aprendizaje, haber pasado por eventos traumáticos y TM en los padres.

Palabras clave: Niños, salud mental, reconocimiento, diagnóstico, acceso, trastornos mentales.

4.1.1 Introducción

El periodo infantil es uno de los momentos del ser humano en que se da inicio a un sinnúmero de cambios y de procesos de identificación, en los ámbitos personal e interpersonal y frente a la sociedad, así como modificaciones biológicas y transiciones en el método de pensamiento (132,133). Para poder alcanzar estos procesos de desarrollo, el niño debe contar con ciertas bases y recursos que permitan evaluar su adecuado desarrollo, y, en caso de no presentarlo, identificar de una manera temprana las posibles causas que pueden estar retrasando el proceso de desarrollo adecuado (134).

A pesar de ser necesaria esta identificación y el acceso temprano a los servicios de salud, los niños o la población infantil cuentan con una seria desventaja (en comparación con otros grupos etarios), referente a no poder realizar un autorreconocimiento de su estado de salud; ellos dependen de un tercero que identifique la existencia de alteraciones, perturbaciones o anomalías en su salud (135). Por lo anterior, el adecuado acceso y atención en salud de los niños se ha incluido dentro de las políticas de desarrollo a escala mundial y, además, forma parte de los Objetivos del Desarrollo Sostenible, que incluyen propósitos sobre la garantía de la salud, alimentación y educación de esta población (136).

En el caso de la salud mental de la población infantil, se sabe que existen prevalencias de enfermedades mentales en la población infantil de entre un 10 y 20 %; sin embargo, el número de estudios que se enfocan en este grupo etario es escaso al compararlo con adultos y adolescentes (137). Sumado a la alta prevalencia de estas enfermedades, se ha encontrado que, aunque estas no representan o no se encuentran como una de las primeras causas de mortalidad, hay una tendencia al ascenso de los trastornos del desarrollo y de los trastornos del comportamiento y del afecto, con un impacto significativo en los AVAD y AVISAS, con una distribución a escala mundial del impacto que tienen estas enfermedades no solo sobre el individuo, sino también sobre los cuidadores y la familia (138).

Pese a este impacto sobre la población infantil, los recursos y servicios existentes para ofrecer y atender a dicha población en lo que respecta a salud mental son extremadamente limitados, como se ha podido identificar. En la iniciativa de la OMS dirigida a identificar los recursos para salud mental de niños y adolescentes por medio de un atlas, se han hecho más que evidentes las pobres condiciones de estos servicios, pues solo 14 de los 191 países encuestados contaban con una política exclusiva de salud mental para niños y adolescentes. Así mismo, la disponibilidad de camas o de instituciones dedicadas exclusivamente a la atención en salud mental de niños y adolescentes es bastante limitada, por no decir nula, y los lugares en los que existe son, en su mayoría, países de ingresos altos (139).

Adicionalmente, en el estudio conducido por Morris y cols. se encontró que existía una clara brecha entre los servicios de salud mental para adultos comparado con los que existen para niños y adolescentes. Los autores encontraron que en los países encuestados se atiende a 159 pacientes por cada 100.000 niños y adolescentes, mientras que en el grupo de adultos se atendía a 669 por cada 100.000 adultos; este valor es cuatro veces mayor al de los niños y adolescentes (140).

Es necesario recordar que en la dinámica o el fenómeno de acceso a salud no solo debe tenerse en cuenta la oferta y disponibilidad de recursos, ya que la existencia de los servicios no asegura su acceso y su uso, como ha sido ampliamente demostrado en diversos casos. El más representativo es el de las vacunas, que, a pesar de contar con una gran disponibilidad, no son utilizadas en la misma población infantil (141). Las dinámicas de acceso y atención de salud han sido abordadas desde diversos modelos y planteamientos teóricos (142); sin embargo, en todos existe una interrelación entre los usuarios, los proveedores de salud, los recursos disponibles y los formadores de políticas (25). Pero, en este caso en particular, se debe tener en cuenta que el usuario principal, en la gran mayoría de los casos, no puede participar de esta dinámica a menos que cuente con un intermediario (padres, tutor legal, cuidador, profesor) que le ayude y acompañe durante toda esta dinámica, debido a las condiciones de dependencia (en diversas áreas) que tiene la población infantil.

La identificación de las dificultades y facilitadores que mejoren el proceso de acceso a salud mental en niños debe ser una de las prioridades dentro de esta dinámica, ya que por medio de este proceso de identificación es posible establecer políticas o intervenciones

que permitan, de alguna manera, modificar los niveles de acceso en esta población (143). Como ya se mencionó, existe una brecha entre los países de bajos y altos ingresos en lo que respecta a la disponibilidad de recursos, tanto físicos como humanos, en salud mental; sin embargo, incluso en países de altos ingresos, el acceso y el uso de los servicios de salud mental de niños son bastante incompletos.

En un estudio en diferentes países de Europa, en el cual se incluyeron países de bajos, medios y altos ingresos, se realizaron encuestas a los padres y profesores de 4894 niños en edad escolar, y se encontró que de todos los niños que en los últimos 12 meses presentaban algún trastorno mental, solo un 25,6 % accedió a algún tipo de atención; además, fue mayor el porcentaje de acceso en países de mayores ingresos (31,5 %) que en los de bajos ingresos (18,5 %) (144).

Esta falta de acceso a los servicios de salud mental en niños es un hallazgo común en los países, sin importar su localización y su nivel de ingresos, como se pudo observar a escala nacional durante la última ENSM, en la cual participaron 2772 niños entre los 7 y 11 años, con sus respectivos padres. De este total, el 55,4 % había presentado un problema de salud mental en los últimos doce meses, pero solo un 48 % de estos había solicitado acceso a servicios de salud. Al indagar al 52 % de los que no habían solicitado atención o acceso a servicios de salud sobre la razón para no hacerlo, se encontró que el principal motivo fue que los cuidadores no consideraron que fuera necesario recibir, acceder o solicitar algún tipo de atención en salud mental (4,145).

Por si fuera poco, los grupos de niños que usan los servicios de salud mental son aquellos que ya tienen una enfermedad avanzada; es decir, que presentan síntomas tan graves que alteran el estilo de vida de los niños y el de sus familias. En el estudio realizado por Johnson y cols. sobre la enfermedad mental en la cohorte de niños y adolescentes en Australia ($n = 6310$ de cuidadores de niños y adolescentes entrevistados), los autores encontraron que a mayor gravedad de la enfermedad mental percibida por los padres existía una mayor probabilidad de haber accedido a servicios de salud (leve, 22 %; moderado, 46 %; grave, 59 %) (146). Estos hallazgos en el retraso de la atención y el acceso a los servicios de salud tienen múltiples repercusiones sobre la salud y la calidad de vida de los niños, como ausentismo escolar y deterioro de la calidad de vida de ellos, así como de sus cuidadores; pero las consecuencias de la no atención se ven reflejadas también en la salud del futuro adolescente y adulto, con mayores probabilidades de presentar algún tipo de enfermedad

mental, mayor riesgo de consumo de sustancias psicoactivas y más posibilidades de tener dificultades en el ámbito laboral.

Como ya se mencionó, la dinámica de acceso a servicios de salud es mucho más compleja que solo asegurar una oferta de servicios de salud, ya que la existencia de estos no asegura el acceso a la salud mental. Para optimizar dicho acceso en niños, es indispensable identificar, desde el punto de vista de los usuarios (tanto cuidadores como niños), cuáles son las barreras, limitantes u obstáculos que interrumpen el proceso de acceso a salud (147-151).

Entrevistar e indagar por los puntos de vista de los niños acerca del proceso de acceso a los servicios de salud mental es bastante complicado, debido a múltiples variables; entre ellas, las implicaciones éticas que esto conlleva, así como la comprensión de los niños acerca de lo que se les está preguntando. A pesar de ello, existen algunos estudios, como el realizado por Bone y cols., en el cual hicieron entrevistas cualitativas a padres y niños menores de 12 años sobre su experiencia con los servicios de salud mental. Entre los resultados, los autores identificaron principalmente tres grandes aspectos del proceso de acceso a salud. El primero de ellos fue el miedo a lo desconocido, tanto en padres como en niños, en referencia a que no sabían lo que podía ocurrir al acceder a los servicios de salud o cómo funcionaban. El segundo hizo referencia a la adherencia o el involucramiento en el tratamiento; en este punto surgieron aspectos como falta de interés por parte de los profesionales, falta de continuidad con el mismo especialista y falta de inclusión de niños y padres en el plan de tratamiento. El último aspecto identificado se relacionó con el acceso físico al servicio de salud; es decir, la disponibilidad de citas y de personal, así como de centros más amigables o adaptados para niños (152).

La inclusión del punto de vista de los niños ha sido un gran paso para poder optimizar el acceso a los servicios de salud mental; sin embargo, el otro actor que debe ser entrevistado son los cuidadores, ya que, como se mencionó, ellos son en gran parte responsables de lograr ese acceso a salud para los niños. Reardon y cols. realizaron una RSL de estudios cuantitativos y cualitativos sobre las opiniones y percepciones de los padres sobre el acceso a servicios de salud mental de niños y adolescentes con problemas mentales. Los autores encontraron que la barrera más frecuente para lograr el acceso a salud mental fue la estructural o sistémica, que se refiere a la disponibilidad y el costo de los servicios de salud, para los estudios cuantitativos, y la disponibilidad o los tiempos de espera, para los

cualitativos. La siguiente razón de dificultad en el acceso estaba relacionada con las actitudes de los padres hacia los servicios de salud, y en esta categoría, la razón más frecuente en estudios cuantitativos y en una gran mayoría de los cualitativos fue el estigma social. En tercera posición, los autores identificaron los conocimientos de los padres sobre la salud mental infantil, y en ambos tipos de estudios la característica más frecuente fue el desconocimiento sobre cómo funcionan los sistemas de salud mental, así como una falta de reconocimiento de enfermedad mental en el niño (153).

Al hacer una combinación entre ambos puntos de vista, es posible identificar que hay puntos en común entre las percepciones de los niños y los padres, empezando por uno que ya se venía destacando: los escasos servicios y recursos que existen para la salud mental infantil, lo que, en consecuencia, provoca demoras en el acceso a la salud y retrasa el proceso de diagnóstico y manejo de los niños (139). El segundo aspecto en común de ambas percepciones fue el desconocimiento sobre los servicios de salud mental y sobre la identificación de las enfermedades mentales en niños.

Este último concepto se conoce como *alfabetización en salud mental*, y fue propuesto por Jorm (82). El concepto agrupa todos los conocimientos necesarios que debe saber la población acerca de la salud mental, incluyendo los servicios y recursos disponibles para su atención, así como el entendimiento o conocimiento relacionado con las enfermedades mentales (154). Un tema que fue abordado por los padres fue el del proceso de estigma del cual pueden ser víctimas tanto ellos como los niños; sin embargo, debe tenerse en cuenta que el proceso de estigma en el caso de los niños es en su gran mayoría desarrollado y creado por sus padres, dada la dependencia casi total de los infantes respecto a sus padres, incluyendo también una dependencia de ideas, prejuicios y conductas, las cuales no son propias del proceso de pensamiento de los infantes (155,156).

4.1.2 Metodología

Este análisis se hace con base en los datos obtenidos en la ENSM 2015. El estudio tiene una representatividad nacional, que contó con un muestreo llevado a cabo a partir de la muestra maestra del MSPS de Colombia. La población participante para el presente análisis fueron los cuidadores (padre, madre, abuelos, etc.) de niños de 7 a 11 años no institucionalizados, mediante un tipo de muestreo aleatorio en hogares. Se tuvo

representatividad de todas las cinco regiones seleccionadas para aportar encuestados en la ENSM, y los niños fueron definidos como la población entre 7 y 11 años (una mayor información acerca de la metodología del muestreo se encuentra en las publicaciones relacionadas con la ENSM) (157). Para todos los casos se obtuvo asentimiento del menor y consentimiento por parte del tutor para la conducción de la entrevista; para el grupo de niños se determinó la entrevista de trastornos mentales (en inglés, DISC, por las iniciales de *Diagnostic Interview Schedule for Children*) diseñada para este grupo, y el RQC (por las iniciales en inglés de *Report Questionnaire for Children*) para los problemas.

Las características sociodemográficas fueron recolectadas con base en estudios previos realizados por el DANE, incluyendo las preguntas relacionadas con el índice multidimensional de pobreza multidimensional (IMP), así como la clasificación de los hogares en rurales o urbanos (158). En lo que respecta a las variables que podrían estar relacionadas con el desenlace, para el análisis del niño se tuvieron en cuenta su género, la existencia o no de trauma, si es víctima de desplazamiento forzado, la región de Colombia donde vive, el número de hermanos, el tipo de familia y la comorbilidad con enfermedad orgánica. Respecto al padre y la madre, se indagó si estos presentaban enfermedad mental, problemas mentales, antecedentes de trauma o uso inadecuado de alcohol, su escolaridad, la edad del cuidador y el consumo o no de sustancias (159,160).

En lo que respecta a la determinación de psicopatología o de trastornos propios del consumo de sustancias, se utilizaron instrumentos validados a escala mundial y en el territorio colombiano, como el AUDIT, para trastornos de consumo de alcohol; el SRQ 20, para la evaluación de problemas mentales en adultos, y el RQC, en niños; el CIDI versión 3.0, para el diagnóstico de trastornos mentales en adultos, y el DISC, para niños. El autorreconocimiento de psicopatología por parte de los niños se hizo mediante la pregunta de si al niño, alguna vez en su vida, un profesional de la salud le había dicho que tenía problemas de nervios, mentales o de aprendizaje; ello se contrastaba con lo hallado en el RQC para problemas y en el DISC para trastornos.

A partir de estos datos, se investigaron las variables asociadas al reconocimiento de enfermedad mental en los niños, entre las que se incluyeran variables sociodemográficas, salud mental de los cuidadores, sensación de discriminación, apoyo de terceros, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, y disfunción familiar. El reconocimiento de los

participantes se comparó con la presencia de un trastorno mental definido por el instrumento DISC o un problema de salud mental identificado por la herramienta RQC.

Como parte del análisis, se observó la distribución porcentual de los individuos dentro de las categorías de cada una de las variables nominales y ordinales, y se encontraron algunas de ellas con bajas frecuencias. Para obtener mejores resultados en los análisis bivariados y en el modelo logístico, se realizó una nueva categorización, tomando en cuenta la importancia clínica en algunas de las variables y combinando los desenlaces de problemas y trastornos. Las variables de naturaleza continua fueron categorizadas, y se construyeron las variables atendiendo a la importancia clínica en dicha categorización.

Una vez categorizadas las variables, se hicieron cruces bivariados con cada una de las variables mencionadas respecto a la variable de reconocimiento de problema o trastorno mental. Derivado de los cruces bivariados, se seleccionaron aquellas variables con un valor de $p < 0,20$ para conformar un modelo multivariable. La selección de las variables en el modelo de regresión logística multivariable se hizo mediante la metodología *stepwise*; un nivel de significancia del 5 % fue empleado para definir las variables por ser retenidas en el modelo final. En cada uno de los modelos se presenta como medida de asociación el riesgo relativo indirecto (OR) e intervalos de confianza del 95 %. El procesamiento de los datos se realizó usando el programa STATA versión 15.

4.1.3 Resultados

Se realizaron los cruces bivariados de las variables seleccionadas y el reconocimiento o no de posibles problemas mentales por parte de los cuidadores. En estos se observó que tener posibles problemas del aprendizaje, haber sufrido eventos traumáticos, tener padres con trastornos mentales, no estar escolarizado o tener madre con nivel universitario se asocian con un menor reconocimiento de problemas mentales (tabla 4-1).

Tabla 4-1: Características de la muestra de niños con problemas, que se reconocen o no como tales

Factor		Reconocimiento				OR crudo	IC 95 %
		No		Sí			
		n	%	n	%		
Sexo	Hombre	593	51,79	37	54,41	1	-
	Mujer	552	48,21	31	45,59	0,90	0,55-1,47
Escolarizado	Sí	1114	97,29	62	91,18	1	-
	No	31	2,71	6	8,82	3,48	1,40-8,65
Nivel educativo de la madre	Ninguno/primaria	387	34,01	14	20,59	1	-
	Secundaria	569	50	37	54,41	1,8	0,95-3,36
	Técnico/tecnólogo	123	10,81	8	11,76	1,8	0,74-4,39
	Universitario	59	5,18	9	13,24	4,22	1,74-10,18
Nivel educativo del padre	Ninguno/primaria	457	42,43	23	33,82	1	-
	Secundaria	503	46,7	34	50	1,34	0,78-2,31
	Técnico/tecnólogo	48	4,46	4	5,88	1,66	0,55-4,99
	Universitario	69	6,41	7	10,29	2,02	0,83-4,87
Familia	Ambos padres	574	57,98	33	52,38	1	-
	Hogar reconstruido	153	15,45	11	17,46	1,25	0,62-2,53
	Padre o madre solteros	263	26,57	19	30,16	1,26	0,70-2,25
Hermanos	Ninguno	145	17,9	8	17,78	1	-
	1 a 3	547	67,53	33	73,33	1,09	0,49-2,42
	4 o más	118	14,57	4	8,89	0,61	0,18-2,09
Trastorno mental de alguno de los padres	Sí	124	10,83	15	22,06	2,33	1,28-4,26
	No	1021	89,17	53	77,94	1	-
Problemas de alcohol de alguno de los padres	Sí	79	6,9	9	13,24	2,06	0,98-4,30
	No	1066	93,1	59	86,76	1	-
Consumo de sustancias de los padres	Sí	206	17,99	14	20,59	1,18	0,64-2,16
	No	939	82,01	54	79,41	1	-
Edad de la madre	< 25 años	34	3,72	2	3,33	1	-
	25-35 años	496	54,21	26	43,33	0,89	0,20-3,91
	36 o más	385	42,08	32	53,33	1,41	0,32-6,15
Problema de aprendizaje	Sí	54	4,72	18	26,47	7,27	3,98-13,31
	No	1091	95,28	50	73,53	1	-
Desplazamiento por violencia	Sí	4	0,35	0	0	NA	NA
	No	1141	99,65	68	100	1	-
	Ninguno	989	86,38	47	69,12	1	-

Factor		Reconocimiento				OR crudo	IC 95 %
		No		Sí			
		n	%	n	%		
Eventos traumáticos	1 o más	156	13,62	21	30,88	2,83	1,65-4,87
Ubicación	Urbana	854	74,59	54	79,41	1	-
	Rural	291	25,41	14	20,59	0,76	0,42-1,39
Región	Central	203	17,73	12	17,65	1	-
	Atlántica	302	26,38	8	11,76	0,45	0,18-1,12
	Bogotá	204	17,82	12	17,65	1	0,44-2,27
	Oriental	273	23,84	16	23,53	0,99	0,46-2,14
	Pacífica	163	14,24	20	29,41	2,08	0,99-4,37
Pobreza	Sí	245	21,4	8	11,76	0,49	0,23-1,04
	No	900	78,6	60	88,24	1	-
Condiciones crónicas	Ninguna	17	7,87	1	2,86	0,34	0,04-2,67
	Al menos 1	199	92,13	34	97,14	1	-

Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, se hicieron los cruces bivariados de las mismas variables con los trastornos mentales detectados por DISC. A continuación se describen los resultados, en los cuales solamente es significativo el hecho de tener problemas del aprendizaje con tener un menor reconocimiento de los trastornos mentales (tabla 4-2).

Tabla 4-2: Características de la muestra de niños con trastornos que se reconocen o no como tales

Factor		Reconocimiento				OR crudo	IC 95 %
		No		Sí			
		n	%	n	%		
Sexo	Hombre	49	48,5	12	57,1	1	-
	Mujer	52	51,5	9	42,9	0,71	0,27-1,82
Problema de aprendizaje	Sí	6	5,9	6	28,6	6,33	1,80-22,23
	No	95	94,1	15	71,4	1	-
Desplazamiento por violencia	Sí	0	0,0	0	0,0	NA	NA
	No	101	100,0	21	100,0	1	-
Eventos traumáticos	Ninguno	75	74,3	13	61,9	1	-
	1 o más	26	25,7	8	38,1	1,78	0,66-4,76
Ubicación	Urbana	77	76,2	19	90,5	1	-
	Rural	24	23,8	2	9,5	0,34	0,07-1,56
Región	Central	22	21,8	6	28,6	1	-

Factor	Reconocimiento				OR crudo	IC 95 %	
	No		Sí				
	n	%	n	%			
	Atlántica	18	17,8	0	0,0	NA	-
	Bogotá	15	14,9	4	19,1	0,98	0,24-4,07
	Oriental	27	26,7	4	19,1	0,54	0,14-2,17
	Pacífica	19	18,8	7	33,3	1,36	0,39-4,72
Pobreza	Sí	21	20,8	2	9,5	0,4	0,09 – 1,86
	No	80	79,2	19	90,5	1	-
Condiciones crónicas	Ninguna	3	9,1	0	0,0	NA	-
	Al menos 1	30	90,9	13	100,0	1	-

Fuente: elaboración propia.

A continuación se muestran los cruces bivariados de las variables con la suma de los desenlaces, problemas y trastornos. En ellos se observa cómo no estar escolarizado, que la madre tenga grado universitario, tener posibles problemas del aprendizaje, tener al menos un evento traumático y que uno de los padres presente trastornos mentales se asocian con un menor reconocimiento de los problemas o trastornos mentales. A la vez, se observa que el consumo problemático de alcohol por alguno de los padres y vivir en la zona Pacífico son cercanos a la significancia (tabla 4-3).

Tabla 4-3: Características de la muestra de niños con trastornos o problemas que se reconocen o no como tales

Factor		Autorreconocimiento				OR crudo	IC 95 %
		No		Sí			
		n	%	n	%		
Sexo	Hombre	611	51,78	37	54,41	1	-
	Mujer	569	48,22	31	45,59	0,90	0,55-1,47
Escolarizado	Sí	1149	97,37	62	91,18	1	-
	No	31	2,63	6	8,82	3,59	1,44-8,92
Nivel educativo de la madre	Ninguno/primaria	398	33,96	14	20,59	1	-
	Secundaria	591	50,43	37	54,41	1,78	0,95-3,36
	Técnico/tecnólogo	123	10,49	8	11,76	1,85	0,76-4,51
	Universitario	60	5,12	9	13,24	4,26	1,77-10,28
Nivel educativo del padre	Ninguno/primaria	467	42,11	23	33,82	1	-
	Secundaria	523	47,16	34	50	1,32	0,77-2,27
	Técnico/tecnólogo	49	4,42	4	5,88	1,66	0,55-4,99
	Universitario	70	6,31	7	10,29	2,03	0,84-4,91

Factor		Autorreconocimiento				OR crudo	IC 95 %
		No		Sí			
		n	%	n	%		
Familia	Ambos padres	589	57,63	33	52,38	1	-
	Hogar reconstruido	159	15,56	11	17,46	1,23	0,61-2,50
	Padre o madre solteros	274	26,81	19	30,16	1,24	0,69-2,22
Hermanos	Ninguno	148	17,66	8	17,78	1	-
	1 a 3	566	67,54	33	73,33	1,08	0,49-2,38
	4 o más	124	14,8	4	8,89	0,6	0,18-2,03
Trastorno mental de alguno de los padres	Sí	131	11,1	15	22,06	2,27	1,24-4,13
	No	1049	88,9	53	77,94	1	-
Problemas de alcohol de alguno de los padres	Sí	82	6,95	9	13,24	2,04	0,98-4,27
	No	1098	93,05	59	86,76	1	-
Consumo de sustancias de los padres	Sí	213	18,05	14	20,59	1,18	0,64-2,16
	No	967	81,95	54	79,41	1	-
Edad de la madre	< 25 años	35	3,71	2	3,33	1	-
	25-35 años	513	54,34	26	43,33	0,89	0,20-3,89
	36 o más	396	41,95	32	53,33	1,41	0,33-6,15
Problema de aprendizaje	Sí	55	4,66	18	26,47	7,36	4,03-13,46
	No	1125	95,34	50	73,53	1	-
Desplazamiento por violencia	Sí	4	0,34	0	0	NA	NA
	No	1176	99,66	68	100	1	-
Eventos traumáticos	Ninguno	1018	86,27	47	69,12	1	-
	1 o más	162	13,73	21	30,88	2,81	1,64-4,82
Ubicación	Urbana	882	74,75	54	79,41	1	-
	Rural	298	25,25	14	20,59	0,77	0,42-1,40
Región	Central	208	17,63	12	17,65	1	-
	Atlántica	306	25,93	8	11,76	0,45	0,18-1,13
	Bogotá	209	17,71	12	17,65	0,99	0,44-2,27
	Oriental	285	24,15	16	23,53	0,97	0,45-2,10
	Pacífica	172	14,58	20	29,41	2,02	0,96-4,24
Pobreza	Sí	251	21,27	8	11,76	0,49	0,23-1,05
	No	929	78,73	60	88,24	1	-
Condiciones crónicas	Ninguna	18	8	1	2,86	0,34	0,04-2,62
	Al menos 1	207	92	34	97,14	1	-

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, se ejecuta un modelo multivariado, con el cual se obtiene el resultado descrito en la tabla 4-4.

Tabla 4-4: Modelo multivariado para niños con trastornos o problemas que se reconocen o no como tales

Factor		OR ajustado	IC 95 %
Problema de aprendizaje	Sí	7,8	4,1-14,8
	No	1	-
Eventos traumáticos	Ninguno	1	-
	1 o más	2,3	1,3-4,1
Nivel educativo de la madre	Ninguno/primaria	1	-
	Secundaria	2,1	1,1-4,0
	Técnico/tecnólogo	1,9	0,7-4,7
	Universitario	4,5	1,8-11,8

Fuente: elaboración propia. Ver anexo C para más información.

La probabilidad de no reconocer a un niño con trastornos o problemas mentales es 7,8 mayor cuando se tiene un posible problema del aprendizaje; es 2,3 mayor cuando se ha tenido un evento traumático o si la madre tiene secundaria o estudio universitario.

4.1.4 Discusión

El presente estudio es uno de los primeros en su campo, por lo cual existe poca evidencia en la que podamos apoyarnos para discutir los hallazgos. En tal sentido, el presente estudio es pionero en el área, y en nuestro medio, el primero que conozcamos sobre niños de 7 a 11 años en Colombia.

Los resultados son concordantes con lo hallado en cuanto a problemas y trastornos. Para los primeros no existen estudios realizados al respecto, pues la metodología que se realiza y de donde se parte para el presente estudio tiene elementos innovadores, al incluir a niños con problemas que, habitualmente, no hacen referencia a los trastornos mentales y permiten mayor prevención de los trastornos al detectarlos antes de que estos se hayan consolidado. Respecto a los segundos se observa un menor número de variables asociadas; seguramente, por el poco número de eventos, lo cual disminuye el poder para evidenciar asociaciones, si las hay. Esto puede evidenciar cómo la presencia de problemas de aprendizaje puede encubrir para los padres el reconocimiento de otros trastornos o problemas en los niños. La explicación a ello podría radicar en la mayor atención que

puede brindarse al problema de aprendizaje, en detrimento de la atención del resto de trastornos mentales, y en considerar que el niño podría tener solamente una dificultad, y no dos. Esto también se asocia con la dificultad descrita para detectar problemas y trastornos mentales en niños, tal y como lo describen Morris y cols. (140) y Reardon y cols. (153). Cabe recalcar cómo la tradición psicoanalítica ha mostrado cuán difícil es evidenciar problemas en los hijos y la negación que se produce ante dichas dificultades por parte de los cuidadores. En el presente estudio no podemos dar cuenta de ello, pero se abre la posibilidad hacia nuevos estudios que permitan dilucidar esa relación, a la vez que el estudio de otras variables, como el estigma, que han sido corrientemente descritas en estudios con otros objetivos (102-106).

En el análisis multivariado, además de los problemas de aprendizaje, se evidencia el hecho de haber sufrido eventos traumáticos como asociado con el no reconocimiento de los trastornos y problemas, lo cual puede deberse a la condición traumática, que se evidencia como algo que puede producir dificultades que son comprensibles por el trauma, pero que no se consideran como un problema o trastorno mental en sí mismo; en este caso, las dificultades se consideran derivaciones del trauma y explicadas por este, por lo que se deduce erróneamente que no se requiere un tratamiento. Por otra parte, podría deberse a la necesidad de ser reconocidos como víctimas o personas con TPM antes de poder reconocer en un niño o un tercero tal dificultad. Sin embargo, esto requiere estudios u otras comprensiones del trauma.

Dentro de estas podría ser comprendido desde la perspectiva del trauma histórico que refieren Borda y cols. (2015): “un trauma colectivo infringido a un grupo de personas que comparte una identidad o afiliación (etnia, religión, nacionalidad, etc.), que se caracteriza por la transmisión transgeneracional de los eventos perturbadores experimentados y causa diferentes respuestas psicológicas y sociales” (161), por lo cual, desde cierto punto de vista, sería comprensible y no requeriría un reconocimiento o tratamiento diferente al que sufre o tiene toda la comunidad. En todo caso, este tema queda abierto para otras investigaciones en las cuales podamos discriminar aquellas personas que poseen un trauma histórico de aquellas que tienen un trauma común (162,163).

Por otra parte, tener secundaria o estudios universitarios por parte de la madre llevaría a un menor reconocimiento por parte de ellas de los problemas y trastornos de sus hijos; esto puede comprenderse desde dos vertientes: una, de las posibles explicaciones podría

ser que en la literacidad se puede poner mayor énfasis en TPM de adultos, y no así de los niños, lo que llevaría a no reconocerlos por falta de conocimiento; en segundo lugar, existe una gran dificultad en reconocer los problemas de los menores, lo cual puede estar asociado con el estigma por los problemas o trastornos mentales en ellos y a cierta culpa, si se evidencia que, por falta de cuidados maternos, podrían surgir algunos problemas, lo cual llevaría a negar algunas de las dificultades de los hijos, con el fin de no evidenciar sentimientos de fracaso en su rol materno. Así mismo, las mujeres con grados de instrucción mayor pueden, en ciertos casos, tener menores posibilidades de evidenciar problemas en sus hijos, quienes pueden estar bajo el cuidado de terceros u otras circunstancias que requieren mayores estudios en nuestro medio. Por lo pronto, existen pruebas de mayor alfabetismo y reconocimiento en personas con mayor educación, lo que parecería ser cierto para adultos; no obstante, en los niños puede no darse tal relación por varios motivos, dentro de las cuales resaltaríamos la limitada educación que existe en torno a la salud mental en niños, así como la dificultad —y, en ocasiones, la negligencia— a la hora de reconocer problemas o trastornos en niños, de los cuales se tiene menor conocimiento por parte del personal de salud y más resistencia a reconocer su existencia por parte de los pacientes y sus familias. Sin embargo, todo eso debe ser mejor estudiado en mayor profundidad y con estudios que permitan establecer tales asociaciones.

Ahora, tener padres con trastornos mentales lleva a un menor reconocimiento de los problemas mentales de los hijos. Esto ha sido referido habitualmente en trastornos mentales graves por parte de los padres, lo que los lleva a no reconocer las necesidades de los hijos. En el presente estudio se incluyeron trastornos mentales no psicóticos (afectivos, ansiosos y derivados del uso inadecuado de alcohol y drogas), que pueden hacer pensar en un menor reconocimiento de trastornos o problemas en sus hijos, y ello podría depender igualmente del grado de dificultad en su reconocimiento, el estigma, la concentración en las problemáticas propias que los hace no salir de sí mismos y ver o detectar la problemática en terceros y la culpa que genera la posibilidad de haber dañado a otro por el estado propio, entre otras posibilidades. Estas posibilidades requieren una mayor profundización, pues abren puertas a la comprensión del reconocimiento de los problemas y trastornos mentales.

Por otra parte, también es importante reflexionar sobre la severidad de los casos en los niños, donde es posible que los trastornos psicóticos o más severos sean llevados rápidamente a consulta por lo disruptivos y evidentes que puedan resultar para sus

familias. Entre tanto, los casos más leves pueden no ser evidentes ni fácilmente reconocidos por sus familias, o estas prefieren esperar un tiempo para definir si era algo pasajero o no. Esto es congruente con la mayor disrupción que producen los pacientes severamente enfermos y la consecuente necesidad de terceros de actuar para mantener el equilibrio o la homeostasis, que puede no pasar en los casos menos severos que fueron medidos. Esta puede ser una de las limitantes del estudio, complementada con que no se hicieron pruebas para todas las patologías mentales, lo cual, a su vez, puede haber limitado los resultados a las enfermedades prevalentes, que pueden no ser representativas de los menores con patologías menos frecuentes y más graves.

Finalmente, el presente estudio, uno de los primeros en su campo, permite esbozar algunas de las posibles causas para la falta de acceso a la atención por parte de este grupo poblacional. Y muestra la necesidad de tener en cuenta el reconocimiento del TPM por parte de un tercero, en el caso de niños, para iniciar la cascada de comportamientos que puedan llevar a mejorar el acceso a la consulta. Sin embargo, presenta limitaciones en su concepción, por el tipo de estudio, así como por su análisis secundario de una base de datos de un estudio observacional descriptivo, lo cual puede sugerir hipótesis plausibles que se requiere profundizar en otros estudios que permitan evidenciar causalidad. Adicionalmente, este diseño se ve afectado por sesgos de memoria, al interrogar sobre eventos pasados a un tercero que, en ocasiones, tiene problemas para recordar información útil sobre el menor, y por la deseabilidad social en el tema de problemas y trastornos mentales, que produce para el paciente, como bien lo sabemos, estigma, culpa y otras dificultades para ser aceptado. Sin embargo, pensamos que algunas de estas limitantes disminuyeron con el buen entrenamiento del personal que las trató.

4.1.5 Conclusión

Se observa que la falta de reconocimiento por parte de los adultos de las problemáticas mentales de los niños se ve obstruida por el conocimiento y el alfabetismo de los propios adultos en torno a dichas problemáticas, por el hecho de ser mujer con un alto nivel educativo, por presentar antecedentes de problemas del aprendizaje por parte de los niños, por haber presentado por parte de la familia un evento traumático y por el hecho de que la madre tenga estudios universitarios. Es importante trabajar en este aspecto para mejorar el acceso de niños con TPM.

4.2 Factores asociados con el reconocimiento de trastornos y problemas mentales en adolescentes en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, Colombia²

Resumen

Introducción: Los problemas y trastornos mentales son prevalentes en la población adolescente. Se calcula que alrededor de un 10 % de adolescentes presentan trastornos mentales que requieren atención, y, en general, no son reconocidos como tales. **Objetivo:** Determinar potenciales factores asociados con el reconocimiento o no de trastornos y problemas mentales en la población colombiana. **Metodología:** En la ENSM 2015 realizada en Colombia, se encuestaron personas de 12 a 17 años, quienes respondieron la pregunta referida a si algún profesional les había diagnosticado un problema o trastorno de salud mental; ello se comparó con aquellos que puntuaron positivo en trastornos mentales medidos por el CIDI 3.0 o en problemas mentales detectados por el SRQ-20. **Resultados:** Se obtuvo una muestra de 1754 adolescentes, de quienes un 7,3 % (129) presentaban trastornos y un 22,6 % (396), problemas. Del total de personas con trastornos y problemas se reconocen con ellos un 13,9 % (18) de las personas con trastornos y un 8,3 % (33) con problemas. Se realizan análisis bivariados con posibles variables relacionadas, y con los resultados, un modelo multivariado de regresión que evidencia factores asociados con el reconocimiento de trastornos o problemas, como la disfunción familiar presente (OR: 2,5 [IC 95 % 1,3-4,5]) y acudir a familiares si se tienen problemas económicos (OR: 2,7 [IC 95 % 1,0 -7,2]). **Conclusión:** El reconocimiento es de gran relevancia para iniciar el acceso a la atención por parte de adolescentes. Los resultados proveen variables asociadas que permiten planear intervenciones que, a su vez, promuevan la detección de trastornos y problemas en esta población.

Palabras clave: adolescencia, salud mental, reconocimiento, acceso, trastornos mentales.

4.2.1 Introducción

La etapa de la adolescencia es entendida desde todos los puntos de vista (biológico, psicológico, social y cultural) como un momento de transición, de cambio, desde la niñez

² Artículo sometido a la *Revista Colombiana de Psiquiatría*, por: Carlos Gómez-Restrepo, Javier Eslava-Schmalbach, M. Nelcy Rodríguez, Rafael Ruiz, Jacky Fabián Gil.

hacia la edad adulta, que le permite al individuo realizar un proceso de identificación consigo mismo y con la sociedad (164). Este periodo de transiciones y modificaciones se puede ver afectado por procesos de psicopatología y de enfermedad mental en una proporción considerable, y con prevalencias que varían dependiendo de la región, pero que pueden superar la proporción del 10 % de adolescentes (165,166). Así mismo, se ha descrito de manera consistente cómo el primer consumo de sustancias psicoactivas ocurre en el periodo de la adolescencia y cómo en muchos casos se asocia con la enfermedad mental (167,168).

El impacto en la calidad de vida que tienen las enfermedades mentales de los adolescentes es de gran importancia, pues pueden limitar el progreso en su educación y el ingreso a su vida laboral, dado el deterioro y la carga de enfermedad por discapacidad que pueden llegar a tener estas patologías; sin embargo, dicho impacto se vuelve aún más drástico al explorar las causas de mortalidad en la población adolescente, entre las cuales se destaca el suicidio, que está altamente asociado con la presencia de enfermedades mentales y consumo de sustancias psicoactivas (169-172). A pesar de la existencia y conocimiento de este impacto, el acceso a la salud mental en la población adolescente es bastante deficiente, ya que en la mayoría de los estudios se ha encontrado que entre los adolescentes con problemas mentales o alguna enfermedad mental tan solo un 20 a 40 % reciben o acceden a algún tipo de atención en salud mental (140,173,174).

El proceso del acceso a la salud es una dinámica y constructo en los que existe una interrelación entre diferentes áreas y aspectos, en la cual participan varios actores (usuarios, profesionales de salud, políticos, comunidad general, gobiernos); así, el caso de la enfermedad mental no es ajeno a este proceso, que supera la concepción pasada de que el acceso a la salud consistía exclusivamente en la relación entre la oferta de servicios y su demanda. En el caso de la población adolescente, se debe tener en cuenta la relación de dependencia que tienen hacia sus cuidadores padres, así como el autorreconocimiento por ellos o por terceros de sus necesidades en salud (25,175,176).

La OMS ha identificado de una manera clara y contundente que en el aspecto de la oferta de servicios de salud mental de niños y adolescentes existe una clara deficiencia, empezando por los aspectos legislativos que aseguren o respalden dichos servicios; además, existe una brecha en el acceso a los servicios de salud mental de adolescentes entre países de bajos ingresos y los de altos ingresos (177-179).

Incluso con la deficiencia de servicios y de disponibilidad de recursos para la atención de la salud mental de los adolescentes, se ha encontrado que esto no ha sido la mayor causa de no autorreconocimiento ni la mayor barrera para lograr el acceso a salud mental. Los estudios han mostrado, en su gran mayoría, que las barreras actitudinales y el no reconocimiento son los factores responsables en una gran proporción de que las personas no accedan a los servicios de salud mental (180). Dentro de las llamadas barreras actitudinales, se ha observado que la más frecuente es la relacionada con los procesos de estigma y discriminación asociados con las enfermedades mentales, seguido del desconocimiento o falta de educación acerca de los procesos de enfermedad mental, lo que limita el autorreconocimiento por parte de los adolescentes (156,180,181).

En el caso de Colombia, la última ENSM encontró que en el grupo etario de los adolescentes (12 a 17 años; $n = 1754$), el 1,8 % relatan haber tenido problemas mentales durante sus vidas, y de ellos, solo la mitad, 51,7 % de los entrevistados, lo refieren en los últimos doce meses. De este último porcentaje, solo el 36,5 % había recibido algún tipo de tratamiento en ese lapso, sin poder discernir o identificar cuál o cuáles fueron las razones para no haber accedido a los servicios de salud mental o, al menos, haber reconocido el problema mental (4). Como se puede observar, a escala nacional existe un vacío acerca de cuáles son las razones o los factores asociados con el no reconocimiento de problemas o trastornos de salud mental en los adolescentes, y ello promueve el presente trabajo.

4.2.2 Metodología

El estudio se hizo con base en los datos obtenidos en la ENSM 2015. Dicha encuesta tuvo una representatividad nacional, que contó con un muestreo realizado a partir de la muestra maestra del MSPS de Colombia. La población participante se compone de todas las personas mayores de 7 años no institucionalizadas, con un tipo de muestreo aleatorio en hogares. Se tuvo representatividad de todas las 5 regiones seleccionadas en la ENSM, y los adolescentes fueron definidos como la población entre 12 y 17 años (una mayor información acerca de la metodología del muestreo se encuentra en las publicaciones relacionadas con la ENSM) (157). En caso de que el participante de la encuesta fuera un menor de edad (menor de 18 años para la ENSM), se obtuvieron asentimiento del menor y consentimiento por parte del tutor para la conducción de la entrevista; en dicho grupo de edad se utilizaron la entrevista estructurada (CIDI 3.0) para TM y el SRQ para los problemas mentales.

Las características sociodemográficas fueron recolectadas con base en estudios previos realizados por el DANE, incluyendo las preguntas relacionadas con el índice multidimensional de pobreza (IMP), así como la clasificación de los hogares en rurales o urbanos (158). En lo que respecta a las variables relacionadas con la percepción de apoyo de terceros, de apoyo emocional, de apoyo económico, así como la confianza en otros y la sensación de discriminación, entre otras variables, estas fueron indagadas mediante preguntas diseñadas y establecidas para la mencionada ENSM, y que fueron validadas previamente a su uso (159,160).

Sobre la determinación de psicopatología o de trastornos de consumo de sustancias, se utilizaron instrumentos validados a escala mundial y en el territorio colombiano, como el AUDIT, para trastornos de consumo de alcohol; el SRQ 20, para evaluar problemas mentales, y el CIDI versión 3.0, para el diagnóstico de trastornos mentales. El autorreconocimiento de psicopatología por parte de los adolescentes se hizo mediante una pregunta que indagaba si a la persona, alguna vez en su vida, un profesional de la salud le había dicho que tenía problemas de nervios, mentales o de aprendizaje.

A partir de estos datos, se investigaron las variables asociadas al reconocimiento de enfermedad mental en los adultos, entre las que se incluyeron variables sociodemográficas, de percepción de ambiente laboral, de sensación de discriminación, de apoyo de terceros, de consumo de sustancias psicoactivas, socioeconómicas y de disfunción familiar. El reconocimiento de los participantes se comparó con la presencia de un trastorno mental definido por el instrumento CIDI o un problema de salud mental identificado por la herramienta SRQ-20.

En primer lugar, como parte del análisis se observó la distribución porcentual de los individuos dentro de las categorías de cada una de las variables nominales y ordinales, y se encontró que algunas de ellas tenían bajas frecuencias. Para obtener mejores resultados en los análisis bivariados y en el modelo logístico, se hizo una nueva categorización, tomando en cuenta la importancia clínica en algunas de las variables. Así mismo, las variables de naturaleza continua fueron categorizadas, y se construyeron las variables de padecimiento de enfermedades crónicas, de sensación de discriminación, de participación en grupos y de confianza en terceros, a partir de las respuestas de la encuesta; de nuevo, en atención a la importancia clínica en dicha categorización.

Una vez categorizadas las variables, se hicieron cruces bivariados con cada una de las variables mencionadas respecto a la variable de reconocimiento del problema o el trastorno mental. Con estos cruces bivariados, se seleccionaron aquellas variables con un valor de $p < 0,20$ para conformar un modelo multivariable. La selección de las variables en el modelo de regresión logística multivariable se hizo mediante la metodología *stepwise*; un nivel de significancia del 5 % fue empleado para definir las variables por ser retenidas en el modelo final. En cada uno de los modelos se presenta como medida de asociación el riesgo relativo indirecto (OR) e intervalos de confianza del 95 %. El procesamiento de los datos se realizó usando el programa STATA versión 15.

4.2.3 Resultados

La muestra global estuvo compuesta por 1754 adolescentes entre 12 y 17 años, de los cuales un 22,6 % relataron posibles problemas mentales dados por la prueba SRQ y un 7,3 %, algún trastorno mental en sus vidas, de los medidos por CIDI. La muestra fue homogénea en hombres y mujeres, y en regiones, aunque levemente superior en las regiones Atlántica (Caribe) y Oriental. Alrededor del 22 % de los adolescentes provienen de áreas rurales y viven en estado de pobreza, de acuerdo con el índice multidimensional de pobreza (IMP) (tabla 4-5).

Tabla 4-5: Características sociodemográficas de la muestra de adolescentes

Variables		Total N = 1754	%
Trastornos o problemas mentales	Ninguno de los medidos	1229	70,1
	Trastornos medidos (CIDI)	129	7,3
	Problemas (SRQ)	396	22,6
Sexo	Hombre	847	48,3
	Mujer	907	51,7
Región	Central	330	18,8
	Atlántico	412	23,5
	Bogotá	300	17,1
	Oriental	411	23,4
	Pacífico	301	17,2
Zona	Urbana	1362	77,7
	Rural	392	22,3

Variables		Total N = 1754	%
Pobreza	Hogares en estado de no pobreza	1368	78,0
	Hogares en estado de pobreza	386	22,0
Etnia	Indígena	122	7
	Raizal del archipiélago	17	0,9
	Negro, mulato, afrodescendiente	160	9,1
	Ninguno de los anteriores	1455	83,0
Nivel educativo	Ninguno/primaria	1116	63,6
	Media/secundaria	634	36,2
	Técnico	4	0,2

Fuente: ENSM, 2015.

De los pacientes con problemas de trastornos o con problemas mentales, se observó que no existieron variables asociadas con un mayor o menor reconocimiento de su problema mental, lo cual fue similar por género, región, zona, nivel de pobreza, etnia y nivel de educación, en los dos grupos. Se pensó que ello pudo deberse al escaso número de personas que reconocían su problema (33 de 399) o su trastorno (18 de 129). Por tal motivo, se decidió hacer el análisis agregando los trastornos y problemas en un solo grupo, con el fin de incrementar el poder y precisión de la muestra. Con ello se obtuvo un resultado similar, pero más preciso a los obtenidos con cada uno de ellos independientemente; no se observa ninguna variable sociodemográfica asociada con el reconocimiento de problemas o trastornos mentales (tabla 4-6).

Tabla 4-6: Factores asociados con el reconocimiento de trastornos y problemas mentales: análisis bivariado

Factores		Reconocimiento				OR crudo	IC 95 %
		No (n = 474)					
		n	%	n	%		
Sexo	Hombre	209	44,1	22	43,1	1	-
	Mujer	265	55,9	29	56,9	1,04	0,58-1,86
Región	Central	107	22,6	8	15,7	1	-
	Atlántico	78	16,4	10	19,6	1,71	0,65-4,54
	Bogotá	89	18,8	12	23,5	1,8	0,71-4,61
	Oriental	113	23,8	11	21,6	1,3	0,50-3,36
	Pacífico	87	18,4	10	19,6	1,54	0,58-4,06

Factores		Reconocimiento				OR crudo	IC 95 %
		No (n = 474)					
		n	%	n	%		
Zona	Urbana	381	80,4	41	80,4	1	-
	Rural	93	19,6	10	19,6	1	0,48-2,07
Pobreza	Hogares en estado de no pobreza	355	74,9	39	76,5	1	-
	Hogares en estado de pobreza	119	25,1	12	23,5	0,92	0,47-1,81
Etnia	Indígena	37	7,8	4	7,8	1,02	0,35-3,0
	Raizal del archipiélago	2	0,4	0	0,00	NA	-
	Negro, mulato, afrodescendiente	49	10,3	6	11,8	1,15	0,47-2,85
	Ninguno de los anteriores	386	81,5	41	80,4	1	-
Nivel educativo	Ninguno/primaria	279	58,9	24	47,1	1	-
	Media/secundaria	194	40,9	27	52,9	1,62	0,91-2,89
	Técnico	1	0,2	0	0,0	NA	-

Fuente: elaboración propia.

Respecto a otras variables asociadas o no con el reconocimiento del problema o trastornos mentales, se realizaron los cruces bivariados de posibles variables asociadas con mayor o menor reconocimiento. En este caso, encontramos asociación entre un mayor reconocimiento de la enfermedad con sentirse discriminado (OR: 2 [IC 95 % 1,1-3,5]), sentir que puede ser discriminado por presentar trastornos mentales (OR: 29,3 [IC 95 % 3,1-278,3]), sentir que puede acudir a la pareja cuando tiene problemas (OR: 2,8 [IC 95 % 1,1-7,4]). Y se reconocen menos como enfermos cuando discriminan a otra persona por su religión (OR: 0,2 [IC 95 % 0,1-0,8]).

Finalmente, se realizó el modelo de regresión multivariado, cuyo resultado permitió observar una relación entre el reconocimiento de trastorno y problemas mentales con la presencia de disfunción familiar y poder acudir a otra persona cuando se presentan problemas (tabla 4-7).

Tabla 4-7: Análisis multivariado para reconocimiento de trastornos y problemas mentales

Factores		OR ajustado	IC 95 %
Disfunción familiar	Sí	2,5	1,3-4,5
	No	1	-
	Sí	2,7	1,0-7,2

Acude a su pareja cuando tiene problemas económicos	No	1	-
--	-----------	---	---

Fuente: elaboración propia. Ver anexo C para otros resultados.

4.2.4 Discusión

El proceso de autorreconocimiento es parte fundamental y constituye casi el primer paso en el proceso de acceso a servicios de salud, no solo en el caso de las enfermedades mentales, sino en cualquier tipo de enfermedad (79,182). En el caso del grupo etario de los jóvenes, este proceso es altamente necesario, ya que, como se ha mostrado en algunos estudios, el adolescente debe haber reconocido por su propia cuenta su problema o trastorno mental para facilitar no solo el acceso, sino también la intervención de sus padres, sus profesores u otros adultos que lo rodean (173,183). La información recolectada en el contexto de la ENSM facilitó la identificación de variables asociadas con el proceso de reconocimiento, con una participación de más de 1500 jóvenes del país que respondieron cuestionarios completos.

En los resultados del modelo bivariado llama la atención que variables como el sexo femenino no haya alcanzado alguna asociación significativa. La asociación con el reconocimiento con el sexo femenino se ha encontrado entre dos corrientes, con algunos estudios que muestran una mayor asociación con el autorreconocimiento (184) y otros en los cuales no se identifica ningún tipo de asociación (185). Estas diferencias son justificadas por algunos autores, en referencia a que en los estudios en los cuales se ha encontrado una mayor asociación con autorreconocimiento, este puede ser secundario a la inclusión de adolescentes con menos edad (186). En el presente estudio no se encontró asociación entre género femenino y mayor reconocimiento, lo cual puede ser explicado por el cambio que se viene detectando en la adolescencia en los últimos años, y, sobre todo, porque las mujeres tienden a mostrarse cada vez más fuertes y en igualdad con los hombres. De ello podría dar cuenta que el artículo que supone mayor reconocimiento es de 2003, mientras que no se ven diferencias en un estudio también de 2013; sin embargo, este punto, que deriva de observaciones clínicas y sociales, debe ser estudiado más a fondo.

Los hogares ubicados en zona rural o que se encontraban en condición de pobreza en la ENSM, de acuerdo con el índice multidimensional de pobreza (IMP), no presentaron ningún tipo de asociación con el reconocimiento de cualquier problema o trastorno

mental. En la literatura se encontraron resultados que muestran una mayor asociación entre pobreza, o menores ingresos o recursos familiares, con autorreconocimiento (184,185), así como estudios que no mostraron ningún tipo de asociación en lo que se refiere a mediciones relacionadas con variables de ingresos, pobreza o estratos socioeconómicos (187,188). Estas diferencias en los resultados pueden ser explicadas, principalmente, por el uso de diferentes mediciones o escalas relacionadas con las variables de pobreza o de ingresos, por lo que se ha sugerido, en ocasiones, usar y comparar variables que puedan relacionarse con determinantes económicos, como el empleo, la educación y el estado de la vivienda (189,190).

La edad de los adolescentes tampoco mostró cambios en el autorreconocimiento de trastornos o problemas mentales, aun cuando en este periodo, a mayor edad se da un incremento en los fenómenos de introspección, de mayor participación en sociedad y de disminución de la dependencia de los adultos, al compararlo con adolescentes de edades tempranas (12 a 15 años) (191,192). Estos hallazgos han sido consistentes con lo reportado en otros países, como España (193), Holanda (194) y Nueva Zelanda (195), en los que a una mayor edad en la adolescencia existen un mayor autorreconocimiento y mayor percepción de necesidad de atención por problemas mentales, comparados con los adolescentes tempranos. Ello no se evidenció en Colombia, lo cual pudo deberse a la tendencia a permanecer en el hogar por más tiempo, situación que los llevaría a depender más de sus familias, y así, a diferenciarse menos en este grupo de edad.

En el caso de la educación, aquellos adolescentes con estudios de media/secundaria o estudios más avanzados, al ser comparados con los de primaria o sin estudios, tenían un mayor reconocimiento de problemas o trastornos mentales. Este resultado controvierte o va en contra de los hallazgos encontrados en la literatura, en los que se ha evidenciado que existe una asociación entre una menor educación y el reconocimiento y percepción de necesidad de atención en salud mental (184), o no se encuentra ningún tipo de asociación entre el nivel de educación y el autorreconocimiento (196). Actualmente, falta realizar más estudios que comparen no solo el desenlace de reconocimiento, sino el de autorreconocimiento, que no fue medido exactamente en el presente estudio, por el tipo de pregunta que se realizó. En esta se pedía al entrevistado que respondiera si un profesional le había detectado o diagnosticado un problema o trastorno mental, pero ello puede depender, en gran medida, de lo que sugiere y dice el paciente a su médico; mucho más, en un medio en el cual la detección por parte de los profesionales de salud respecto a la

enfermedad mental es tan baja y donde el estigma y el autoestigma pueden disminuir el acceso (145).

A la vez, tenemos que contemplar la posibilidad de que, en nuestro medio, contar con mayor educación favorezca el alfabetismo en salud, y, con ello, el reconocimiento y el autorreconocimiento durante el acto médico. Cuando la persona conoce su propio trastorno, puede acudir más rápidamente a consulta y comentarle al profesional de la salud acerca de sus dolencias, lo que conlleva una mayor oportunidad o posibilidad de reconocimiento por parte del profesional de salud.

La discriminación durante la adolescencia ha tomado recientemente un auge de reacciones, en lo que se ha denominado movimientos “*anti-bullying*”, debido a la relación bien establecida entre padecer estas conductas discriminatorias y presentar enfermedades mentales (197,198). En el análisis bivariado se observó que haber sido discriminado o sentirse discriminado por enfermedad mental se asoció con un mayor reconocimiento, mientras que en el modelo bivariado, discriminar por religión tenía una asociación con menor reconocimiento. Esto no se encontró en el análisis multivariado, cuando se controla por las demás variables; sin embargo, por el reducido número de eventos, se piensa que hace falta profundizar y conducir más estudios sobre estas asociaciones, pues hasta la fecha se conoce que ser discriminado por problemas de salud mental o por raza puede limitar el reporte de los problemas mentales, pero no se han evaluado los procesos de reconocimiento y percepción de necesidad en quienes ejecutan conductas discriminatorias (156,199).

Llama la atención que haber presentado algún trastorno mental o consumo de sustancias no estuvieran asociados con mayor reconocimiento, ya que en la literatura se ha mostrado que existe un mayor autorreconocimiento, percepción de necesidad de atención y uso de servicios de salud en los adolescentes que presentaron trastornos o problemas de salud mental (195,196,200). La posible explicación de esta diferencia puede deberse, principalmente, a dos puntos: el primero es que algunos de esos estudios que mostraron dichas asociaciones utilizaron herramientas o instrumentos diferentes a los que se usaron en este estudio, y podrían comportarse diferente; en segundo lugar, podría deberse a la baja prevalencia de trastornos mentales medidos (7,2 % en la vida, 4,4 % en el último año y 3,5 % en el último mes), al compararlo con otras prevalencias, que pueden ir desde el 10 hasta el 20 % cuando se incorporan otras patologías (165,166,186).

Tener apoyo emocional de la familia no se asoció con reconocimiento de psicopatología por parte de los adolescentes, y aunque en el modelo bivariado no alcanzaron a ser estadísticamente significativas, el tener apoyo de los amigos tenía una tendencia a un mayor reconocimiento. Estos resultados son coherentes y concordantes con la literatura internacional, en la que se ha visto que tener más apoyo de terceros provoca un mayor autorreconocimiento (188,194,200). El apoyo por parte de terceros es una de las formas de afrontar y lidiar con los problemas mentales; sin embargo, en el caso de los adolescentes, los terceros, o en quienes ellos más confían, suelen ser pares de sus mismas edades o amigos, que pueden reemplazar, en ocasiones, a los profesionales; no obstante, en el caso de algunos trastornos disruptivos podrían llevar al compañero a sugerirle que consulte (188,201). Por otra parte, en el análisis bivariado se evidencia que aquellos que acuden a su pareja cuando tienen dificultades pueden tener mayor reconocimiento de sus problemas, y ello es compatible con lo sugerido en la literatura (202).

El no tener antecedentes o historial de enfermedades crónicas tenía una mayor asociación hacia el no reconocimiento en esta cohorte de adolescentes, situación que puede ser explicada porque, en caso de no tener algún padecimiento crónico, no existe tanto contacto con los servicios de salud, lo que puede comprometer el conocimiento y educación acerca del mantenimiento en salud, así como la posible identificación de otras enfermedades en el momento en que fuera detectado un problema orgánico. Hallazgos similares son reportados en otros estudios, con la diferencia de que en ellos se utilizó como desenlace el presentar condiciones crónicas, lo cual estaba asociado con un mayor autorreconocimiento y percepción de la necesidad de atención en salud (185,188,200).

La percepción de una peor o una mala salud mental pone en evidencia que aquellos que calificaban su estado de salud de esta manera eran capaces de reconocer por ellos mismos la presencia de síntomas o cargas psicológicas que alteraban su bienestar general; así, se encontró una mayor asociación con el autorreconocimiento a medida que se tenía una peor percepción de la salud mental. Estos hallazgos reportados en otros estudios (173,188,200) no fueron encontrados en este estudio. No obstante, en el análisis bivariado se halló un mayor reconocimiento de la enfermedad mental con sentirse discriminado y sentir que puede ser discriminado por presentar trastornos mentales.

Las limitaciones de este estudio empiezan por las que se asocian con los diseños de corte transversal, en los cuales no es posible establecer relaciones de causalidad, sino

probables asociaciones, que deberán ser exploradas en futuros estudios con diseños que permitan establecer relaciones de causalidad. Adicionalmente, es afectado, principalmente, por dos tipos de sesgos. El primero sería el sesgo de memoria, al indagar por historias previas de algunas variables como eventos traumáticos. El segundo tipo de sesgo es el de deseabilidad social, en la que, en un tema como las enfermedades mentales, algunos individuos pueden modificar la respuesta que daban durante las entrevistas, con el fin de que estén acorde con lo que se espera en la comunidad y en el ámbito social de los individuos, así como por el estigma y autoestigma que generan estas patologías. Sin embargo, pensamos que estos problemas se limitaron al tener encuestadores expertos en esta labor y al realizar un buen entrenamiento del personal, lo que permitió tener buen soporte y empatía al momento de realizar las entrevistas. Otra dificultad que puede tener el estudio es que no se hicieron pruebas para todas las patologías mentales, lo cual puede haber limitado los resultados a las enfermedades prevalentes que se realizaron, y que, a su vez, pueden no ser representativas de personas con otras patologías menos frecuentes y no exploradas.

La representatividad de un grupo etario de adolescentes de todo un país como Colombia es, sin duda alguna, una de las más grandes fortalezas de este estudio, debido a que permite, de una manera coherente, extrapolar o aplicar los hallazgos del estudio de forma confiable sobre los adolescentes colombianos. Adicionalmente, el empleo de instrumentos y cuestionarios que han sido sometidos a procesos de validación y adaptación adecuadas para el país (CIDI, SRQ, AUDIT) permitieron una medición adecuada y con el mayor control de sesgos de medición de los desenlaces obtenidos. Finalmente, hasta donde conocemos, este estudio es el primero que se ha realizado a escala latinoamericana sobre el proceso de reconocimiento en los adolescentes, lo que permitirá tener una línea de base y, en un futuro, podrá servir para comparar y generar estudios en otros países de la región con unas bases culturales y sociales más parecidas a aquellas presentadas en los estudios que se han conducido en otras partes del mundo.

4.2.5 Conclusión

Es bien sabido que en el periodo de la adolescencia ocurren diversos procesos psicológicos para permitir esa transición de la niñez a la vida adulta, por lo cual la adecuada identificación y reconocimiento de irregularidades de este proceso es necesaria, con el fin de lograr intervenciones tempranas, así como tener conocimiento de las variables que se

asocian con un aumento o disminución de dicho reconocimiento. Mediante estos hallazgos, se hace posible un primer paso para poder diseñar, proponer y aplicar estrategias que controlen las variables asociadas con menor reconocimiento y potenciar o fortalecer aquellas que favorezcan los procesos de reconocimiento de enfermedades mentales en los jóvenes colombianos.

4.3 Autorreconocimiento de trastornos y problemas mentales en población adulta de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, Colombia³

Resumen

Introducción: Los trastornos mentales son muy prevalentes en la población general; a pesar de ello, solo alrededor de un tercio de las personas reconocen que los tienen y acceden a los servicios de salud. **Objetivo:** Determinar potenciales factores asociados con la falta de autorreconocimiento de trastornos y problemas mentales en la población colombiana. **Metodología:** En la ENSM 2015, realizada en Colombia, se muestrearon adultos mayores de 18 años, quienes respondieron a la pregunta que indagaba si presentaban algún problema o trastorno mental y puntuaron positivo en trastornos mentales medidos por el CIDI 3.0 o en problemas mentales detectados por el SRQ-20. Se realizó un análisis bivariado con posibles variables relacionadas, y multivariado de regresión logística. **Resultados:** Se obtuvo una muestra de adultos de 10.870 personas, de quienes un 12,25 % (1332) presentaba trastornos y un 30,2 % (3282), problemas. Del total de personas con trastornos y problemas se autorreconocieron con ellos un 7,9 %. Las variables asociadas al autorreconocimiento de trastornos o problemas fueron: ser mujer (OR: 1,8 [IC 95 % 1,4-2,3]), tener disfunción familiar (OR: 1,5 [1,2-2,0]), haber sufrido un evento traumático (OR: 1,8 [1,4-2,2]), consumir sustancias psicoactivas (OR: 0,5 [0,4-0,7]), no ser pobre (OR:1,9 [1,2-3]), no tener enfermedades crónicas (OR: 1,6 [1,3-2,1]), entre otras variables asociadas. **Conclusión:** El autorreconocimiento es de gran relevancia para iniciar el acceso a la atención por parte de adultos. Los resultados proveen variables

³ Artículo sometido a publicación para la *Revista Colombiana de Psiquiatría*, por: Carlos Gómez-Restrepo, Javier Eslava-Schmalbach, M. Nelcy Rodríguez, Rafael Ruiz, Jacky Fabián Gil.

asociadas que permiten planear intervenciones que promuevan el autorreconocimiento de esta población.

Palabras clave: adultos, salud mental, autorreconocimiento, acceso, trastornos mentales.

4.3.1 Introducción

Las enfermedades mentales en la población adulta tienen prevalencias que pueden oscilar entre el 5 y el 26 % en el último año, pero, sin importar el país o región del mundo estudiado, la carga y consecuencias que tienen estas enfermedades comprometen la calidad de vida de quienes las padecen (203). En estudios sobre carga de enfermedad a escala mundial, se ha visto que las enfermedades mentales, especialmente los trastornos del espectro depresivo y ansioso, así como aquellas derivadas del uso de alcohol, se sitúan entre las primeras causas de AVISAS y AVAD en la gran mayoría, si no en todos los países del mundo (204).

A pesar de este impacto, la atención y el acceso a la salud mental tienen una clara brecha al compararlos con otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), con deficiencias en la disponibilidad y en la oferta de recursos que puedan atender la demanda que tienen estos trastornos (211,212). La identificación de dichas deficiencias ha logrado generar un impacto en la formulación y establecimiento de la atención y acceso a salud mental en los países (207-211); no obstante, la implementación de dichas políticas no ha logrado causar un incremento en la atención y el reconocimiento de pacientes que padecen dichas enfermedades, sino que, por el contrario, persiste un porcentaje de usuarios que no acceden a los servicios de salud. Además, se presenta una demora en la atención, o, en algunos de los casos, se realiza una atención de casos de mayor gravedad o con eventos más catastróficos (intentos suicidas, accidentes de tránsito, eventos de heteroagresión) (203,210,211).

En el escenario de las enfermedades mentales, el proceso de acceso a salud ratifica y demuestra la complejidad de su dinámica, ya que no se restringe exclusivamente a la disposición y existencia de los recursos, sino que existen otras variables y actores (usuario, profesionales de salud, Estado) que deben ser tenidos en cuenta para poder lograr el acceso a la salud mental por parte de quienes lo requieren (5,212). En diversos estudios que se han realizado a escala mundial (97,112), se ha encontrado que las principales

dificultades referidas por los pacientes que padecen enfermedades mentales son las que se han agrupado bajo la categoría de *barreras actitudinales*, las cuales, en su gran mayoría, son propias de cada individuo y se crean en los contextos sociales, culturales y políticos en los que se desarrolla cada persona, lo que puede afectar el reconocimiento de la enfermedad mental, la toma de conciencia de la necesidad de atención y su posterior acceso a este servicio.

Estas barreras actitudinales pueden estar asociadas con diversos factores que hacen parte de la interacción y dinámicas del proceso de acceso a salud, por lo que su identificación ha sido un punto de partida para realizar intervenciones sobre ellas y con esto aumentar la proporción de pacientes que acceden a los servicios de salud mental (182). Entre varios de los estudios, se han identificado variables como el deseo de manejar la enfermedad por sí mismo, el conocimiento o alfabetización en salud mental, los prejuicios o ideas relacionadas con los procesos de estigma, y los constructos sociales o culturales, como el apoyo en la familia, en la religión u otras conductas, que han sido identificados como temáticas que se agrupan en las llamadas barreras actitudinales y que limitan el reconocimiento de la enfermedad mental y su posterior acceso a servicios de salud (213-218). Otra variable tiene que ver con el autorreconocimiento de su estado de salud, que, además de relacionarse con las variables ya citadas, puede relacionarse con la toma de conciencia del estado mental y de la subsecuente necesidad de consultar.

Esta identificación de las principales causas de las barreras actitudinales es necesaria en cada país y territorio, pues ellas pueden variar de acuerdo con los constructos o las ideas de cada cultura. En lo que respecta a la población colombiana, en la última ENSM, realizada en 2015, se indagó por los porcentajes de atención y autorreconocimiento de las personas con algún tipo de problema de salud mental en los últimos doce meses, en los entrevistados mayores de 18 años. En el grupo de adultos jóvenes (18 a 45 años; $n = 5889$), el 36,5 % tuvieron algún problema en el lapso establecido, de los cuales tan solo un 38,5 % reconoció el problema y solicitó algún tipo de servicio de salud por esta razón. Al explorar las razones de los que no habían consultado, se encontró que las más frecuentes fueron no considerarlo necesario (47 %), por descuido de su salud (24 %) o porque no quisieron ir (16 %). En el grupo de adultos mayores de 45 años ($n = 4981$), el porcentaje de los que no buscaron algún tipo de atención en salud mental fue del 76 %; la razón referida para la no consulta o búsqueda de la atención fue el descuido (24 %) (4).

Partiendo del hecho de una deficiencia y un pobre reconocimiento de los problemas mentales en la población colombiana, y también de la realidad de que en la población adulta las principales razones para no acceder a los servicios de salud son secundarias a causas actitudinales, se plantea un estudio que permita identificar las variables asociadas con un mayor o menor autorreconocimiento de la enfermedad mental, y, en especial, indagar acerca de las variables asociadas con el no autorreconocimiento de la enfermedad y los problemas mentales; pensamos que esto podrá sugerir nuevas formas de intervención para lograr un mejor acceso de dichas personas, quienes, por no reconocerse como enfermas, nunca consultan por estos motivos.

4.3.2 Metodología

La ENSM 2015 fue un estudio de corte transversal y con una muestra representativa del país, en el cual se incluyó a individuos de todos los grupos etarios; para el caso de los adultos, se definieron como tales aquellos mayores de 18 años. La encuesta contó con la recopilación de una gran cantidad de variables sociodemográficas, de historia asociada a eventos de violencia y de confianza en terceros, así como sobre la presencia de trastornos o problemas de salud mental y de consumo de sustancias psicoactivas o de alcohol, mediante diversas herramientas e instrumentos debidamente validados. Para una mayor profundización acerca de los instrumentos utilizados durante el estudio se pueden consultar los documentos y los artículos relacionados con la ENSM (4,159,160).

Durante la ENSM se hicieron preguntas explícitas y adaptadas a la población colombiana, acerca de si habían presentado algún problema o enfermedad mental a lo largo de los últimos doce meses. Así mismo, se hizo confirmación de presencia o ausencia de problemas o trastornos de salud mental por herramientas validadas previamente, como el cuestionario de autorreporte SRQ-20, en el caso de problemas de salud mental, y la herramienta para diagnóstico de trastornos mentales CIDI 3.0 (por las iniciales en inglés de Composite International Diagnostic Interview).

A partir de esos datos, se investigaron las variables asociadas al reconocimiento de enfermedad mental en los adultos, entre las que se incluyeron variables sociodemográficas, de percepción de ambiente laboral, de sensación de discriminación, de apoyo de terceros y de consumo de sustancias psicoactivas, al igual que variables socioeconómicas y de disfunción familiar. El autorreconocimiento reportado por los

participantes se comparó con la presencia de un trastorno mental definido por la herramienta CIDI 3.0, y los problemas de salud mental identificada, por la herramienta SRQ-20. La evaluación de la pobreza del hogar se hizo con el índice multidimensional de pobreza (IMP).

En primer lugar, como parte del análisis se observó la distribución porcentual de los individuos dentro de las categorías de cada una de las variables nominales y ordinales, y se encontró que algunas de ellas tenían bajas frecuencias. Para obtener mejores resultados en los análisis bivariados y en el modelo logístico propuesto, se hizo una nueva categorización en algunas de las variables. Así mismo, las variables de naturaleza continua fueron categorizadas en grupos de riesgo relevantes clínicamente, y se construyeron las variables de padecimiento de enfermedades crónicas, de sensación de discriminación, de participación en grupos y de confianza en terceros, a partir de las respuestas de la ENSM.

Posteriormente a la categorización de las variables, se hicieron los modelos bivariados con cada una de las variables ya mencionadas, respecto a la variable de interés (autorreconocimiento de problema o el trastorno mental). De estos modelos bivariados, se seleccionaron las variables que tuvieron un valor de $p < 0,20$ para conformar un modelo multivariable. La selección final de las variables en el modelo de regresión logística multivariable se hizo mediante la metodología *stepwise*. En cada uno de los modelos se presenta como medida de asociación el riesgo relativo indirecto (OR), con su error estándar, su intervalo de confianza (IC) y su valor p . El procesamiento de los datos se realizó usando el programa STATA versión 14.

4.3.3 Resultados

A continuación, se presentan los datos sociodemográficos de toda la muestra del país; posteriormente, se describe la muestra de personas con algún trastorno mental —trastornos afectivos (depresión y bipolares), ansiosos (ansiedad generalizada, pánico y fobia social), abuso o dependencia de alcohol y problemas mentales, de acuerdo con el SRQ—.

De la muestra global, se evidenció que 4614 personas (32,4 %) presentaron algún trastorno (de los medidos) o problema mental, de acuerdo con el SRQ. Este grupo se describe en la tabla 4-8.

Tabla 4-8: Descripción de la muestra total ($n = 10.870$) y de aquellos con trastornos o problemas mentales ($n = 4614$)

Factores		Total $n = 10.870$	%	Trastornos o problemas $n = 4614$	%
Trastornos o problemas mentales	Ninguno de los medidos	6256	57,6		
	Trastornos medidos	1332	12,2		
	Problemas (SRQ)	3282	30,2		
Sexo	Hombre	4384	40,3	2040	44,2
	Mujer	6486	59,7	2574	55,8
Edad	18-44 años	5889	54,2	2499	54,2
	45 años y más	4981	45,8	2115	45,8
Estado civil	Casado-UL-pareja	6016	55,3	2441	52,9
	Separado/viudo/div orciado	1962	18,1	893	19,4
	Soltero	2892	26,6	1280	27,7
Región	Central	2173	20	948	20,5
	Atlántico	2361	21,7	902	19,5
	Bogotá	1726	15,9	834	18,1
	Oriental	2577	23,7	1125	24,4
	Pacífico	2033	18,7	805	17,5
Zona	Urbana	8277	76,2	3472	75,3
	Rural	2593	23,9	1142	24,7
Pobreza	Hogares en estado de no pobreza	9548	87,8	3950	85,6
	Hogares en estado de pobreza	1322	12,2	664	14,4
Índice multidimensional de pobreza	Hogares con acceso	1888	17,4	706	15,3
	Hogares no vulnerables	5638	51,9	2316	50,2
	Hogares vulnerables	2022	18,6	928	20,1
	Hogares en estado de pobreza	1322	12,2	664	14,4
Nivel educativo	Ninguno/primaria			1836	39,8
	Media/secundaria			2199	47,7
	Superior			556	12,5

Fuente: elaboración propia.

De las personas con algún tipo de trastorno o problema se obtiene que un 7,9 % de ellas —es decir, 364 personas— reconocen su dificultad mental, mientras que un 92,3 % (4250) no lo hacen. En la tabla 4-9 se describen aquellos que se autorreconocen o no.

Tabla 4-9: Características de personas que se autorreconocen con trastornos o problemas mentales

Factores		Autorreconocimiento			
		Sí <i>n</i> = 364		No <i>n</i> = 4250	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo	Hombre	103	28,30	1937	45,58
	Mujer	261	71,70	2313	54,42
Edad	Entre 18 y 44	195	53,57	2304	54,21
	Entre 44 y 64	133	36,54	1394	32,80
	65 en adelante	36	9,89	552	12,99
Hogar	Urbano	286	78,57	3186	74,96
	Rural	78	21,43	1064	25,04
Región	Central	83	22,80	865	20,35
	Atlántica	44	12,09	858	20,19
	Bogotá	83	22,80	751	17,67
	Oriental	75	20,60	1050	24,71
	Pacífica	79	21,70	726	17,08
Pobreza	Hogares con acceso	68	18,68	638	15,01
	Hogares no vulnerables	190	52,20	2126	50,02
	Hogares vulnerables	73	20,05	855	20,12
	Hogares en estado de pobreza	33	9,07	631	14,85
Nivel educativo	Ninguno/primaria	135	37,4	1701	40,21
	Media/secundaria	171	47,37	2028	47,9
	Superior	55	15,24	501	11,84

Fuente: elaboración propia.

En el análisis bivariado, para los trastornos mentales se observa que las mujeres y los gitanos tienden a reconocer más los trastornos que presentan, comparados con las personas con trastornos de los otros grupos (tabla 4-10). Para los problemas en adultos se presenta una distribución semejante a la de trastornos, y es mayor el autorreconocimiento de problemas en mujeres y los hogares sin pobreza o con mayor estado de pobreza. Las otras variables tienen la misma tendencia.

Tabla 4-10: Autorreconocimiento de trastorno mental. Análisis bivariado

Factores		Autorreconocimiento de trastornos						Autorreconocimiento de problemas					
		Sí		No		OR	IC 95 %	Sí		No		OR	IC 95 %
		n	%	n	%			n	%	n	%		
Sexo	Hombre	42	32,1	661	55,0	15,7	11,5 - 21,5	61	26,2	1276	41,9	1	-
	Mujer	89	67,9	540	45,0	0,4	0,3 - 0,6	172	73,8	1773	58,2	2,0	1,5-2,7
Edad	Entre 18 y 44	87	66,4	815	67,9	9,4	7,5 - 11,7	108	46,4	1489	48,8	1	-
	Entre 45 y 64	39	29,8	314	26,1	0,9	0,6 - 1,3	94	40,3	1080	35,4	1,2	0,9-1,6
	65 en adelante	5	3,8	72	6	1,5	0,6 - 3,9	31	13,3	480	15,7	0,9	0,6-1,3
Hogar	Urbano	110	84,0	959	79,9	8,7	7,2 - 10,6	176	75,5	2227	73,0	1	-
	Rural	21	16,0	242	20,1	1,3	0,8 - 2,2	57	24,45	822	27,0	0,9	0,6-1,2
Región	Central	24	18,3	221	18,4	9,2	6,0 - 14,0	59	25,3	644	21,1	1	-
	Atlántica	18	13,7	220	18,3	1,3	0,7 - 2,5	26	11,12	638	20,9	0,4	0,3-0,7
	Bogotá	31	23,7	273	22,7	1,0	0,5 - 1,7	52	22,3	478	15,69	1,2	0,8-1,8
	Oriental	25	19,1	312	26,0	1,4	0,8 - 2,4	50	21,5	738	24,2	0,7	0,5-1,1
	Pacífico	33	25,2	175	14,6	0,6	0,3 - 1,0	46	19,7	551	18,1	0,9	0,6-1,4
Pobreza	Hogares con acceso	25	19,1	178	14,8	7,1	4,7 - 10,8	43	18,45	460	15,01	1	-
	Hogares no vulnerables	63	48,1	604	50,3	1,3	0,8 - 2,2	127	54,5	1522	49,9	0,9	0,6-1,3
	Hogares vulnerables	27	20,6	249	20,7	1,3	0,7 - 2,3	46	19,7	606	19,9	0,8	0,5-1,3
	Hogares en estado de pobreza	16	12,2	170	14,6	1,5	0,8 - 2,9	17	7,3	461	15,1	0,4	0,2-0,7
Etnia	Indígena	10	7,6	94	7,8	9,4	4,9 - 18,0	18	7,7	247	8,1	1	-
	Gitano	1	0,8	4	0,3	0,4	0,1 - 4,9	1	0,4	4	0,1	3,4	0,4-32,3
	Raizal del archipiélago	1	0,8	9	0,8	1,0	0,1 - 0,8	0	0	16	0,5	NA	-
	Palenquero de San Bas	19	14,5	127	10,6	0,7	0,3 - 1,6	0	0	1	0,0	NA	-
	Negro, mulato, afrodescendiente							19	8,2	287	9,4	0,9	0,5-1,8
	Ninguno de los anteriores	100	76,3	967	80,5	1,0	0,5 - 18,4	195	83,7	2493	81,8	1,1	0,7-1,8
Nivel educativo	Ninguno/primaria	43	33,1	383	32	8,9	6,5 - 12,2	92	29,8	1318	43,5	1	-
	Media/secundaria	63	48,5	658	55,0	1,2	0,8 - 1,8	108	46,8	1370	45,2	1,1	0,9-1,5
	Superior	24	18,5	156	13,0	0,	0,4 - 1,2	31	13,4	345	11,8	1,3	0,8-2,0

Fuente: elaboración propia.

Para los problemas en adultos se presenta una distribución semejante a los trastornos; así, es mayor el autorreconocimiento en mujeres, y es menor el autorreconocimiento en la Costa Atlántica y en hogares en estado de pobreza (tabla 4-11).

A continuación, se presenta el análisis multivariado para variables asociadas con problemas y trastornos de salud mental. En primera instancia, exponemos el modelo de regresión ajustado para variables asociadas con trastornos mentales (tabla 4-12).

De acuerdo con la tabla 4-12, el análisis multivariado muestra cómo el hecho de ser mujer es un factor asociado, con un OR: 2,27 para que una persona con trastorno se reconozca como tal, comparado con ser hombre, luego de controlar por otras variables. Haber sufrido un evento traumático está asociado con un OR: 2,0 en favor del autorreconocimiento, comparado con los que no han sufrido un evento traumático. Ahora, haberse sentido discriminado o rechazado es un factor asociado con reconocimiento del trastorno que se tiene, y tener problemas familiares aumenta el autorreconocimiento, así como tener mayor apoyo emocional. El consumo de sustancias diferentes al alcohol y el no consumo de sustancias aumenta el autorreconocimiento, cuando se compara con personas que consumen alcohol, luego de controlar por otras variables.

Tabla 4-11: Modelo de regresión ajustado para variables asociadas con el autorreconocimiento de trastornos mentales

Factores	Variable	OR ajustado	IC 95 %	
Sexo	Mujer	2,3	1,5	3,5
	Hombre	1,0	-	-
Eventos traumáticos	No	1,0	-	-
	Sí	2,0	1,3	3,0
Alguna vez se ha sentido discriminado o rechazado	No	1,0	-	-
	Sí	2,2	1,45	3,2
Apoyo emocional	1- Alto	1,9	1,1	3,1
	2- Medio	1,0	0,6	1,8
	3- Bajo	1,0	-	-
Consumo de sustancias	Alguna sustancia	2,1	1,31	3,51
	Alcohol	1	-	-
	Ninguna sustancia	2,5	1,56	3,96
Disfunción familiar	No	1	-	-
	Sí	1,8	1,20	2,70

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4-12: Modelo de regresión ajustado para variables asociadas con el autorreconocimiento de problemas mentales

Factores	Variable	OR	IC 95 %	
Sexo	Mujer	1,7	1,2	2,3
	Hombre	1,0	-	-
Pobreza	Hogares con acceso	2,3	1,3	4,2
	Hogares no vulnerables a PMD	2,1	1,3	3,6
	Hogares vulnerables a PMD	2,0	1,1	3,5
	Hogares en estado de pobreza	1,0	-	-
Disposición de los vecinos para ayudar	Sí	1,0	-	-
	No	1,4	1,0	1,8
Evento traumático	Sí	1,7	1,3	2,3
	No	1,0	-	-
Consumo de sustancias	Alguna sustancia	0,5	0,4	0,8
	Alcohol	0,7	0,4	1,0
	Ninguna sustancia	1,0	-	-
Presencia de enfermedades crónicas	Sí	1,8	1,3	2,3
	No	1,0	-	-
Preferiría no tener de vecino a personas con un estrato socioeconómico muy diferente al suyo	Sí	3,4	1,7	7,1
	No	1,0	-	-
Preferiría no tener de vecino a desplazados u otras personas víctimas del conflicto	Sí	1,0	-	-
	No	2,4	1,0	5,7
Disfunción familiar	No	1,0	-	-
	Sí	1,4	1,1	1,9

Nota: PMD, pobreza multidimensional.

Fuente: elaboración propia.

La tabla 4-12 muestra las variables asociadas con el autorreconocimiento de los problemas mentales. Al igual que en el modelo bivariado, las únicas variables sociodemográficas que presentaron una asociación con tener autorreconocimiento de los problemas fue el pertenecer al sexo femenino, con un OR: 1,7 de mayor autorreconocimiento. Adicionalmente, en este modelo se observa que provenir de un hogar sin estado de pobreza medido por el índice multidimensional de pobreza tiene un OR: 2,3 de mayor

autorreconocimiento, comparado con los hogares con menor acceso; el no estar con mayor disposición a ayudar a los vecinos y haber vivido eventos traumáticos se asociaron con mayor autorreconocimiento; consumir otras sustancias diferentes al alcohol disminuye el autorreconocimiento de problemas, y presentar enfermedades crónicas aumenta el autorreconocimiento, entre otras variables (tabla 4-13).

En el último modelo se combinan los problemas y trastornos, y con ello se realiza un modelo de regresión en el cual se evidencia un mayor autorreconocimiento para mujeres, en personas entre 18 y 44 años, que provienen de hogares con mayores recursos, con disfunción familiar, que han sido discriminados, que no consumen sustancias, que han tenido eventos traumáticos y que no tienen enfermedades crónicas (tabla 4-13).

Tabla 4-13: Modelo de regresión multivariable de autorreconocimiento de trastornos o problemas (combinado) en adultos

Factores	Variable	OR ajustado	IC 95 %	
Sexo	Mujer	1,8	1,4	2,3
	Hombre	1	-	-
Edad	18 a 44	1,6	1,1	2,4
	45 a 64	1,5	1,0	2,3
	65 o más	1	-	-
Pobreza	Hogares con acceso	1,9	1,2	3,0
	Hogares no vulnerables a PMD	1,7	1,1	2,4
	Hogares vulnerables a PMD	1,6	1,0	2,4
	Hogares en estado de pobreza	1	-	-
Disfunción familiar	No	1	-	-
	Sí	1,5	1,2	2,0
Alguna vez se ha sentido discriminado o rechazado	No	1	-	-
	Sí	2,1	1,7	2,6
Evento traumático	Sí	1,8	1,4	2,2
	No	1	-	-
Consumo de sustancias	Alguna sustancia	0,5	0,4	0,7

Factores	Variable	OR ajustado	IC 95 %	
	Alcohol	0,7	0,5	1,0
	Ninguna sustancia	1	-	-
Presencia de enfermedades crónicas	Sí	1,6	1,3	2,1
	No	1	-	-

Nota: PMD, pobreza multidimensional.

Fuente: elaboración propia. Ver Anexo C para otros resultados.

4.3.4 Discusión

La ENSM 2015, realizada en Colombia, permitió establecer e identificar la prevalencia de problemas y enfermedad mentales, así como variables que estuvieran asociadas con el autorreconocimiento por parte de los mismos usuarios o encuestados. Dentro de las primeras variables que se encontraron asociadas con un mayor autorreconocimiento, tanto de problemas como de enfermedades mentales, estuvo el sexo femenino, hallazgo similar al encontrado en diversos estudios (218,219), y que podría explicarse por diversos factores. Entre estos se encuentra la mayor prevalencia de enfermedades mentales en las mujeres que en los hombres, lo cual puede llevar a que estas consulten con más frecuencia; también, las razones culturales, como el hecho de que la mujer sea más frágil o más sensible a lo psíquico, y que puede consultar por psicopatología sin ser juzgada o considerada débil, como puede ocurrir en el caso de los hombres (203,220). Por otra parte, también culturalmente, se puede esperar hoy en día que sean las mujeres quienes consulten por este tipo de problemas o quienes deban expresar o demostrar debilidades emocionales o físicas (4).

Al revisar características relacionadas con los hogares, la ubicación del hogar en zona rural se vio asociada con un menor autorreconocimiento de trastornos mentales, lo que puede ser explicado por las dificultades y la escasez de recursos relacionados con educación sobre salud mental, así como factores culturales propios de cada región (221,222). Este menor autorreconocimiento en zona rural ha sido repetidamente documentado en varios países como Australia (223) y Brasil (224), en los que se evidencian diferencias en el autorreconocimiento, así como un menor uso de servicios y tratamientos de enfermedades mentales. Este hallazgo, descrito en otros países pero no en Colombia, podría ser explicado por una mayor influencia de lo urbano sobre lo rural, o una mayor educación en salud en esta área en nuestro país. Sin embargo, se requieren mayores estudios.

Encontrarse en una buena situación económica tuvo algún tipo de asociación en el caso de autorreconocimiento de trastornos mentales; pero en el caso de los problemas, los hogares con mayor acceso y con alguna vulnerabilidad, de acuerdo con el IMP, tenían una mayor asociación con autorreconocimiento. Este hallazgo es congruente con el hecho de que la pobreza puede tener un impacto sobre la aparición y el reconocimiento de enfermedades mentales (225,226); sin embargo, ello varía según los estudios y según el tipo de instrumento utilizado para medición de la pobreza, por lo que en ocasiones se replantea si se debe evaluar la pobreza como un todo o desagregarla por los elementos que la pueden componer, como el estado de la vivienda y estar empleado, entre otras variables (189).

Por otra parte, dicha asociación con el autorreconocimiento se mantiene para los problemas mentales que no constituyen *per se* trastornos, y se puede proponer que durante esta fase, en ocasiones más incipiente, se tiende a aceptar más la necesidad de acceder a servicios de salud mental o a tomar conciencia de la situación en estratos con alguna vulnerabilidad, en los que posiblemente se haya realizado recientemente una mayor educación en salud mental.

El hecho de sentirse discriminado por cualquier razón fue un factor asociado con un mayor autorreconocimiento de problemas y trastornos, lo cual podría explicarse por el hecho de que sentirse segregado o rechazado conlleva un funcionamiento mental que está más alerta a los posibles problemas, lo que, teóricamente, podría asociarse con un mayor reconocimiento de algún tipo de psicopatología. En este sentido, algunos grupos pueden sufrir mayor discriminación: por ejemplo, los migrantes, como fue mostrado en el estudio de Caplan de inmigrantes latinos, en los cuales los que tenían autorreconocimiento de su trastorno depresivo tenían los puntajes más altos en la herramienta utilizada para la medición del estigma percibido (227). Ahora, en el caso de los posibles problemas mentales, es claro que quienes discriminan a personas desplazadas pueden autorreconocerse más, y ello merece futuras exploraciones.

Padecer condiciones o enfermedades crónicas también presentó asociación con un mayor autorreconocimiento de problemas mentales, lo que concuerda con hallazgos internacionales que han mostrado cómo la presencia de enfermedades crónicas favorece un mayor autorreconocimiento y, por ende, un mayor acceso a los servicios de salud (210,226,228). En nuestra sociedad puede darse un mayor reconocimiento de otras

enfermedades somáticas a expensas de lo mental, y las cuales, posiblemente, son menos estigmatizadas que lo orgánico. Similar a lo que ocurría con el proceso de discriminación, se sabe que padecer alguna enfermedad crónica puede estar asociado con una mayor carga o mayor estrés, lo que puede evidenciarse como un proceso de enfermedad mental más aceptado, por tener una razón derivada de enfermedad somática. Por otra parte, puede existir un sesgo, pues quienes padecen condiciones crónicas tienen una mayor exposición y mayor contacto con los servicios de salud (206), y en estos se privilegian ordinariamente las enfermedades somáticas y las patologías de la mente. Así mismo, pueden tener una mayor sensibilidad hacia el hecho de consultar y de asociar problemas físicos con otras dolencias físicas.

Haber tenido cualquier evento traumático también estuvo asociado con un mayor autorreconocimiento de problemas y trastornos mentales, ya que estos eventos causan, en algunos casos, dolencias físicas y mentales (229,230).

Contar con algún grado de apoyo emocional se encuentra asociado con un mayor autorreconocimiento, lo cual puede estar explicado por el hecho de que el apoyo de terceros le permite al individuo tener una vía o forma de canalización de la carga y síntomas psicológicos, y minimizar de una manera subjetiva la carga y el estrés con los cuales se está lidiando (210,218,226).

La mayor disfunción familiar presentó una mayor asociación con el autorreconocimiento, a medida que aumentaba la gravedad de la disfunción familiar, como se ha encontrado en estudios realizados en España (231) y Ecuador (232), en los que existían mayor reconocimiento y mayor prevalencia de trastornos mentales en las familias con mayor disfunción. Posiblemente, esto sea secundario al hecho de que en las familias en las cuales hay disfunción y conflictos internos se presenta una ausencia de apoyo y de acompañamiento; y este sería el primer grupo, en términos de cercanía y proximidad, al que se podría acercar un individuo para adaptarse y superar las dificultades o problemas.

Uno de los factores que más estuvo asociado en el análisis crudo con el autorreconocimiento de problemas y trastornos mentales fue la percepción propia de la salud mental por parte del individuo; así, a peor percepción o sensación de una salud mental más pobre, tanto más se incrementaba la asociación con el proceso de autorreconocimiento. Esto concuerda con lo reportado por diversos estudios conducidos

en Europa (210), Estados Unidos (227,233) y Canadá (226), cuya explicación radica, principalmente, en que si el individuo tiene sensación de mala salud mental es porque ya presenta síntomas asociados con problemas de psicopatología, como síntomas ansiosos o depresivos que alteran su percepción de la propia salud mental y permiten el autorreconocimiento de estos problemas o trastornos.

Por otra parte, el uso inadecuado de alcohol se vio asociado con un menor autorreconocimiento, lo cual puede tener que ver con la actitud de negación en que muchas veces se encuentra este tipo de personas consumidoras de sustancias ilegales o de alcohol. Una de las más grandes fortalezas del presente estudio fue poder contar con una muestra representativa de la población colombiana, lo que permite la extrapolación de sus hallazgos a los adultos de Colombia. Adicionalmente, haber explorado la asociación de diversos factores asociados con el proceso de autorreconocimiento permitió dilucidar o establecer los factores que pueden mejorar o disminuir el autorreconocimiento de problemas o trastornos mentales en la población colombiana. El uso de herramientas validadas, como el CIDI y el SRQ, permitió la adecuada identificación, y, con ello, la confirmación de si el autorreconocimiento de psicopatología en los individuos era válido y real.

Como debilidades, se encuentra, en primera instancia, el tipo de diseño del estudio, dado que, por sus características, no es posible establecer relaciones de causalidad, y por ello solo es posible sugerir posibles asociaciones con los factores o las variables explorados. Otra debilidad del estudio es el sesgo de memoria para las preguntas relacionadas con haber sufrido o tenido problemas de salud mental en el último año. Esta medición, a pesar de tener problemas, sigue siendo utilizada en psiquiatría y salud mental, y pensamos que, aun con sus dificultades, es la mejor aproximación a la prevalencia de las enfermedades. También se puede presentar el sesgo de deseabilidad social, ya que en este tipo de encuestas los participantes pueden dar respuestas para aparentar o disminuir la imagen negativa que puedan tener algunas variables, como decir que sí siente apoyo de la familia o de los vecinos, porque es lo esperado socialmente, aunque en realidad no cuente con ellos. Sin embargo, se procuró disminuir este tipo de sesgos al entrenar a los encuestadores en la neutralidad, la confianza y la capacidad de escucha en las entrevistas que se realizaron.

Finalmente, pensamos que el estudio, además de abrir un área de investigación en nuestro país, provee datos que alimentan el conocimiento en y desde Latinoamérica, y abre nuevas opciones al concepto de autorreconocimiento, que va un poco más allá de lo que habitualmente se hace al seleccionar personas con problemas y trastornos que no han sido detectados, o para los que, por lo menos, ellos mismos dicen no tener conciencia. Ello, a la vez, provee claves para visualizar la importancia de los factores psicosociales, no solo respecto a la influencia de lo social en lo psíquico, sino respecto a lo psíquico como motor de lo social, por medio de la detección de los problemas y los trastornos que inician un proceso de acceso a la salud.

4.3.5 Conclusión

El proceso de autorreconocimiento de los problemas y enfermedades mentales hace parte fundamental, y casi podría ser el primer paso en el proceso de acceder a los servicios de salud mental en cualquier población, y en el caso particular de la población adulta de Colombia. Por tanto, es necesario el establecimiento de factores o variables asociados con ello, con el objetivo de poder diseñar o establecer medidas de intervención o políticas en salud sobre dichas variables, para controlarlas o promoverlas, y así aumentar el autorreconocimiento de estas enfermedades. En consecuencia, posiblemente se incrementará el acceso al cuidado y la atención de dichas enfermedades en los adultos de Colombia.

4.4 Estudio cualitativo sobre acceso y reconocimiento

Resumen

Introducción: El acceso a servicios de salud es una dinámica compleja, en la que las enfermedades mentales se ven especialmente desaventajadas, pese a cobrar cada vez más importancia a escala mundial. Esto se debe a múltiples factores, propios de los actores involucrados y del contexto; sin embargo, no se ha realizado una caracterización de dicho fenómeno en el ámbito colombiano, lo que motiva el presente estudio. **Métodos:** Se hicieron entrevistas en profundidad y grupos focales con profesionales de la salud, profesionales administrativos, usuarios y representantes de organizaciones comunitarias en salud, en cinco instituciones de nivel primario y secundario, de tres regiones de Colombia. Ulteriormente, por medio de análisis de contenido, consenso de expertos y

teoría fundamentada, se llegó a cinco categorías de análisis, en aras de describir el acceso en salud para la depresión y el abuso de alcohol. **Resultados:** Creación de cinco categorías: las de educación y conocimiento de enfermedad, estigma, falta de capacitación de profesionales de la salud, cultura y estructura u organizacionales. Esta organización permitió, mediante el análisis cualitativo de la información, una aproximación al acceso en salud mental de dichas patologías, en el contexto del sistema de salud colombiano, y la comprensión del reconocimiento de problemas y trastornos mentales por parte de los usuarios y de los profesionales de la salud. **Conclusiones:** Este estudio suministra información importante para la búsqueda de factores que truncan el acceso en salud mental en el contexto colombiano y para la generación de hipótesis que puedan llevar a la ideación y la implementación de herramientas promotoras de una adecuada atención en el ámbito de la enfermedad mental.

4.4.1 Introducción

El proceso de acceso a servicios de salud es una dinámica tan compleja y diversa que se han establecido diversos modelos o esquemas que intentan evaluar e interpretar dicho proceso (175). Cada uno de estos modelos tiene sus ventajas y sus desventajas; sin embargo, en todos existe un punto en común: el proceso de acceso tiene como piedra angular al paciente o al usuario, ya que, si este no existiera, no se daría ningún tipo de dinámica en el proceso de acceso a salud (212,234). Dentro de los modelos que han sido usados, se encuentra el propuesto por Penchansky y Thomas (5), quienes no dan una definición específica del acceso a salud, sino que lo desagregan en diferentes componentes; así, la interrelación o el ajuste entre estos es lo que se entiende como acceso a salud (figura 4-1).

Este modelo ha permitido el estudio de la dinámica del acceso a salud por componentes, y ha simplificado de esta manera la identificación y la caracterización de cada uno, lo que facilitaría el abordaje del proceso de acceso a salud (142). Mediante el uso de estos modelos, se ha logrado realizar estudios de las dinámicas en distintos tipos de patologías; entre ellas, las enfermedades mentales.

El bienestar y las enfermedades mentales han venido creciendo y ganando importancia, no solo en las agendas de los prestadores de salud, sino, también, en las de los gobiernos, las de organizaciones mundiales y la de la población general (208,235,236). La razón de

este cambio en el pensamiento ha sido el impacto que tienen estas patologías, por sí mismas, en la calidad de vida de quienes la padecen, de sus cuidadores y de la sociedad. Sin embargo, al aplicar el modelo de Penchansky y Thomas, en el aspecto de aceptabilidad, las enfermedades mentales tienen algunas características que las diferencian de otras patologías, como lo son las implicaciones sociales de los que las padecen y el estigma y la segregación, de los cuales eran y siguen siendo blanco, así como las repercusiones en ámbitos económicos y su relación con la pobreza (190,237,238).

Figura 4-1: Modelo de acceso a salud de Penchansky y Thomas



Fuente: elaboración propia.

Al seguir aplicando ese modelo a este tipo de patologías, las enfermedades mentales continúan con ciertas desventajas, al compararlas con otras. Entre las condiciones desfavorecidas se encuentra el componente de disponibilidad, con una escasez de recursos para la atención de la enfermedad mental; se entiende *recursos* como inversión de capital financiero en políticas públicas, infraestructura como centros hospitalarios y número de camas destinadas exclusivamente a pacientes con enfermedades mentales y profesionales de la salud especializados en este ámbito (208,239).

No obstante lo anterior, en países en los que se cuenta con una mejor disponibilidad de recursos al servicio de la enfermedad mental siguen existiendo factores que limitan el acceso a los servicios de salud diferentes a la no disponibilidad de recursos, y que, como

ya se ha visto, tienen que ver con el reconocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes. En el estudio realizado en el marco de la encuesta global de salud mental de la OMS se utilizaron los datos de las encuestas nacionales de 24 países de todo el mundo y de todos los niveles de ingresos, para identificar cuáles barreras pueden existir para el acceso a los servicios de salud. Se utilizó la información de pacientes que habían sido diagnosticados con algún tipo de enfermedad mental en los últimos doce meses, mediante el CIDI. La barrera más frecuente fue no percibir la necesidad de ser tratado médicamente (entre el 56,4-99,3 %, según el país participante), seguida de barreras actitudinales (entre el 50,1-80,3 %, dependiendo del país participante). Al profundizar en el grupo de barreras actitudinales, se observó que las categorías más frecuentes fueron que el paciente podía superar por sí mismo la enfermedad y que la enfermedad no era tan grave (112).

A escala local, durante la ENSM 2015 se indagó a los pacientes acerca de la necesidad de recibir tratamiento para algún problema mental en los últimos doce meses y si usaron el servicio de salud. En el grupo de los mayores de 45 años, alrededor de una tercera parte de los encuestados refirió algún problema, pero solo el 34 % de ellos obtuvo algún tipo de atención; la principal razón de no hacerlo fue por descuido. En el caso de los adultos jóvenes (18 a 44 años), el 36,1 % refirió algún problema mental, pero solo un 38 % de este subgrupo tuvo alguna valoración por un profesional de la salud, frente al 62 % que no la tuvieron; estos refirieron que no creían que fuera necesario consultar. En el caso de los menores de 18 años, no se indagó la causa de no consultar, pero sí se observó que en los jóvenes (12 a 17 años) y en los niños (7 a 11 años) se presentaron problemas mentales en 51,5 y 55,4 %, respectivamente, con una proporción de no búsqueda ni atención en salud del 64,8 y 52 % (4).

En cualquier tipo de enfermedad, es necesario que tanto los usuarios como los prestadores de servicios de salud realicen una integración que permita la identificación y la atención de las enfermedades, pero en el caso de las enfermedades mentales, este tipo de integración o de interrelación es de mayor importancia, debido a la presentación de dichas patologías, en las cuales no hay una gran proporción de signos que se manifiesten en el cuerpo, sino que, por el contrario, deben ser reconocidos e identificados por el usuario y ser expresados a los profesionales de salud (240,241).

Como ya se expuso, la no identificación de la gravedad o la percepción de no necesidad de tratamiento son dos de las razones más frecuentemente utilizadas a escala mundial y

nacional de por qué se evitan la atención y el uso de servicios de salud. A pesar de estos hallazgos, dichas respuestas pueden tener otro origen o trasfondo, como pueden ser el desconocimiento acerca de este tipo de enfermedades, el estigma asociado o causas culturales, en lo que respecta al componente de aceptabilidad, o dificultades en la identificación por parte de la persona con problemas y trastornos mentales (TPM), o por parte de los profesionales de la salud. Para poder tener una mayor aproximación y conocer mejor el porqué de estas barreras de acceso, se propone realizar un estudio de características cualitativas en la población general y en profesionales de la salud, teniendo en cuenta dos de las patologías más prevalentes: la depresión y el consumo de alcohol.

4.4.2 Metodología

Esta parte del proyecto de investigación se efectuó dentro del marco del proyecto de Detección y Atención Integral de Depresión y Abuso de Alcohol en Atención Primaria (DIADA), en el cual se profundizó acerca de las barreras de acceso en un estudio de implementación en diferentes municipios de Colombia, y que permitió profundizar en la temática del reconocimiento de los TPM.

Para el presente estudio se organizaron quince grupos focales y nueve entrevistas a profundidad, ejecutadas durante 2017 y 2018, en centros de nivel primario de Bogotá, Duitama, Guayabal, Santa Rosa de Viterbo y Chaparral; el proceso fue hecho por parte de un equipo compuesto por médico general, antropólogo, psicólogo o psiquiatra. Para su realización se contó con todos los requisitos bioéticos, incluidos consentimientos informados proporcionados a pacientes, personal de salud, personal administrativo y organizaciones comunitarias, así como autorización por parte del comité de investigación y ética.

Los entrevistados tenían el carácter de informantes clave y fueron escogidos por muestreo por conveniencia, dependiendo de si se encontraban disponibles en los centros de salud estudiados y de si ya contaban con la mayoría de edad. Adicionalmente, todos debían aceptar su participación en el estudio. En el caso del personal de salud y administrativo, también debían estar activamente vinculados con las instituciones visitadas, y para el caso de los usuarios, se debía pertenecer al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y haber asistido al servicio de salud correspondiente dentro de los últimos doce meses por cuadros compatibles con depresión o consumo de alcohol.

Este trabajo se basa en las grabaciones de la información recolectada de las entrevistas a profundidad realizadas. La información de las entrevistas se almacenó como grabaciones de audio, que posteriormente fueron transcritas en su totalidad, y el texto fue manejado utilizando el *software* NVIVO. Una vez revisada la información transcrita, se procedió a hacer un análisis que permitiera caracterizar la información. Con los fragmentos obtenidos y mediante fundamentos consensuados por expertos temáticos con experiencia en investigación, surgieron cinco categorías, que, a su vez, permitieron evaluar los datos sobre barreras de acceso en los temas de abuso de alcohol y depresión.

En la tabla 4-14 se describen los grupos y las personas que participaron en cada uno de los centros seleccionados para el estudio (para ampliación, véase el numeral 3.8).

Tabla 4-14: Grupos focales y entrevistas en profundidad

Factores	Variables	Grupos focales (15)			Entrevistas en profundidad (9)		
		Número de personas	Mujer	Hombre		Mujer	Hombre
Bogotá	Trabajadores de la salud	5	3	2	1	0	1
	Administrativos	5	3	2	1	1	0
	Pacientes	13	8	5	1	1	0
	Organización comunitaria	2	1	1	0	0	0
	Alcohólico anónimo	8	0	8	0	0	0
	Subtotal	33	15	18	3	2	1
Lérida	Trabajadores de la salud	9	6	1	1	0	1
	Administrativos	6	6	0	1	1	0
	Pacientes	13	2	11	1	1	0
	Organización comunitaria	5	2	1	0	0	0
	Subtotal	33	16	17	3	2	1
Guayabal	Trabajador de la salud	3	1	2	0	0	0
	Administrativos	6	5	1	0	0	0
	Pacientes	0	0	0	1	1	0
	Subtotal	9	6	3	1	1	0
Duitama	Trabajador de la salud	7	6	1	1	1	0
	Administrativo	8	4	4	1	0	1

Factores	Variables	Grupos focales (15)			Entrevistas en profundidad (9)		
		Número de personas	Mujer	Hombre		Mujer	Hombre
	Organización comunitaria	3	1	2	0	0	0
	Subtotal	18	11	7	2	1	1
Santa Rosa	Trabajador de la salud	3	0	3	0	0	0
	Administrativo	0	0	0	0	0	0
	Pacientes	8	8	0	0	0	0
	Subtotal	11	8	3	0	0	0
	Total	104 (15 grupos)	56	48	9	6	3

Fuente: elaboración propia.

4.4.3 Análisis de resultados

La recolección y el registro de la información de cada uno de los participantes se hicieron mediante grabaciones de audio, que permitieron llevar a cabo las transcripciones de todas las sesiones, según como sucedieron. Una vez revisados estos documentos, se hizo un análisis categorial, mediante teoría fundamentada. Estas categorías fueron consensuadas y discutidas por tres expertos: antropólogo, psicólogo y médico psiquiatra con experiencia en investigación.

La codificación del análisis categorial fue realizada en el programa NVIVO 11, por tres expertos; posteriormente se hizo una prueba de fiabilidad de intercodificadores para verificar la consistencia de los resultados obtenidos, lo que mostró confianza con un coeficiente de kappa de Cohen mayor a 0,60. En los casos en los que el coeficiente fue menor, se llevó a cabo una revisión de la codificación obtenida por cada par y se precisó la información tomando en cuenta la definición de las categorías descritas, hasta llegar a un consenso.

Se leyeron en su totalidad las entrevistas y se separaron de acuerdo con si se trataba de un usuario del sistema de salud, un trabajador de hospital que no fuese profesional de la salud (administrativos) y profesionales de la salud (médico, psiquiatra, trabajadores sociales). Cada entrevista fue desagregada por segmentos, para poder identificar temas en común por medio de las entrevistas. Los temas fueron identificados y asignados en categorías, mediante consenso de autores, según su pertinencia y su relevancia, basados

en las barreras que se tenían. Se utilizaron frases de participantes de cada uno de los grupos para cada una de las categorías obtenidas de las entrevistas.

4.4.4 Resultados

4.4.4.1 Depresión

En lo que respecta a la depresión, se obtuvieron 52 fragmentos de los grupos seleccionados. Las categorías que surgieron fueron las de educación y conocimiento de enfermedad, estigma, falta de capacitación de profesionales de la salud, cultura y estructura u organizacionales (tabla 4-15).

Tabla 4-15: Temáticas de los contenidos sobre depresión

Factores	Usuarios - Población general	Trabajadores en hospitales	Profesionales de la salud	Total
Educación y conocimiento de la enfermedad	3	4	10	17
Estigma	3	3	3	9
Falta de capacitación de profesionales de la salud	2	7	10	19
Cultura	3	1	2	6
Estructurales u organizacionales	-	1	-	1
Total	11	16	25	52

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la categoría de educación y conocimiento, esta fue identificada por los usuarios y los profesionales de la salud como posible causa de no reconocimiento de la enfermedad mental. Uno de los puntos comunes de gran parte de los extractos fue la desinformación que tienen los usuarios sobre los síntomas y la historia de la enfermedad, lo cual, según ellos, puede evitar que se consulte en fases más tempranas. Participantes en los grupos focales afirmaron al respecto: *“Sino que a veces pasa que uno no se informa sobre sus enfermedades, pues en mi caso al principio uno como que me dijeron que tenía esto y como uno le llega la depresión, sí, de pronto usted no se informa de que es la enfermedad, el médico en ese momento no le da la suficiente información, sino su enfermedad es tal y ya, y usted va a llegar postrado a una cama en cualquier momento, entonces uno como, y ese es el problema como esa falta de información, pues ya es cuando uno comienza como a informarse ya es otra cosa, ya sí uno dice, voy a seguir este tratamiento o voy a hacer esto o simplemente según los años que lleve con la enfermedad”*. (Grupo focal: asociación de usuarios. Duitama)

“Es que fijate que la mayoría de personas que consultan acá, consultan cuando ya están muy deprimidos por el consumo de una sustancia y eso sí, y han hecho hasta intentos de suicidios como forma de resolver la situación o como cuando se encuentran con los síntomas depresivos en su vida y que no los deja funcionar [...]”. (Entrevista: especialista en psiquiatría. Lérída)

“Yo creo que también la educación que es una enfermedad como cualquier otra, vale la pena, yo creo que con la educación uno aprende que es una enfermedad como cualquier otra y que necesita ser tratada y que necesita ser identificada.” (Grupo focal: profesionales administrativos. Duitama)

“Es importante es poder hacer un diagnóstico temprano ¿sí? Poder detectar los casos y poder hacer el manejo a tiempo, porque digamos, este es un entorno donde ya en algunas ocasiones se ha visto, pero tristemente se viene a saber o a hacer un diagnóstico certero cuando ya han sucedido cosas ¿sí? O sea, esa es la importancia o la razón por la cual es importante conocer del tema, que todos nuestros profesionales y los profesionales del área conozcan de los síntomas para hacer un diagnóstico temprano y poder tratar a tiempo”. (Grupo focal: usuario. Bogotá)

“Tú no tienes absolutamente nada. Corazón, cabeza, me gustó, no tuve que rogarle a nadie que me mandara exámenes, todo, todo me lo examinó, me dijo: tú estás bien, tu parte que está fallando es tu parte emocional”. (Grupo focal: usuario. Bogotá)

Se identificó que el estigma sigue siendo una causa frecuente de no reconocimiento o de no consulta por esta enfermedad, y esto fue identificado en los tres subgrupos. El punto en común de la mayoría de las entrevistas en las que se tocaba este tema o categoría es que no es ajeno a la población el proceso de aislamiento o vergüenza por el que tienen que pasar las personas que afrontan este tipo de enfermedades, y que es más difícil poder consultar al médico por este tipo de patologías que no son muy conocidas por la población general.

“Aquí es muy complejo, mire que aquí hay pacientes de hecho que ya están en proceso psiquiátrico y la sociedad no comprende como bien qué es lo que pasa, sino de pronto es un berrinche en algunas ocasiones o ya este es el loco, este es el loco y ya no hay nada que hacerle, pero no hay como de pronto ese apoyo, o haber como más educación, sí, para orientar y apoyar en ciertos temas, entonces puede ser ese también como factorcito.” (Entrevista: trabajadora social. Duitama)

“Las enfermedades mentales a identificar la depresión o un trastorno bipolar como una enfermedad y que a mí como paciente, como familiar no me dé pena, yo me puedo presentar perfectamente una enfermedad e inventar que tengo diabetes y a mí no me da pena contarla, pero una persona de unos sesenta años dice tengo un trastorno bipolar, entonces de pronto es ese estigma, es una tarea importante es

un reto importante para el sistema de salud creo que la gente no identifica su problema por eso”. (Grupo focal: profesional administrativo. Duitama)

“Pienso yo que las instituciones prestadoras de salud tienen que primero trabajar en la desestigmatización de la enfermedad de depresión, porque es una enfermedad”. (Grupo focal: asociación de usuarios. Bogotá)

“Cuando tú tienes un dolor en un dedo haces cualquier cosa para curar ese dedo, pero cuando tú estás deprimido no sales de la depresión, porque ni siquiera te dan ganas de salir de la depresión, entonces es muy importante que se quite ese tabú”. (Grupo focal: usuario. Bogotá)

La categoría más frecuentemente mencionada fue la de poca preparación o falta de capacitación de los profesionales de la salud; los mismos profesionales de la salud son los que más mencionaron esto en sus extractos. La detección tardía de manifestaciones más graves por falta de sospecha diagnóstica y el no seguimiento de procesos orgánicos que están altamente asociados con la depresión fueron frases utilizadas para mencionar esta falta de preparación:

“Pues porque cuando llegan a consulta ya llegan y el médico lo mira, no lo ve deprimido, pero cuando ya llega es porque se intentó suicidar”. (Grupo focal: profesional administrativo. Duitama)

“Afortunada o desafortunadamente el consumo de sustancias como el alcohol y la depresión no están dentro de las 10 causas de morbilidad, entonces, no se hace énfasis, es un diagnóstico que estará en el puesto 30 de las 10 primeras causas, si estuviera en el top 5 o en el top 10 probablemente, pero pues, es una patología que aunque es muy común, que es muy subdiagnosticada y por eso es que no se hacen las respectivas actualizaciones, y ya queda a juicio de cada profesional si quiere leer, si se quiere actualizar o lo que quiera hacer con respecto a eso”. (Grupo focal: profesional de la salud. Bogotá)

“Yo creo que también es algo cultural y político, cuando uno empieza a estudiar medicina y siempre hablan de la definición de salud, está incluida la parte de salud mental, pero siempre el grueso y el duro es la parte bioclínica, y digamos, cuando uno está hipertensión, diabetes, el grueso es todo eso. Yo me atrevería a decir que cuando mis hermanos, que se graduaron hace como 20 años, estudiaron medicina, no hablaban tanto de salud mental, no hablaban tanto de la depresión, sino tal vez eran como esas materias que es un modulito y ya, pero no es algo que se viene trabajando siempre como en la parte clínica”. (Grupo focal: profesional de la salud. Bogotá)

“Porque las instituciones prestadoras de servicios no tenían en cuenta eso. Por ejemplo, en el caso cercano que tuvimos, había depresión en una familiar de nosotros y quisimos llevarla al médico, ‘no, eso no pasa nada; eso es simplemente

es la edad; eso es simplemente posparto', así sucesivamente, se le daban razones, pero no lo estudiaban, o sea, sabían que la persona podía tener esos síntomas de depresión, pero no había como un seguimiento, como: miremos a ver qué podemos hacer con esta depresión, cómo le podemos ayudar a salir del cuadro de depresión. No es simplemente que todas las mujeres cuando han tenido [hijos] tienen síntoma de depresión posparto, ya es normal, porque tienen síntoma de depresión posparto y ya, no se hizo nada, no se trabajó con eso. [A] Las cosas hay que darles un tratamiento para que se sepa qué va a pasar, o sea, cómo lo podemos superar.” (Grupo focal: asociación de usuarios. Bogotá)

La cultura fue una de las categorías mencionadas en su mayoría por los pacientes o los usuarios del sistema de salud, mientras que los trabajadores de centros de salud, tanto profesionales de la salud como otros, no destacaban esta categoría como una posible explicación del por qué no se consulta o no se solicitan servicios de salud por depresión. En esta categoría se identifica que los síntomas de la depresión pueden tomarse como algo que no es anormal y que puede ocurrir, y si al médico “[no le] preocupa, a la persona tampoco debería preocuparle”:

“La gente no ha sido acostumbrada a ser dueña de su salud, sino el dueño de mi salud es el médico”. (Grupo focal: profesional administrativo. Duitama)

“Sino que se toma como algo normal. O no, los adolescentes se deprimen y ya, se toma como un patrón de comportamiento de cierto sector, no es así, es una cosa a la que hay que prestarle atención. Entonces nadie dijo, ‘venga mire saquemos una cita le podemos ayudar por este lado’, no, ‘eso es normal de adolescentes, eso es normal de las madres que acaban de tener hijos, eso es normal’. No, no es normal, porque es una cosa que me hace sentir mal”. (Grupo focal: asociación de usuarios. Bogotá)

“Investigué sobre la enfermedad, ya comencé a ver que mi mamita también estaba muy deprimida, entonces comencé como a salir ya de esa depresión por lo mismo, por colaborarle a ella para ayudarle, y entonces pues han sido como cosas traumáticas ¿no?, y uno pues a veces piensa que la depresión es algo que pasa y no vamos al médico, porque para qué, porque uno estando en depresión el médico no lo va a tratar, dice uno, no, pero hay situaciones, hay un médico para cada caso, pero entonces uno en ese momento no lo piensa hacer.” (Grupo focal: usuaria. Duitama)

4.4.4.2 Alcohol

Se obtuvieron 35 fragmentos de las entrevistas, con una mayor participación por parte de los profesionales de la salud, y una menor, de los trabajadores de centros de salud. Se emplearon las mismas categorías utilizadas en el apartado de depresión; así, las causas

más y menos frecuentes de no consulta fueron la cultura y la categoría estructural y organizacional, respectivamente (tabla 4-16).

Tabla 4-16: Temáticas de los contenidos sobre consumo de alcohol

	Población general	Trabajadores en hospitales	Profesionales de la salud	Total
Educación y conocimiento de enfermedad	2	2	6	10
Estigma			1	1
Falta de capacitación de profesionales de la salud	3	1	3	7
Cultura	4	4	4	16
Estructurales u organizacionales			1	1
Total	9	7	15	35

Fuente: elaboración propia.

La categoría de educación y conocimiento sobre la enfermedad fue identificada en los extractos de manera frecuente en los tres grupos; sin embargo, el de los profesionales de la salud fue el que más identificó este grupo como la causa de la no atención del consumo de alcohol. Al explorar si existía algún rasgo o factor en común en los extractos agrupados en esta clasificación, se pudo observar que se pensaba que los usuarios no identificaban el consumo de alcohol como una enfermedad, pero ellos mismos o el médico sí identificaban consecuencias del consumo de esta sustancia, que se manifiestan como otras enfermedades o con otros signos, pero no existe la conexión entre el consumo de alcohol y la aparición de estas enfermedades.

“El abuso del alcohol sí es una cosa que yo por lo menos en siete meses que llevo aquí no he visto ni un solo paciente que consulte por problemas de alcoholismo y ellos dicen: ‘pues tengo la tensión alta, tengo diabetes, tengo no sé qué, consumo alcohol, tomo cerveza el fin de semana, me gusta el trago, pero no le veo problema a eso’. Entonces si el paciente no hace reconocimiento de su propio cuerpo, tampoco puede tratar y decirle no”. (Grupo focal: profesionales de la salud. Santa Rosa de Viterbo)

“La negación de la enfermedad’, eso es lo que más nos tiene a todos, yo recibí un mensaje, cuando tenía 22 años y llegué a los 52, porque no, yo manejo el trago, ‘eso se los dejo a los viejitos degenerados o ¿no? Yo no duermo en el andén’; entonces, se espera uno hasta que no se da uno golpes contra el mundo, hasta que no toca fondos terribles, no aterriza uno, gracias a Dios yo llegué a aterrizar”. (Grupo focal: alcohólicos anónimos. Bogotá).

El desconocimiento o la falta de capacitación de los profesionales de la salud fue identificado por todos los grupos, pero llama la atención que en el grupo de los profesionales de la salud son ellos mismos quienes destacan esto como uno de los impedimentos para que se continúe con el proceso de acceso a salud del consumo de alcohol. Se identificó que, en general, los profesionales de la salud pueden tomar el consumo de alcohol como una mala costumbre, pero no una enfermedad, y que, incluso en eventos graves, como un accidente de tránsito secundario al consumo de alcohol o un síndrome de Mallory Weiss, no se realice la búsqueda activa de esta enfermedad mental, a pesar de conocer la causalidad y la relación entre la sustancia y dichas patologías.

“Si una persona del común cuando damos la charlita, que no tenga que ver con la salud y que no sea profesional, no sepa, no sabe que el alcoholismo es una enfermedad, está bien, yo tampoco lo sabía, pero hemos estado con médicos y hay unos que no saben, o vamos con psicólogos que deberían saberlo y dicen: ‘¿eso una enfermedad?, un mal hábito, ¿pero una enfermedad?’, ‘estos locos de alcohólicos anónimos qué se inventan’, entonces no somos nosotros, la Organización Mundial de la Salud y toda esta cuestión.” (Grupo focal: alcohólicos anónimos. Bogotá)

“Perfecto, pero fíjese usted, acá hay algo supremamente importante (qué bueno que ustedes hagan esto, qué bueno), pero hay algo importante acá, cuando un accidente de tránsito, un ejemplo, llega el tipo, va borracho manejando una moto y se estrella, se partió la pierna, que es lo que hacen en una sala de urgencias los médicos cuando llega el paciente allá, atenderle la pierna ¿cierto?, ‘mire el man se partió la pierna’, su yeso, su vaina, pero no le ven el causante del accidente, el causante del accidente fue el alcohol, y con el respeto que ustedes se merecen, claro, porque ustedes tienen su futuro y qué bueno que hagan eso; entonces, aquí hay algo, si los médicos, si la parte médica viera la enfermedad como la enfermedad que es, el alcohol como dice la Organización Mundial de la Salud (min. 12), entonces fuera diferente, porque ustedes le curan la pierna al tipo y el tipo se cura de la pierna en tres meses y ya sale bien bacano y va a seguir bebiendo, entonces ya después otro accidente y va a llegar con las dos piernas rotas y un brazo roto, y lo mismo hasta que el tipo se mata; pero si los médicos tuvieran más información sobre la enfermedad del alcoholismo, téngalo por seguro que...” (Grupo focal: alcohólicos anónimos. Bogotá)

“En consulta externa creo que sí se ve. Si uno percibe que cierta parte de la población tiene algo a nivel psicológico, algo a nivel mental. Que uno se da cuenta que consulta por otras cosas de patología orgánica, pero que uno se... uno lo identifica uno lo sabe, pero que uno determine alguna conducta frente a eso ¡no!”. (Grupo focal: profesionales de la salud. Guayabal)

“Hay mucha ignorancia también dentro de los profesionales de la medicina, porque el médico le dice al alcohólico..., el alcohólico va a consultarlo no por su alcoholismo, sino porque tiene gastritis, causada precisamente por el consumo de alcohol y le dice: ‘no te tomes los whiskeys, toma cervecita que es más suave’, ¿sí?”. (Grupo focal: alcohólicos anónimos. Bogotá)

“Hay unos signos que no son triage formal, sino que te alerta que hay que hacer algo diferente, hay que pasar este paciente o tiene algo, y nosotros en esos criterios, nosotros no tenemos nada contemplado hablando de salud mental, tenemos criterios muy clínicos o de pronto no tan clínicos, sino de síntomas muy del usuario, que diga tengo mucho dolor, el hecho de que diga que tiene mucho dolor ese es un síntoma que la auxiliar nos va a alertar. Por lo menos llamar al especialista y decirle ‘Dr., acá hay algo que nos pueda alertar’. Me parece interesante revisar qué podemos poner de síntomas que las auxiliares identifiquen por lo menos en pedir ayuda y decir eso puede ser importante revisarlo, que no tenemos nada contemplado, como hay dolor, hay reconsultas, hay alteración de signos vitales, pero realmente nada de salud mental”. (Grupo focal: profesional administrativo. Bogotá)

La cultura fue mencionada e identificada por los tres grupos abordados como responsable de que la persona no solicite o no use los servicios de salud relacionados con el consumo de alcohol. El gran punto en común de todos los fragmentos obtenidos fue el hecho de que en nuestra sociedad el consumo de alcohol es visto como algo normal y cotidiano; incluso desde los mismos hogares se acepta y se introduce la sustancia entre los menores de edad durante los eventos familiares; también, que es una sustancia social y legalmente aceptada.

“Yo lo defino como un gran monstruo, que tira a aplastarnos, pero como es socialmente aceptado, no pasa nada. Los papitos le tienen miedo al consumo de marihuana, de perico, que se inyecten, que chupen pegante, lo que sea, en eso sí nos asustamos, pero frente al alcohol: toléralo, modéralo, consume cinco...”. (Grupo focal: alcohólicos anónimos. Bogotá)

“Y además, como dice la jefe, también es cultural; la jefe dice es como cultural, nadie va a tratarse el alcoholismo, nadie, es muy difícil que una persona diga yo soy alcohólica y voy a tratamiento”. (Entrevista: profesional administrativo. Duitama)

“Culturalmente, el abuso en alcohol es de todos los días. Yo creo que crecimos en un ambiente en el que desde las familias hasta las personas que están alrededor de nuestras familias tienen una cultura del consumo de alcohol. Que antes, yo creería es mi percepción, antes era más dada a darle trago a un menor de edad en una reunión, como un acto de ‘vaya probando’”. (Grupo focal: profesionales de la salud. Bogotá)

4.4.5 Discusión

Mediante la aproximación cualitativa utilizada fue posible identificar de un modo más cercano el pensamiento de diversos actores del proceso de acceso a salud; en especial, en el contexto de enfermedades mentales. Como fue posible observar, existen categorías y pensamientos similares a través de los tres subgrupos explorados, que son correspondientes con estudios previamente conducidos en Australia (242), Estados Unidos (243) y Europa (244), en los cuales se identifica la diferencia que hay en los procesos de atención en lo que respecta a la enfermedad mental, comparada con otro tipo de patologías. Se ha encontrado que, al igual que en este estudio, se repitieron categorías que modificaban la atención de pacientes con enfermedad mental, como la alfabetización en salud mental, el estigma, la cultura y el conocimiento de los profesionales de la salud.

4.4.5.1 Alfabetización

La educación de los pacientes o, como se le conoce en la literatura biomédica, la *alfabetización médica*, fue una de las causas mencionadas tanto para la depresión como para el consumo de alcohol. La alfabetización en salud mental ha tenido varias definiciones; sin embargo, la que es aceptada con mayor regularidad es la propuesta por Jorm y cols.: “Conocimientos y creencias acerca de las enfermedades mentales que ayudan en su reconocimiento, manejo y prevención” (82). Como se puede evidenciar, tanto los profesionales de la salud como los usuarios entrevistados percibieron que existía un desconocimiento por parte de la población acerca de ambas patologías; incluso, en algunas entrevistas fue posible identificar que solo se las reconoce en fases avanzadas o en crisis de cada una, y se entiende esto como suicidio asociado con la depresión o como secuelas multiorgánicas asociadas con el alcohol.

Esta falta de alfabetización no es exclusiva de la población colombiana, sino que ha sido encontrada en diferentes poblaciones, como se demostró en el estudio conducido por Jorm y cols. en Australia, en el cual realizaron una muestra nacional en la que le presentaban a sus participantes unas viñetas con casos de depresión y esquizofrenia, además de conductas e intervenciones que podrían ayudar o empeorar la condición de las personas. En sus resultados, encontraron que tan solo un 39 y 27 % de los encuestados identificaron de manera adecuada el caso de depresión y esquizofrenia, respectivamente (82). Este tipo de estudios fueron replicados en varios países y posteriormente resumidos en la revisión

conducida por Angermeyer y cols., en la cual se evidenció de manera consistente, el desconocimiento, la falta de información y las concepciones erróneas que existían acerca de las personas que padecen enfermedades mentales (245).

Llama la atención la existencia de este tipo de desinformación y de concepciones erróneas acerca de la enfermedad mental, que no solo perjudican por el desconocimiento y por una pobre alfabetización, sino que, también, como observaremos más adelante, fomentan conductas discriminatorias, como la creación y el sustento de prejuicios, que también hacen parte de esa dinámica que afecta el proceso de atención y tratamiento de dichos pacientes (246). Adicionalmente, la pobre alfabetización en enfermedad mental puede retrasar los diagnósticos tempranos y los manejos adecuados de estos pacientes, con un incremento en el diagnóstico en etapas avanzadas de las enfermedades, lo que no solo genera un impacto sobre el usuario y su familia, sino, también, sobre los costos y la discapacidad generadas por la enfermedad (94,205).

Pero la identificación de esa desinformación y la falta de educación acerca de la enfermedad mental han permitido identificar probables intervenciones y medidas para mejorar el conocimiento de la población general, así como el estado de salud de los pacientes. Gran parte de estos supuestos se evidencian en el estudio realizado por Aaby y cols., quienes aplicaron cuestionarios sobre el estado de salud física y mental, conocimiento sobre enfermedad y asistencia a citas de control, así como conductas relacionadas, en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Se evidenció que en los pacientes con mayores puntajes en las escalas de alfabetización y conocimiento de su enfermedad se presentaban mayores conductas saludables, como actividad física, dieta saludable, mejor estado de salud física y mental, al compararlo con quienes tenían poco conocimiento sobre su enfermedad (247).

La alfabetización en salud mental fue una de las categorías comunes y frecuentemente mencionada para ambas enfermedades, y son resultados que concuerdan con los descritos en la literatura internacional (82,245,248,249). Esto puede ser porque en la sociedad colombiana se ha visto un incremento en la necesidad de los usuarios por conocer no exclusivamente sobre sus enfermedades somáticas, sino, también, sobre su salud y enfermedad mental, gracias, en gran parte, a la mayor importancia que ha ganado este aspecto, mediante políticas públicas que han incluido entre sus objetivos la salud mental (250).

4.4.5.2 Estigma

Este aspecto ha sido uno de los más relacionados, asociados e identificados en los estudios sobre enfermedad mental. Este tipo de enfermedades han sido catalogadas y etiquetadas por diversas causas, a través de las épocas, como castigos divinos, responsabilidad de la familia, pobre resiliencia o debilidad mental, por lo que padecerlas se asociaba y se asocia en la actualidad (aunque en menor medida) con prejuicios y discriminación (251). Las definiciones de estigma son múltiples, y su abordaje es de carácter multidisciplinario, lo que sobrepasa los alcances de esta investigación. Sin embargo, debido al objetivo del artículo de explorar la relación entre el reconocimiento de la enfermedad mental y el acceso a salud, se utilizará el modelo propuesto por Henderson y cols. sobre estigma y enfermedad mental (238).

Este modelo desagrega el estigma en tres componentes: el estigma intrapersonal, el interpersonal y el organizacional, o estructural. El *estigma intrapersonal*, o *autoestigma*, como también se le conoce, se refiere a la aceptación de los estereotipos y las ideas de la sociedad por parte del usuario hacia la enfermedad mental, con impacto sobre su autoestima y, por ende, sobre la necesidad de ser tratado. El *estigma interpersonal* se encuentra muy ligado con el apartado anterior, acerca de la alfabetización en enfermedad mental, ya que se refiere a las ideas, los prejuicios y las concepciones que tienen las familias, los amigos y la población general, lo que puede llevar a actos discriminatorios psicológicos y físicos. El último, el *estigma organizacional*, o *estructural*, se refiere a las leyes, las políticas o los constructos sociales que limitan y comprometen la adecuada atención en salud mental; por ejemplo, la menor cantidad de especialistas en salud mental, o una inequidad en la atención entre los pacientes con enfermedad mental y los pacientes sin ella (238,252).

Mediante un ejemplo es más sencillo identificar todos estos aspectos. Vamos a utilizar uno de los ejemplos encontrados en las entrevistas de depresión, sobre la pérdida de un embarazo por un aborto; así, la paciente puede culparse por ello, debido a que ha escuchado que dicha pérdida pudo darse por estar triste y deprimida (autoestigma), los vecinos o los conocidos pueden alejarse de ella o hablar a sus espaldas sobre por qué perdió al bebé (estigma interpersonal) y, finalmente, la paciente se siente deprimida y triste, pero no tiene un especialista en salud mental que la acompañe durante este proceso de duelo, y en caso de haberlo, las citas se encuentran muy distantes en tiempo o el

especialista se encuentra a una distancia considerable (estigma estructural), lo que limita la consulta y atención en salud de la paciente.

Estos sentimientos de estigma son identificados, en general, en la gran mayoría de enfermedades mentales, pero algunas personas pueden ser más afectadas que otras. En el estudio realizado por Dinos y cols. se realizaron entrevistas cualitativas a pacientes con diversas enfermedades mentales. Encontraron que aquellos pacientes con desórdenes de consumo de sustancias y psicosis fueron los que más padecieron de estigma y se veían más afectados por este, pero aquellos con depresión o trastornos de ansiedad fueron quienes más refirieron conductas paternalistas o condescendientes con ellos, por su enfermedad, así como un mayor grado de estigma anticipatorio. A manera de conclusión, el autor menciona que el estigma afecta de manera significativa la recepción del diagnóstico de la enfermedad mental, así como la adherencia y la continuidad del tratamiento (253).

Es necesario resaltar que, a diferencia de lo encontrado en estudios sobre estigma y enfermedad mental (254-256), el estigma fue poco o prácticamente ni mencionado en el caso del consumo de alcohol como causa de no reconocer la enfermedad o no buscar atención en salud en el actual estudio, a diferencia de la depresión, en la cual el estigma se encontró entre las tres primeras categorías de por qué no se reconocía la enfermedad mental. Una probable hipótesis de esto puede referirse a las diferencias entre las normas sociales y la aceptación que tiene el consumo de alcohol en Colombia.

4.4.5.3 Cultura

Desde el momento en que se modificó la definición de salud como la simple ausencia de enfermedad, se ha intentado ver al ser humano en una visión integral, en la cual se incluye su cultura, que se ha agrupado dentro de lo que se conoce como *determinantes sociales* (52). Aunque no hace parte de los objetivos del artículo definir *cultura*, en este estudio se definió como: “Los valores, las normas y las creencias bajo las cuales se rigen, conviven y desarrollan los miembros de un grupo, y que pueden influenciar o ser influenciadas por aspectos religiosos, de género, de etnia, entre otros” (257).

Este conjunto de normas o valores pueden modificar, y se ha visto que modifican, las formas como los individuos de una respectiva cultura crean su idea o su constructo de salud y enfermedad, y forman así diferencias tangibles entre las distintas sociedades y

países. Esto se puede ver reflejado en las construcciones existentes y las creencias sobre salud mental que se identificaron en el trabajo de Choudrhy, en el cual se vieron diferencias a través de las creencias de los participantes y los países, debido a que contenía estudios de todas las regiones del mundo (245). Dicho estudio realizó una metátesis de los estudios cualitativos encontrados en diferentes países, para encontrar las percepciones o las creencias en torno al tema de la salud mental. Uno de los ámbitos explorados fue el de la descripción de los problemas de salud mental; así, se encontraron diferencias entre los países de donde provenían los estudios, como en el caso de China, donde se pensaba que la depresión era algo normal de la población, mientras que en un estudio realizado en Nigeria le atribuían causas espirituales y fuerzas sobrenaturales al origen de estas enfermedades, incluyendo la depresión.

Pero estas diferencias se mantienen incluso después de que un individuo ha abandonado su país o espacio geográfico de origen, y esto se ha visto en estudios realizados en países donde convergen individuos de múltiples culturas. Bignal y cols. realizaron un estudio cualitativo, cuyo objetivo fue explorar las percepciones e ideas sobre problemas de salud mental en cuatro grupos culturales y étnicos diferentes en Estados Unidos (afroamericanos, hispanos, asiáticos y estadounidenses). Estas percepciones fueron agrupadas en diferentes categorías. Los autores encontraron que, sobre los problemas de salud mental, las percepciones entre los grupos culturales fueron diferentes; así, las más frecuentes fueron las de normalidad en los asiáticos, las de espiritualidad en los latinos y afroamericanos, y las de trauma en los estadounidenses. El autor concluyó que estas diferencias culturales podrían explicar las diferencias en la solicitud de servicios de salud, y deben tenerse en cuenta al momento de promover campañas de salud ajustadas a cada grupo cultural (258).

Es claro que el contexto cultural y social bajo el cual crecen los usuarios es un gran determinante de la percepción y el entendimiento del concepto de salud y enfermedad, y a partir de eso surgen constructos como el de conductas social o legalmente aceptadas. Para entender mejor esta afirmación, podríamos explorar las leyes que rigen la legalidad o ilegalidad del consumo de sustancias psicoactivas entre los países; especialmente, en el consumo de alcohol. Las leyes que rigen el consumo de esta sustancia son tan diversas como personas hay en el mundo; sin embargo, existe una legislación común en todo el mundo, y es la edad mínima de consumo de alcohol, la cual va desde que no existe una edad mínima de consumo (China, Bolivia, Camerún) hasta mayores de 18 años (Colombia,

Italia, Egipto, Australia) y algunos en los cuales está prohibido de manera indefinida el alcohol (Afganistán, Irán, Bangladesh) (259). Dependiendo de cada país y de cada cultura, la edad a la que se empieza a consumir alcohol puede ser aceptada socialmente o no; todo, a partir del constructo que se genera, de acuerdo con el establecimiento de una ley que determina dicho momento.

La cultura fue una de las categorías ampliamente identificadas en las dos enfermedades mentales indagadas en el estudio; sin embargo, llama la atención que fue mucho más identificada por los entrevistados en el caso del consumo de alcohol. Una explicación puede ser que el consumo de alcohol es un acto que generalmente se realiza en un ambiente social donde puede ser visualizado por otros individuos e, incluso, está más asociado que la depresión con generar daños a terceros (259,260), por lo cual la percepción acerca del impacto que puede tener la cultura es más fácilmente identificada en esta patología.

4.4.5.4 Falta de capacitación de profesionales de la salud

La disponibilidad de servicios de salud no se refiere exclusivamente a las estructuras y las políticas en salud, sino que también se debe incluir a los profesionales de la salud que entregan estos servicios. Por esto, es indispensable contar con profesionales de este campo adecuadamente capacitados para prestar dichos servicios de salud; sin embargo, los especialistas en enfermedad mental cuentan con un gran déficit respecto a los usuarios que deben atender. Esto se observó en el estudio realizado por Jacob y cols., en el que se encontró que a escala mundial hay 1,2 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, cifra que varía dependiendo de la región del mundo, con 0,05 especialistas en África, hasta 9 psiquiatras por cada 100.000 habitantes en Europa (208); en Colombia, esta proporción es de 1 psiquiatra por cada 200.000 personas (251,252).

Ante tal déficit de médicos especialistas en el manejo de enfermedad mental, y la carga y la incidencia que estas tienen, con proyecciones que muestran un mayor incremento en los próximos años, se esperaría que otros profesionales de la salud estuvieran capacitados para el manejo de la enfermedad mental. A pesar de esta realidad, la literatura muestra que actualmente los profesionales de la salud que no son psiquiatras no hacen diagnósticos adecuados de las enfermedades mentales, como mostró Cepoiu y cols. en su RSL y MA acerca del diagnóstico de trastorno depresivo por médicos no psiquiatras. Se

encontraron estudios, en su mayoría en atención primaria, seguidos de identificación en sala de urgencias y en pacientes intrahospitalarios. Los autores encontraron una sensibilidad de tan solo 36,4 % (IC 95 % 27,9-44,8) y especificidad de 83,7 % (IC 95 % 77,5-90); así, concluyeron que la precisión del diagnóstico por médicos no psiquiatras de trastorno depresivo era muy baja (261). Este subdiagnóstico y esta imprecisión ocurren en los trastornos depresivos, a pesar de ser de los más prevalentes y más conocidos en la población general, por lo que no es extraño observar que dichas imprecisiones y errores diagnósticos ocurran en el resto de enfermedades mentales (262,263).

Al explorar en qué aspectos ocurren el desconocimiento y la falta de capacitación de los profesionales de la salud durante el proceso diagnóstico, se ha observado que ocurren desde en el proceso diagnóstico hasta en los tratamientos para las enfermedades. En el estudio de conocimiento de enfermedades mentales por médicos generales realizado por Wu y cols., en el cual preguntaban con viñetas el diagnóstico y manejo de enfermedades mentales, los autores encontraron que menos del 60 % de los profesionales identificaron la enfermedad mental; sin embargo, un 70 % contestó y seleccionó el manejo con psicofármacos, pero acompañarían este tratamiento solo hablándolo o discutiéndolo con amigos o familia, en vez de sugerir un manejo por un profesional en salud mental. La conclusión de este estudio fue el desconocimiento en general del proceso diagnóstico y del tratamiento de las enfermedades mentales en esta muestra de profesionales de la salud.

A la fecha, la literatura e investigaciones biomédicas han identificado ese desconocimiento por parte de los profesionales de la salud, pero las causas de este fueron objeto de estudios e investigaciones, con el fin de establecer puntos en los que se puedan hacer intervenciones para modificar dicho desconocimiento. En el estudio conducido por Wilson y cols., se les preguntaron a médicos generales del Reino Unido ($n = 282$) las razones por las cuales no se hacía el diagnóstico de trastorno de consumo de alcohol, y encontraron que la mayoría de profesionales estaban muy ocupados (63 %), no tenían una educación adecuada sobre el diagnóstico y manejo de esta enfermedad (57 %), o creían que tal diagnóstico no se encontraba dentro de sus obligaciones contractuales (49 %). La falta de apoyo en cuanto a tiempo y recursos humanos, así como la falta de entrenamiento, son los puntos por intervenir, de acuerdo con los resultados obtenidos (264).

El desconocimiento por parte de los profesionales de la salud fue una categoría común en el presente estudio, tanto en el trastorno depresivo como en el consumo de alcohol, los cuales representan el componente de salud mental al ser los dos principales trastornos. Adicionalmente, los tres subgrupos de individuos entrevistados identificaron su desconocimiento como una de las principales causas de no identificación de enfermedad mental. La falta de conocimiento, de cursos de capacitación o de actualización en los profesionales de la salud, así como una deficiencia de capacitación en salud y enfermedad mentales en los currículos de las escuelas de medicina, podrían ser las causas probables para el desconocimiento que se evidencia en los profesionales de la salud, y el reconocimiento que estos puedan tener de los TPM. Con dicho reconocimiento por parte de un tercero se podrían detectar problemas prevalentes en los usuarios. Ahora, también se describe la falta de conocimiento y lo que hemos llamado *reconocimiento de los usuarios* sobre sus mismas problemáticas. Este desconocimiento conlleva una falta de reconocimiento sobre sí mismo o tener un limitado autorreconocimiento sobre las mismas problemáticas, al no conocer sobre su existencia o, por otra parte, al no percatarse de las dificultades que se tienen por falta de introspección o capacidad de reconocimiento.

4.4.6 Conclusión

El presente estudio suministra información importante para la búsqueda de factores que truncan el acceso en salud mental en el contexto colombiano y para la generación de hipótesis que puedan llevar a la comprensión y la implementación de herramientas promotoras de una adecuada atención en el ámbito de la enfermedad mental. Dentro de las categorías descritas para disminuir el acceso están: la educación y el grado de conocimiento de la enfermedad, el estigma, la falta de capacitación de profesionales de la salud, la cultura y la estructura y el tipo de organización. Se provee una aproximación al acceso en salud mental de la depresión y el uso inadecuado de alcohol en el contexto del sistema de salud colombiano, y la comprensión del reconocimiento de problemas y trastornos mentales por parte de los usuarios y de los profesionales de la salud.

4.5 Valoración del estado de salud y reconocimiento

Resumen

Introducción: La valoración del estado de salud disminuye en la escala visual análoga (EVA) en personas que refieren trastornos mentales (depresión y ansiedad); no obstante, no se sabe cómo personas adultas con y sin TPM reconocen o no su estado de salud mental. **Objetivos:** Comparar los puntajes de la EVA obtenidos por las personas adultas que reconocen o no los problemas y los trastornos mentales en la población adulta; evaluar si existe alguna asociación a los puntajes obtenidos. **Metodología:** Se hacen comparaciones de la mediana y el promedio de puntos en la EVA de los grupos de personas que reconocen o no sus problemas y sus trastornos mentales. Se realizan análisis bivariados y multivariados que comparan los grupos de las personas con y sin reconocimiento, de acuerdo con la categorización del estado de salud. **Resultados:** Con una muestra de 4613 adultos con TPM, de los cuales hay 4249 que se reconocen con problemas o trastornos mentales y 364 que no se reconocen con ellos. En los análisis de medianas y promedios para problemas y trastornos se evidencia un menor puntaje en su estado de salud para quienes reconocen su TPM. En el análisis bivariado observamos diferencias significativas en los tres grupos: trastornos, problemas y trastornos más problemas, y donde es menor el puntaje en los que reconocen su TPM. En las pruebas de asociación se detectó asociación significativa para el estado de salud de 21-40, al compararse con el nivel de 0-20, con un OR: 0,57 (IC 95 % 0,33-0,98). Esta diferencia no se mantuvo en el modelo multivariado. **Conclusión:** Los valores del estado de salud son menores en las personas que reconocen su TPM que en las que no lo hacen. Esto es coherente con todos los hallazgos que se han reportado, en los cuales se evidencia que el hecho de no reconocerse conlleva sentirse mejor, de acuerdo con la escala EVA.

Palabras clave: salud mental, valoración del estado de salud, calidad de vida, enfermedad mental

En la ENSM 2015 se observó que la puntuación de la escala visual análoga (EVA) disminuía en personas que refieren trastornos mentales (depresión y ansiedad); no obstante, en este primer informe no se realizó ninguna comparación de las personas que con trastorno no se reconocían como tales, y se requiere que estos datos sean conocidos (4).

En un estudio realizado recientemente, y teniendo en cuenta la población colombiana, se observó que el 69,7 % (IC 95 %, 66,9 a 68,9) de la población reportó estar en “salud completa”; esto es, una valoración de 11111 para el EQ-5D. Un 4,43 % de la población

describía estar con moderada depresión o con ansiedad, esto es, 11112. Al evaluar el EVA, se observa que el mayor puntaje para un estado completo de salud es de 81,2, mientras que al presentarse depresión o ansiedad moderadas el puntaje baja a 75,9. Esto significa que en aquellos que reconocen su trastorno mental, el puntaje del EVA disminuye en 5,3 puntos (265).

En este aparte se describirán los hallazgos del análisis bivariado entre la valoración de los estados de salud, por medio de la escala EVA y el reconocimiento o no de los TPM. La sección se basa exclusivamente en los resultados de la población adulta (mayor de 18 años) de la ENSM 2015; por tanto, en esta encuesta solo se realizaron estas mediciones para la población adulta.

En primera instancia, describiremos los puntajes de la EVA obtenidos por las personas que reconocen o no los trastornos mentales en la población adulta. En ellos observamos cómo la mediana obtenida es de 80 puntos para ambos grupos, puntaje que varía entre 0 y 100, y donde 100 es el mejor estado de salud. A partir de allí evidenciamos un estado de salud bien valorado por ambos grupos, independientemente de su reconocimiento. Respecto al promedio, se observa que es un poco mayor (76,6) para quienes no se reconocen que para quienes sí lo hacen (70,1). Con esto, podemos observar que el reporte de dificultades mentales (depresión y ansiedad) con EQ-5D es similar al obtenido con las personas con trastornos que no se reconocen (75,9 frente a 76,6), en tanto que es más bajo para las personas que se reconocen con enfermedad mental (tabla 4-17).

Ahora, al comparar estos mismos valores en personas con problemas mentales, observamos que los puntajes del EVA son mayores tanto en la mediana (80) como en el promedio (70) (tabla 4-18).

Tabla 4-17: Puntaje en la escala visual análoga en pacientes con trastornos que se reconocen o no

Estado de salud	Autorreconoce	
	Sí	No
Mínimo	4	0
P25	50	70
Mediana	80	80
P75	90	99
Máximo	100	100

Promedio	70,1	76,6
Desviación estándar	26,1	24,9

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4-18: Puntaje en la escala visual análoga en pacientes con problemas que se reconocen o no

Estado de salud	Autorreconoce	
	Sí	No
Mínimo	1	0
P25	50	50
Mediana	70	80
P75	80	90
Máximo	100	100
Promedio	64,1	70
Desviación estándar	24	25,6

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, se realiza el mismo análisis para los trastornos y problemas combinados, y en ellos observamos que la mediana y el promedio son mayores para las personas que no se reconocen como con TPM. La mediana es 80 y el promedio es de 71,9. Es de anotar que en todos los puntajes observamos que es mayor el puntaje en la EVA de aquellas personas que no se reconocen, lo que hace pensar en que es concordante con su estado: si no detecto que tengo un TPM, puntúo mi estado general como mejor que si este es detectado (tabla 4-19).

Tabla 4-19: Puntaje en la escala visual análoga en pacientes con trastornos o problemas que se reconocen o no

Estado de salud	Autorreconoce	
	Sí	No
Mínimo	1	0
P25	50	60
Mediana	70	80
P75	90	90
Máximo	100	100
Promedio	66,3	71,9
Desviación estándar	24,9	25,6

Fuente: elaboración propia.

Posteriormente, se realiza una prueba de χ^2 , que compara los grupos de las personas con y sin reconocimiento, de acuerdo con la categorización del estado de salud. En ellas observamos diferencias significativas en los tres grupos: trastornos, problemas y trastornos más problemas (tabla 4-20). En estos notamos que existen diferencias significativas entre las frecuencias reportadas en cada uno de los estados de salud informados. En todos ellos encontramos un mayor porcentaje de personas en las casillas más altas de evaluación de estado de salud para aquellas que no se reconocen con TPM.

Tabla 4-20: Frecuencias con trastornos, problemas y TPM reconocidos o no de acuerdo con el estado de salud

Adultos: trastornos						P = 0,012
	Autorreconoce					
Estado de salud		No		Sí		
	1-20	69	5,75	8	6,11	
	21-40	58	4,83	14	10,69	
	41-60	171	14,24	26	19,85	
	61-80	326	27,14	34	25,95	
	81-100	577	48,04	49	37,4	
Adultos: problemas						P < 0,001
	Autorreconoce					
Estado de salud		No		Sí		
	1-20	221	7,25	16	6,87	
	21-40	206	6,76	24	10,3	
	41-60	647	21,23	69	29,61	
	61-80	938	30,77	78	33,48	
	81-100	1036	33,99	46	19,74	
Adultos: trastornos o problemas						P < 0,001
	Autorreconoce					
Estado de salud		No		Sí		
	1-20	290	6,83	24	6,59	
	21-40	264	6,21	38	10,44	
	41-60	818	19,25	95	26,1	
	61-80	1264	29,75	112	30,77	
	81-100	1613	37,96	95	26,1	

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, se realizaron pruebas de asociación (ver las pruebas en el anexo C) y no se detectó ninguna asociación significativa, excepto en la prueba de trastornos y problemas para el estado de salud, de 21 a 40, al compararse con el nivel de 0 a 20. Se obtuvo un OR: 0,57 (IC 95 % 0,33-0,98). Esto muestra una menor asociación (43 %) en el hecho de no reconocerse con tener un puntaje bajo del estado de salud. Esta diferencia no se mantuvo en el modelo multivariado.

En resumen, en este análisis se evidenció que, sistemáticamente, los valores del estado de salud son menores en las personas que reconocen su TPM que en aquellas que no lo hacen. Esto es coherente con todos los hallazgos que se han reportado, en los cuales se evidencia que el hecho de no reconocerse conlleva sentirse mejor de acuerdo con la escala EVA, y, por tanto, presentan menos tendencia a reconocerse como enfermos y a obtener acceso por sus dificultades. No obstante, pensamos que ello puede estar relacionado con desconocimiento de las problemáticas mentales, negación o dificultades de otra índole, como mayores quejas somáticas, menor adherencia, malas relaciones interpersonales u otras dificultades que requieren estudios ulteriores.

5 Árboles de clasificación y regresión (CART)

Resumen

Introducción: Los análisis realizados mediante determinantes psicosociales asociados al autorreconocimiento o al reconocimiento de un problema o trastorno mental permiten evaluar la importancia de algunos factores sobre un desenlace. Sin embargo, no incluyen todas las interacciones que habitualmente se pueden dar entre las variables. En este sentido, los árboles de clasificación y regresión (CART) pueden llevar a salvar dichos obstáculos, al identificar conjuntos de factores que se agrupan de manera mutuamente excluyentes y que comparten características comunes, las cuales influyen sobre el desenlace de interés, el reconocimiento de TPM. **Objetivo:** Determinar, mediante análisis CART, subgrupos excluyentes y homogéneos que compartan un conjunto de factores psicosociales y se asocien con el autorreconocimiento y reconocimiento o no de problemas y trastornos mentales en adultos, adolescentes y niños. **Metodología:** Se utiliza la metodología CART para la construcción de los árboles de clasificación mediante el *paquete rpart*. Se emplean diversas variables psicosociales que pueden estar influyendo en el desenlace de interés, y se presentan los árboles en los tres grupos de población. **Resultados:** Se exponen las tablas con los porcentajes de reconocimiento o no reconocimiento de problemas, trastornos o ambos para adultos, adolescentes y niños. Entre otros resultados, en adultos con TPM, un 13 % de las personas presentan consumo de alguna sustancia psicoactiva en la vida, un estado de salud > 60, son hombres y residen en las regiones Atlántica, Oriental o Bogotá; de ellos, el 58 % no se reconocen con TPM. En los adolescentes, el árbol que se obtuvo detecta correctamente al 99 % de las personas que se reconocen con TPM. En niños, un porcentaje del 1 %, que reside en la región Oriental o Pacífico, ha sufrido eventos traumáticos y vive en hogar reconstruido; la cifra es

del 75 % de no reconocimiento por terceros. **Conclusión:** Los árboles de clasificación proveen una herramienta para delimitar poblaciones en las cuales se pueden realizar o no intervenciones en salud mental.

5.1 Introducción

A pesar de que existen tratamientos efectivos para el manejo de los trastornos mentales en adultos y adolescentes, menos de la mitad de personas con TPM buscan tratamiento efectivo en el nivel primario, con el médico general o de familia, o con el psiquiatra. Estas personas que presentan problemas o trastornos mentales no son tratados efectivamente y tienen un acceso limitado a salud, lo cual puede llevar en algunos casos a desenlaces fatales; por ejemplo, suicidios en personas no detectadas, mala adherencia de personas con enfermedades crónicas y trastornos mentales no detectados, dificultades sociales por comportamientos inadecuados suscitados por trastornos no reconocidos, entre otras consecuencias (17,19).

Reconocer este tipo de personas que no detectan sus problemas es crucial para formular políticas de salud y diseñar intervenciones que lleven a disminuir las inequidades en salud mental. Así mismo, las investigaciones que existen sobre la utilización de servicios y acceso a estos se basa, sobre todo, en modelación estadística con riesgos competitivos y en la significancia estadística o no de las comparaciones que se establezcan. Acerca de los determinantes psicosociales de la salud, esta aproximación puede ser problemática, pues no incluye las interacciones que habitualmente se pueden dar entre las variables. En este sentido, la teoría interseccional nos lleva a considerar los determinantes sociales no como una sola variable (por ejemplo, estrato socioeconómico, educación, empleo, etc.), sino en términos de factores que interactúan entre sí y que llevan a pensar en factores interdependientes e interactuantes. De esta manera, se ha evidenciado que las madres solteras buscan más la atención en salud mental que las casadas (53,266,267).

A pesar de ser intuitivo, la exploración de la interseccionalidad no es fácil y requiere modelos que no sean lineales, pues las interacciones en estos producen resultados complejos, difíciles de comprender e interpretar; a la vez, están llenos de asociaciones y multicolinealidades. Por este motivo, utilizar los árboles de clasificación y regresión (CART), procedimiento no paramétrico, puede llevar a salvar estos obstáculos, al

identificar grupos mutuamente excluyentes que comparten características comunes, las cuales influyen sobre el desenlace de interés. Este método permite explorar relaciones entre desenlaces y un gran número de variables predictoras, así como detectar interacciones complejas, como las que puede haber en la investigación que estamos adelantando. Los modelos CART tienen tres ventajas: 1. no realiza supuestos sobre la distribución y relación entre las variables; 2. puede detectar relaciones e interacciones que no se sospechan, y 3. los resultados son fáciles de interpretar. Esto lleva a tener reglas de decisión que fácilmente pueden llevar a detectar personas en riesgo más fácilmente que con otros métodos.

El método CART permite segmentar subgrupos poblacionales para identificar subgrupos dentro de estos que compartan características, las cuales pueden ser importantes barreras o facilitadores para tener determinados comportamientos. Los grupos que se obtienen en las segmentaciones son subgrupos mutuamente excluyentes y homogéneos. Cada segmentación tiene un óptimo balance entre sensibilidad y especificidad para predecir la variable desenlace. El análisis CART permite segmentar la población en subgrupos significativos, que permite a la vez actuar sobre ellos y distribuir adecuadamente los recursos públicos (35,123,267).

Estas características la hacen una técnica de excelencia para hallar personas en riesgo, como aquellas que no reconocen sus TPM. Pasaremos a describir los datos encontrados en adultos y, posteriormente, en adolescentes y niños.

5.2 CART, reconocimiento en adultos

Para la construcción de los árboles de clasificación se empleó el *paquete rpart* (Therneau T, Atkinson B. *rpart: Recursive Partitioning and Regression Trees* [Internet]. 2018. Disponible en: <https://CRAN.R-project.org/package=rpart>) del programa R (R Core Team. *R: A Language and Environment for Statistical Computing* [Internet]. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2018. Disponible en: <https://www.R-project.org/>).

Las variables independientes empleadas para la construcción de los diferentes árboles de clasificación (trastornos, problemas y trastornos o problemas) son las siguientes 53 (tabla 5-1).

Tabla 5-1: Determinantes psicosociales utilizados en adultos

Variable	Definición	Valores
Actgrup	Participación en grupos	Sí/No
Cambres	Razón de cambio de vivienda	Conflicto armado/Otro motivo/No cambió
Cambvivienda	Número de cambios de vivienda	Ninguna/Una vez/Más de una vez
Confianza	Confía en terceros	Sí/No
Discfam	Disfunción familiar	Sí/No
Edad	Grupo de edad (años)	18 a 44, 45 a 64, 65 o más
Enfcronsin	Padece alguna enfermedad crónica	Sí/No
Eventraum1	Ha sufrido algún evento traumático	Sí/No
M2_p1	Grupo étnico	Indígena/Gitano/Raizal/Palenquero/Afrodescendiente/ Ninguno
M2_p49	Alguna vez se ha sentido discriminado o rechazado	Sí/No
M2_p50_1	Se ha sentido discriminado o rechazado en la familia	Sí/No
M2_p50_2	Se ha sentido discriminado o rechazado en la escuela	Sí/No
M2_p50_3	Se ha sentido discriminado o rechazado en el trabajo	Sí/No
M2_p50_4	Se ha sentido discriminado o rechazado en la calle	Sí/No
M2_p50_95	Se ha sentido discriminado o rechazado por otros	Sí/No
M2_p51_1	Se ha sentido discriminado por su etnia	Sí/No
M2_p51_3	Se ha sentido discriminado por su edad	Sí/No
M2_p51_5	Se ha sentido discriminado por su estrato socioeconómico	Sí/No
M2_p51_95	Se ha sentido discriminado por otro motivo	Sí/No
M2_p53	Frecuencia con la que puede acudir con alguien para discutir sus problemas	Siempre/Algunas veces/Nunca
M2_p54	Frecuencia con la que puede acudir con alguien ante imprevisto económico	Con alguna frecuencia/Nunca
M2_p55_a	Puede discutir sus problemas con su familia	Sí/No
M2_p55_b	Puede discutir sus problemas con sus amigos	Sí/No
M2_p55_c	Puede discutir sus problemas con sus vecinos	Sí/No
M2_p55_d	Puede discutir sus problemas con su pareja	Sí/No
M2_p55_e	Puede discutir sus problemas con sus compañeros de trabajo o estudio	Sí/No
M2_p57	Sus vecinos están dispuestos a ayudar a otros vecinos	Sí/No
M2_p58	Puede confiar en sus vecinos	Sí/No
M2_p59	Contribuiría en un proyecto de la comunidad, aunque no tenga un beneficio directo	Sí/No
M2_p6	Cambio de residencia por amenaza de violencia	Sí/No

Variable	Definición	Valores
M2_p60	Ayudaría a sus vecinos con un problema de agua o luz	Sí/No
M2_p61	Practica con frecuencia actividades de beneficio para la comunidad	Sí/No
M2_p62	Si perdiera la billetera fuera de su casa, cree que se la devolverían	Sí/No
M2_p64_1	Preferiría no tener de vecinos a personas de otra etnia	Sí/No
M2_p64_10	Preferiría no tener de vecinos a personas desplazadas por la violencia	Sí/No
M2_p64_11	Preferiría no tener de vecinos a personas desmovilizadas de grupos armados	Sí/No
M2_p64_2	Preferiría no tener de vecinos a personas con adicción a drogas o alcohol	Sí/No
M2_p64_3	Preferiría no tener de vecinos a personas con enfermedades infectocontagiosas	Sí/No
M2_p64_4	Preferiría no tener de vecinos a personas con trastornos mentales	Sí/No
M2_p64_5	Preferiría no tener de vecinos a personas con orientación sexual diferente a la suya	Sí/No
M2_p64_7	Preferiría no tener de vecinos a personas de otra religión	Sí/No
M2_p64_9	Preferiría no tener de vecinos a personas que hablen otro idioma	Sí/No
M2_p65	Importancia de la religión en su vida	Ninguna/Alguna importancia
M2_p8	En el último cambio de ciudad/municipio se mudó solo	Sí/No
M3_p6_2	Valoración de estado de salud	1-20 / 21-40 / 41-60 / 61-80 / 81-100
Percmental	Autopercepción de salud mental	Excelente o muy buena/Buena/Regular o pobre
Pertrabajo	Percepción de experiencias en el trabajo	Experiencias positivas/Experiencias negativas
Pobreza	Nivel de pobreza	Hogar con acceso/Hogar no vulnerable/Hogar vulnerable/Hogar en estado de pobreza
Región	Región del país de residencia	Central/Atlántica/Bogotá/Oriental/Pacífico
Niveleducativo	Nivel educativo	Ninguno o primaria/Media o secundaria/Superior
Rural_urb	Zona de residencia	Rural/Urbano
Sexo	Sexo	Hombre/Mujer
SPA	Consumo de sustancias psicoactivas en la vida	Ninguna/Alcohol/Alguna
Yodiscr	Usted discrimina	Sí/No

Fuente: elaboración propia.

5.2.1 Árbol de clasificación para trastornos mentales en adultos

El objetivo del árbol de clasificación fue la identificación de los sujetos que, aunque sufren algún trastorno mental, no lo reconocen. De esta forma, la variable desenlace fue construida como se expone en la tabla 5-2.

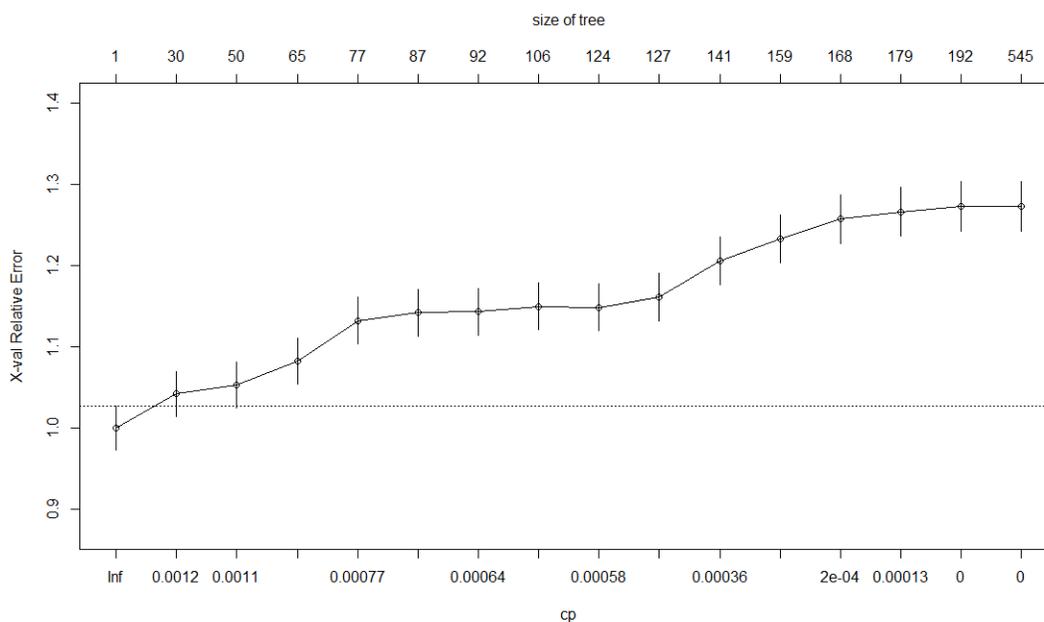
Tabla 5-2: Adultos sanos y con trastorno mental que se reconocen y no se reconocen

Criterio	Código	Frecuencia (n/%)
Sujetos con trastornos mentales y no autorreconocimiento	1	1201/11,1
Sujetos sin trastorno mental; sujetos con trastorno mental y autorreconocimiento	0	9699/88,9
Total		10.870 (100 %)

Fuente: elaboración propia.

El error de mala clasificación del nodo raíz, donde se encuentra el total de sujetos, es $1201/10.870 = 0,11$. A pesar de que la etapa de construcción de los árboles comprende un rango de tamaños que van desde 1 hasta 545, ninguno de estos árboles logra disminuir el error de clasificación del nodo raíz. En consecuencia, no es posible obtener un árbol de clasificación para este problema (figura 5-1).

Figura 5-1: Árboles de clasificación de trastornos de adultos. Particiones del nodo raíz



Fuente: elaboración propia.

5.2.2 Árbol de clasificación para problemas mentales en adultos

El objetivo del árbol de clasificación fue la identificación de los sujetos que, aunque sufren algún problema mental, no lo reconocen. De esta forma, la variable desenlace fue construida como se expone en la tabla 5-3.

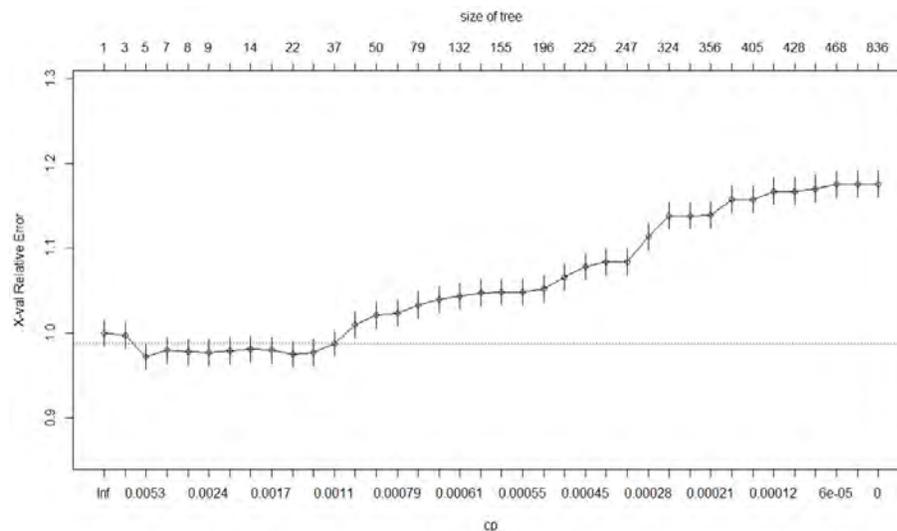
Tabla 5-3: Adultos sanos y con problemas mentales que se reconocen y no se reconocen

Criterio	Código	Frecuencia (n/%)
Sujetos con problemas mentales y no autorreconocimiento	1	3049/28,1
Sujetos sin problemas mentales; sujetos con problemas mentales y autorreconocimiento	0	7821/71,9
Total		10.870/100

Fuente: elaboración propia.

El error de mala clasificación del nodo raíz, donde se encuentra el total de sujetos, es $3049/7821 = 0,28$. El rango de tamaños de los árboles obtenidos en la etapa de crecimiento del árbol va desde 1 hasta 835 nodos terminales. El árbol con el menor parámetro de complejidad ($cp = 0,00262$) es el que realiza siete particiones y comprende nueve nodos terminales (figura 5-2).

Figura 5-2: Árboles de clasificación de problemas de adultos. Particiones del nodo raíz



Fuente: elaboración propia.

Los nodos terminales del árbol corresponden a los perfiles expuestos en la tabla 5-4, con sus correspondientes probabilidades de sujetos, con el desenlace en cada uno de ellos.

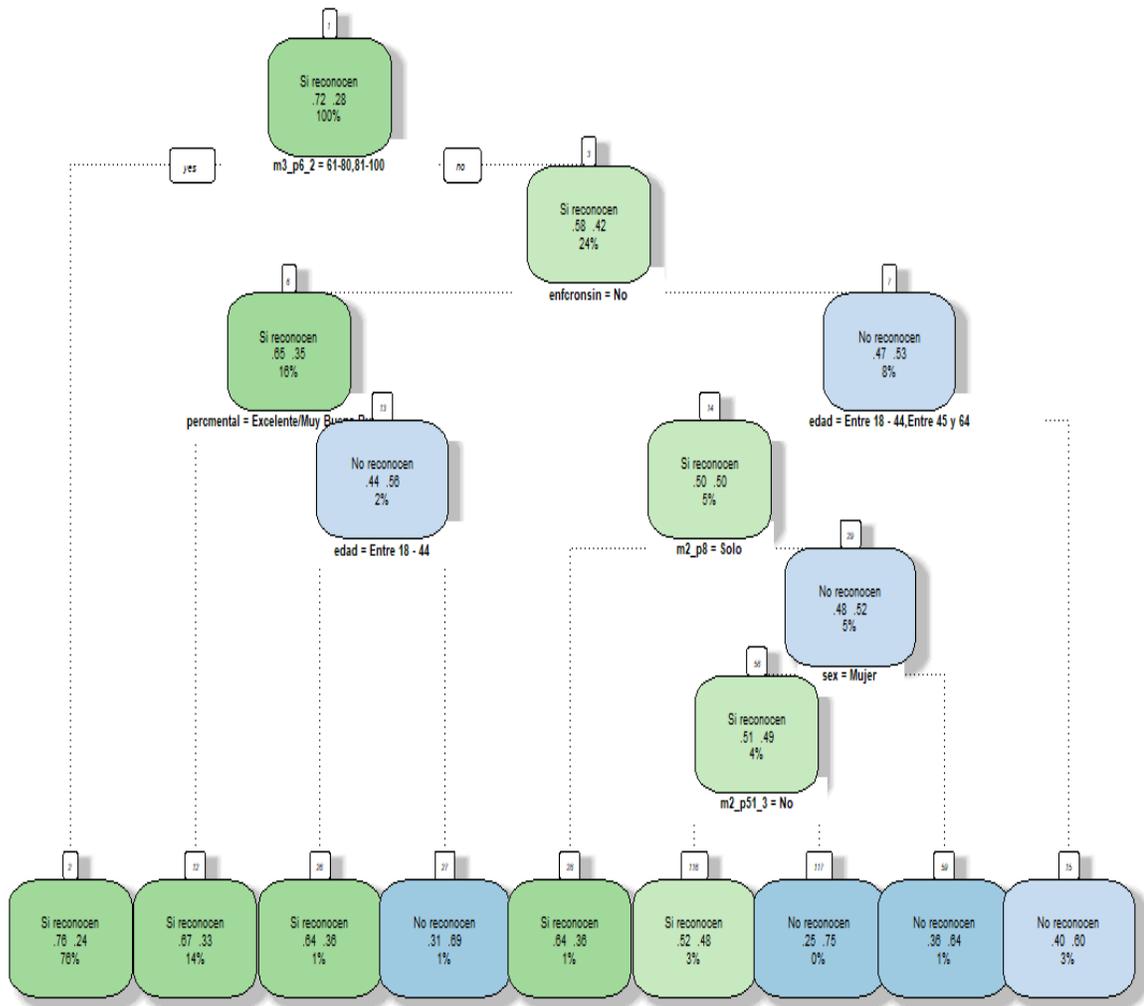
Tabla 5-4: Nodos de terminales y desenlaces. Árbol de problemas en adultos

Nodo terminal	Perfil	Proporción de sujetos en el nodo del total de población (porcentaje con el desenlace de interés)	Clase predicha de clasificación
1	Estado de salud > 60	76 % (24 %)	Sí se reconoce
2	Estado de salud ≤ 60, sin enfermedad crónica, percepción de salud mental excelente o muy buena	14 % (33 %)	Sí se reconoce
3	Estado de salud ≤ 60, sin enfermedad crónica, percepción de salud mental regular o pobre, edad entre 18 y 44 años	1 % (36 %)	Sí se reconoce
4	Estado de salud ≤ 60, sin enfermedad crónica, percepción de salud mental regular o pobre, edad > 44 años	1 % (69 %)	No se reconoce
5	Estado de salud ≤ 60, alguna enfermedad crónica, edad entre 18 y 64 años, el último cambio de municipio lo realizó solo	1 % (36 %)	Sí se reconoce
6	Estado de salud ≤ 60, alguna enfermedad crónica, edad entre 18 y 64 años, el último cambio de municipio lo realizó acompañado, mujer, no se ha sentido discriminado por su edad	3 % (48 %)	Sí se reconoce
7	Estado de salud ≤ 60, alguna enfermedad crónica, edad entre 18 y 64 años, el último cambio de municipio lo realizó acompañado, mujer, se ha sentido discriminado por su edad	< 1 % (75 %)	No se reconoce
8	Estado de salud ≤ 60, alguna enfermedad crónica, edad entre 18 y 64 años, el último cambio de municipio lo realizó acompañado, hombre	1% (64%)	No se reconoce
9	Estado de salud ≤ 60, alguna enfermedad crónica, edad > 64 años	3% (60%)	No se reconoce

Fuente: elaboración propia.

En la figura 5-3 presentamos el árbol de clasificación de problemas.

Figura 5-3: Árbol de clasificación de problemas en adultos que se reconocen y no se reconocen



Rattle 2018-nov.-17 15:14:48 fgjl9
 Fuente: elaboración propia.

La tabla 5-5 muestra los resultados de la regla de clasificación frente a los valores de referencia en la variable respuesta.

Tabla 5-5: Regla de clasificación de problemas en adultos

Factores		Categoría observada		
		Sí se reconoce	No se reconoce	Total
Categoría predicha	Sí se reconoce	7621	2708	10.329
	No se reconoce	200	341	541
	Total	7821	3009	10.870

Fuente: elaboración propia.

Características operativas del árbol de problemas en adultos

- Precisión: 0,7325 95% CI: (0,724, 0,7408).
- Sensibilidad: 0,11184.
- Especificidad: 0,97443.
- Valor predictivo positivo: 0,63031.
- Valor predictivo negativo: 0,73783.
- Prevalencia: 0,28050.
- Tasa de detección: 0,03137.
- Prevalencia detectada: 0,04977.

5.2.3 Árbol de clasificación para problemas o trastornos mentales en adultos

El objetivo del árbol de clasificación fue la identificación de los sujetos que, aunque sufren algún trastorno o problema mental, no lo reconocen. De esta forma, la variable desenlace fue construida como se muestra en la tabla 5-6.

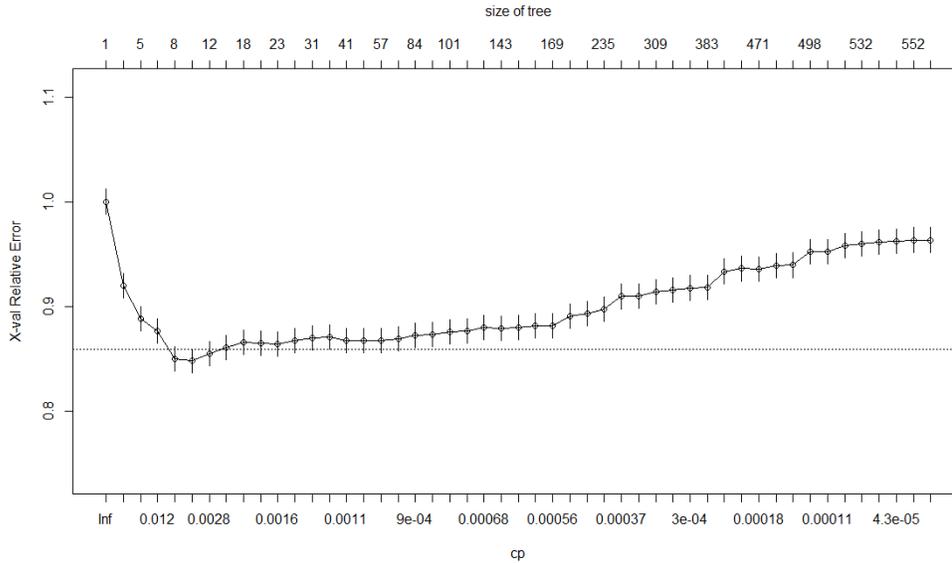
Tabla 5-6: Adultos sanos y con problemas o trastornos mentales que se reconocen y no se reconocen

Criterio	Código	Frecuencia (n/%)
Sujetos con trastornos o problemas mentales y no autorreconocimiento	1	4250/39,1
Sujetos sin trastornos ni problemas mentales; sujetos con trastornos o problemas mentales y autorreconocimiento	0	6620/60,9
Total		10.870/100

Fuente: elaboración propia.

El error de mala clasificación del nodo raíz, donde se encuentra el total de sujetos, es de $4250/6620 = 0,39$. El rango de tamaños de los árboles obtenidos en la etapa de crecimiento del árbol va desde 1 hasta 863 nodos terminales. De los múltiples árboles candidatos obtenidos del proceso de poda se observa que el de menor parámetro de complejidad ($CP = 0,00318$) emplea ocho particiones y está constituido por nueve nodos terminales (figura 5-4).

Figura 5-4: Árboles de clasificación de problemas o trastornos en adultos. Particiones del nodo raíz



Fuente: elaboración propia.

Los nodos terminales del árbol corresponden a los perfiles expuestos en la tabla 5-7, con sus correspondientes probabilidades de sujetos con el desenlace en cada uno de ellos.

Tabla 5-7: Nodos terminales y desenlaces del árbol de problemas o trastornos en adultos

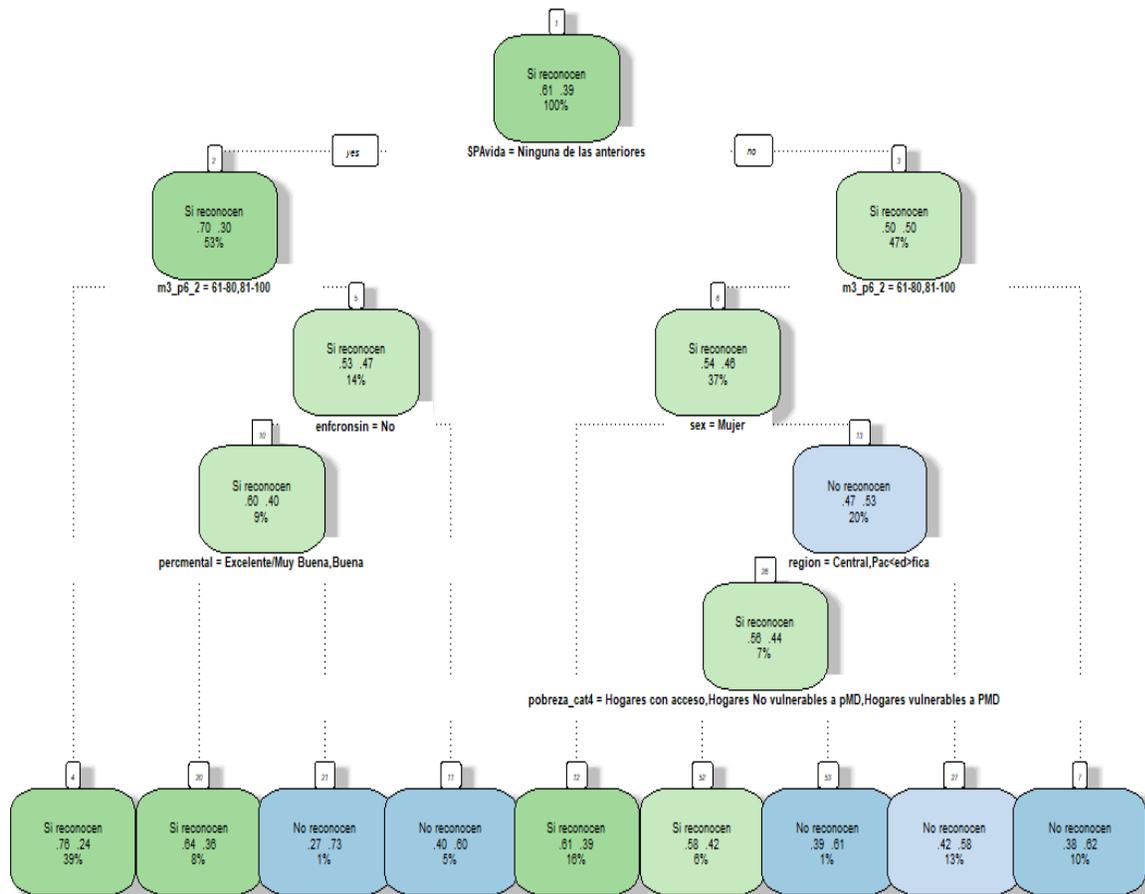
Nodo terminal	Perfil	Proporción de sujetos en el nodo del total de población (porcentaje con el desenlace de interés)	Clase predicha de clasificación
1	Ningún consumo de sustancias psicoactivas en la vida, estado de salud > 60	39 % (24 %)	Sí se reconoce
2	Ningún consumo de sustancias psicoactivas en la vida, estado de salud ≤ 60, sin enfermedades crónicas, percepción de salud mental excelente o muy buena	8 % (36 %)	Sí se reconoce
3	Ningún consumo de sustancias psicoactivas en la vida, estado de salud ≤ 60, sin enfermedades crónicas, percepción de salud mental regular o pobre	1 % (73 %)	No se reconoce
4	Ningún consumo de sustancias psicoactivas en la vida, estado de salud ≤ 60, alguna enfermedad crónica	5 % (60 %)	No se reconoce
5	Consumo de alguna sustancia psicoactiva en la vida, estado de salud > 60, mujer	16 % (39 %)	Sí se reconocen
6	Consumo de alguna sustancia psicoactiva en la vida, estado de salud > 60, hombre, reside en las regiones Central o Pacífico, hogar con acceso, vulnerables o no vulnerables	6 % (42 %)	Sí se reconocen

Nodo terminal	Perfil	Proporción de sujetos en el nodo del total de población (porcentaje con el desenlace de interés)	Clase predicha de clasificación
7	Consumo de alguna sustancia psicoactiva en la vida, estado de salud > 60, hombre, reside en las regiones Central o Pacífico, hogar en estado de pobreza	1 % (61 %)	No se reconocen
8	Consumo de alguna sustancia psicoactiva en la vida, estado de salud > 60, hombre, reside en las regiones Atlántica, Oriental o Bogotá	13 % (58 %)	No se reconocen
9	Consumo de alguna sustancia psicoactiva en la vida, estado de salud ≤ 60	10 % (62 %)	No se reconocen

Fuente: elaboración propia.

En la figura 5-5 presentamos el árbol de clasificación de problemas o trastornos.

Figura 5-5: Árbol de clasificación de problemas o trastornos de adultos que se reconocen y no se reconocen



Rattle 2018-nov.-17 19:47:51 fgil9

Fuente: elaboración propia.

La tabla 5-8 muestra los resultados de la regla de clasificación frente a los valores de referencia en la variable respuesta.

Tabla 5-8: Regla de clasificación de problemas o trastornos en adultos

No		Categoría observada		
		Sí se reconoce	No se reconoce	Total
Categoría predicha	Sí se reconoce	5349	2324	7673
	No se reconoce	1271	1926	3197
	Total	6620	4250	10.870

Fuente: elaboración propia.

Características operativas del árbol de problemas o trastornos en adultos

- Precisión: 0,6693 95 % CI: (0,6603, 0,6781).
- Sensibilidad: 0,4532.
- Especificidad: 0,8080.
- Valor predictivo positivo: 0,6024.
- Valor predictivo negativo: 0,6971.
- Prevalencia: 0,3910.
- Tasa de detección: 0,1772.
- Prevalencia detectada: 0,2941.

5.3 CART, reconocimiento en adolescentes

Para la construcción de estos árboles de clasificación, al igual que en el análisis de adultos, se empleó el *paquete rpart* (Therneau T, Atkinson B. *rpart: Recursive Partitioning and Regression Trees* [Internet]. 2018. Disponible en: <https://CRAN.R-project.org/package=rpart>) del programa R (R Core Team. *R: A Language and Environment for Statistical Computing* [Internet]. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2018. Disponible en: <https://www.R-project.org/>).

Las variables independientes empleadas para la construcción de los diferentes árboles de clasificación (trastornos, problemas y trastornos o problemas) son las 53 expuestas en la tabla 5-9.

Tabla 5-9: Determinantes psicosociales utilizados en adolescentes

Variable	Definición	Valores
Actgrup	Participación en grupos	Sí/No
Cambres	Razón de cambio de vivienda	Conflicto armado/Otro motivo/No cambió
Cambvivienda	Número de cambios de vivienda	Ninguna/Una vez/Más de una vez
Confianza	Confía en terceros	Sí/No
Discfam	Disfunción familiar	Sí/No
Edad	Edad (años)	12, 13, 14, 15, 16, 17
Enfcronsin	Padece alguna enfermedad crónica	Sí/No
Eventraum1	Ha sufrido algún evento traumático	Sí/No
M2_p1	Grupo étnico	Indígena/Gitano/Raizal/Palenquer o/Afrodescendiente/Ninguno
M2_p49	Alguna vez se ha sentido discriminado o rechazado	Sí/No
M2_p50_1	Se ha sentido discriminado o rechazado en la familia	Sí/No
M2_p50_2	Se ha sentido discriminado o rechazado en la escuela	Sí/No
M2_p50_3	Se ha sentido discriminado o rechazado en el trabajo	Sí/No
M2_p50_4	Se ha sentido discriminado o rechazado en la calle	Sí/No
M2_p50_95	Se ha sentido discriminado o rechazado por otros	Sí/No
M2_p51_1	Se ha sentido discriminado por su etnia	Sí/No
M2_p51_3	Se ha sentido discriminado por su edad	Sí/No
M2_p51_5	Se ha sentido discriminado por su estrato socioeconómico	Sí/No
M2_p51_95	Se ha sentido discriminado por otro motivo	Sí/No
M2_p53	Frecuencia con la que puede acudir a alguien para discutir sus problemas	Siempre/Algunas veces/Nunca
M2_p54	Frecuencia con la que puede acudir a alguien ante un imprevisto económico	Con alguna frecuencia/Nunca

Variable	Definición	Valores
M2_p55_a	Puede discutir sus problemas con su familia	Sí/No
M2_p55_b	Puede discutir sus problemas con sus amigos	Sí/No
M2_p55_c	Puede discutir sus problemas con sus vecinos	Sí/No
M2_p55_d	Puede discutir sus problemas con su pareja	Sí/No
M2_p55_e	Puede discutir sus problemas con sus compañeros de trabajo o estudio	Sí/No
M2_p57	Sus vecinos están dispuestos a ayudar a otros vecinos	Sí/No
M2_p58	Puede confiar en sus vecinos	Sí/No
M2_p59	Contribuiría en un proyecto de la comunidad, aunque no tenga un beneficio directo	Sí/No
M2_p6	Cambio de residencia por amenaza de violencia	Sí/No
M2_p60	Ayudaría a sus vecinos con un problema de agua o luz	Sí/No
M2_p61	Practica con frecuencia actividades de beneficio para la comunidad	Sí/No
M2_p62	Si perdiera la billetera afuera de su casa, cree que se la devolverían	Sí/No
M2_p64_1	Preferiría no tener de vecinos a personas de otra etnia	Sí/No
M2_p64_10	Preferiría no tener de vecinos a personas desplazadas por la violencia	Sí/No
M2_p64_11	Preferiría no tener de vecinos a personas desmovilizadas de grupos armados	Sí/No
M2_p64_2	Preferiría no tener de vecinos a personas con adicción a drogas o alcohol	Sí/No
M2_p64_3	Preferiría no tener de vecinos a personas con enfermedades infectocontagiosas	Sí/No
M2_p64_4	Preferiría no tener de vecinos a personas con trastornos mentales	Sí/No
M2_p64_5	Preferiría no tener de vecinos a personas con orientación sexual diferente a la suya	Sí/No
M2_p64_7	Preferiría no tener de vecinos a personas de otra religión	Sí/No

Variable	Definición	Valores
M2_p64_9	Preferiría no tener de vecinos a personas que hablen otro idioma	Sí/No
M2_p65	Importancia de la religión en su vida	Ninguna/Alguna importancia
M2_p8	En el último cambio de ciudad/municipio se mudó solo	Sí/No
Percmental	Autopercepción de salud mental	Excelente o muy buena/Buena/Regular o pobre
Pertrabajo	Percepción de experiencias en el trabajo	Experiencias positivas/ Experiencias negativas
Pobreza	Nivel de pobreza	Hogar con acceso/Hogar no vulnerable/Hogar vulnerable/Hogar en estado de pobreza
Región	Región del país de residencia	Central/Atlántica/Bogotá/ Oriental/Pacífico
Niveleducativo	Nivel educativo	Ninguno o primaria/Media o secundaria/Superior
Rural_urb	Zona de residencia	Rural/Urbano
Sexo	Sexo	Hombre/Mujer
SPA	Consumo de sustancias psicoactivas en la vida	Ninguna/Alcohol/Alguna
Yodiscr	Usted discrimina	Sí/No

Fuente: elaboración propia.

5.3.1 Árbol de clasificación para trastornos mentales en adolescentes

El objetivo del árbol de clasificación fue la identificación de los sujetos que, aunque sufren algún trastorno mental, no lo reconocen. De esta forma, la variable desenlace fue construida como se expone en la tabla 5-10.

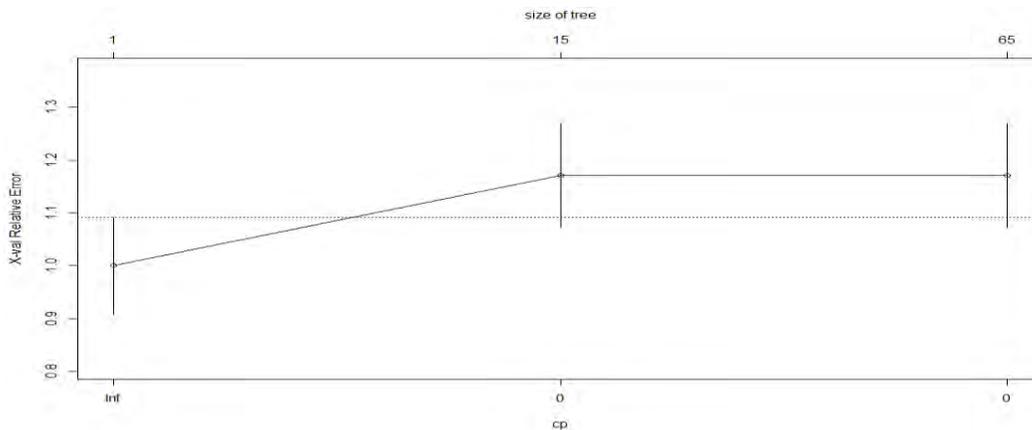
Tabla 5-10: Adolescentes sanos y con trastornos mentales que se reconocen y no se reconocen

Criterio	Código	Frecuencia (n/%)
Sujetos con trastornos mentales y no autorreconocimiento	1	111/6,3
Sujetos sin trastorno mental; sujetos con trastorno mental y autorreconocimiento	0	1643/93,7
Total		1754/100

Fuente: elaboración propia.

El error de mala clasificación del nodo raíz, donde se encuentra el total de sujetos, es $111/1754 = 0,06$. A pesar de que la etapa de construcción de los árboles comprende un rango de tamaños que van desde 1 hasta 64, ninguno de estos árboles logra disminuir el error de clasificación del nodo raíz. En consecuencia, no es posible obtener un árbol de clasificación para trastornos de adolescentes (figura 5-6).

Figura 5-6: Árboles de clasificación de trastornos en adolescentes. Particiones del nodo raíz



Fuente: elaboración propia.

5.3.2 Árbol de clasificación para problemas mentales en adolescentes

El objetivo del árbol de clasificación fue la identificación de los sujetos que, aunque sufren algún problema mental, no lo reconocen. De esta forma, la variable desenlace fue construida como se expone en la tabla 5-11.

Tabla 5-11: Adolescentes sanos y con problemas mentales que se reconocen y no se reconocen

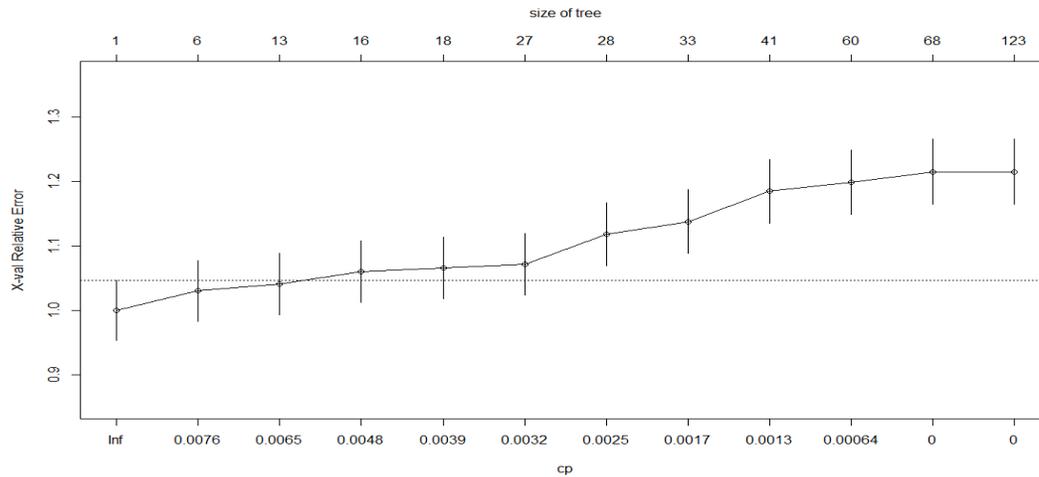
Criterio	Código	Frecuencia (n/%)
Sujetos con problemas mentales y no autorreconocimiento	1	363/20,7
Sujetos sin problemas mentales; sujetos con problemas mentales y autorreconocimiento	0	1391/79,3
Total		1754 /100

Fuente: elaboración propia.

El error de mala clasificación del nodo raíz, donde se encuentra el total de sujetos, es $363/1754 = 0,20$. A pesar de que la etapa de construcción de los árboles comprende un

rango de tamaños que van desde 1 hasta 122, ninguno de estos árboles logra disminuir el error de clasificación del nodo raíz. En consecuencia, no es posible obtener un árbol de clasificación para problemas (figura 5-7).

Figura 5-7: Árboles de clasificación de problemas en adolescentes. Particiones del nodo raíz



Fuente: elaboración propia.

5.3.3 Árbol de clasificación para trastornos o problemas en adolescentes

El objetivo del árbol de clasificación fue la identificación de los sujetos que, aunque sufren algún trastorno o problema mental, no lo reconocen. De esta forma, la variable desenlace fue construida como se expone en la tabla 5-12.

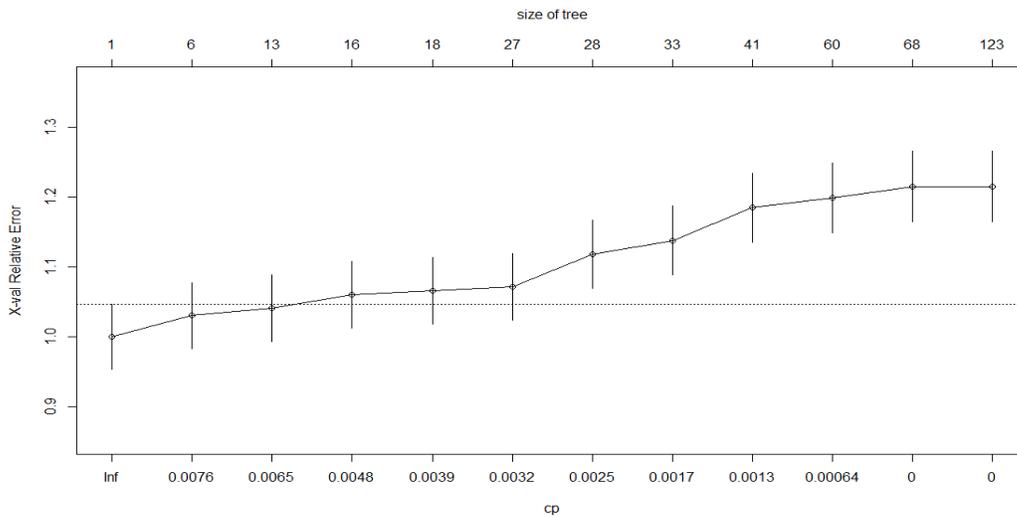
Tabla 5-12: Adolescentes sanos y con problemas o trastornos mentales que se reconocen y no se reconocen

Criterio	Código	Frecuencia (n/%)
Sujetos con trastornos o problemas mentales y no autorreconocimiento	1	474/27,0
Sujetos sin trastornos ni problemas mentales; sujetos con trastornos o problemas mentales y autorreconocimiento	0	1280/73,0
Total		1754/100

Fuente: elaboración propia.

El error de mala clasificación del nodo raíz, donde se encuentra el total de sujetos, es $474/1754 = 0,27$. El rango de tamaños de los árboles obtenidos en la etapa de crecimiento del árbol va desde 1 hasta 122 nodos terminales. De los múltiples árboles candidatos obtenidos del proceso de poda se observa que el de menor parámetro de complejidad ($CP = 0,0075$) emplea cinco particiones y está constituido por seis nodos terminales (figura 5-8).

Figura 5-8: Árboles de clasificación de problemas o trastornos en adolescentes. Particiones del nodo raíz



Fuente: elaboración propia.

Los nodos terminales del árbol corresponden a los perfiles expuestos en la tabla 5-13, con sus respectivas probabilidades de sujetos, con el desenlace en cada uno de ellos.

Tabla 5-13: Nodos terminales y desenlaces del árbol de problemas o trastornos en adolescentes

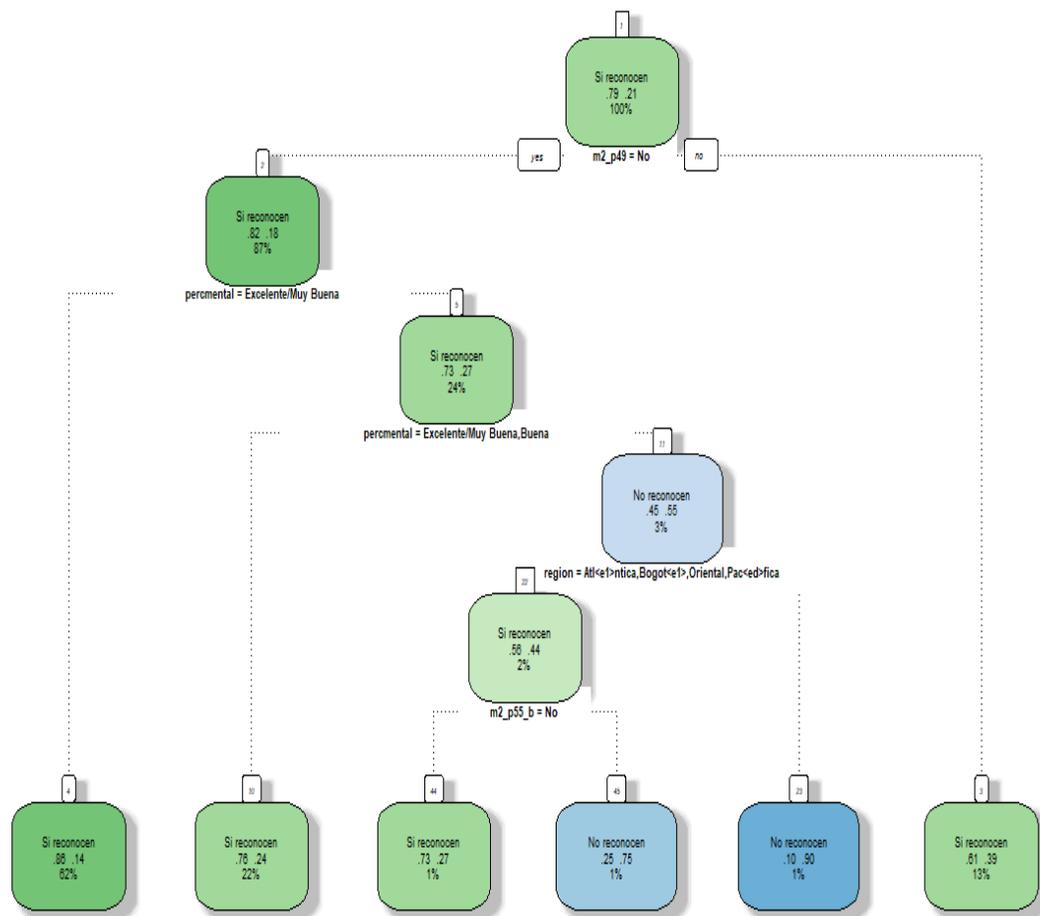
Nodo terminal	Perfil	Proporción de sujetos en el nodo del total de población (porcentaje con el desenlace de interés)	Clase predicha de clasificación
1	Alguna vez se ha sentido rechazado o discriminado; percepción del estado de salud mental excelente o muy buena	62 % (14 %)	Sí se reconoce
2	Alguna vez se ha sentido rechazado o discriminado; percepción del estado de salud mental excelente, muy buena o buena	22 % (24 %)	Sí se reconoce
3	Alguna vez se ha sentido rechazado o discriminado; percepción del estado de salud mental regular o pobre; reside en la región Atlántica, Bogotá, Oriental o	1 % (27 %)	Sí se reconoce

Nodo terminal	Perfil	Proporción de sujetos en el nodo del total de población (porcentaje con el desenlace de interés)	Clase predicha de clasificación
	Pacífico; no puede discutir los problemas con amigos		
4	Alguna vez se ha sentido rechazado o discriminado; percepción del estado de salud mental regular o pobre; reside en la región Atlántica, Bogotá, Oriental o Pacífico; sí puede discutir los problemas con amigos	1 % (75 %)	No se reconoce
5	Alguna vez se ha sentido rechazado o discriminado; percepción del estado de salud mental regular o pobre; reside en la región Central	1 % (90 %)	No se reconocen
6	Nunca se ha sentido rechazado o discriminado	13 % (39 %)	Sí se reconocen

Fuente: elaboración propia.

En la figura 5-9 presentamos el árbol de problemas o trastornos de adolescentes.

Figura 5-9: Árbol de clasificación de problemas o trastornos en adolescentes que se reconocen y no se reconocen



Rattle 2018-nov.-17 22:33:36 fgil9
Fuente: elaboración propia.

La tabla 5-14 muestra los resultados de la regla de clasificación frente a los valores de referencia en la variable respuesta.

Tabla 5-14: Regla de clasificación de problemas o trastornos en adolescentes

Factores		Categoría observada		
		Sí se reconoce	No se reconoce	Total
Categoría predicha	Sí se reconoce	1387	345	1732
	No se reconoce	4	18	22
	Total	1391	363	1754

Fuente: elaboración propia.

Características operativas del árbol de problemas o trastornos de adolescentes

- Precisión: 0,801 95 % CI: (0,7816, 0,8195).
- Sensibilidad: 0,04959.
- Especificidad: 0,99712.
- Valor predictivo positivo: 0,81818.
- Valor predictivo negativo: 0,80081.
- Prevalencia: 0,20696.
- Tasa de detección: 0,01026.
- Prevalencia detectada: 0,01254.

5.4 CART, reconocimiento en niños

Para la construcción de los árboles de clasificación se empleó el *paquete rpart* del programa R, al igual que para adultos y adolescentes.

Las variables independientes empleadas para la construcción de los diferentes árboles de clasificación (trastornos, problemas y trastornos o problemas) son las 17 expuestas en la tabla 5-15.

Tabla 5-15: Determinantes psicosociales utilizados en niños

Variable	Definición	Valores
Sexo	Sexo del niño	Masculino/Femenino
Escolarizado	El niño está escolarizado	Escolarizado/No escolarizado
Niveleducativomadre	Nivel educativo de la madre del niño	Ninguno o primaria/Secundaria/Técnico o tecnólogo/Universitario
Niveleducativopadre	Nivel educativo del padre del niño	Ninguno o primaria/Secundaria/Técnico o tecnólogo/Universitario
Familia	Composición familiar	Vive con ambos padres/Hogar reconstruido/Padre o madre solteros

Variable	Definición	Valores
Hermanos	Número de hermanos	Sin hermanos/1 a 3/4 o más
ttnomentalalgunpadre	Algún padre sufre de trastornos mentales	Sí/No
problemaOHalgunpadre	Algún padre tiene problemas de consumo de alcohol	Sí/No
ConsumoSPAalgunpadre	Algún padre consume sustancias psicoactivas	Sí/No
Edadmadre	Edad de la madre (años)	Menor de 25/25 a 35/Mayor de 35
Proaprend	El niño tiene problemas de aprendizaje	Sí/No
Despviolencia	Ha sufrido desplazamiento de violencia	Sí/No
Eventraum1	Ha sufrido algún evento traumático	Sí/No
Rural_urb	Zona de residencia	Rural/Urbano
Región	Región del país de residencia	Central/Atlántica/Bogotá/Oriental/Pacífico
Pobreza	Pobreza	Hogar en estado de pobreza/Hogar en estado de no pobreza
NingunaCronic1		

Fuente: elaboración propia.

5.4.1 Árbol de clasificación para trastornos mentales en niños

El objetivo del árbol de clasificación fue la identificación de los sujetos que, aunque sufren algún trastorno mental, no lo reconocen. De esta forma, la variable desenlace fue construida como se expone en la tabla 5-16.

Tabla 5-16: Niños sanos y con trastornos mentales que se reconocen y no se reconocen

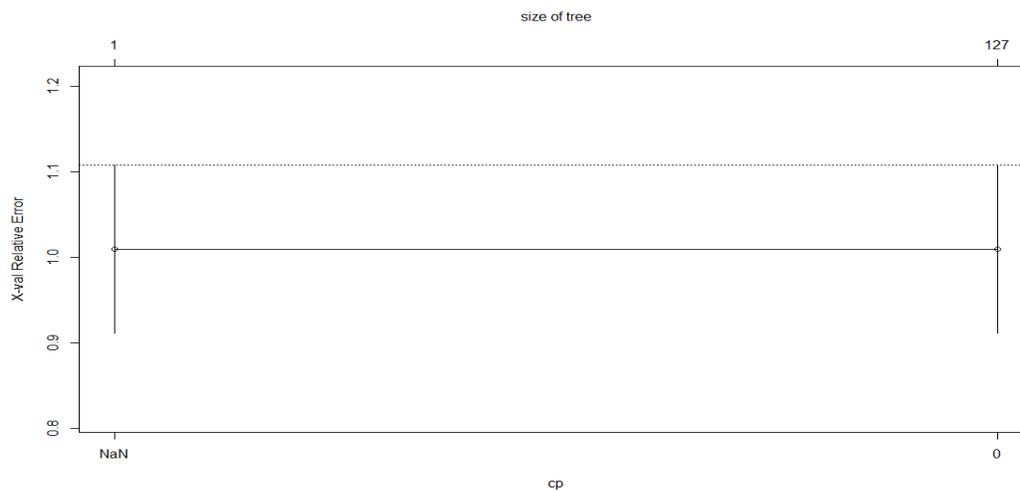
Criterio	Código	Frecuencia (n/%)
Sujetos con trastornos mentales y no autorreconocimiento	1	101/3,7
Sujetos sin trastorno mental; sujetos con trastorno mental y autorreconocimiento	0	2626/96,3

Total		2727/100
-------	--	----------

Fuente: elaboración propia.

El error de mala clasificación del nodo raíz, donde se encuentra el total de sujetos, es $101/2727 = 0,04$. A pesar de que la etapa de construcción de los árboles comprende un rango de tamaños que van desde 1 hasta 126, ninguno de estos árboles logra disminuir el error de clasificación del nodo raíz. En consecuencia, no es posible obtener un árbol de clasificación para este problema (figura 5-10).

Figura 5-10: Árboles de clasificación de trastornos en niños. Particiones del nodo raíz



Fuente: elaboración propia.

5.4.2 Árbol de clasificación para problemas mentales en niños

El objetivo del árbol de clasificación fue la identificación de los sujetos que, aunque sufren algún problema mental, no lo reconocen. De esta forma, la variable desenlace fue construida como se expone en la tabla 5-17.

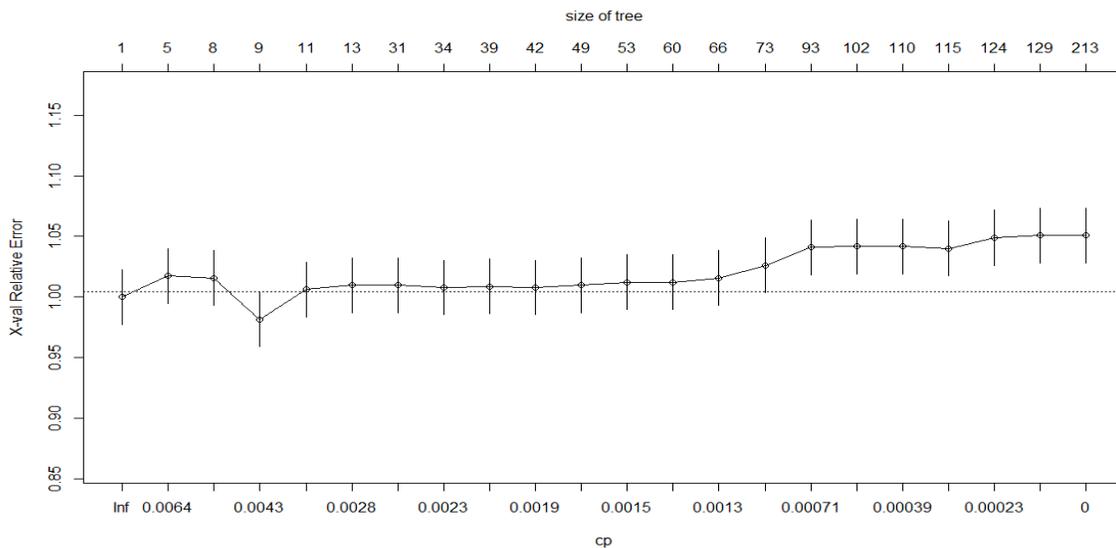
Tabla 5-17: Niños sanos y con problemas mentales que se reconocen y no se reconocen

Criterio	Código	Frecuencia (n/%)
Sujetos con problemas mentales y no autorreconocimiento	1	1145/42,0
Sujetos sin problemas mentales o sujetos con problemas mentales y autorreconocimiento	0	1582/58,0
Total		2727/100

Fuente: elaboración propia.

El error de mala clasificación del nodo raíz, donde se encuentra el total de sujetos, es $1145/2727 = 0,42$. El rango de tamaños de los árboles obtenidos en la etapa de crecimiento del árbol va desde 1 hasta 212 nodos terminales. De los múltiples árboles candidatos obtenidos del proceso de poda se observa que el de menor parámetro de complejidad ($CP = 0,0034$) emplea ocho particiones y está constituido por nueve nodos terminales (figura 5-11).

Figura 5-11: Árboles de clasificación de problemas en niños. Particiones del nodo raíz



Fuente: elaboración propia.

Los nodos terminales del árbol corresponden a los perfiles expuestos en la tabla 5-18, con sus respectivas probabilidades de sujetos, con el desenlace en cada uno de ellos.

Tabla 5-18: Nodos terminales y desenlaces del árbol de problemas en niños

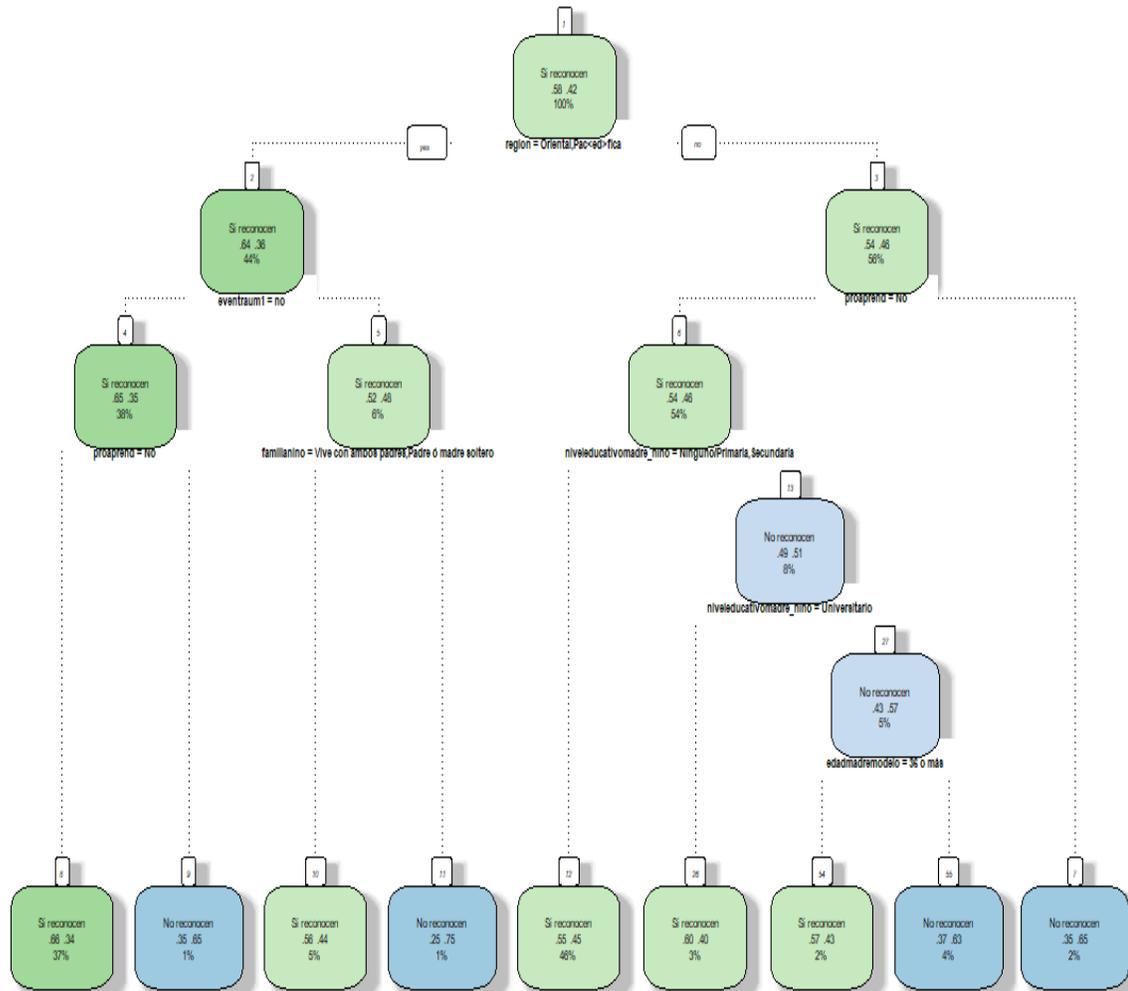
Nodo terminal	Perfil	Proporción de sujetos en el nodo del total de población (porcentaje con el desenlace de interés)	Clase predicha de clasificación
1	Reside en la región Oriental o Pacífico; no ha sufrido eventos traumáticos; no tiene problemas de aprendizaje	37 % (34 %)	Sí se reconocen
2	Reside en la región Oriental o Pacífico; no ha sufrido eventos traumáticos; tiene problemas de aprendizaje	1 % (65 %)	No se reconocen
3	Reside en la región Oriental o Pacífico; ha sufrido eventos traumáticos; vive con	5 % (44 %)	Sí se reconocen

Nodo terminal	Perfil	Proporción de sujetos en el nodo del total de población (porcentaje con el desenlace de interés)	Clase predicha de clasificación
	ambos padres o con padre o madres solteros		
4	Reside en la región Oriental o Pacífico; ha sufrido eventos traumáticos; vive en hogar reconstruido	1 % (75 %)	No se reconocen
5	Reside en la región Central, Bogotá u Oriental; no tiene problemas de aprendizaje; el nivel educativo de la madre es ninguno, primaria o secundaria	46 % (45 %)	Sí se reconocen
6	Reside en la región Central, Bogotá u Oriental; no tiene problemas de aprendizaje; el nivel educativo de la madre es universitario	3 % (40 %)	Sí se reconocen
7	Reside en la región Central, Bogotá u Oriental; no tiene problemas de aprendizaje; el nivel educativo de la madre es técnico; edad de la madre mayor a 35 años	2 % (43 %)	Sí se reconocen
8	Reside en la región Central, Bogotá u Oriental; no tiene problemas de aprendizaje; el nivel educativo de la madre es técnico; edad de la madre menor a 36 años	4 % (63 %)	No se reconocen
9	Reside en la región Central, Bogotá u Oriental; tiene problemas de aprendizaje	2 % (65 %)	No se reconocen

Fuente: elaboración propia.

En la figura 5-12 presentamos el árbol de problemas en niños.

Figura 5-12: Árbol de clasificación de problemas de niños que se reconocen y no se reconocen



Rattle 2018-nov.-18 00:48:20 fgjl9

Fuente: elaboración propia.

La tabla 5-19 muestra los resultados de la regla de clasificación contra los valores de referencia en la variable respuesta.

Tabla 5-19: Regla de clasificación de problemas de niños

Factores		Categoría observada		
		Sí se reconoce	No se reconoce	Total
Categoría predicha	Sí se reconoce	1511	1011	2522
	No se reconoce	71	134	205
	Total	1582	1145	2727

Fuente: elaboración propia.

Características operativas del árbol problemas en niños

- Precisión: 0,6032 95 % CI: (0,5846, 0,6217).
- Sensibilidad: 0,9551.
- Especificidad: 0,1170.
- Valor predictivo positivo: 0,5991.
- Valor predictivo negativo: 0,6537.
- Prevalencia: 0,5801.
- Tasa de detección: 0,5541.

5.4.3 Árbol de clasificación para trastornos o problemas en niños

El objetivo del árbol de clasificación fue la identificación de los sujetos que, aunque sufren algún trastorno o problema mental, no lo reconocen. De esta forma, la variable desenlace fue construida como se expone en la tabla 5-20.

Tabla 5-20: Niños sanos y con trastornos o problemas mentales que se reconocen y no se reconocen

Criterio	Código	Frecuencia (n/%)
Sujetos con trastornos o problemas mentales y no autorreconocimiento	1	1180/43,3
Sujetos sin trastornos ni problemas mentales; sujetos con trastornos o problemas mentales y autorreconocimiento	0	1547/56,7
Total		2727/100

Fuente: elaboración propia.

El error de mala clasificación del nodo raíz, donde se encuentra el total de sujetos, es $1180/2727 = 0,43$. El rango de tamaños de los árboles obtenidos en la etapa de crecimiento del árbol va desde 1 hasta 220 nodos terminales. De los múltiples árboles candidatos obtenidos del proceso de poda se observa que el de menor parámetro de complejidad ($CP = 0,0014$) emplea 46 particiones y está constituido por 47 nodos terminales.

En este caso, son 47 nodos terminales, lo cual reviste una gran complejidad, y no pensamos que sea una regla que ayude a delimitar subgrupos suficientemente inclusivos. Por ello, consideramos mejor basarse en la regla encontrada para problemas mentales como mejor aproximación para agrupar los subgrupos.

6 Acceso en salud mental

6.1 Acceso a cuidados de salud: modelos y componentes⁴

Resumen

Introducción: El acceso a salud ha sido incluido en varios indicadores mundiales para medir el desarrollo de los países, entre ellos los Objetivos de Desarrollo Sostenible elaborados por la Organización de Naciones Unidas (ONU), en los cuales se resalta la necesidad de lograr un acceso universal a la salud que permita disminuir las brechas en mortalidad y morbilidad a escala mundial. **Objetivos:** Revisar y definir los modelos habitualmente utilizados para describir y estudiar el acceso a salud. **Metodología:** Reflexión sobre los modelos habitualmente utilizados para describir el acceso a los cuidados de la salud. **Resultados:** Se revisan las definiciones, origen, componentes, ventajas y desventajas, y se analiza un ejemplo aplicado de los siguientes modelos: atención de mínimos decentes, acceso ajustado, accesibilidad, comportamental, monitorización de acceso del Instituto de Medicina y modelo ajustado de Penchansky y Thomas, además del ajustado modificado por Saurman. **Conclusión:** Cada modelo tiene prioridades que miden de alguna manera el acoplamiento entre los proveedores y servicios de salud, con las características y expectativas de los clientes. Parecería que el modelo ajustado modificado por Saurman es el más amplio y exhaustivo de todos.

Palabras clave: acceso a salud; disponibilidad, accesibilidad, acomodación, asequibilidad; aceptabilidad, conocimiento del hecho.

La salud ha sido un concepto que ha evolucionado junto con el ser humano y ha llegado a ser parte intrínseca de las personas, razón por la cual, en el siglo pasado, fue declarada como uno de los derechos fundamentales de los hombres (268). La definición de salud ha

⁴ El artículo será sometido a publicación por Carlos Gómez-Restrepo, Juan Sebastián Castillo, Andrea C. Padilla y Javier Eslava-Schmalbach.

sido tan variada como los distintos modelos sociales en los que se ha desarrollado la humanidad. Actualmente, la salud es definida por la OMS como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no exclusivamente la ausencia de enfermedades” (235). Bajo este concepto y la idea de que es un derecho fundamental, se debe garantizar que toda persona pueda gozar del mejor estado de salud posible (235).

Aunque parece ambicioso alcanzar este objetivo de salud, se han desarrollado conceptos que pueden facilitar su estudio, entre ellos el de acceso a servicios de salud. Si nos regimos estrictamente por la etimología de la palabra *acceso*, esta se refiere a la forma de acercarse, alcanzar o llegar a un lugar, objeto, concepto, espacio (234). En este caso, significaría que las personas alcancen o se acerquen a la *salud*, comprendida en este caso como su propio bienestar, mediante la aproximación a los servicios de salud, que incluyen tanto recursos físicos como humanos. El acceso a salud ha tenido un impacto tan fuerte en la agenda de los países y a escala mundial que ha sido incluido en varios indicadores mundiales para medir el desarrollo de los países, entre ellos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (136).

La salud y el acceso a ella ocupan gran parte de las agendas de los países, y se les destina un porcentaje considerable del producto interno bruto (PIB) nacional, que según el último reporte del Banco Mundial fue del 10,21 % a escala mundial (269). Todo lo anterior, con el fin de cumplir con el derecho fundamental a la salud; y por si fuera poco, debido a la influencia económica que tiene la inversión en acceso a salud, pues se ha demostrado de manera repetitiva y constante que tiene un impacto positivo sobre las economías de los países, ya que disminuye la incapacidad laboral, la mortalidad temprana, la discapacidad de la población económicamente activa, entre otros factores (270).

El concepto de acceso ha sido bastante cambiante, y junto con el concepto de salud, ha ido modificándose con el paso del tiempo. En un comienzo se creía que este concepto se limitaba exclusivamente a la oferta de los servicios de salud hacia los usuarios o pacientes, o a su disponibilidad. Dentro de los servicios de salud se debe entender que se incluían recursos físicos, como instalaciones, instrumentos y equipos de tecnología; así como recursos humanos, entre ellos profesionales y trabajadores de la salud. Por esta razón, se pensó en ese instante que solo con garantizar la oferta de estos recursos ya se garantizaba el acceso a la salud de los usuarios, y así surgieron lo que se conoce hoy en día como los *seguros médicos* o los sistemas de aseguramiento gubernamentales (271).

Para lograr un mayor aseguramiento, y con ello un mayor acceso en Colombia, se realizaron modificaciones en la legislación relacionada con la salud y su acceso, para aumentar la población que podría contar con ella. Esta reforma se conoció como la Ley 100 de 1993 (78). Para lograr este objetivo, el Estado realizó inversiones no únicamente en recursos políticos, sino, también, en disponibilidad de planta física, con un aumento de la infraestructura y con la instalación de los hospitales que se creaban con el nombre de *empresas sociales del Estado* (ESE), a las cuales pertenecían las personas aseguradas bajo el régimen subsidiado.

A pesar de que el objetivo fue mejorar la cobertura del acceso a salud mediante la Ley 100, se han realizado estudios que demuestran que, aunque se mejoró la cobertura en salud de la población colombiana, este aumento no fue directamente proporcional con el mayor acceso a salud. En el estudio realizado por García-Ayala (2014), mediante el uso de las encuestas nacionales de calidad de vida —en las que comparó dos periodos, 1997 y 2012, debido a que en ellas se realizaba una aproximación de la necesidad de salud de la población colombiana, ya sea por problemas de salud en el último mes o si habían utilizado los servicios de promoción y prevención—, para el 2012 la demanda de estos servicios a escala nacional fue del 76,6 % respecto a si se presentó algún problema de salud en el último mes, y del 76,9 % respecto a si se utilizaron los servicios de promoción y prevención. Posteriormente, el autor comparó el acceso entre 1997 y 2012; se entiende por *acceso* el uso de los servicios médicos cuando el individuo presentó algún tipo de necesidad, basándose en el concepto propuesto por Andersen (25). Al realizar esta comparación, se encontró que para 1997 el acceso fue del 79 % y para 2012, del 75,5 %. A manera de conclusión, el autor, basado en un modelo econométrico generado, plantea que la demanda de servicios de salud tiene un mayor impacto en el acceso a los servicios de salud que la oferta de los servicios de salud (272).

En esta afirmación, planteada por otros modelos de acceso a salud, se propone que el acceso a salud es una dinámica entre la oferta y disponibilidad de los servicios de salud, y la demanda de estos por parte de los usuarios (142, 271, 273). Para la mejor comprensión y entendimiento de esta dinámica, se propone un ejemplo que permita presentar las dos partes de la oferta y demanda de un servicio de salud cuya efectividad no sea cuestionable.

La inmuno-profilaxis o uso de vacunas para enfermedades infectocontagiosas ha sido una de las intervenciones con mayor eficacia e impacto en la salud pública, quizá únicamente

superada por el saneamiento e higienización del agua, como fue planteado por la OMS. Las vacunas han tenido un impacto sobre la mortalidad, morbilidad y erradicación de algunas enfermedades como la viruela, y un efecto conocido como la inmunidad de rebaño, la cual consiste en la protección de individuos que por sus condiciones de salud no pueden ser vacunados (274). La cobertura de vacunas a escala mundial para el 2015 fue del 85 %, con un porcentaje de cobertura mundial para el sarampión del mismo valor; sin embargo, para el 2016 hubo un brote de sarampión en Estados Unidos, que estuvo relacionado con creencias o doctrinas personales, a pesar de que este país cuenta con una de las coberturas más altas de dicha vacuna. Ello confirmó que la disponibilidad del servicio de salud no asegura el acceso a esta, sino que también debe ser demandada o exigida por los usuarios (275).

Existen distintos factores que afectan el acceso a salud de los usuarios, algunos intrínsecos a los sistemas de salud, otros intrínsecos a los usuarios y otros propios de cada cultura o sociedad. Se debe recordar siempre que tanto para la salud como para el acceso existirán algunos determinantes psicosociales que facilitarán o dificultarán el acceso a la salud. Como se pudo observar en el estudio realizado por Vargas y Molina (2009), en el que se estudiaron cuáles eran las principales barreras para la atención en salud en seis ciudades, de seis regiones diferentes de Colombia, se identificaron diferentes tipos de obstáculos, los cuales categorizaron así:

- Geográficos: La existencia de grandes distancias, no solo entre el ámbito rural y urbano, sino también dentro de las mismas ciudades, incrementa los gastos de los pacientes, debido a los largos y desgastantes viajes que deben realizar los usuarios del sistema.
- Cultural y social: La diversidad de culturas encontradas entre y dentro de las ciudades, además de las diferencias en el conocimiento de conceptos de salud y enfermedad, así como el desconocimiento de los derechos y deberes de los usuarios del sistema de salud.
- Político: El desconocimiento de las leyes y políticas sanitarias, no solo por parte de los pacientes, sino, también, por sus gobernantes, genera una limitación para una adecuada prestación de servicios de salud.

- **Económico:** Fue uno de los aspectos más señalados por los usuarios entrevistados, quienes hicieron énfasis en que obtener una salud de buena calidad es bastante costoso, y en caso de no contar con suficientes recursos, existen periodos en que no existe un verdadero cubrimiento o es muy tarde para cuando este servicio logra ser prestado.

Además, se identificaron otros factores que son dependientes casi en su totalidad de la figura administrativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como las diferencias en la atención prestada al régimen subsidiado o contributivo, junto con la escasez de especialistas ante la demanda creciente de pacientes cada vez más complicados y que requieren atención por servicios cada vez más especializados, que no están disponibles en todas las regiones del país (276). Estas mismas barreras han sido identificadas y propuestas a escalas regional e internacional, lo que demuestra su consistencia en los diversos sistemas de salud (277,278).

Para el estudio de dicha dinámica en el proceso de acceso a salud, así como la identificación de sus diferentes factores, barreras, facilitadores o determinantes, se han propuesto diversos modelos conceptuales que han ido evolucionando y modificándose junto con el concepto de *acceso a salud*. Estos modelos han sido propuestos para facilitar el entendimiento del acceso a la salud, y con ello permitir a los profesionales de salud, promotores y creadores de políticas poder contar con estudios de características basales acerca del acceso a salud de una población determinada.

A continuación, se presentan los modelos teóricos de acceso a salud que han sido propuestos (142,175,279).

6.1.1 Modelo de la atención de mínimos decentes

Este modelo fue propuesto partiendo del hecho de que la salud es un derecho para todos los seres humanos, y de la universalidad de este, bajo el cual todos los seres humanos deben contar con atención mínima en salud. Con origen en este hecho y desde un punto de vista económico, teniendo además en cuenta que los recursos son limitados para las necesidades ilimitadas que tiene el ser humano, se plantea que debe existir una canasta o un mínimo de servicios que deben ser provistos a la población para cumplir con el acceso a salud. Lo anterior se propone desde el punto de vista del principio de Pareto, que se

resume en lo siguiente: “Si existen dos programas o políticas de atención que se conozcan como A y B. Si bajo la política A, el estado de salud de al menos una persona mejora más que con el de la política B, pero bajo la propuesta B el estado de salud de ninguna persona mejora, entonces el programa A es éticamente mejor que la propuesta B” (266).

Como se observa, este modelo de acceso a salud se relaciona con principios de igualdad, equidad y justicia, y como dice el autor: “debería ser aceptable para cualquiera que acepte que la moralidad debe servir a la humanidad, y que lo moral está hecho para el hombre y no el hombre para lo moral” (280).

Este modelo ha sido utilizado por algunas organizaciones internacionales para lograr un mínimo de atención en algunas poblaciones especiales o vulnerables, como la población pediátrica, cuya vulnerabilidad es identificada por su dependencia de los adultos y su tipo de pensamiento. Algunas organizaciones que han hecho estas propuestas son la Organización de la Naciones Unidas (ONU) y el Banco Mundial, con proyectos como los Objetivos del Desarrollo Sostenible, con metas que apuntan, por ejemplo, a la disminución de la mortalidad neonatal y de niños menores de 5 años, lo cual ha causado que los tomadores de decisiones de política y gobiernos propongan programas que garanticen la atención y cobertura de este tipo de población (136,281).

Un ejemplo en Colombia es el programa De Cero a Siempre (282). Este programa tiene como objetivo garantizar todos los derechos de los niños entre los 0 y 5 años, con una atención de calidad y monitorización que garantice el adecuado desarrollo de la población infantil, mediante los controles periódicos del desarrollo de los niños, así como la prestación no únicamente de servicios de salud, sino, también, de educación, alimentación y bienestar, tanto en entidades públicas como privadas (282). Como podemos observar de manera clara, este programa de atención en Colombia, aunque fue creado antes de la adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluye tres de estos objetivos: hambre cero, educación de calidad y salud en bienestar (136).

A pesar de la intención de este modelo de garantizar mínimos vitales del cubrimiento universal de servicios de salud, fue ampliamente criticado, debido a que, en primera instancia, no era posible establecer una canasta o paquete de atención básico que satisficiera las necesidades mínimas de todos los usuarios de una población determinada, y en caso de poder establecerlas o determinarlas, estas podrían no estar justificadas, o

podrían intentar cumplir con requerimientos internacionales más que con las necesidades cuantificadas de la población (175). Por otra parte, se basa más en la igualdad que en la equidad, por cuanto supone una misma base para todos y no sobre lo que se requeriría por grupos poblacionales, de acuerdo con su condición de desventaja o vulnerabilidad.

6.1.2 Modelo de acceso ajustado

Modelo teórico propuesto por los salubristas públicos Penchansky y Thomas (5), quienes decidieron cambiar el concepto de definición única de acceso desde el punto de vista social y lo abordaron desde una perspectiva económica, al comparar a los usuarios de los sistemas de salud como clientes, frente a la oferta presentada por las entidades prestadoras de servicios de salud. De acuerdo con estos autores, el acceso a salud es el grado de ajuste o de encaje entre los clientes y el sistema; sin embargo, el concepto de acceso es tan amplio que los autores proponen que el grado de ajuste se haga desde los componentes del acceso, algunos de ellos propuestos por otros autores (271) dentro de un nuevo modelo conceptual (figura 6-1).

Figura 6-1: Modelo de ajuste de acceso a salud



Fuente: Penchansky R, Thomas JW. (5).

Los autores los describen así:

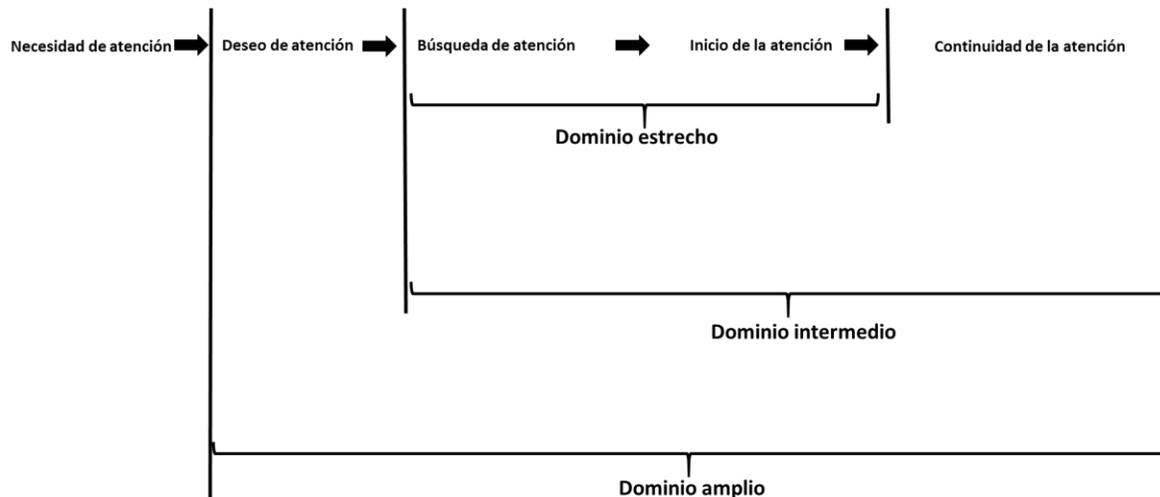
- Disponibilidad: Esta dimensión de acceso se refiere a la oferta de recursos, tanto materiales (hospitales, clínicas) y humanos (médicos, especialistas, enfermeros) como organizacionales (programas de atención, programas de prevención, programas de tamización), con los que cuente el sistema y que les pueda ofrecer a los usuarios, o, en este caso, a sus clientes.
- Accesibilidad: Se refiere a la dinámica e interrelación entre la ubicación de la oferta de servicios, la disponibilidad y la localización de los clientes; es decir, en esta dimensión se incluyen todos los recursos relacionados con la distancia física entre ambas partes, el costo para que el cliente pueda acceder al servicio y las características geográficas de ambas ubicaciones.
- Acomodación: Se refiere a cómo es la organización logística de los servicios de salud prestados por la empresa para aceptar clientes; entendidos como los sistemas de asignación de citas, horarios laborales, atenciones de 24 horas, servicios de atención a través de medios electrónicos, entre otros; cómo son percibidos dichos servicios por sus clientes, y las capacidades de estos para adaptarse y aceptarlos.
- Asequibilidad: Es la relación entre el costo de los servicios, los ingresos y la capacidad de pago de los clientes, y en caso de la existencia de seguros, la interacción entre este tercero con los clientes y las empresas; entendiéndose que este tercero puede corresponder a entidades públicas o privadas. Dentro de dicha dimensión también se incluye la percepción de la pertinencia del costo y valores asignados a los servicios prestados.
- Aceptabilidad: Esta dimensión es de las más amplias, debido a que incluye la relación de las ideas y conceptos *a priori* que tengan tanto los clientes como los proveedores de servicios. Para el caso de los clientes, son las actitudes personales de ellos acerca de los servicios y de los proveedores de servicios, que pueden estar fundadas en su educación, edad, religión, sexo y preceptos culturales. En el caso de los proveedores de servicios de salud, también existen actitudes e ideas sobre a qué tipo de clientes prefieren prestar los servicios; estos conceptos están basados no únicamente en las características expuestas previamente en el grupo de clientes, sino, también, en experiencias previas de los prestadores de servicios.

Para realizar este modelo, los autores hicieron un estudio mediante una encuesta de satisfacción que contenía 16 preguntas —dentro de las cuales se encontraban preguntas de cada una de las dimensiones propuestas— dirigidas a los empleados de la empresa General Motors y sus cónyuges (5). A través de un análisis de regresión, hicieron la validación del constructo al explicar y diferenciar cada una de las dimensiones, aunque con una dinámica constante entre ellas, que aumentaba o disminuía la satisfacción del acceso a los servicios de salud; adicionalmente, demostraron que las preguntas que asignaban *a priori* en cada una de las dimensiones podían predecir la satisfacción con sus respectivas dimensiones (5).

A pesar de ser uno de los pocos modelos teóricos que se construyó a partir de un estudio mediante el cual validaron matemáticamente el constructo conceptual, este modelo ha sido criticado debido a que se basa en el sistema y modelo de atención de salud prestado en Estados Unidos, el cual es diferente al de otros países (175). También se le critica estar basado en un modelo contractual entre los usuarios y el sistema, en el marco de los modelos de aseguramiento prestados por algunas empresas, y no tener en cuenta modelos contractuales de otros países, en los que no existe el aseguramiento, sino que la relación entre los usuarios del sistema de salud está implícita dentro del contrato establecido con sus gobiernos y la garantía del cumplimiento del derecho a la salud (6,175).

6.1.3 Modelo de accesibilidad

Julio Frenk inició la propuesta de su modelo con el debate del término *accesibilidad* y las distintas interpretaciones y definiciones que le han dado (79), así como la discusión de que algunos autores que han empleado este término lo hacen con el fin de considerarlo un concepto que hace parte de las dimensiones del concepto de acceso a salud (5). Luego, el autor describe la *accesibilidad* dentro de unos dominios del proceso de acceso a salud que parten desde el dominio más estrecho, referido al usuario que busca la atención y que la encuentra; seguida del dominio intermedio, que representa el hecho de desear, buscar y acceder a la atención; y finalmente, el dominio más amplio, que alude a necesitar, desear, buscar y acceder a la atención en salud (figura 6-2). Así, ubica el concepto de *accesibilidad* en el dominio más estrecho, de búsqueda y recepción de atención (79).

Figura 6-2: Dominios de accesibilidad (79)

Fuente: Frenk J. (79).

Una vez establecidos los distintos dominios de accesibilidad, el autor plantea dos conceptos que hacen parte fundamental del proceso para entender el acceso a salud: disponibilidad y resistencia.

El primero, como ya lo han planteado varios autores, es el de *disponibilidad*, que se define como la presencia de recursos; pero en esta ocasión no se refiere solo a la existencia de estos, sino, también, a la capacidad propia de los recursos de prestar servicios de atención de salud (79).

El segundo se refiere a los obstáculos o barreras que se interponen entre la búsqueda y el uso de los recursos o productos de servicios de salud, que fueron denominados bajo el término de *resistencia*; estos obstáculos pueden subdividirse en otras categorías para permitir un estudio más desagregado de la resistencia. La primera categoría de esta son los *obstáculos ecológicos*, que se refieren a la localización de los servicios de salud y las implicaciones de distancia y tiempo que esto conlleva para poder acceder a ellos. La segunda categoría de la resistencia es llamada *obstáculos financieros*, e incluye los costos y precios establecidos de los servicios de salud.

Finalmente, el último grupo de obstáculos se conoce como *obstáculos organizacionales*, que se pueden subdividir en *obstáculos a la entrada*, los cuales se entienden como los inconvenientes para obtener una cita o la posibilidad de asistir a cursos de promoción; y los otros, como *obstáculos al interior del establecimiento de salud*, referido a los tiempos

de espera para ser atendido por un profesional de la salud. En esta serie de obstáculos que propone Frenk (79), agregaría aquellos provenientes de las personas (*obstáculos personales*), los cuales dependerían de:

1. Los pacientes o personas que quieren acceder al sistema, de su percepción de enfermedad y de su reconocimiento como enfermos o con problemas.
2. Los profesionales de la salud que por falta de conocimiento o características personales podrían no reconocer a las personas enfermas como tales y, de esta manera, no iniciar o continuar con el acceso.

Una vez establecidos estos dos conceptos (disponibilidad y resistencia), Frenk introduce el concepto de acceso a salud, que, al contrario de otros autores, define como una herramienta para alcanzar la accesibilidad y no como la finalidad del proceso de búsqueda de atención en salud. El acceso a salud es visto de manera análoga al poder de compra en economía, y lo llama *poder de utilización*, lo cual se entiende como la capacidad y características de una persona o grupo de personas que les permite buscar y obtener atención médica (79). El autor finaliza su modelo con la presencia de diferentes ecuaciones que expresan que la accesibilidad será directamente proporcional a la disponibilidad y al poder de utilización, e inversamente proporcional a la resistencia, con sus respectivos obstáculos (79).

Este modelo ha sido criticado debido a que se ha sido visto como un modelo estático, que no evalúa el dominio más amplio propuesto por el mismo autor, en el cual se incluye la continuidad de la atención, lo que limita el proceso dinámico de la búsqueda y obtención de servicios de salud. Adicionalmente, se ha comentado acerca de la visión del acceso como una herramienta para alcanzar la accesibilidad, y como la regulación entre el llamado poder de utilización y la resistencia, dado que en el modelo se sigue una lógica del mercado, y excluye otros factores que pueden determinar esta regulación como determinantes sociales (142,175).

6.1.4 Modelo comportamental

Este ha sido uno de los modelos que más se ha modificado con el paso del tiempo y que ha evolucionado con los cambios de conocimiento. Desde su inicio, este modelo se ha construido desde un punto de vista sociológico, teniendo en cuenta en sus comienzos al

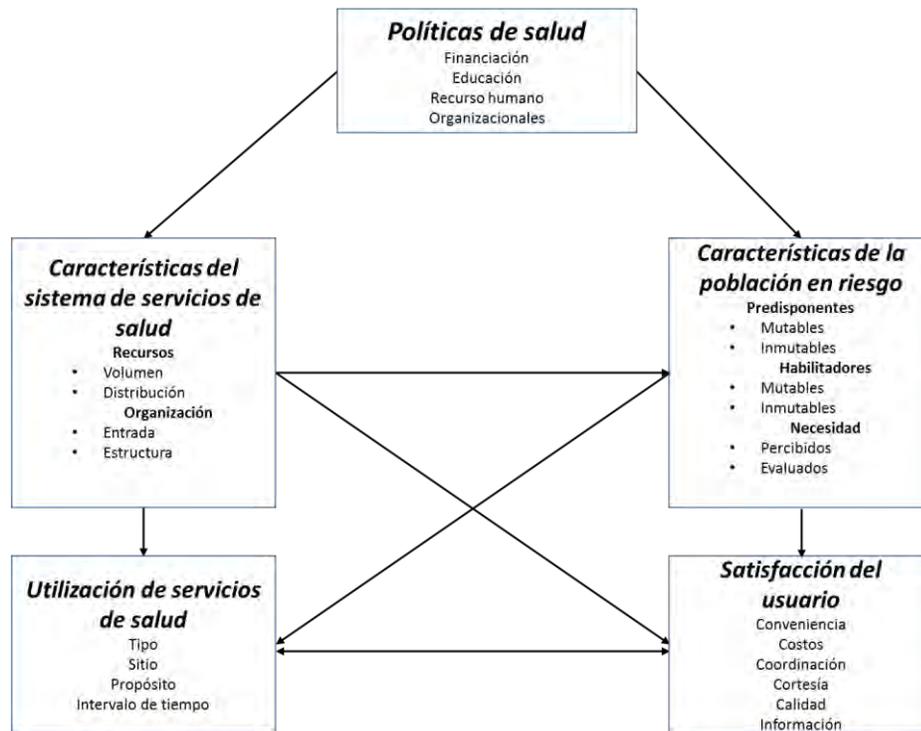
individuo o la comunidad como el punto de partida para establecer el acceso a salud. En el primer modelo propuesto por Andersen para los años setenta, se plantea que existe una relación lineal entre las características del individuo o de la comunidad y el desenlace, refiriéndose al desenlace como el hecho de acceder, utilizar y beneficiarse de los servicios de salud. Los *factores predisponentes* son aquellos inherentes de los usuarios o de los sistemas de salud que facilitan o dificultan el proceso de acceso a salud. Los *factores habilitadores* son aquellos relacionados con los procesos financieros y organizacionales de la dinámica del proceso de atención en salud, como el ingreso de los usuarios, los horarios de atención, los medios de transporte, entre otros. Por último, los *factores de necesidad* se refieren a las principales carencias de salud percibidas por los usuarios y las carencias objetivas de la salud de la población obtenidas mediante estudios demográficos (283).

El autor también introdujo unos términos adicionales, en referencia a los procesos de acceso a salud. El primero de esos términos es el del *acceso potencial*, que se refiere a cuáles son las características o factores que pueden facilitar que un individuo o una comunidad accedan a los servicios de salud (29). El siguiente concepto es el de *acceso realizado*, el cual significa que el usuario logró obtener el servicio de salud solicitado. El último concepto que introduce Andersen, *desenlaces de acceso*, lo plantea como la eficiencia del servicio accedido, el cual se entiende como la satisfacción con el servicio recibido y la mejoría del estado de salud gracias al servicio utilizado (*acceso eficiente*) (29).

Esta primera aproximación careció de la evaluación y análisis de la dinámica que existe entre la demanda de servicios de salud que se realiza por parte del individuo y de la comunidad, y de la oferta por parte de los recursos de servicios de salud. Pero en la segunda propuesta de modelo, los autores decidieron no únicamente incluir esta dinámica, sino, también, incluir la satisfacción del usuario con la atención médica prestada y los desenlaces de atención en salud que eran cuantificados mediante la cantidad de atenciones (25). Para la construcción de este modelo, se tienen en cuenta las políticas de salud, las cuales pueden ser de inversión, educación o de organización, que podrían generar un impacto sobre las características de los servicios de salud o sobre la población, y los servicios de salud que generan un impacto sobre las características de la población. Finalmente, tanto las características de la población como de los servicios de salud desencadenarán modificaciones en la utilización de los servicios de salud, y serán cuantificados por indicadores establecidos por los mismos organismos de salud, así como

por los índices de satisfacción del usuario, obtenidos mediante encuestas que evalúen la aceptación y calidad de los servicios recibidos (figura 6-3) (25).

Figura 6-3: Modelo de estudio de acceso a salud (29)



Fuente: Aday LA, Andersen R. (29).

A pesar de la complejidad e integralidad de este segundo modelo, fue criticado debido a que no incluía una dinámica de retroalimentación entre los desenlaces y la satisfacción del usuario, sobre la cabeza o punto de partida del modelo, que son las políticas y los gobiernos; y tampoco sobre los intermediarios, que son los sistemas de salud y los usuarios. Para esto, lo que el autor adiciona al modelo previamente planteado son los fenómenos de retroalimentación que existirán entre los desenlaces de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios sobre los servicios de salud, además de las características de la población (25).

Como se mencionó previamente, este ha sido uno de los modelos sobre acceso a salud más criticados, por ello ha evolucionado de manera continua, para ir contribuyendo a la construcción de un marco conceptual más completo e integral acerca del abordaje del concepto de acceso a salud. Actualmente, la crítica que se le realiza a la última fase del modelo es la de los métodos de evaluación, tanto de desenlaces de los servicios de salud

como de las encuestas de satisfacción de los usuarios, dado que asumen que los desenlaces de estos generan retroalimentación sobre políticas de salud que no serán aceptadas y encaminadas a todos los usuarios, sino a aquellos que hayan participado del acceso a servicios de salud, y excluye así a aquellos que no los hayan utilizado por diversos motivos (142).

6.1.5 Modelo de monitorización de acceso del Instituto de Medicina (IM)

El modelo propuesto por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos surgió como una iniciativa de esta misma entidad, debido a las inequidades en acceso a servicios de salud para algunas enfermedades, entre ellas sífilis gestacional, prestación de cuidados prenatales adecuados y actividades de prevención para el cáncer de cérvix y de seno (284). Al revisar, encontraron que varias de las dificultades en el acceso se presentaban debido a algunas características específicas, como la etnicidad, los ingresos y el nivel de educación de los usuarios. Adicionalmente, este modelo establece una serie de indicadores que permiten hacer una monitorización continua del acceso a servicios de salud y que sean homogéneos dentro del país, con el fin de permitir tener una evaluación más consistente del acceso de la población estadounidense (284) (figura 6-4).

Figura 6-4: Modelo de acceso a salud del Instituto de Medicina (284)



Fuente: Institute of Medicine (U.S.) (284).

Para este trabajo, la entidad utilizó la siguiente definición de *acceso a salud*: “El uso oportuno de los servicios de salud personales para lograr los mejores desenlaces de salud posibles”. Para la evaluación de todo el proceso de acceso, partiendo desde la búsqueda

de los servicios, la entrada y utilización de estos, y los desenlaces, se propuso un modelo que se divide en tres dimensiones (figura 6-4). La primera dimensión incluye *las barreras de acceso a salud*, que a su vez se dividen en tres tipos: 1. las *estructurales*, que se entienden por la escasez o limitación de la infraestructura física o de talento humano para los servicios de salud; 2. las *financieras*, que se refieren a los costos de los servicios de salud, o, en el caso del sistema de salud de Estados Unidos, la presencia de aseguramiento, ya sea por pago del usuario o por los regímenes de Medicare o Medicaid; y las *personales*, dentro de las que se incluyen características propias del individuo, como la etnicidad, el idioma, el nivel educativo, los ingresos, la cultura, y otras características que pueden determinar el uso de los servicios de salud (284).

En las personales, es fundamental hacer énfasis —puesto que no se tiene— en el autorreconocimiento de la enfermedad por parte de las personas que asisten o piden acceso, y en el reconocimiento de aquel que los atiende, de donde pensamos se deriva parte fundamental del acceso al servicio.

La segunda dimensión es la *utilización*, en la cual se exploran los siguientes aspectos: el tipo de servicio utilizado (prevención, promoción, emergencias, hospitalización); el profesional de la salud que prestó el servicio, ya que habían encontrado un subregistro de los servicios de salud prestados por profesionales diferentes a médicos (nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas); y la continuidad del uso de los servicios (controles, atenciones únicas, campañas de promoción) (284).

La última dimensión de este modelo son los *desenlaces*, con la cual se mide la efectividad del acceso a salud, mediante indicadores como morbilidad, mortalidad, funcionamiento y bienestar, ya que la utilización de los recursos no puede ser interpretada como acceso adecuado, sino que esta utilización debe tener algún impacto sobre dichos desenlaces, ya sea un impacto positivo o negativo. En el eslabón entre las dimensiones de *utilización* y *desenlaces*, el IM introduce el concepto de *factores mediadores*, referidos a aquellos que permiten que el uso de los servicios de salud sí garanticen un desenlace, como la adecuada prescripción de un servicio, que va de la mano con su eficacia, la adherencia al tratamiento prescrito y la calidad del servicio prestado (284).

Este modelo ha sido criticado debido al esquema y planteamiento lineal bajo el cual fue formulado, lo que limita la retroalimentación de los desenlaces que ellos mismos proponen

para que tengan un impacto; de la manera en que es propuesto el modelo, solo tendrían como objetivo evaluar un verdadero acceso de salud y no exclusivamente la utilización de los servicios (142).

6.1.6 Modelo ajustado modificado de Penchansky y Thomas

Este modelo fue planteado en el 2015 por Emily Saurman, sobre el modelo ajustado de Penchansky y Thomas, de 1981 (6). En este se plantean, además de las dimensiones clásicas de disponibilidad, accesibilidad, acomodación, asequibilidad y aceptabilidad, aquella relacionada con la dimensión de estar informado del hecho (alerta), que surge de la experiencia de la autora en el manejo de pacientes con enfermedad mental por telepsiquiatría en áreas remotas de Australia. Al respecto, refiere la importancia de la comunicación y la información a los pacientes, sus familias, los clínicos y la comunidad acerca de los nuevos programas, teniendo en cuenta el contexto y el alfabetismo en salud (*health literacy*). Refiere cómo un nuevo servicio solo puede ser efectivo si responde al contexto y se comunica o se hace difusión acerca de este, lo que lleva a que se conozca su existencia, y a que se comprenda y se use este conocimiento para asistir al servicio y usarlo. Esto, ante todo, es más frecuente en áreas remotas o en las que el personal es inestable, donde el acceso está limitado por la lejanía y el conocimiento acerca de la posibilidad de brindar atención (6).

Existen diferencias entre estos modelos y su énfasis en el proceso de acceso en salud. Sin embargo, cuentan con un gran punto en común: el abordaje, desde sus respectivos puntos de vista, del proceso dinámico del acceso a salud (tabla 6-1). Esta dinámica depende de la intervención de muchos actores, como el usuario, el profesional de la salud, el gobierno, la cultura, entre otros, que por sí misma puede modificar el proceso, y se comprende mejor al aplicarla en un ejemplo particular, como en la enfermedad mental.

La enfermedad mental genera una alta carga de enfermedad en quienes la padecen y además no reciben tratamiento (182,205,285), pero los servicios especializados en algunos países se encuentran limitados debido a la escasez de políticas en salud mental, o, en caso de presentarlas, por la ausencia de suficiente capital humano e infraestructura. Pero la limitación de acceso a salud en este tipo de enfermedades no solo es secundaria a la falta de servicios, sino, también, a la falta de educación del usuario acerca de este tipo de patologías, e incluso a la cultura de algunas poblaciones, en las que se discrimina y se

aísala a las personas que padecen estas enfermedades, con lo que limitan su acceso a servicios de salud adecuados (285).

Tabla 6-1: Modelos de acceso

Modelo, autor (año)	Definición de acceso	Origen del modelo	Componentes	Ventajas	Desventajas	Ejemplo aplicado al modelo
Mínimos decentes (271,280) – Gibbard A. (1982)	Asegurar un conjunto de servicios y bienes de salud para la población, con los cuales sea posible garantizar un cierto nivel de salud.	El modelo parte la equidad, universalidad y justicia del derecho a la salud.	Este modelo no fue desagregado y solo sigue los principios de universalidad, justicia y equidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un paquete de servicios de salud que sea el mismo para toda la población. • Garantizar el alcance de un estado de salud similar en la población, con base en el paquete de servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se tiene en cuenta la dualidad en la dinámica del acceso a salud. • Se cuenta con recursos limitados para intentar satisfacer necesidades ilimitadas. • No se conoce el ente, gobierno o responsable de definir el paquete de mínimos decentes. • El paquete de servicios de mínimos decentes puede no representar a toda la población, sino exclusivamente a las poblaciones o usuarios con mayor participación política. 	En Colombia y el mundo, la primera infancia (0 a 5 años) ha sido uno de los grupos etarios en los cuales más servicios o paquetes básicos han sido garantizados por el gobierno. Entre los programas más reconocidos en el país se encuentra el PAI (plan ampliado de inmunización), el cual garantiza la cobertura y disponibilidad de las distintas vacunas para varias enfermedades inmunoprevenibles.
Acceso ajustado (5) Penchansky R. & Thomas J. W. (1981)	Es el grado de ajuste, acople o "fit" entre el usuario (cliente) y los servicios de salud (sistema). Este ajuste se explora mediante las dimensiones o componentes propuestos por el autor.	Parte de una encuesta de satisfacción de una fábrica en Estados Unidos en la cual se explora el agrado o desagrado de los usuarios con el sistema de salud.	Disponibilidad, accesibilidad, acomodación, asequibilidad, aceptación.	<ul style="list-style-type: none"> • Evalúa de una manera integral el acceso a la salud por medio de los componentes que utiliza. • Permite explorar de una manera dinámica y desagregada los componentes que hacen parte del proceso del acceso a la salud. • Evalúa el grado de satisfacción de los usuarios con la atención recibida y del proceso que fue necesario para alcanzarla. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se basa en un modelo contractual de cliente-servicios prestadores de salud, y omite los aspectos inherentes al derecho a la salud. • El modelo original fue realizado y validado utilizando el sistema de aseguramiento y contractual de los Estados Unidos, en el cual existe intermediario. Limita su aplicación o extrapolación a modelos que no tengan este tipo de relación 	Corrección de una hernia inguinal. <i>Disponibilidad:</i> Cirujanos generales, salas de cirugía, anestesiólogos. <i>Accesibilidad:</i> Distancia desde una vereda o municipio hasta un hospital que cuente con salas de cirugía, medios de transporte disponibles. <i>Acomodación:</i> Tiempo necesario para lograr obtener valoración por los especialistas, lapso entre la valoración y la programación de la cirugía <i>Asequibilidad:</i> El copago que debe realizar el usuario

Modelo, autor (año)	Definición de acceso	Origen del modelo	Componentes	Ventajas	Desventajas	Ejemplo aplicado al modelo
					contractual. • Los desenlaces son cuantificados mediante satisfacción de los usuarios, lo cual genera desenlaces subjetivos que pueden limitar su cuantificación. • No usa para su desarrollo y prueba de constructo la utilización de servicios ni los patrones de práctica del proveedor.	a la EPS para la cirugía, o en caso de realizarlo de manera particular, el costo total del procedimiento. <i>Aceptación:</i> El usuario no se realiza la cirugía porque le han dicho que puede corregirse la hernia con fajas o con masajes. El profesional de salud que solo opera pacientes con IMC menores de 30, porque no tienen tantas recurrencias de hernias.
Accesibilidad (79) Frenk J. (1995)	Utiliza el término <i>accesibilidad</i> y lo define como recibir o usar servicios de salud una vez se desean y se necesitan.	Surge al encontrar confusiones en el uso sobre el término <i>accesibilidad</i> y al esquematizar el proceso para que se produzca una necesidad, deseo y adquisición de los servicios.	Dominios de accesibilidad, disponibilidad, resistencia y obstáculos, acceso o poder de utilización.	• Estudia el proceso de acceso a salud desde los distintos dominios que el autor propone para que se dé este proceso. • Establece relaciones numéricas entre los distintos conceptos establecidos, que pueden predecir aspectos que deben ser modificados.	• Se presenta como un modelo estático en el cual se describen varios dominios del proceso de accesibilidad, pero en el cual solo se estudia de manera detallada el dominio más estrecho. • Está basado en una lógica de mercadeo similar al proceso de oferta y demanda en economía, excluyendo factores como los determinantes sociales, que pueden modificar estas relaciones.	Paciente que se siente deprimido y decide que necesita ser valorado por un especialista (dominio amplio). <i>Disponibilidad:</i> GPC para la atención de depresión, que puede ser utilizada por médicos en atención primaria. <i>Obstáculos ecológicos:</i> Tiempo de viaje para ser atendido por médicos especialistas capacitados en terapia cognitivo-comportamental o médicos psiquiatras en otra ciudad. <i>Obstáculos financieros:</i> Uso de antidepresivos que no están cubiertos por el POS. <i>Obstáculos organizacionales:</i> No detección de la depresión por los profesionales de atención primaria; tiempos de espera para poder asistir a sesiones de psicoterapia.

Modelo, autor (año)	Definición de acceso	Origen del modelo	Componentes	Ventajas	Desventajas	Ejemplo aplicado al modelo
Modelo comportamental (25, 29,283) - Aday LA & Andersen R (1974)	Se define como la utilización de los recursos y servicios de salud disponibles. A partir de esta definición, los autores crean varias categorías de acceso, como acceso potencial, acceso realizado, acceso eficiente y acceso eficaz.	El modelo original se realizó para estudiar y evaluar por qué la familia usó los servicios de salud.	En su última versión, el modelo se desagregó en las políticas de salud (características que pueden influir sobre el individuo o el sistema), sistemas y servicios de salud (características y utilización) y el usuario (características del usuario y satisfacción con los servicios).	<ul style="list-style-type: none"> • La dinámica de este modelo permite no solo conocer los desenlaces objetivos, sino, también, subjetivos del uso de los servicios de salud, así como la retroalimentación que estos pueden generar en políticas de salud. • Desagrega e identifica las características tanto de los servicios de salud como de los usuarios; aquellas se entienden como las capacidades, debilidades y facilidades que tiene cada uno de estos grupos. • Es el modelo de acceso a salud más utilizado, pues permite identificar fallas y generar críticas que han facilitado su evolución y adaptación. 	<ul style="list-style-type: none"> • El modelo incluye las creencias y desenlaces de los usuarios que participan en el proceso de acceso efectivo; así, sesga los resultados y con ello el proceso de retroalimentación. • Se cuenta con recursos limitados para intentar satisfacer necesidades ilimitadas. • Debido a la gran cantidad de conceptos y dimensiones que posee el modelo, se pueden generar problemas y confusiones con los términos y variables planteados por el modelo. 	<p>Tamización de pacientes mayores de 50 años con antígenos prostático para cáncer de próstata. <i>Políticas:</i> GPC que intenta estandarizar a quién y cómo se debe solicitar este examen.</p> <p><i>Servicios de salud:</i> Laboratorios que den resultados adecuados y validados de esta prueba en intervalos cortos.</p> <p><i>Usuario:</i> Factor predisponente el ser afrocolombiano. Factor habilitador es el tener acceso cubierto por el POS para este examen. Factor de necesidad es el presentar síntomas obstructivos urinarios y tener antecedentes de familiares con cáncer de próstata.</p> <p><i>Acceso potencial:</i> El número de hombres mayores de 50 años sin cáncer de próstata en quienes se debe realizar el examen.</p> <p><i>Acceso realizado:</i> Número de estudios de antígeno prostático sobre el número de hombres a quienes se les debía realizar.</p> <p><i>Acceso eficiente:</i> Los hombres a quienes se les realizó el examen reciben una explicación sobre lo que se debe hacer si el resultado es negativo.</p>
Modelo de monitorización de acceso a salud (284)	El uso oportuno de los servicios de salud	Se originó debido a que en Estados Unidos	Barreras, uso o utilización de los servicios, factores	• Permite obtener algunos estimadores eficientes de	• Debido al modelo lineal bajo el cual el modelo fue	Atención de una crisis maniaca de un paciente con trastorno afectivo

Modelo, autor (año)	Definición de acceso	Origen del modelo	Componentes	Ventajas	Desventajas	Ejemplo aplicado al modelo
Institute of Medicine (1993)	personales para lograr los mejores desenlaces de salud posibles.	existía la sospecha de que algunos pobladores no tenían acceso al sistema de salud. Con base en esta premisa, se quiso diseñar un modelo que permitiera obtener indicadores que dieran una idea acerca de cómo se encontraba el acceso a la salud.	mediadores, desenlaces.	cómo se encuentran los parámetros de acceso a salud. • Los indicadores permiten establecer puntos en los cuales se pueden realizar intervenciones o generar políticas que generen impacto sobre los puntos identificados. • La desagregación de los indicadores del modelo se realizó con el fin de poder identificar cambios y modificaciones en distintos subgrupos poblacionales.	diseñado, se limita el proceso de retroalimentación que se pueda obtener de los desenlaces evaluados. • A pesar de que el modelo detecta puntos o inconvenientes en el proceso de atención en salud, no permite establecer relaciones de causalidad. • Los desenlaces son cuantificados en su gran mayoría de una manera objetiva, con desenlaces dicotómicos, pero se excluye o carecen de importancia desenlaces de satisfacción.	bipolar. <i>Barreras estructurales:</i> La escasez de camas destinadas exclusivamente a pacientes con enfermedades mentales. <i>Financieras:</i> Costos de la incapacidad generada hasta que se resuelva el episodio de crisis. <i>Personales:</i> Los conocimientos o sensaciones de bienestar que pueden tener algunos pacientes con los estados maniacos. <i>Uso:</i> Consulta a servicios de urgencias psiquiátricas. Controles con especialista en psiquiatría una vez resuelta la crisis. <i>Mediadores:</i> Uso de medicamentos con efectos estabilizadores del ánimo comprobados (carbonato de litio) y que faciliten la adherencia del paciente.
Modelo ajustado de Penchansky y Thomas modificado (6) por Saurman E. (2015)	Es el grado de ajuste, acople o "fit" entre el usuario (cliente) y los servicios de salud (sistema). Este ajuste se explora mediante las dimensiones o componentes propuestos por Penchansky y Thomas, al cual se le adiciona la dimensión de estar	Se origina en el programa de acceso de cuidado rural de emergencias en salud mental en áreas remotas de Australia.	Disponibilidad, accesibilidad, acomodación, asequibilidad, aceptación, conocimiento de un hecho (enterarse).	• Evalúa de una manera integral el acceso a la salud, por medio de los componentes que utiliza, al ampliarlo con la dimensión de conocer un hecho. • Permite explorar de una manera dinámica y desagregada los componentes que hacen parte del proceso del acceso a la salud. • Evalúa el grado de satisfacción de los usuarios con la atención	• Se basa en un modelo contractual de cliente-servicios prestadores de salud, y se omiten los aspectos inherentes al derecho a la salud. • El modelo original fue realizado y validado utilizando el sistema de aseguramiento y contractual de los Estados Unidos, en el cual existe intermediario; por tanto, limita su aplicación o	Atención de un paciente con esquizofrenia. <i>Disponibilidad:</i> Psiquiatras, enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales. <i>Accesibilidad:</i> Distancia desde una vereda o municipio hasta un hospital, centro comunitario; medios de transporte o comunicación disponibles. <i>Acomodación:</i> Disponibilidad de citas, horarios,

Modelo, autor (año)	Definición de acceso	Origen del modelo	Componentes	Ventajas	Desventajas	Ejemplo aplicado al modelo
	informado (alerta).			<p>recibida, y el proceso que fue necesario para alcanzarla.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza la experiencia de acceso en salud mental y en áreas remotas. • Usa para su desarrollo la utilización de servicios y el conocimiento de los usuarios. • Describe la importancia de la comunicación e información en salud, teniendo en cuenta usuarios, familias, proveedores, contexto y conocimiento sobre salud y enfermedad. 	<p>extrapolación a modelos que no tengan este tipo de relación contractual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los desenlaces son cuantificados mediante satisfacción de los usuarios, lo cual genera desenlaces subjetivos que pueden limitar su cuantificación. • No usa para su desarrollo y prueba de constructo los patrones de práctica del proveedor. 	<p>mecanismos para la atención por telepsiquiatría, tiempo necesario para lograr obtener valoración por los especialistas, lapso entre la valoración y la programación de la visita.</p> <p><i>Asequibilidad:</i> El copago que debe realizar el usuario a la EPS para la cita, o en caso de realizarlo de manera particular, el costo total de la terapia.</p> <p><i>Aceptación:</i> Relación entre el paciente y el médico, aceptación de sus características por parte del proveedor, deseo del paciente de que lo atienda el médico u otros profesionales de la salud. Aceptación de la telepsiquiatría si es el caso.</p> <p><i>Informarse de un hecho (alerta):</i> El centro mantiene buena comunicación sobre el servicio que presta y con los usuarios (pacientes, familias, comunidad), teniendo en consideración el analfabetismo, el contexto y el conocimiento sobre salud.</p>

Fuente: elaboración propia.

Los modelos previamente expuestos tienen como objetivo realizar la identificación de aquellos pasos o puntos que pueden estar influenciando el acceso a salud, para que, una vez se hayan identificados, se puedan realizar intervenciones que mejoren dicho acceso. Esto lo podemos observar en la revisión sistemática de Babitsh y cols. (285), en la que realizaron una búsqueda de todos los estudios que había aplicado el modelo de Andersen para evaluar el acceso a salud, al dividir los factores en predisponentes, facilitadores y de

necesidad. Los autores encontraron que el factor predisponente más frecuente fue la edad, el facilitador estuvo relacionado con los factores financieros o económicos, y el factor de necesidad fue presentar alguna enfermedad mental o física. Sin embargo, los autores concluyeron que, a pesar de aplicar el modelo teórico de una manera adecuada, la gran mayoría presentaba dificultades en la definición de las variables y aplicación del modelo comportamental. Adicionalmente, mencionan que es necesario la conducción de más estudios primarios que permitan evaluar de una manera más clara el acceso a salud y su análisis mediante el modelo comportamental de Andersen (285).

Fleury y cols. (2014) realizaron un estudio similar que evaluó la utilización de servicios de salud en los últimos doce meses en Montreal por razones de salud mental, en una cohorte, mediante el modelo comportamental de Andersen (182). El ser hombre, tener peor calidad de vida y padecer de un trastorno depresivo, trastorno de pánico, fobia social o tener problemas emocionales predecían el uso de servicios de salud por razones de salud mental. Al explorar por pacientes que padecían alguna enfermedad mental, encontraron que los problemas psicológicos, la impulsividad, el ser víctima de violencia y el haber sido valorado por un profesional médico predecían un mayor uso de servicios de salud mental. Por otra parte, aquellos usuarios sin enfermedad mental tenían mayor utilización de estos servicios si tenían más apoyo social, mayores ingresos en el hogar y percepción de menor cohesión social en el vecindario (182).

Finalmente, hasta la fecha, el acceso a salud sigue siendo un tema que no ha logrado alcanzar una definición clara, lo que ha limitado el estudio de muchas enfermedades, pero con más énfasis en algunas enfermedades en las que se encuentra un mayor desequilibrio entre la oferta servicios de atención en salud mental y la demanda de los pacientes que padecen estas enfermedades, por dificultades en el proceso diagnóstico, así como el desconocimiento, tanto de los usuarios como de algunos profesionales de la salud, acerca de dichas enfermedades.

6.2 Aportes al acceso en salud: modelo de acceso integral ajustado en salud mental⁵

Resumen

Introducción: El acceso a servicios de salud, definido como el grado de integración entre el usuario y el servicio, ha sido incluido en varios indicadores mundiales para medir el desarrollo de los países, entre ellos los Objetivos de Desarrollo Sostenible elaborados por la Organización de Naciones Unidas (ONU), y en los cuales se resalta la necesidad de lograr un acceso universal a la salud que permita disminuir las brechas en mortalidad y morbilidad a escala mundial. **Objetivos:** Teniendo en cuenta la teoría de acceso de Penchansky y Thomas, así como la sugerencia de ampliación en información dada por Saurman, se plantean las categorías de autorreconocimiento y el reconocimiento de los problemas y los trastornos mentales como un complemento al modelo planteado por los autores. **Metodología:** Reflexión sobre los componentes habitualmente utilizados para describir el acceso a los servicios de la salud, teniendo en cuenta evidencia cualitativa y cuantitativa descrita por los autores. **Resultados:** Se revisan los componentes propuestos por los autores y se plantea el *modelo integral ajustado en salud mental* como una modificación a lo planteado por Penchansky y Thomas, y complementado por Saurman; además, se introduce la importancia del autorreconocimiento y heterorreconocimiento para iniciar la cascada de eventos que dan lugar a un mejor acceso en salud mental. **Conclusión:** Se introduce el componente de información de servicios planteado por Saurman, y se vincula a los componentes de conocimiento, capacitación y alfabetización, el de autorreconocimiento y heterorreconocimiento por *proxy*, que proveen un modelo amplio, exhaustivo e inclusivo, lo cual se adapta a las necesidades en salud mental.

Palabras clave: acceso a salud; disponibilidad, accesibilidad, acomodación, asequibilidad; aceptabilidad, información, reconocimiento.

6.2.1 Introducción

El derecho a la salud hace parte de los derechos humanos, y el objetivo de garantizarlo se ha convertido desde hace más de un siglo en una meta mundial, con el fin de disminuir la

⁵ Artículo sometido a publicación por Carlos Gómez-Restrepo¹, Andrea Padilla Muñoz² y Javier Eslava-Schmalbach³.

desigualdad y las brechas entre los habitantes del planeta, y mejorar la equidad (268). Para alcanzar este objetivo, debe garantizarse un acceso a los servicios de salud; así, se han propuesto diversos modelos o esquemas que permitan facilitar el estudio de la dinámica de acceso a la salud, al abordarlo desde distintas perspectivas, como la sociológica, la económica, la política, la comportamental (175) y la psicológica.

Debido a esa variabilidad de modelos y marcos teóricos sobre acceso a servicios de salud, se han diversificado las definiciones acerca de esta (tabla 6-2). Cada uno de los marcos teóricos del estudio de acceso a salud cuenta con sus ventajas y desventajas, cuya discusión y abordaje ya han sido planteados por Gómez-Restrepo y cols. (2019, “Acceso a cuidados de salud: modelos y componentes”). Para unificar esta variedad de definiciones, la OMS tomó como definición aquella planteada por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos: “El uso oportuno de los servicios de salud personales para lograr los mejores desenlaces de salud posibles” (284).

Clásicamente, se han descrito varios modelos de acceso, cada uno con diferentes componentes. Así, uno de los más utilizados para investigación y evaluación de servicios ha sido el descrito por Penchansky y Thomas (1981), denominado modelo de acceso ajustado, que ha descrito cinco componentes: accesibilidad, disponibilidad, asequibilidad, acomodación y aceptabilidad. A estos, Saurman (2015) agregó el componente de información o alerta (*awareness*), compuesto por dos categorías: comunicación efectiva y estrategias de información con consideración al contexto, y alfabetismo en salud (5,6) (tabla 6-2). Debe anotarse que el componente descrito por Saurman tiene su origen en los escritos de Russell y cols. (2013), quienes hablan del alertamiento de un hecho como el intercambio de información e incremento del conocimiento del paciente sobre servicios de salud (287), y en los de Levesque y cols. (2013), quienes, teniendo en cuenta el alfabetismo en salud, hablan de la promoción de los servicios para que los pacientes identifiquen sus necesidades en salud y el servicio adecuado para recibir atención (288).

Tabla 6-2: Modelos de acceso a servicios de salud

Modelo	Definición
Mínimos vitales (280)	Se entiende el acceso como la garantía del cumplimiento de unas necesidades básicas y mínimas establecidas de manera objetiva, mediante estudios que identifiquen las principales deficiencias y carencias de una población.

Modelo	Definición
Modelo comportamental (25)	Parte del hecho de las características y factores que permiten que un individuo o comunidad obtenga acceso a los servicios de salud, y la dinámica de estos participantes con los servicios de salud, las políticas de salud y la satisfacción del usuario.
Modelo de acceso ajustado (5)	Se caracteriza por desagregar el concepto de acceso en cinco componentes: accesibilidad, disponibilidad, asequibilidad, acomodación y aceptabilidad. El acceso se define como el grado de ajuste e interacción entre estos componentes.
Modelo de acceso ajustado por Saurman (6)	Al modelo de acceso ajustado se agrega el componente de información o alerta sobre la presencia de servicios (<i>awareness</i>), con sus dimensiones de comunicación y estrategias de información a usuarios relevantes.
Modelo de accesibilidad (79)	Compara el concepto de acceso a salud con el de poder de compra; se entiende como la capacidad y características de una persona o grupo de personas que les permite buscar y obtener atención médica.
Modelo de monitoreo (284)	Plantea el uso oportuno de los servicios de salud personales para lograr los mejores desenlaces de salud posibles, al presentar la dinámica entre las barreras, el uso de los servicios y los mediadores que modifican esta interacción.

Fuente: elaboración propia.

Esta definición de acceso a salud ha permitido establecer el estudio de la atención y uso de los servicios de un gran número de enfermedades, especialmente de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la enfermedad cardiovascular, distintos tipos de cáncer, diabetes (289,290). Todo ello ha permitido generar rutas de atención y programas que han facilitado la promoción, prevención, diagnóstico y manejo de dichas patologías (291-299).

Sin embargo, dentro de este grupo de ECNT no se han planteado las particularidades de un grupo de enfermedades que se han encontrado rezagadas y que generan una alta carga de enfermedad sobre quienes las padecen y sobre quienes cuidan de estos pacientes: las enfermedades mentales. En el reporte global sobre carga de enfermedad del 2016 se calculó en un valor 805 millones de años de vida vividos con discapacidad (AVD); en este, dichas patologías, incluyendo los trastornos de abuso de sustancias, aportaron 150,47 millones de AVD, valor que representaba el 19 % de los AVAD. Además, se encontró que entre las primeras diez causas tanto de incidencia como de prevalencia de enfermedades aparecían los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, seguidos no muy de lejos por los trastornos de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (204).

Las enfermedades mentales afectan de manera indiscriminada a todos los grupos etarios, pero su mayor impacto y concentración se ve en el grupo etario de los 10 a 29 años; entre las diez primeras causas de AVAD y AVD en este grupo etario se encuentran los trastornos depresivos, los trastornos conductuales, los trastornos de ansiedad y los trastornos de consumo de sustancias, cuyas posiciones varían por sexo y por subgrupo etario dentro de los adolescentes (10 a 14 años y 15 a 19 años) (170). Así mismo, al explorar las causas de mortalidad en esta población, se ha visto que entre el segundo y tercer puestos se encuentran las causas autolesivas, es decir, suicidio; pero lo que más llama la atención es que, desde la década de los noventa, el suicidio ha sido una de las principales causas de mortalidad entre los 15 y 19 años (169,170).

Por si el impacto de las enfermedades mentales por ellas mismas fuese poco, se ha visto cómo el presentar algún trastorno neuropsiquiátrico como comorbilidad con otras ECNT puede acelerar la enfermedad, aumentar la discapacidad causada y dificultar el manejo (206). Por ejemplo, en el caso de los pacientes con enfermedad cardiovascular se ha visto un aumento en la mortalidad de aquellos que padecen trastorno depresivo o de ansiedad de manera concomitantes (294,297). En el caso de los pacientes diabéticos, existe una prevalencia aumentada de trastorno depresivo, y esta enfermedad altera la adherencia a los antidiabéticos orales e insulino terapia, lo que favorece la aparición de complicaciones y dificultan el manejo (294,295). Pero las enfermedades mentales no se limitan exclusivamente a ECNT, sino que también comprometen el estado de salud de pacientes con enfermedades infectocontagiosas, como en el caso de los pacientes con VIH, en los que existe una mayor prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos, que pueden dificultar el manejo y acelerar la progresión de la enfermedad (296-300).

A pesar de todas estas consecuencias, existe un subdiagnóstico y retraso en el proceso de acceso y atención en lo que respecta a salud mental, con porcentajes que pueden oscilar entre el 20 y el 50 %, y demora en diagnósticos que pueden ir desde meses hasta años (146,167,174,203,211,301). Todo este retraso trae consigo un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes, debido a que la gravedad de las enfermedades aumenta hasta el punto de llegar a eventos catastróficos, como el caso de actos de suicidio consumado o eventos de heteroagresión involuntaria o voluntaria asociada con el consumo de sustancias, lo que afectará todas las dimensiones y áreas en las que se desarrolla cualquier ser humano (94,172,302).

Como se puede observar, el impacto que tienen estas enfermedades es considerable y ha venido creciendo en los últimos años; por ello, es necesario realizar una aproximación de la dinámica de acceso y atención de la enfermedad mental desde uno de los esquemas o modelos teóricos de acceso a salud. Dentro de estos, el más utilizado para el estudio de la enfermedad mental es el planteado por Penchansky y Thomas, ya que es uno de los modelos que abarca una mayor interacción entre los usuarios y los servicios disponibles, así como las variables que pueden modificar esta relación, todo gracias a los componentes que se interrelacionan para lograr el acceso a salud (5). En la tabla 6-3 se presentan las diferentes dimensiones de este modelo de acceso a salud y se agrega a estos la dimensión de información descrita por Saurman.

Tabla 6-3: Componentes del modelo de acceso a salud según Penchansky y Thomas (5), y adaptación por Saurman (6)

Dimensión	Definición	Ejemplo
Disponibilidad	Se define como la oferta de recursos materiales, humanos y organizacionales por parte de los prestadores de salud.	<i>Material:</i> Hospitales. <i>Humano:</i> Psiquiatras. <i>Organizacional:</i> Programa de abandono de consumo de sustancias.
Accesibilidad	Se define como la dinámica e interrelación entre la ubicación de la oferta de servicios, con la disponibilidad y la localización de los clientes.	Ubicación del hospital y los servicios de transporte disponibles para llegar a este.
Aceptabilidad	Se define como los conceptos e ideas <i>a priori</i> que tengan los profesionales de salud y los usuarios al acceder a los sistemas de salud, incluyendo experiencias previas.	<i>Usuarios:</i> Religión, educación, sexo, preceptos culturales y sociales, estigmas, experiencias previas. <i>Profesionales de la salud:</i> Preferencia por ciertas patologías, comodidad con ciertas enfermedades, experiencias previas, conocimiento, estigma.
Asequibilidad	Se define como la relación de los costos y capacidad de pago por un tercero; este tercero es el usuario, el gobierno o entidades aseguradoras. En esta dimensión también se incluye el grado de aceptación de los costos y valores asignados a los servicios prestados.	Entidades aseguradoras. Subsidios de salud del gobierno. Costo de seguros laborales. Costo de medicamentos.
Acomodación	Se define como el aspecto logístico y organizacional de los servicios de salud prestados por las empresas y entidades de salud, y la manera como son	Sistema de asignación de citas. Horarios de los servicios de salud. Servicios de atención al usuario.

Dimensión	Definición	Ejemplo
	utilizados por sus usuarios, así como su aceptación, facilidad y comprensión.	
Información o alerta sobre la presencia de servicios (<i>awareness</i>) (6)	Un servicio mantiene la alerta sobre la presencia de estos mediante comunicación y estrategias de información a los usuarios relevantes (pacientes, clínicos, comunidad).	Comunicación por diferentes medios de la existencia del servicio. Información estratégica con pacientes o profesionales acerca de la prestación del servicio.

Fuente: elaboración propia.

Para comenzar el abordaje de la dinámica de acceso a salud, es necesario iniciar con la disponibilidad de recursos; es decir, la oferta de los servicios de salud, dado que primero es preciso conocer con qué se cuenta y la oferta de dichos recursos. En la revisión de Saxena y cols., se encontró que tan solo 111 países cuentan con centros para la formación de especialistas en salud mental, y al explorar la relación de profesionales de salud por cada 100.000 habitantes se hallan diferencias considerables entre los países, dependiendo de sus ingresos. La mayor deficiencia se encuentra en los psiquiatras; en los países de ingresos altos cuentan con 10,5 especialistas por cada 100.000 habitantes, mientras que en los países de bajos recursos solo se reportaron 0,05 profesionales en esa área. Pero esta escasez no atañe solo a profesionales médicos, sino, también, a otro tipo de recursos humanos, como psicólogos, trabajadoras sociales, promotores y enfermeras psiquiátricas; así, en los países de ingresos medios altos contaban con 1,8 y 5,4 profesionales, respectivamente, valor que es bastante reducido al compararlo con los 14 y 32,5 trabajadores de estas mismas carreras con los que cuentan los países de altos ingresos (106).

La oferta limitada de recursos en salud mental no se reduce al recurso humano, sino, también, a los recursos materiales y organizacionales. En otro estudio de las series de salud mental de la revista *Lancet* se exploraron la disponibilidad de leyes y los presupuestos para la inversión en salud mental y recursos físicos entre países de diferentes grupos de ingresos. En el estudio participaron 191 países, de los cuales se encontró que el 80 % disponía de una ley o política específica relacionada con la salud mental. Al explorar la inversión destinada para salud mental, se encontraron de nuevo diferencias entre los países, dependiendo de sus ingresos; sin embargo, lo que más llama la atención es la poca inversión que existe a escala mundial en salud mental, con

tan solo el 2,5 % del presupuesto de salud destinado para este tipo de enfermedades, a pesar de los costos y discapacidad que estas acarrearán, como ya se expuso.

La poca inversión se ve reflejada en los escasos recursos humanos y también en el recurso físico, ya que, al explorar las camas destinadas exclusivamente para salud mental por cada 10.000 habitantes, la mediana mundial fue de 1,69, con una gran brecha entre los países de bajos ingresos (0,24 camas) y los de alto ingresos (7,65 camas) (208).

Con estos datos, se creería que la dificultad o limitaciones en el acceso a los servicios de salud mental son principalmente por la escasez y debilidad en el componente de disponibilidad de Penchansky; sin embargo, los resultados y literatura disponible demuestran que existe otra cara del problema. Durante la iniciativa de la encuesta mundial de la OMS, en la que participaron 24 países, se realizaron preguntas sobre las barreras o dificultades asociadas con el proceso de acceso a los servicios de salud en pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad mental en los últimos doce meses. Al realizar el análisis, se encontró que las barreras más grandes consistieron en una baja percepción de necesidad de tratamiento (entre el 56,4 y el 99,3 %, dependiendo del país participante y de la gravedad de la enfermedad) y barreras actitudinales (entre 50,1 y 80,3 %, que variaba según el país y la gravedad de la enfermedad). Al desagregar las barreras actitudinales, se encontró que la más frecuente fue que el paciente quería manejar la enfermedad por sí mismo y la segunda consistía en que el problema era evaluado como no grave.

Como se pudo observar en este estudio con una representación mundial, las barreras estructurales no son las más importantes para impedir el uso de servicios de salud mental, y se debe realizar también una inversión en la educación de los pacientes (112).

En esta encuesta global participó Colombia; sin embargo, los datos fueron actualizados durante la última ENSM, del 2015, con la fortaleza de haber incluido pacientes de todas las edades. Al revisar los resultados acerca del acceso a salud, se encontró que en el grupo etario de los 7 a 11 años, el 55,4 % de los encuestados refirieron algún problema de salud mental, pero de estos, tan solo el 48 % solicitó algún tipo de atención, y la razón más frecuente para no solicitar atención fue, de acuerdo con la cuidadora, porque no consideró necesario consultar. En el grupo de los jóvenes de 12 a 17 años, el 51,5 % de los participantes presentó algún problema de salud en los últimos doce meses, pero solo

un 35,2 % de ellos buscó atención para su problema. En el caso de los adultos jóvenes (18 a 44 años), el 36,1 % presentó problemas de salud mental en los últimos doce meses, pero tan solo un 38 % solicitó atención por este problema en el último año, y la razón más frecuente para no realizarlo fue que consideraron que no era necesario consultar. Finalmente, en el grupo etario de mayores de 45 años, el 35 % de los individuos de este grupo presentaron algún problema de salud mental, pero de estos, solo el 34 % solicitó alguna atención por esta enfermedad, y la principal razón aducida para no hacerlo fue por descuido.

Dichos resultados solo refuerzan que, en lo que se refiere a salud y enfermedad mental, existe un desconocimiento de las personas y una falta de información de la población general acerca de las enfermedades mentales (4). Alrededor de ello existe un grupo poblacional —pensamos que grande— compuesto por individuos que, más que ser descuidados, sienten que no es relevante lo mental o tienen cierto estigma por la situación reconocida; presentan un escaso o nulo reconocimiento de la enfermedad mental, y, de esta manera, no pueden alertar al profesional de la salud acerca de su dificultad, con el fin de obtener su ayuda. Ello se complementa con la baja capacidad de detección del profesional de la salud sobre los aspectos de salud mental, quienes, por un limitado conocimiento sobre esta área, una sensación de poca importancia de lo mental, el poco tiempo que tienen disponible en consultas para profundizar sobre dicho componente o el mismo estigma, llevan a la presencia de un dúo paciente-profesional difícil para lo mental: uno que no se reconoce y otro que no puede reconocer.

De esta forma, el autorreconocimiento y el heterorreconocimiento por *proxy* (familiar o profesional) son fundamentales al momento de alertar y solicitar ayuda por parte de un facultativo; estas serían, por así decirlo, las alertas máximas que permiten visualizar la introspección e iniciar el proceso de acceso. Sin ello, en muchos casos, no se podría iniciar un proceso de diagnóstico y tratamiento, ni, por tanto, tener acceso. Alrededor de esta cuestión se han publicado algunos artículos y están en vía de publicarse otros que muestran cómo muchas personas refieren estar bien mentalmente, a pesar de tener trastornos o problemas mentales; en el caso de niños, como el cuidador no reconoce los problemas de sus hijos o niños a cargo, esto puede ir más allá de la literacidad o educación que se tenga.

Por otra parte, se ha establecido en un programa como DIADA que alertar mediante un tamizaje a los pacientes y médicos sobre el estado mental del paciente conlleva una mejoría en la detección de lo que hasta un momento dado no ha sido reconocido ni por los pacientes ni por los profesionales (“Proyecto DIADA de depresión y alcohol”, Pontificia Universidad Javeriana - Universidad Dartmouth”).

Pero estas barreras actitudinales fueron exploradas de una manera más desagregada y profunda mediante abordajes cuantitativos y mixtos, los cuales han arrojado más pistas y guías sobre las posibles causas y explicaciones de esta percepción sobre la no necesidad de solicitar atención, o de subestimar la gravedad de la enfermedad. Aunque se han vislumbrado y encontrado diversas causas, se ha visto que, sin importar los grupos etarios, los ingresos, el territorio en el que se haya desarrollado el estudio o su localización en el globo, las causas que suelen ocupar los primeros lugares fueron las relacionadas con la alfabetización o educación en salud mental, el estigma asociado con las enfermedades mentales y las denominadas barreras estructurales, entendidas como la escasez de recursos en salud mental (un tema ya discutido previamente) (153,180,217).

Respecto a la alfabetización en salud mental, esta fue definida así por Jorm y cols.: “Conocimientos y creencias acerca de las enfermedades mentales que ayudan en su reconocimiento, manejo y prevención” (82). Básicamente, se refiere al entendimiento y comprensión que tengan no únicamente los pacientes, sino también la población general acerca de la enfermedad mental, para así comprender las dimensiones, gravedad y consecuencias que pueden abarcar estas patologías, así como los posibles métodos de atención y disponibilidad de servicios.

Los estudios han mostrado que en la población general existe un desconocimiento con creencias erróneas acerca de la enfermedad mental, las cuales han venido modificándose gracias a las investigaciones sobre orígenes biológicos y bioquímicos de estas enfermedades, así como de campañas de educación que buscan disminuir actitudes discriminatorias con estos pacientes (245,303).

Estrechamente ligado con el concepto de alfabetización en salud mental se encuentran los procesos de estigmatización, los cuales han limitado el acceso a salud mental. El *estigma* es un concepto que tiene múltiples abordajes y definiciones, pero que, en el caso

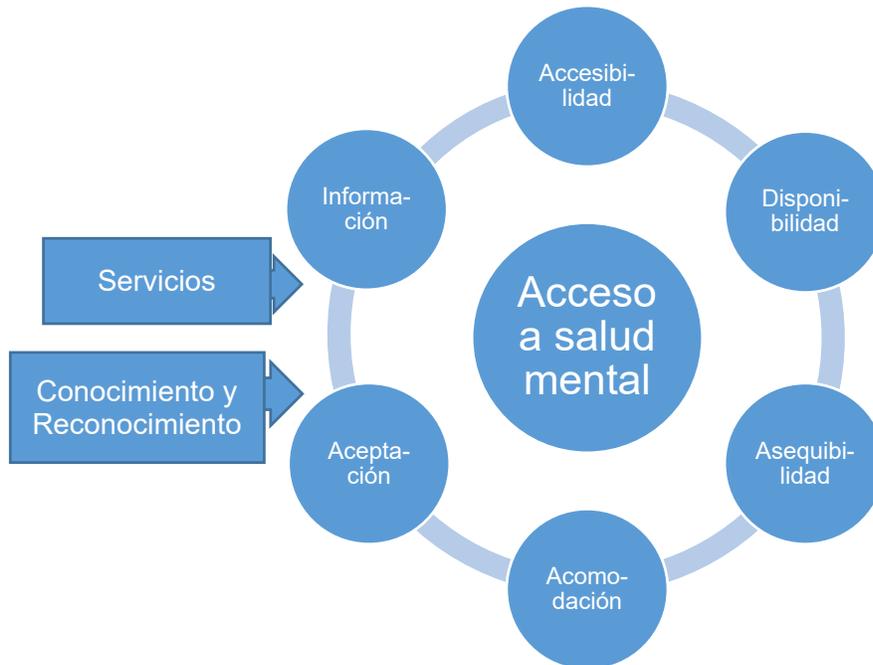
de la enfermedad mental, se entiende como las características o atributos diferentes de un individuo o grupo de individuos; estas diferencias son tomadas como negativas y los separan de quienes no las tienen, lo que genera una pérdida de estatus y produce procesos de discriminación (251). En el caso de los pacientes con enfermedad mental, la característica que los diferencia es la patología o enfermedad que padecen, y esto lleva no a un único proceso de estigma, sino a un proceso de estigma intrapersonal; es decir, sobre el mismo usuario o paciente, y a un estigma público o interpersonal, que corresponde a las actitudes que asumen quienes no tienen estas enfermedades con quienes sí las padecen (252).

La existencia de estas dos grandes barreras está ampliamente relacionada con un desconocimiento acerca de la salud y enfermedad mental, lo que se ha visto reflejado en el pobre reconocimiento de dichas patologías (248), la pobre o escasa comprensión de estas (245), los procesos de atención y mantenimiento de la salud mental (242), así como la perpetuación de conductas estigmatizantes (303), que impactan de una manera negativa en el acceso a los servicios de salud mental de una manera muy similar en todos los países y en todos los grupos etarios. De esta manera, se condiciona el no tratamiento, y se mantienen e incrementan la carga de enfermedad y las consecuencias ya presentadas de las enfermedades mentales.

Como se ha podido observar, en el caso de la enfermedad mental, los componentes de la teoría de acceso a salud de Penchansky y Thomas que más se encuentran afectadas son los de disponibilidad y aceptación; pero, de acuerdo con los estudios presentados, el más comprometido sería cercano a la dimensión de aceptación o aceptabilidad, que hace referencia a conceptos e ideas *a priori* que tengan los profesionales de salud y los usuarios al acceder a los sistemas de salud, incluyendo experiencias previas. Dentro de este campo se mencionan solo superficialmente los componentes de alfabetización y estigma de este tipo de enfermedades en los usuarios, que refieren en algo el conocimiento sobre las enfermedades mentales. Pero no profundizan ni tienen en cuenta lo que hemos llamado *reconocimiento de la enfermedad mental*, que va más allá del saber (literacidad) y el estigma; implica introspección, conectarse con las sensaciones internas, y darles nombre a las emociones, sensaciones, formas de ser y actuar, que radican o tienen sus orígenes en aprendizajes tempranos, experiencias vitales, interacciones con otros y alertamientos sobre lo que padezco, para encaminarse a un reconocimiento de los problemas y trastornos.

Ahora, el refuerzo o priorización de estos componentes en la dimensión de información descrita por Saurman podría ser la más adecuada. En esta sexta dimensión se propone la denominada *awareness*, que puede ser traducido como información o alertamiento; esta, según la autora, consiste en la comunicación y educación de todos los participantes de la dinámica de acceso a salud (profesionales de la salud, usuarios, responsables políticos) para mantener un constante aprendizaje de los avances médicos y, sobre todo, de los servicios disponibles en áreas rurales (6). Pero también en esta dimensión se podrían incluir los componentes de la educación, literacidad y autorreconocimiento por parte de la persona misma o por otro (profesional, cuidador u otro), o heterorreconocimiento, que conllevan hacer introspección sobre la problemática o enfermedad mental para solicitar ayuda y tener el consecuente acceso. De esta forma, la información tendría que ser de dos tipos: una referente a los servicios, como lo plantea Saurman, y otra información respecto al individuo, que comprende actividades de conocimiento (educación y alfabetismo en salud mental) y reconocimiento (auto- o hetero-), que puede ser motivado por la misma persona o por un tercero (*proxy*), que habitualmente es el profesional o el cuidador.

Aunque no se considera necesario incluir una dimensión adicional en el modelo, sí es rotundamente indispensable incluir la dimensión sobre información (*awarness*) descrita por Saurman acerca de comunicación e información estratégica, y que tendría otros componentes e intervenciones enfocados en la educación, alfabetización de los pacientes, usuarios y población general, así como estrategias para la mejora del auto- y heterorreconocimiento de los problemas y trastornos mentales (figura 6-5). Se ha demostrado de manera repetida y consistente cómo las intervenciones basadas en procesos de pedagogía y educación generan impactos positivos sobre las llamadas barreras actitudinales, al incrementar el reconocimiento de las enfermedades mentales (248,304), disminuir los procesos de estigmatización (305) y aumentar los de apoyo o acompañamiento a personas que padezcan estas enfermedades (306). Sin embargo, hay que incluir procesos que conlleven la mejoría del reconocimiento, que pueden basarse en tamización continua y en estrategias que favorezcan el reconocimiento por sí mismo o por otras personas, con estrategias que van más allá de la educación (figura 6-5).

Figura 6-5: Modelo de acceso integral ajustado en salud mental

Fuente: elaboración propia.

A manera de conclusión y teniendo en cuenta el documento de la OMS sobre el plan de acción para la salud mental (13), es necesario fomentar el reconocimiento de la salud y enfermedad mental, mediante intervenciones en las distintas dimensiones del acceso a salud, principalmente en las de información, disponibilidad y aceptabilidad, al enfatizar en las iniciativas que incentiven los procesos de educación, alfabetización, capacitación y auto- y heterorreconocimiento. Todo ello debe ser realizado por medio de políticas que involucren a los entes gubernamentales y a los forjadores de políticas, para generar de esta manera un mayor apoyo e inversión que faciliten la continuación y mantenimiento de la cultura de salud y enfermedad mental.

7 Discusión y conclusiones

La presente tesis parte de una problemática de salud pública de primer orden, referida a la alta prevalencia de problemas y trastornos mentales (TPM) y a la discapacidad que estos producen a diferentes escalas. Dicho grupo de trastornos está relacionado con el mayor número de años de vida asociados con discapacidad en las personas adultas y de muerte prematura en personas jóvenes, a escala mundial, lo cual se acompaña de una baja cobertura para su detección y para tratamientos oportunos (2,4,12,15).

Estas dificultades fueron descritas por la ENSM-2015. En dicho trabajo se realizaron, por primera vez en Colombia, descripciones sobre población de 7 a 11 años; además, se mantuvieron, como en la encuesta de 2003, personas mayores de 12 años y se amplió el margen a personas de cualquier edad. En la ENSM 2015 se privilegiaron las temáticas relacionadas con salud mental y los determinantes psicosociales de la salud; además, se indagó acerca de los problemas de salud mental, que se refieren a situaciones vitales en las que, si bien existe una gran probabilidad de trastorno, no se puede considerar como tal una patología. También se exploraron algunos de los trastornos mentales relevantes en niños, adolescentes y adultos.

Con esta medición, fue posible estimar que en Colombia puede existir entre un 12 y 15 % de personas que sufren TPM, en cada uno de los grupos de edad (niños de 7 a 11 años; adolescentes de 12 a 17 años, y adultos de 18 años y más), al sumar problemáticas derivadas del consumo o el abuso de alcohol, consumo de sustancias, problemas de alimentación y problemas de personalidad, además de algunos de los más prevalentes trastornos mentales que se consideraron (4).

En materia de niños, se estimó que cerca del 44,7 % de ellos informan un posible problema mental medido por el RQC y que el 4,7 % presentó algún trastorno mental en el último año.

En el caso de los adolescentes, un 12 % reportan posibles problemas en el SRQ y un 4,4 % presentan algún trastorno mental de los medidos en el último año, sin incluir consumo inadecuado de alcohol, que podría estar en el 8 %. En los adultos, los problemas se informaron en el 13,8 % de personas entre 18 y 44 años, y el 18,4 % para los mayores de 45 años; se informó, además, un 4 % de trastorno mental en el último año y un consumo inadecuado de alcohol de aproximadamente el 16 %, y de abuso, del 9 %.

Estas cifras hablan por sí solas sobre la magnitud de la problemática, y lo que esta representa en materia de dolor personal y dificultades potenciales al momento de interactuar con otras personas. No en vano, a lo largo de los últimos años algunos de los países desarrollados han “encendido alarmas” respecto a la dimensión de la problemática y sus repercusiones en los ámbitos individual y social. A la vez, el tipo de sociedad que se ha planteado en algunos lugares del mundo, con gran privilegio de la individualidad, pérdida de los lazos familiares, pérdida de las interacciones de grupo o con otros, conlleva cada vez más problemas depresivos, ansiedad, ideas e intentos suicidas, consumo de sustancias psicoactivas y una pérdida de lo que se denomina el capital social de las personas, con consecuencias previsibles sobre la persona humana.

En este sentido, y no en vano, recientemente la primera ministra británica Theresa May anunció la creación de un Ministerio de la Soledad, para manejar una problemática que, de acuerdo con los reportes, afecta a nueve millones de personas en Inglaterra (el 13,7 % de la población total) (307). Así mismo, en un curso reciente en Colombia⁶, Priebe relataba cómo un 30 % de las personas mayores en Inglaterra pueden no hablar con nadie durante 15 días.

No obstante la alta prevalencia de este tipo de problemáticas, es llamativo que el reconocimiento de dichas patologías y su acceso a servicios sea tan limitado; este es el centro de la presente tesis. Al respecto, algunos estudios dan cuenta de que menos del 50 % de las personas con TPM reciben tratamiento, lo cual tiende a ser mayor en patologías menos disruptivas (ansiedad, fobias, etc.) y un poco menor en las que se consideran disruptivas (psicosis). A escala nacional, la ENSM 2015 reporta que tan solo

6 Dr. Stephan Priebe, Curso sobre Métodos Mixtos de Investigación Psicosocial, Pontificia Universidad Javeriana, 2018.

un 25 % de las personas que informan diagnósticos psiquiátricos asisten a consulta; otros estudios reportan cifras de hasta el 50 %.

Es de anotar que, de acuerdo con el tipo de patología, puede existir mayor o menor aceptación o interrupción, lo que conlleva un mayor o un menor reconocimiento, de acuerdo con la historia personal y familiar, y con las creencias culturales. Así mismo, se puede dar un mayor o un menor estigma, de acuerdo con la población y las diferentes subculturas, lo que repercute en el grado de atención, de negación o de reconocimiento que se tenga sobre la patología mental (16-19,308).

Estos puntos resaltan la importancia de una problemática que, además de ser de primer orden, requiere pensarse e investigarse de una manera que procure darle alguna respuesta o solución a la brecha de inequidad entre su prevalencia —que genera sufrimientos en diversos ámbitos (personal, relacional, educativo, familiar, social) — y la falta de acceso que se reporta, pues esto conduce a desenlaces que incrementan la discapacidad y la muerte prematura. Al respecto, cabe recordar cómo en la ENSM-2015 se informan algunas consecuencias de este sufrimiento; por ejemplo, la ideación suicida entre los adolescentes en 2015 ascendió al 6,6 %, y los intentos suicidas, al 2,5 %, sin tener en cuenta los 4 a 6 suicidios consumados por cada 100.000 adolescentes, problemática que, de acuerdo con algunos reportes, parece estar aumentando en nuestro país (4,309-311).

Como segundo paso del proceso de la tesis, se procuró comprender la problemática del no reconocimiento y el acceso desde los determinantes sociales dentro del marco de la propuesta de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), teniendo en cuenta una dinámica de comprensión desde la salud mental, que se esboza en un ensayo sometido a publicación (véase anexo E). En este punto evidenciamos la necesidad de reconsiderar el esquema clásico planteado por la CDSS, que describió de manera sintética la complejidad de la salud desde un marco que privilegia la acción de los *determinantes sociales* (DS) sobre la salud y las inequidades en dicha área, y que distingue una serie de mecanismos y niveles de causalidad (57,309).

En el ensayo citado (anexo E) mostramos que en el modelo planteado por la CDSS esta expone cómo mecanismos sociales, económicos y políticos se traducen en posiciones socioeconómicas, desde las cuales se estratifican las poblaciones de acuerdo con el

ingreso, la ocupación, la educación, el género, la etnia, la raza y otros factores. Dichas posiciones socioeconómicas moldean determinantes específicos del estatus de salud, llamados *determinantes intermediarios* (DI), que reflejan de alguna manera el lugar de la persona dentro de una jerarquía social (312,313).

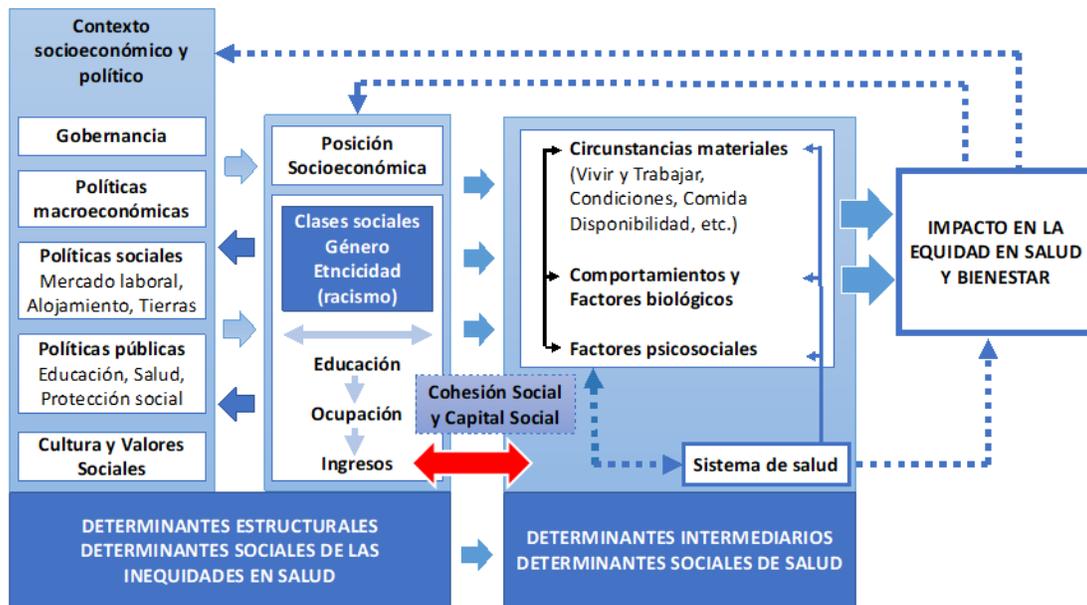
En el ensayo referido, decíamos, además, que, desde la perspectiva de los determinantes sociales, se plantea una relación de causalidad e importancia relativa de los *determinantes estructurales* (DE) sobre los *determinantes intermediarios* (DI); en especial, cuando se tienen en cuenta los efectos de las llamadas circunstancias psicosociales sobre la salud mental. La comisión plantea una relación de una vía, mientras que en este trabajo se propone una relación dinámica y de doble vía en la relación entre determinantes estructurales e intermediarios. Se profundiza así en los llamados determinantes intermediarios psicosociales, para exponer la necesidad de definir claramente lo *psicosocial* y rescatar su importancia dentro del modelo de determinantes sociales; en especial, cuando se habla de salud mental.

Ahora, los mecanismos estructurales y la posición socioeconómica son los llamados *determinantes estructurales* (DE), que clásicamente se describen como DS de las inequidades en salud (312,313). Estos DE actúan por medio de los DI de salud, que moldean los desenlaces en salud. Dentro de la categoría de DI de salud se han descrito tres dominios (57):

1. Circunstancias materiales: incluyen vivienda, vecindario, acceso o potencial de consumo (por ejemplo, capacidad para adquirir bienes, comida sana y vestido) y ambiente físico de trabajo.
2. Circunstancias psicosociales: incluyen estresores psicosociales, circunstancias y relaciones estresantes de vida, apoyo social y estilos de afrontamiento o la falta de estos.
3. Aspectos comportamentales y biológicos: incluyen nutrición, actividad física y consumo de tabaco y de alcohol. Dentro de los biológicos se incluyen factores genéticos.

Uno de los modelos clásicos, tomado de Solar e Irwin, y que se presenta en la figura 7-1, describe los DE y los DI.

Figura 7-1: Determinantes sociales y determinantes intermedarios



Fuente: tomado de Solar e Irwin, 2010 (57). Traducción propia.

Dentro de este modelo se planteó la función de doble vía, con una influencia de los determinantes intermedarios en los estructurales, de forma que se establecía la vía psicosocial, y no solamente la sociopsíquica. En el modelo se brindan explicaciones y se incluye una flecha de color rojo, que da cuenta de la relación inversa, lo cual muestra con mayor claridad lo que ocurre en términos de salud mental, en la que lo *psico* influye desde el ámbito individual, hasta lo grupal y lo social.

Para finalizar, se brinda una explicación de lo llamado *psicosocial*. El término factores psicosociales, citado y definido por múltiples ciencias sociales, tiene como denominador común su intento de conectar interactivamente lo individual y lo colectivo, al entender que el sujeto interviene e influye con su acción en lo social, y la sociedad influye en las personas. De esta manera, existe una relación bidireccional, en la que un aspecto no existiría sin el otro, y en la que uno y otro se influyen mutuamente. Este punto es fundamental; más aún, cuando, como comentamos en el modelo de Solar e Irwin, se tiende a ir de los determinantes estructurales a los intermedarios, en vez de presentarse como una relación de intercambio, en el que lo social se introduce en lo personal (mental, psicológico) y, a la vez, lo psicológico interviene en lo social.

Esto significa que se privilegia, por decirlo de alguna manera, lo sociopsicológico, y no se tiene en cuenta lo psicosocial, como se aprecia en las rutas psicosociales que plantean la influencia de lo social sobre un organismo receptor, que presenta respuestas de estrés y todo lo que esta acarrea, como si este fuese una única respuesta psíquica o la única vía para explicar la influencia biológica de lo social a través de lo psíquico (314), sin tener en cuenta la subjetividad y la historia, y a la persona; y presentando al individuo como un ser pasivo y sujeto a todo lo que le llega desde fuera. Tal y como la acción de un vector sobre el huésped, pero con un huésped pasivo y, por qué no decirlo, sin alternativas.

Teniendo en cuenta lo anterior, se propone que podamos concebir lo psicosocial como lo que ubica lo psíquico, lo mental o lo subjetivo en lo social; así, estos componentes más proximales (relaciones interpersonales y grupales) y las acciones más distales (comunitarias y nacionales) se presentan con una recíproca influencia y un determinismo entre esferas. De igual manera, lo psicosocial reconoce la dimensión subjetiva individual e interpersonal (grupal) como factor en la determinación de estructuras y procesos sociales, y reconoce la fuerza de estos elementos estructurales en la configuración de la imagen, la identidad y la subjetividad de las personas, y en especial de su salud, con énfasis en lo mental, sus problemas y sus trastornos⁷.

Teniendo esto en cuenta y pensando en la influencia de dos vías, nos introducimos a la tercera parte de la tesis, en la que evaluamos a lo largo del ciclo vital (niños, adolescentes y adultos) los factores y los determinantes psicosociales asociados con el reconocimiento o el autorreconocimiento de los TPM. Para ello, definimos las poblaciones que no se reconocen (por un tercero) o que se autorreconocen (por sí mismos) con o sin trastorno o problema mental, no obstante presentar sospecha de problemas o trastornos mentales según las escalas y los cuestionarios de diagnóstico aplicados.

En el primer grupo (niños), asumimos la necesidad de un tercero, el cuidador, de reconocer o no los problemas del menor de edad; en este punto, consideramos lo referido por el cuidador respecto a si el menor gozaba o no de buena salud mental; si había sido diagnosticado con TPM, y si su opinión concordaba o no con lo hallado en las pruebas diagnósticas que se realizaron con el fin de determinar o no el reconocimiento (DISC para

7 Gómez-Restrepo C., Eslava-Schmalbach J., Guarnizo Herreno CC. Factores psicosociales y el papel olvidado de los determinantes intermediarios: reflexiones desde la salud mental. Ensayo sometido a publicación en una revista indexada.

trastornos y RQC para problemas). Encontramos que, de la muestra de 2727 niños encuestados, 122 presentaban trastornos mentales; de estos, el cuidador solo reconoció los trastornos en el 5,4 % de los casos. Respecto a problemas mentales, 1213 los presentaban, y tan solo lo reconocieron el 20,8 %. Estas cifras son más bajas que las reportadas por Kovess-Masfety y cols. (2017), quienes refieren que entre los niños que presentaban un trastorno mental en los últimos 12 meses, solo un 25,6 % accedió a algún tipo de atención; además, el porcentaje de acceso fue mayor en países de mayores ingresos (31,5 %) que en los de bajos ingresos (18,5 %) (143).

En la ENSM 2015, entre los cuidadores que reportaron problemas mentales en sus niños en el último año, solo un 48 % había solicitado acceso a servicios de salud. Al indagar entre el 52 % restante por qué no habían solicitado atención o acceso a servicios de salud, refirieron que no consideraban necesario acceder o solicitar algún tipo de atención en salud mental (4,145). Se debe resaltar que en esta parte de la ENSM 2015 se parte de quienes refieren tener un trastorno mental y lo reconocen, lo cual corresponde a solo una parte de los que padecen TPM. En este sentido, podemos concluir que en niños existe un muy pobre reconocimiento por parte de los cuidadores de los posibles TPM.

Ahora, después de realizar los análisis bivariados para problemas, trastornos y ambos, se realizó un análisis multivariado, en el cual se detectaron como factores asociados para no reconocer a un niño con TPM el hecho de presentar un problema de aprendizaje (OR = 7,8 [IC 95 % 4,1-14,8]); haber tenido uno o más eventos traumáticos (OR = 2,3 [IC 95 % 1,3-4,1]) o cuando la madre cuenta con estudios secundarios (OR = 2,1 [IC 95 % 1,1-4,0]) o universitarios (OR = 4,5 [IC 95 % 1,8-11,8]). Estos factores se pueden comprender desde la perspectiva de la confusión que genera tener comorbilidades y de la necesidad de las personas de no ver problemáticas mentales en sus hijos o en los menores bajo su cuidado. Ahora, respecto al hallazgo de las madres con más estudios, parecería contradictorio, pues a mayor literacidad hay un mayor reconocimiento; no obstante, se puede entender desde la posibilidad de negar y de evitar las culpas debido a los menores cuidados que pueden proveer por ser madres trabajadoras, que conocen los problemas y que delegan en terceros los cuidados. No obstante, este punto requiere muchos estudios y abre nuevas posibilidades de investigación para explorar si el conocimiento sobre salud mental abre diferencialmente las posibilidades de acceso, de acuerdo con el estrato socioeconómico y las exigencias personales.

En el grupo de adolescentes, los problemas y trastornos mentales son prevalentes. Se calcula que alrededor de un 12 % de los adolescentes presentan trastornos mentales o posibles problemas, que requieren atención, pero que, en general, no son reconocidos como tales. En la ENSM 2015 se realizó un muestreo de adolescentes entre 12 y 17 años en Colombia, quienes respondieron la pregunta que indagaba si algún profesional les había diagnosticado un problema o trastorno de salud mental; ello se comparó con quienes puntuaron positivo en trastornos mentales medidos por el CIDI 3.0 o en problemas mentales detectados por el SRQ-20. Se obtuvo una muestra de 1754 adolescentes, entre quienes un 7,3 % (129) presentaba trastornos y un 22,6 % (396), problemas. Del total de personas con trastornos y problemas, el 13,9 % (23) se reconocieron con trastornos y el 8,3 % (39), con problemas. Se hicieron análisis bivariados con posibles factores psicosociales relacionados, y con los resultados se hizo un modelo multivariado de regresión que evidencia como factores asociados con el reconocimiento de trastornos o problemas la disfunción familiar presente (OR: 2,5 [IC 95 % 1,3-4,5]) y acudir a un familiar si se tienen problemas económicos (OR: 2,7 [IC 95 % 1,0-7,2]). El reconocimiento es de gran relevancia para iniciar el acceso a atención por parte de adolescentes; además, entre los factores estudiados, solo tener disfunción familiar y acudir a familiares por problemas económicos se asocian con un mayor reconocimiento.

Ahora, falta realizar más estudios que comparen no solo el desenlace de reconocimiento, sino el de autorreconocimiento, que no fue medido con exactitud en el presente estudio, por el tipo de pregunta que se realizó. En esta, se le pidió al entrevistado que respondiera si un profesional le había detectado o diagnosticado un problema o trastorno mental, pero la respuesta puede depender, en gran medida, de lo que el paciente le haya sugerido o mencionado a su médico; más aún, en un medio como el nuestro, en el que la detección de la enfermedad mental por parte de los profesionales de salud es muy baja y el estigma y el autoestigma pueden disminuir el acceso (145).

A la vez, debemos contemplar la posibilidad de que, en nuestro medio, contar con mayor educación favorece el alfabetismo en salud o suscita otros comportamientos, y, con ello, el reconocimiento y el autorreconocimiento durante el acto médico. En este sentido, los adolescentes, al conocer su trastorno, podrían acudir más rápidamente a consulta y comentarle al profesional de la salud acerca de sus dolencias, lo cual llevaría a una mayor oportunidad o posibilidad de reconocimiento por parte del profesional de salud. Lo mismo parece suceder cuando se reconoce que existen disfunción familiar o problemas

económicos. Sin embargo, falta profundizar en el área del no reconocimiento en esta franja de población, para la que, además, claramente, existen falencias en el acceso a atención en salud mental.

En el grupo de adultos, los trastornos mentales y los problemas mentales son muy prevalentes en la población general; a pesar de ello, solo alrededor de un tercio lo reconocen y acceden a los servicios de salud. De la base de datos de la ENSM 2015 se muestrearon adultos mayores de 18 años en Colombia, quienes respondieron la pregunta referida a si presentaban algún problema o trastorno mental y que puntuaron positivo en trastornos mentales medidos por el CIDI 3.0 o en problemas mentales detectados por el SRQ-20. Se realizó un análisis bivariado con posibles variables relacionadas, y multivariado de regresión logística. Se obtuvo una muestra de adultos de 10.870 personas, entre quienes un 12,25 % (1332) presentaban trastornos y un 30,2 % (3282), problemas. Del total de personas con trastornos y problemas, un 7,9 % se autorreconocieron con ellos. Las variables asociadas con el autorreconocimiento de trastornos o problemas fueron: ser mujer (OR: 1,8 [IC 95 % 1,4-2,3]); tener disfunción familiar (OR: 1,5 [IC 95 % 1,2-2,0]); haber sufrido un evento traumático (OR: 1,8 [IC 95 % 1,4-2,2]); consumir sustancias psicoactivas (OR: 0,5 [IC 95 % 0,4-0,7]); no ser pobre (OR: 1,9 [IC 95 % 1,2-3]); no tener enfermedades crónicas (OR: 1,6 [IC 95 % 1,3-2,1]), entre otras variables asociadas. El autorreconocimiento es de gran relevancia para iniciar el acceso a la atención por parte de adultos. Los resultados proveen variables asociadas que permiten planear intervenciones que promuevan el autorreconocimiento de esta población.

En términos generales, con los tres estudios en los diferentes grupos etarios (niños, adolescentes y adultos) podemos evidenciar cómo el reconocimiento por terceros (cuidadores), por profesionales de la salud (médicos), por otros adultos o por los adultos a sí mismos (autorreconocimiento), ha sido evaluado de manera diferenciada en los tres grupos. Dicho reconocimiento se ha dado, primordialmente, por parte de cuidadores, en el caso de los niños; por profesionales u otros, en el caso de adolescentes, dado el tipo de pregunta, y como autorreconocimiento, en adultos.

No obstante lo anterior, en ello podemos esbozar diferencias de las razones para realizarlo o no. En todos los grupos puede ser esencial pensar en el estigma que se puede derivar del reconocimiento de TPM; sin embargo, puede haber una falta de conocimiento (analfabetismo) respecto a los problemas mentales y su reconocimiento. No obstante, esta

iliteracidad puede comportarse de forma diferente de acuerdo con el grupo, y ello requiere mayores estudios y métodos diferentes, que procuren una mayor comprensión del fenómeno.

Así mismo, existe un tema de gran importancia, referido al conocimiento de los profesionales de la salud sobre la salud mental; en este aspecto, se conoce que la mayoría de facultades en Colombia tienen planes de estudio en los que, máximo, un 12 % de los tópicos desarrollados versan sobre este componente⁸, y algunas facultades, incluso, ocupan menos del 5 % de su plan de estudios en dicho tema. Ello conduce a un problema fundamental: la falta de entrenamiento de los profesionales en el campo; en especial, en los trastornos más frecuentes, como los TPM relacionados con lo afectivo, lo ansioso y el consumo de alcohol.

Así, ante la falta de datos suficientes en nuestro medio, el autor de esta tesis ha iniciado un estudio colaborativo (315) financiado por el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos, en el cual se ha evidenciado, en datos preliminares, la falta de detección de depresión y del uso inadecuado de alcohol en el nivel primario, patologías que representan la mayor prevalencia y la mayor carga de enfermedad en este nivel. Este estudio se ha incrementado mediante pruebas de tamizaje que avisan al médico de la posibilidad de tener una posible enfermedad de este tipo; esto es, advertir un reconocimiento o un posible TPM, de menos del 1 % de detección de casos que asisten a nivel primario a un 17,1 % de diagnóstico de depresión de algún tipo en pacientes que acuden a nivel primario. Igualmente, en consumo inadecuado de alcohol, se ha pasado de menos del 0,5 % de detección a un 12,4 % de puntajes altos en el AUDIT reportados al médico, y a un 2,1 % de diagnóstico final confirmado por el profesional de la salud⁹. En este último se está investigando actualmente en el proyecto DIADA¹⁰ por qué disminuye tanto el diagnóstico

⁸ Dirección de Carrera. Plan de Estudios Carrera de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana. 2018.

⁹ Gómez Restrepo C. Datos preliminares presentados en el Simposio de Salud Mental. Duitama-Boyacá Septiembre de . 2018 y el Nueva Delhi en Reunión de HUBs y NIMH. Scaling-up Science-based Mental Health Interventions in Latin America. (Expandiendo intervenciones científicas en salud mental en Latinoamérica).

¹⁰ DIADA. Detección y Atención Integral de depresión y Uso Inadecuado de Alcohol en Atención Primaria. Proyecto Scaling-up Science-based Mental Health Interventions in Latin America (Expandiendo intervenciones científicas en salud mental Latinoamérica) Por: Carlos Gómez-Restrepo y Lisa Marsch. 2018.

de uso inadecuado de alcohol, y todo parece indicar que puede deberse a razones culturales de aceptación de esta conducta y de estigma.

Se realizó un cuarto estudio en adultos, con el fin de evidenciar las razones para el bajo reconocimiento y la falta de detección de la depresión y el uso inadecuado de alcohol mediante métodos cualitativos. El uso de métodos mixtos podría permitir que se piense con mayor profundidad en esta problemática y nos brinda la posibilidad de poder triangular información y métodos. Se debe precisar que el estudio se realizó solamente en adultos, por cuanto solo pretendía verificar la utilidad de este método, y beneficiarnos de la posibilidad de articular otro estudio DIADA, cuyo objeto es la implementación de intervenciones en estos dos TM, pero que tiene la posibilidad de poner en contacto adultos y acceso, para profundizar en las limitaciones al acceso y, dentro de estas, en las que tienen que ver con barreras en el reconocimiento en varias regiones de Colombia.

En el estudio se hicieron entrevistas en profundidad y grupos focales con profesionales de la salud, profesionales administrativos, usuarios y representantes de organizaciones comunitarias en salud, en cinco instituciones de niveles primario y secundario, de tres regiones de Colombia. Ulteriormente, por medio del análisis de contenido, el consenso de expertos y la teoría fundamentada, se llegó a cinco categorías de análisis, en aras de describir el acceso en salud para la depresión y el abuso de alcohol. Las cinco categorías que emanaron de los datos fueron: 1) educación y conocimiento de enfermedad, 2) estigma, 3) falta de capacitación de profesionales de la salud, 4) cultura y 5) estructura u organizaciones que reflejan hallazgos en otros países (261,262).

Esta organización e interacción, mediante el análisis cualitativo de la información, permitió una aproximación a las dimensiones relacionadas con el bajo reconocimiento y el acceso en salud mental de las patologías más frecuentes en el contexto del sistema de salud colombiano, y una mayor comprensión del reconocimiento de TPM por parte de los usuarios y de los profesionales de la salud, lo cual se reflejó en los hallazgos acerca de estigma, etnia, cultura y conocimiento de otros estudios (238,252-257).

Dicha confluencia de métodos permitió profundizar en otras explicaciones y comprensiones de la problemática del reconocimiento y autorreconocimiento, que complementan las que consideramos desde los métodos cuantitativos. El estudio suministró información importante para la búsqueda de factores que truncan el acceso en

salud mental en el contexto colombiano y para la generación de hipótesis que puedan llevar a la ideación y la implementación de herramientas promotoras de una adecuada atención en el ámbito de la enfermedad mental. En un futuro, se requiere complementar con estudios en niños y adolescentes; sin embargo, lo referido en este estudio puede ayudar a la comprensión, y las dimensiones obtenidas implican un avance en lo que se sabe sobre reconocimiento o autorreconocimiento (261,262).

Posteriormente, y teniendo en cuenta el estado de salud medido por la escala visual análoga (EVA), observamos los puntajes referidos en aquellas personas con problemas, con trastornos y con TPM. En el ejercicio encontramos que aquellas personas con algún TPM que no se reconocían tendían a tener puntajes más altos en la EVA. Esto nos lleva a pensar que, sistemáticamente, las personas que no reconocen su dificultad se evalúan bien a sí mismas. Ello puede deberse a varias posibilidades, dentro de las cuales se encuentran las siguientes: realmente sentirse mejor y sin problema alguno; negar sistemáticamente su estado mental por algún motivo personal, familiar o social (estigma de algún orden); desconocimiento de su existencia (analfabetismo), u otras posibilidades que se requiere estudiar con mayor profundidad, y que abren posibilidades de estudios hacia el futuro, pues, de hecho, podrían constituir un gran escollo a la hora de brindar acceso a personas que teóricamente, tienen dificultades (96-99).

Ahora, contar con datos cuantitativos y cualitativos acerca de los factores, en su mayoría psicosociales, asociados o no con el reconocimiento, nos brinda un mayor y un mejor conocimiento para planear estrategias desde la salud pública que permitan detectar a personas con dichas dificultades de reconocimiento. Sin embargo, requerimos algún tipo de metodología que nos permita discriminar mejor a las personas que se reconocen o no, con el fin de realizar intervenciones guiadas que faciliten la intervención de grupos (*clústeres*) definidos y que vayan más allá de la descripción dada por modelación estadística, teniendo en cuenta los riesgos competitivos y la significancia estadística de las comparaciones que se realizan.

Con esto en mente, hicimos otros estudios en cada uno de los tres grupos etarios definidos (niños, adolescentes y adultos) que nos permitieron delimitar y reconocer claramente a las personas que no detectan sus TPM, al aplicar la teoría interseccional con determinantes (factores) interactuantes e interdependientes, y que reflejen diversas interacciones entre

factores, lo que es crucial al momento de formular políticas de salud, mejorar el acceso y diseñar intervenciones que lleven a disminuir las inequidades en salud mental (53).

Por lo anterior, se utilizaron los árboles de clasificación y regresión (CART), procedimiento no paramétrico que identifica grupos mutuamente excluyentes con características comunes que influyen sobre el interés; por ejemplo, el reconocimiento de TPM o no. Este método permite explorar relaciones entre desenlaces y un gran número de variables predictoras, al igual que detectar interacciones complejas, como las que pueden existir en la investigación que estamos adelantando (122,266,267). Los modelos CART tienen tres ventajas: 1) no hacen supuestos sobre la distribución y la relación entre las variables; 2) pueden detectar relaciones e interacciones que no se sospechan, y 3) los resultados son fáciles de interpretar. Esto lleva a tener reglas de decisión que fácilmente pueden llevar a detectar a personas en riesgo más fácilmente que con otros métodos. El método CART permite segmentar subgrupos poblacionales, para identificar a sujetos que compartan características que puedan ser importantes barreras o facilitadores para tener determinados comportamientos. Los grupos que se obtienen en las segmentaciones son subgrupos mutuamente excluyentes y homogéneos. Cada segmentación tiene un óptimo balance entre sensibilidad y especificidad para predecir la variable desenlace. El análisis CART permite segmentar la población en subgrupos significativos que permiten, a la vez, actuar sobre ellos y distribuir adecuadamente los recursos públicos (123,267,316).

Dichas características la hacen una técnica excelente para hallar a personas en riesgo, como aquellas que no reconocen sus propios TPM, y a quienes requerimos delimitar. Este método, por primera vez usado en Colombia, nos llevó a delimitar la población utilizando una gran cantidad de factores (59) que hacen parte de los determinantes estructurales o intermediarios, previamente delimitados mediante el análisis bivariados y multivariados, y que nos permitieron definir subgrupos (*clústeres*) con características mutuamente excluyentes.

Mediante este análisis se pudieron delimitar subgrupos de personas que no se reconocen con problemas de salud mental. Dentro del grupo de adultos, un 28,1 % no se reconocen, y se pudieron establecer algunos subgrupos, como los de los adultos con problemas que tienen un estado de salud con puntaje menor o igual a 60, con alguna enfermedad crónica y mayores de 64 años. Este subgrupo de personas que no reconocen sus problemas

equivale a un 3 % población adulta general, y de estos, un 60 % tiene las características descritas.

Otro grupo corresponde a tener un estado de salud menor o igual a 60, con alguna enfermedad crónica, edad entre 18 y 64 años y cuyo último cambio de municipio lo realizó acompañado por otra persona; este subgrupo corresponde al 1% de la población, dentro de los cuales el 64 % no se reconocen.

Los adultos con TPM que no se reconocen corresponden a un grupo correspondiente al 39,1 % de la población. En este obtuvimos un subgrupo mediante el CART, cuyos integrantes consumieron alguna sustancia psicoactiva en la vida, tienen estados de salud con puntajes menores a 60, son hombres y residen en las regiones Atlántica, Oriental o Bogotá. Este subgrupo corresponde al 13% de la población, y en dicho grupo el 58 % no se reconocen con TPM.

Un segundo grupo de personas que presentó consumo de alguna sustancia psicoactiva en la vida y estado de salud con valores menores o iguales a 60 que corresponde al 10 % de la población, y de estos, el 62 % no se reconoce.

Los adolescentes con problemas o trastornos corresponden al 27 %. De estos, un subgrupo corresponde a quienes alguna vez se han sentido rechazados o discriminados, tienen percepción de su estado de salud mental como regular o pobre, residen en las regiones Atlántica, Bogotá, Oriental o Pacífica, y pueden discutir los problemas con amigos. Este subgrupo corresponde al 1 % de la población, y de ellos, el 75 % no se reconocen.

Otro subgrupo corresponde a quienes refieren alguna vez haberse sentido rechazados o discriminados, tener percepción de su estado de salud mental como regular o pobre y residir en la región Central. Este subgrupo corresponde al 1 % de la población, y de estos, el 90 % no se reconocen.

En niños, el árbol de problemas corresponde al 42 % de la población. De estos, quienes residen en las regiones Central, Bogotá u Oriental, que no tienen problemas de aprendizaje y tienen un nivel educativo de la madre técnico corresponden al 4 % de la población, y de estos, el 63 % no se reconocen.

Otro grupo corresponde al 1 % de la población, reside en las regiones Oriental o Pacífico, no ha sufrido eventos traumáticos y tiene problemas de aprendizaje; de estos, un 65 % no reconocen su estado de salud mental.

Con este sistema se pueden obtener algunos árboles de clasificación en los cuales lo positivo es no reconocerse, para encontrar las características operativas del árbol, lo cual permite tomar decisiones acerca de los árboles que aportarán más a la consecución de las personas que de otra forma serían difícilmente detectadas. Así mismo, tenemos datos sobre las personas que se reconocen, y quienes, en términos de estos árboles, son los negativos para el desenlace de interés, que es no reconocerse. Por otra parte, en los nodos tenemos grupos con un predominio de reconocimiento o no que nos brindan la posibilidad de discriminar mejor entre ellos. Estas clasificaciones podrían unirse a los sistemas de información actuales, mediante algoritmos, con el fin de discriminar a las personas con menores posibilidades de tener un mal reconocimiento, y poder aplicar en ellos escalas o instrumentos de tamizaje.

Este sistema, que aún no se ha desarrollado en Colombia, podría servir para delimitar más fácilmente a sujetos con TPM o desarrollar esquemas de historia clínica o tamizaje que permitan discriminarlos fácilmente y proveer un mejor acceso a programas en salud mental.

Ahora, tomando en cuenta lo realizado en torno a los modelos multivariados de regresión y los árboles de clasificación, sumado a las variables o grupos que tienen un mayor o un menor reconocimiento, es necesario pensar en los modelos de acceso a salud mental con los que se cuenta, pues toda esta temática lleva, necesariamente, a pensar en la existencia de grupos con mayor o menor acceso. Por tal motivo, se hizo una revisión de los modelos habitualmente utilizados en acceso a salud; así, dentro de esta revisión, que abarcó autores como Frenk, Andersen, Aday, Pechansky y Thomas, y el Instituto Nacional de Salud de EU (5,79,250), se dedujo que el modelo planteado por Pechansky y Thomas es el que contempla con mayor claridad las diferentes dimensiones por tener en cuenta en acceso a salud mental (5). Con el fin de plantear la dimensión de información personal, se encontró que durante el mismo tiempo en que pensamos esta alternativa, Saurman (2015) realizó una publicación en la cual se ejecuta parte del trabajo que el autor de esta tesis iba a plantear sobre la dimensión de información (6); no obstante, la doctora Saurman no plantea la misma propuesta, pues pensamos que la nuestra va más allá del planteamiento en torno a información sobre servicios disponibles que ella propone, la cual no incluye las categorías

de autorreconocimiento y el reconocimiento de los problemas y los trastornos mentales como un complemento del modelo planteado por Penchansky y Thomas.

En tal sentido, en el capítulo 6 se revisan los componentes propuestos por los autores citados y se plantea el *modelo integral ajustado en salud mental* como una modificación a lo planteado por Penchansky y Thomas, y complementado por Saurman. Así mismo, se introducen la importancia de la información, el conocimiento, el autorreconocimiento y el heterorreconocimiento o reconocimiento por *proxy* para iniciar la cascada de eventos que dan lugar a un mejor acceso en salud mental, al agregar el componente de conocimiento con educación y capacitación en salud mental para la introspección, y estrategias para el autorreconocimiento y el reconocimiento por *proxy*; todo eso provee un modelo amplio, exhaustivo e inclusivo, que se adapta a las necesidades en salud mental y que tiene en cuenta los factores intermediarios que, como vimos, influyen sobre los estructurales.

Al respecto, se propone que el autorreconocimiento de la persona con TPM conlleva brindarse la oportunidad de acceder a un servicio de salud. Esto puede ser impedido por una falta de conocimiento sobre la enfermedad y su analfabetismo; por el estigma que pueda existir alrededor de la patología mental por parte de sí mismo o de terceros; por la negación que se pueda hacer de los problemas o trastornos mentales que se tengan; pero también, simplemente, por no creer que lo que se siente tiene que ver con una enfermedad mental, y por no reconocer estas sensaciones o no contar con la introspección que se requiere para hacerlo. Todos estos factores pueden suscitar una falta de autorreconocimiento y, con ello, detener la cascada que da origen al acceso a salud mental.

Al momento del acceso, también es relevante que los profesionales o las personas que sugieran la presencia de un TPM (por ejemplo, los cuidadores) susciten dicha cascada. En tal sentido, es de la mayor importancia no suponer que todo profesional de salud sabe cómo diagnosticar o tratar muchas enfermedades mentales, o puede sugerir estrategias para afrontar problemas. La realidad, en ocasiones, es que se da el encuentro entre una persona que sufre una enfermedad mental y no la autorreconoce, y un profesional que no conoce o no sabe del tema, lo que lleva a que tampoco la reconozca. A esto le hemos llamado el encuentro de dos personas invidentes: “uno que no ve y otro que no sabe ver”. Esta interacción hace pensar en la importancia de lo más cercano al sujeto y sus interacciones en la determinación del acceso a salud.

7.1 Aportes de la tesis relevantes a la salud pública y la salud mental

Pensamos que los principales aportes de la tesis a la salud pública y la salud mental son los siguientes:

1. Se introducen los conceptos de autorreconocimiento y reconocimiento, como constitutivos de la dimensión de información, en la cadena que genera acceso o no en salud mental.
2. Se aportan resultados a lo largo del ciclo vital (niños, adolescentes y adultos), que permiten evaluar la magnitud del desconocimiento de patologías mentales relevantes y de alta carga de enfermedad en salud mental.
3. Se realizan análisis tomando en cuenta los problemas y los trastornos mentales dentro de un *continuum* de salud a enfermedad.
4. Se discute y se aporta mediante un ensayo (anexo E) acerca de la importancia de los determinantes intermediarios en salud mental y de la importancia de considerar entre los determinantes estructurales e intermediarios una dinámica de doble vía al planteado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS).
5. Se aporta información para resaltar la importancia de considerar los determinantes intermediarios de la salud en el reconocimiento de los TPM.
6. Se realiza un análisis clásico multivariado que aporta y complementa aquellos derivados de los CART (modelo de árboles de decisión y clasificación).
7. Se brinda la oportunidad de utilizar y de afianzar los hallazgos en salud mental utilizando métodos mixtos (cualitativos y cuantitativos de diversa índole).
8. Se utilizan los CART (modelo de árboles de decisión y clasificación) por primera vez en salud mental y salud pública en nuestro medio.
9. Se establece, tras la revisión de los modelos de acceso, cómo el planteado por Penchansky y Thomas puede ser mejorado, mediante lo aportado por Saurman y por

esta tesis. En tal sentido, se plantea el *modelo integrado ajustado de acceso en salud mental*.

7.2 Recomendaciones

- Plantear la necesidad de mejorar el reconocimiento y el autorreconocimiento de los TPM, con el fin de optimizar el acceso a los servicios de salud mental a las personas que los padecen.
- Actuar sobre personas con problemas mentales, y no esperar a tenerlas con trastornos para realizar intervenciones más complejas.
- Pensar en el modelo de acceso planteado por esta tesis, con el fin de mejorar las intervenciones tendientes a mejorar el acceso en salud mental.
- Reconsiderar la importancia de los determinantes intermediarios en salud mental.
- Utilizar los CART y los resultados de esta tesis para plantear subgrupos con mayor o menor reconocimiento, con el fin de que sean intervenidos oportunamente.
- Valorar la importancia de autorreconocerse en salud mental o de reconocerlo mediante personas entrenadas y sensibles, con el fin de mejorar el acceso a la salud mental de personas con TPM.

Referencias

1. Gómez-Restrepo C, Vicente B. Trastornos mentales: su importancia en el campo de la salud. En: Gómez-Restrepo C, Hernández G, Rojas A, Santacruz H, Uribe M, editores. *Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento en Niños, Adolescentes, Adultos*. Bogotá, Colombia: Médica Panamericana; 2008.
2. Murray CJL, editor. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020; summary*. Cambridge: Harvard School of Public Health [u.a.]; 1996. 43 p. (Global burden of disease and injury series).
3. World Health Organization. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: WHO; 2001.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I* [Internet]. Bogotá, Colombia; 2015 [citado el 22 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
5. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127–40.
6. Saurman E. Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *J Health Serv Res Policy*. 2016;21(1):36–9.
7. Martikainen P, Bartley M, Lahelma E. Psychosocial determinants of health in social epidemiology. *Int J Epidemiol*. 2002;31:1091-3.
8. Fava GA, Visani D. Psychosocial determinants of recovery in depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2008;10(4):461-72.

9. Dias R, Santos RL, Barroso de Sousa MF, Lima Nogueira MM, Torres B, Belfort T, Nascimento Dourado MC. Resilience of caregivers of people with dementia: a systematic review of biological and psychosocial determinants. *Trends Psychiatry Psychoter.* 2015;37(1):12-19.
10. Carvalho M, Matos MG, Social Adventure Project Team. Psychosocial detrmnants of mental health and risk behaviours in adolescents. *Global J Health Sci.* 2014;6(4):22-35.
11. Mahaffey C, Stevens-Watkins D, Knighton J-S. Psychosocial detrmnants of health among incarcerated black women: A systematic literatura review. *J Health Care Poor Underserved.* 2016;27(2A):45-70.
12. Nemeroff CB, Schatzberg AF. Recognition and treatment of psychiatric disorders: a psychopharmacology handbook for primary care. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999. 269 p.
13. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra, Suiza; 2013 [citado el 16 de octubre de 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
14. Organización Mundial de la Salud. Atlas de salud mental 2014 [Internet]. Ginebra, Suiza; 2015 [citado el 11 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/executive_summary_es.pdf?ua=1
15. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental [Internet]. Ginebra, Suiza; 2004 [citado el 11 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
16. Statistics Canada. Canadian Community Health Survey - Mental Health [Internet]. Canada; 2016 [citado el 24 de febrero de 2016]. Disponible en: <https://www.statcan.gc.ca/eng/survey/household/5015>
17. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):629-40.

18. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8–19.
19. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. febrero de 2001;178:145–53.
20. Wells KB, Golding JM, Hough RL, Burnam MA, Karno M. Factors affecting the probability of use of general and medical health and social/community services for Mexican Americans and non-Hispanic whites. *Med Care*. mayo de 1988;26(5):441–52.
21. Mullan E, Katona P, D'Ath P, Katona C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. II: Detection and fitness for treatment: a case record study. *Fam Pract*. septiembre de 1994;11(3):267–70.
22. Potts MK, Burnam MA, Wells KB. Gender differences in depression detection: A comparison of clinician diagnosis and standardized assessment. *Psychol Assess*. 1991;3(4):609–15.
23. Banazak DA. Late-life depression in primary care. How well are we doing? *J Gen Intern Med*. marzo de 1996;11(3):163–7.
24. Campbell TL, Franks P, Fiscella K, Mcdaniel D, Zwanziger J, Mooney C. Do Physicians who diagnose more mental health disorders generate lower health care costs? *J Fam Pract*. 2000;49(4):305-10.
25. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1–10.
26. Andersen R, Davidson P. Improving access to care in America: Individual and contextual indicators. En: Andersen R, Rice T, Kominski E, editores. *Changing the US Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management*. San Francisco. USA: Jossey-Bass.; 2001. p. 3–30.

27. Bradley EH, McGraw SA, Curry L, Buckser A, King KL, Kasl SV, et al. Expanding the Andersen model: the role of psychosocial factors in long-term care use. *Health Serv Res.* octubre de 2002;37(5):1221–42.
28. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1973;51(1):95–124.
29. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974;9(3):208–20.
30. Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ.* febrero de 1999;318(7181):436–9.
31. Gómez-Restrepo C, Bohórquez Peñaranda A, Benavides MO, Gil Laverde JF, Tamayo N, Rey Sánchez D. Exactitud en el diagnóstico de depresión por médicos de atención primaria después de una intervención educativa* Resultados colombianos del Proyecto Internacional de Depresión. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2007;36:439–50.
32. Füredi J, Rózsa S, Zámboi J, Szádóczy E. The Role of Symptoms in the Recognition of Mental Health Disorders in Primary Care. *Psychosomatics.* septiembre de 2003;44(5):402–6.
33. Elizabeth H. B. Lin, Katon WJ, Simon GE, Von Korff M, Bush TM, Rutter CM, et al. Achieving Guidelines for the Treatment of Depression in Primary Care: Is Physician Education Enough? *Med Care.* 1997;35(8):831–42.
34. Marshall RJ. The use of classification and regression trees in clinical epidemiology. *J Clin Epidemiol.* junio de 2001;54(6):603–9.
35. Lemon SC, Roy J, Clark MA, Friedmann PD, Rakowski W. Classification and regression tree analysis in public health: methodological review and comparison with logistic regression. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med.* diciembre de 2003;26(3):172–81.

36. World Health Organization. Mental health: a state of well-being [Internet]. Ginebra, Suiza; 2014 [citado el 1 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
37. Congreso de la República de Colombia. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones [Internet]. Ley 1616 ene 21, 2013. Disponible en: [http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY %201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf](http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf)
38. Keyes CLM. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol.* junio de 2005;73(3):539–48.
39. Barry MM. Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. *Int J Ment Health Promot.* agosto de 2009;11(3):4–17.
40. Ormel J, Koeter MW, van den Brink W, van de Willige G. Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry.* agosto de 1991;48(8):700–6.
41. Borus J, Howes M, Devins N, Rosenberg R, Livingston W. Primary health care providers' recognition and diagnosis of mental disorders in their patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 1988;10:317–21.
42. Pérez-Stable EJ, Miranda J, Muñoz RF, Ying YW. Depression in medical outpatients. Underrecognition and misdiagnosis. *Arch Intern Med.* mayo de 1990;150(5):1083–8.
43. Kamerow DB, Pincus HA, Macdonald DI. Alcohol abuse, other drug abuse, and mental disorders in medical practice. Prevalence, costs, recognition, and treatment. *JAMA.* el 18 de abril de 1986;255(15):2054–7.
44. Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG, Von Korff M, German PS, Tischler GL, et al. Utilization of health and mental health services. Three Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry.* octubre de 1984;41(10):971–8.

45. Klinkman MS. Competing demands in psychosocial care. A model for the identification and treatment of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. marzo de 1997;19(2):98–111.
46. Williams JW. Competing demands: Does care for depression fit in primary care? *J Gen Intern Med*. febrero de 1998;13(2):137–9.
47. Sartorius N. Patient-reported outcomes in psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci*. junio de 2014;16(2):123–4.
48. Braveman P, Tarimo E, Organización Mundial de la Salud. El reconocimiento sistemático en atención primaria de salud: determinación de prioridades con recursos limitados. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996.
49. World Health Organization, editor. *Mental health: new understanding, new hope*. repr. Geneva: World Health Organization; 2002. 178 p. (The world health report).
50. World Health Organization, editor. *Mental health atlas 2005*. Rev ed. Geneva: World Health Organization; 2005. 540 p.
51. Colombia, Ministerio de la Protección Social. *Estudio Nacional de salud mental Colombia, 2003*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social : Fundación FES Social; 2005.
52. Allen J, Marmot M, World Health Organization, Fundação Calouste Gulbenkian. *Social determinants of mental health* [Internet]. 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1
53. Cairney J, Veldhuizen S, Vigod S, Streiner DL, Wade TJ, Kurdyak P. Exploring the social determinants of mental health service use using intersectionality theory and CART analysis. *J Epidemiol Community Health*. febrero de 2014;68(2):145–50.
54. Mikkonen J, Raphael D, York University (Toronto O., School of Health Policy and Management. *Social determinants of health: the Canadian facts* [Internet]. Toronto: York University, School of Health Policy and Management; 2010 [citado el 26 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.deslibris.ca/ID/223317>

-
55. Gómez Rivadeneira A, Eslava Castañeda JC, Camacho Rojas S. Aportes al mejoramiento de la gestión de la salud pública en Colombia. Bogotá: Acemi; 2012.
 56. Raphael D, editor. Social determinants of health: Canadian perspectives. Third edition. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc; 2016. 624 p.
 57. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health: debates, policy & practice, case studies. [Internet]. 2010 [citado el 26 de abril de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf
 58. Martikainen P, Bartley M, Lahelma E. Psychosocial determinants of health in social epidemiology. *Int J Epidemiol.* diciembre de 2002;31(6):1091–3.
 59. Halliday J. *Psychosocial Medicine; a Study of the Sick Society*. Primera. Londres, Inglaterra: Heinemann medical; 1949.
 60. Halliday J. CONCEPT OF A PSYCHOSOMATIC AFFECTION. *The Lancet.* diciembre de 1943;242(6275):692–6.
 61. Sluzki CE. Personal social networks and health: conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Fam Syst Health J Collab Fam Healthc.* marzo de 2010;28(1):1–18.
 62. Bartley M. *Health inequality: an introduction to concepts, theories and methods*. 2nd edition. Cambridge, UK ; Malden, MA: Polity; 2016. 1 p.
 63. Herdman M, Badia X, Berra S. [EuroQol-5D: a simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care]. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria.* 2001;28(6):425–30.
 64. Sintonen H. An approach to measuring and valuing health states. *Soc Sci Med [Med Econ].* junio de 1981;15(2):55–65.
 65. Bowling A. *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. 3. ed. Maidenhead: Open Univ. Press; 2005. 211 p.

66. Badia X, Roset M, Herdman M, Kind P. A comparison of United Kingdom and Spanish general population time trade-off values for EQ-5D health states. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak*. febrero de 2001;21(1):7–16.
67. Zarate V, Kind P, Chuang L-H. Hispanic valuation of the EQ-5D health states: a social value set for Latin Americans. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res*. diciembre de 2008;11(7):1170–7.
68. Augustovski FA, Irazola VE, Velazquez AP, Gibbons L, Craig BM. Argentine valuation of the EQ-5D health states. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res*. junio de 2009;12(4):587–96.
69. Departamento de Estudios y Desarrollo, Olivares T. Calidad de vida relacionada a la salud (HR-QoL) en población general de Chile 2005 [Internet]. Chile; 2005 [citado el 17 de enero de 2014]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-3818_recurso_1.pdf
70. Kind P. The EuroQol instrument: an index of health-related quality of life. En: Spilker B, editor. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Second. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 1996.
71. Chuang L-H, Zarate V, Kind P. Estimating Domestic Values for EQ-5D Health States Using Survey Data From External Sources. *Med Care*. febrero de 2009;47(2):168–75.
72. Euroqol Group. EQ-5D [Internet]. Rotterdam, Holanda; 2016 [citado el 14 de julio de 2016]. Disponible en: <https://euroqol.org/>
73. Herdman M. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clin (Barc)*. 2000;114(Supl 3):22–5.
74. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy Amst Neth*. 1996;37(1):53–72.
75. Johnson JA, Coons SJ, Ergo A, Szava-Kovats G. Valuation of EuroQOL (EQ-5D) health states in an adult US sample. *PharmacoEconomics*. abril de 1998;13(4):421–33.
76. Knott C. Chapter 4: General mental and physical health. En: Craig R, Mindell J, editores. *Volume 1: Health, social care and lifestyles* [Internet]. Leeds, Inglaterra:

- Health and Social Care Information Centre; 2013 [citado el 2 de febrero de 2015]. Disponible en: <https://files.digital.nhs.uk/publicationimport/pub13xxx/pub13218/hse2012-ch4-gen-health.pdf>
77. Congreso de la República de Colombia. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ley 1438 ene 19, 2011.
 78. Congreso de la República de Colombia. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Internet]. Ley 100 dic 23, 1993. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
 79. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública Méx.* 1995;27:438–53.
 80. Nutbeam D, University of Sydney, Department of Public Health. Goals and targets for Australia's health in the year 2000 and beyond: report prepared for the Commonwealth Department of Health, Housing and Community Services. Canberra: AGPS; 1993.
 81. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* noviembre de 2000;177:396–401.
 82. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust.* 1997;166(4):182–6.
 83. Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London, UK: Tavistock/Routledge; 1992. 194 p.
 84. Herrán A, Vázquez-Barquero JL, Dunn G. Recognition of depression and anxiety in primary care. Patients' attributional style is important factor. *BMJ.* el 5 de junio de 1999;318(7197):1558.
 85. Padilla-Muñoz AC, Gómez Restrepo C, Ramírez Restrepo MP. Percepción de competencia para orientar estudiantes escolares con discapacidad y problemas emocionales. *Rev Fac Med.* el 20 de octubre de 2015;63(3Sup):93–100.

86. The periodic health examination. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Can Med Assoc J.* el 3 de noviembre de 1979;121(9):1193–254.
87. Periodic health examination, 1991 update: 1. Screening for cognitive impairment in the elderly. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* el 15 de febrero de 1991;144(4):425–31.
88. Sen B, Wilkinson G, Mari JJ. Psychiatric Morbidity in Primary Health Care a Two-stage Screening Procedure in Developing Countries: Choice of Instruments and Cost-effectiveness. *Br J Psychiatry.* julio de 1987;151(01):33–8.
89. Khare C, Upadhyaya S, Kamaruzaman W. Vignette method for psychiatric case detection in a rural community. *43.* junio de 1988;2:100–8.
90. Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry.* diciembre de 1988;45(12):1100–6.
91. Klinkman MS, Okkes I. Mental health problems in primary care: a research agenda. *Int J Psychiatry Med.* 1998;28(4):361–74.
92. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med.* el 16 de junio de 2005;352(24):2515–23.
93. Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, Tat Chiu W, DE Girolamo G, et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* octubre de 2007;6(3):177–85.
94. Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):603–13.
95. Edlund MJ, Unützer J, Curran GM. Perceived need for alcohol, drug, and mental health treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* junio de 2006;41(6):480–7.
96. Mojtabai R. Americans' attitudes toward mental health treatment seeking: 1990-2003. *Psychiatr Serv Wash DC.* mayo de 2007;58(5):642–51.

-
97. Sareen J, Jagdeo A, Cox BJ, Clara I, ten Have M, Belik S-L, et al. Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2007;58(3):357–64.
 98. Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MC, Katz SJ, Haro JM, et al. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. abril de 2007;190:299–306.
 99. Mojtabai R. Unmet need for treatment of major depression in the United States. *Psychiatr Serv Wash DC*. marzo de 2009;60(3):297–305.
 100. Essau CA. Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depress Anxiety*. 2005;22(3):130–7.
 101. Sawyer MG, Arney FM, Baghurst PA, Clark JJ, Graetz BW, Kosky RJ, et al. The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Aust N Z J Psychiatry*. diciembre de 2001;35(6):806–14.
 102. Bayer JK, Peay MY. Predicting intentions to seek help from professional mental health services. *Aust N Z J Psychiatry*. agosto de 1997;31(4):504–13.
 103. Sareen J, Belik S-L, Stein MB, Asmundson GJG. Correlates of perceived need for mental health care among active military personnel. *Psychiatr Serv Wash DC*. enero de 2010;61(1):50–7.
 104. Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, Cooper LA, Wang N-Y, Ford DE. Beliefs and attitudes associated with the intention to not accept the diagnosis of depression among young adults. *Ann Fam Med*. febrero de 2005;3(1):38–46.
 105. Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, Cooper LA, Wang N-Y, Ford DE. Attitudes and illness factors associated with low perceived need for depression treatment among young adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. septiembre de 2006;41(9):746–54.

106. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet Lond Engl.* 2007;370(9590):878–89.
107. Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.* julio de 1992;14(4):237–47.
108. Von Korff M. Anxiety and Depression in a Primary Care Clinic: Comparison of Diagnostic Interview Schedule, General Health Questionnaire, and Practitioner Assessments. *Arch Gen Psychiatry.* el 1 de febrero de 1987;44(2):152.
109. Ehlers A, Gene-Cos N, Perrin S. Low Recognition of Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care. *Lond J Prim Care.* 2009;2:36–42.
110. Fernández A, Rubio-Valera M, Bellón JA, Pinto-Meza A, Luciano JV, Mendive JM, et al. Recognition of anxiety disorders by the general practitioner: results from the DASMAR Study. *Gen Hosp Psychiatry.* mayo de 2012;34(3):227–33.
111. Üstürn TB, Sartorius N, editores. *Mental illness in general health care: an international study.* Chichester ; New York: Published on behalf of the World Health Organization [by] Wiley; 1995. 398 p.
112. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med.* 2014;44(6):1303–17.
113. Maier W, Gänssicke M, Weiffenbach O. The relationship between major and subthreshold variants of unipolar depression. *J Affect Disord.* agosto de 1997;45(1–2):41–51.
114. Riveros Vargas M, Bohórquez Peñaranda A, Gómez-Restrepo C, Okuda Benavides M. Conocimientos sobre la depresión en pacientes que asisten a centros de atención primaria en Bogotá, Colombia. Resultados colombianos del Proyecto Internacional de Depresión. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2006;35:9–22.
115. Alegría M, Bijl RV, Lin E, Walters EE, Kessler RC. Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: a comparison of the United States with Ontario and The Netherlands. *Arch Gen Psychiatry.* abril de 2000;57(4):383–91.

-
116. Mojtabai R, Olfson M, Sampson NA, Jin R, Druss B, Wang PS, et al. Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med.* agosto de 2011;41(8):1751–61.
 117. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics. *Univ Chic Leg Forum.* 1989;1989(1):Art 8.
 118. Crenshaw K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Rev.* julio de 1991;43(6):1241.
 119. Staunæs D. Where have all the subjects gone? Bringing together the concepts of intersectionality and subjectification. *NORA - Nord J Fem Gend Res.* agosto de 2003;11(2):101–10.
 120. Knudsen S. Learning process with//in//against Youth Culture – Theoretical Thoughts around Voices in Education. En: Selander S, editor. *New educational media and textbooks: The 2nd IARTEM Volume.* Estocolmo: HLS Förlag; 2002.
 121. McCall L. The Complexity of Intersectionality. *Signs J Women Cult Soc.* marzo de 2005;30(3):1771–800.
 122. Cairney J, Veldhuizen S, Terrance J W. Intersecting Social Statuses and Psychiatric Disorder: New Conceptual Directions in the Social Epidemiology of Mental Disorder. En: Cairney J, Streiner D, editores. *Mental Disorder in Canada: An Epidemiological Perspective.* Toronto, Canadá: University of Toronto Press; 2010. p. 48–70.
 123. Breiman L, editor. *Classification and regression trees.* Repr. Boca Raton: Chapman & Hall [u.a.]; 1998. 358 p.
 124. Chaudhuri P, Lo W-D, Loh W-Y, Yang C-C. Generalized regression trees. *Stat Sin.* 1995;5(2):641–66.
 125. Zhang H. Bayesian CART Model Search: Comment. *J Am Stat Assoc.* septiembre de 1998;93(443):948–50.

126. Ruiz Morales Á, Gómez-Restrepo C. Epidemiología Clínica: Investigación clínica aplicada [Internet]. 2da edición. Panamericana; 2015 [citado el 15 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/5661/Epidemiologia-Clinica.html>
127. Powell RA, Single HM. Focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. octubre de 1996;8(5):499–504.
128. Ryan GW, Bernard HR. DATA MANAGEMENT AND ANALYSIS METHODS. En: *Handbook of Qualitative Research*. 2da edición. Sage publications; 2000. p. 769–802.
129. Jones ML, Jones M. Using Software to Analyse Qualitative Data. *Malays J Qual Res*. 2007;64–76.
130. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. 4. paperback printing. New Brunswick: Aldine; 2009. 271 p.
131. *Qualitative Research & Evaluation Methods* [Internet]. SAGE Publications Inc. 2018 [citado el 15 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://us.sagepub.com/en-us/sam/qualitative-research-evaluation-methods/book232962>
132. Nelson CA, Bloom FE. Child Development and Neuroscience. *Child Dev*. 1997;68(5):970–87.
133. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*. 2009;301(21):2252–9.
134. Shonkoff JP, Garner AS, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):e232-246.
135. Case A, Paxson C. Parental behavior and child health. *Health Aff Proj Hope*. 2002;21(2):164–78.
136. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2016 [Internet]. Nueva York; 2016. Disponible en:

file:///C:/Users/Rafael/Dropbox/Acceso%20a%20salud/Objetivos%20de%20desarrollo%20sostenible.pdf

137. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):345–65.
138. Global Burden of Disease Child and Adolescent Health Collaboration, Kassebaum N, Kyu HH, Zoeckler L, Olsen HE, Thomas K, et al. Child and Adolescent Health From 1990 to 2015: Findings From the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2015 Study. *JAMA Pediatr*. 2017;171(6):573–92.
139. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Psychiatric Association, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Academic Search Complete. Child and Adolescent Mental Health Resources Global Concerns - Implications for the Future. [Internet]. Geneva; Herndon: World Health Organization Stylus Pub., LLC [distributor]; 2005 [citado el 20 de abril de 2015]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/id/10104334>
140. Morris J, Belfer M, Daniels A, Flisher A, Villé L, Lora A, et al. Treated prevalence of and mental health services received by children and adolescents in 42 low-and-middle-income countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(12):1239–46.
141. Jolley D, Douglas KM. The effects of anti-vaccine conspiracy theories on vaccination intentions. *PloS One*. 2014;9(2):e89177.
142. Ricketts TC, Goldsmith LJ. Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nurs Outlook*. 2005;53(6):274–80.
143. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet Lond Engl*. 2011;378(9801):1515–25.
144. Kovess-Masfety V, Van Engelen J, Stone L, Otten R, Carta MG, Bitfoi A, et al. Unmet Need for Specialty Mental Health Services Among Children Across Europe. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2017;68(8):789–95.

145. González LM, Enrique Peñaloza R, Matallana MA, Gil F, Gómez-Restrepo C, Vega Landaeta AP. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* diciembre de 2016;45:89–95.
146. Johnson SE, Lawrence D, Hafekost J, Saw S, Buckingham WJ, Sawyer M, et al. Service use by Australian children for emotional and behavioural problems: Findings from the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry.* 2016;50(9):887–98.
147. Lawrence D, Hafekost J, Johnson SE, Saw S, Buckingham WJ, Sawyer MG, et al. Key findings from the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry.* 2016;50(9):876–86.
148. Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66(7):764–72.
149. Bittner A, Egger HL, Erkanli A, Jane Costello E, Foley DL, Angold A. What do childhood anxiety disorders predict? *J Child Psychol Psychiatry.* 2007;48(12):1174–83.
150. Copeland WE, Angold A, Shanahan L, Costello EJ. Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53(1):21–33.
151. Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *J Child Psychol Psychiatry.* 2007;48(7):703–13.
152. Bone C, O'Reilly M, Karim K, Vostanis P. "They're not witches. ..." Young children and their parents' perceptions and experiences of Child and Adolescent Mental Health Services. *Child Care Health Dev.* 2015;41(3):450–8.
153. Reardon T, Harvey K, Baranowska M, O'Brien D, Smith L, Creswell C. What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;26(6):623–47.

-
154. Dey M, Wang J, Jorm AF, Mohler-Kuo M. Children with mental versus physical health problems: differences in perceived disease severity, health care service utilization and parental health literacy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(3):407–18.
 155. Mukolo A, Heflinger CA, Wallston KA. The stigma of childhood mental disorders: a conceptual framework. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;49(2):92–103; quiz 198.
 156. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2016;243:469–94.
 157. Rodríguez N, Rodríguez VA, Ramírez E, Cediel S, Gil F, Rondón MA. Aspectos metodológicos del diseño de muestra para la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr.* diciembre de 2016;45:26–30.
 158. Departamento Administrativo y Nacional de Estadística (DANE). POBREZA MONETARIA Y MULTIDIMENSIONAL EN COLOMBIA 2014 [Internet]. Bogotá D.C; 2015 [citado el 23 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_14_.pdf
 159. Gómez-Restrepo C, de Santacruz C, Rodriguez MN, Rodriguez V, Tamayo Martínez N, Matallana D, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Rev Colomb Psiquiatr.* diciembre de 2016;45:2–8.
 160. Rodriguez V, Moreno S, Camacho J, Gómez-Restrepo C, de Santacruz C, Rodriguez MN, et al. Diseño e implementación de los instrumentos de recolección de la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. *Rev Colomb Psiquiatr.* diciembre de 2016;45:9–18.
 161. Borda Bohigas JP, Carrillo JO, Garzón DF, Ramírez MP, Rodríguez N. Historical trauma. Systematic review of a different approach to armed conflict. *Rev Colomb Psiquiatr.* enero de 2015;44(1):43–9.
 162. Brave Heart MY. Gender differences in the historical trauma response among the Lakota. *J Health Soc Policy.* 1999;10(4):1–21.

163. Gone JP. A community-based treatment for Native American historical trauma: prospects for evidence-based practice. *J Consult Clin Psychol*. agosto de 2009;77(4):751–62.
164. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet Lond Engl*. 2016;387(10036):2423–78.
165. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009;11(1):7–20.
166. Merikangas KR, He J-P, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*. enero de 2010;125(1):75–81.
167. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, DE Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. 2007;6(3):168–76.
168. United Nations. World drug report 2015. Place of publication not identified: United Nations Pubns; 2015.
169. Abraham ZK, Sher L. Adolescent suicide as a global public health issue. *Int J Adolesc Med Health*. 2017;
170. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Lond Engl*. 2016;387(10036):2383–401.
171. Chen H, Cohen P, Kasen S, Johnson JG, Berenson K, Gordon K. Impact of adolescent mental disorders and physical illnesses on quality of life 17 years later. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(1):93–9.

-
172. Chen H, Cohen P, Crawford TN, Kasen S, Guan B, Gordon K. Impact of early adolescent psychiatric and personality disorder on long-term physical health: a 20-year longitudinal follow-up study. *Psychol Med.* 2009;39(5):865–74.
 173. Zachrisson HD, Rödje K, Mykletun A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health.* 2006;6:34.
 174. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009;50(4):386–95.
 175. Arrivillaga M, Borrero YE. [A comprehensive and critical view of conceptual models for access to health services, 1970-2013]. *Cad Saude Publica.* 2016;32(5):e00111415.
 176. Aarons GA, Covert J, Skriner LC, Green A, Marto D, Garland AF, et al. The eye of the beholder: youths and parents differ on what matters in mental health services. *Adm Policy Ment Health.* 2010;37(6):459–67.
 177. WHO. *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans.* Geneva: World Health Organization; 2005. 81 p.
 178. Kakuma R, Minas H, van Ginneken N, Dal Poz MR, Desiraju K, Morris JE, et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *Lancet Lond Engl.* 2011;378(9803):1654–63.
 179. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;49(3):226–36.
 180. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2010;10:113.
 181. Attygalle UR, Perera H, Jayamanne BDW. Mental health literacy in adolescents: ability to recognise problems, helpful interventions and outcomes. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2017;11:38.

182. Fleury M-J, Ngui AN, Bamvita J-M, Grenier G, Caron J. Predictors of healthcare service utilization for mental health reasons. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(10):10559–86.
183. Martínez-Hernández A, DiGiacomo SM, Carceller-Maicas N, Correa-Urquiza M, Martorell-Poveda MA. Non-professional-help-seeking among young people with depression: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. diciembre de 2014;14(1).
184. Zwaanswijk M, Van der Ende J, Verhaak PFM, Bensing JM, Verhulst FC. Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. junio de 2003;42(6):692–700.
185. Atilola O, Singh Balhara YP, Stevanovic D, Avicenna M, Kandemir H. Self-reported mental health problems among adolescents in developing countries: results from an international pilot sample. *J Dev Behav Pediatr JDBP*. febrero de 2013;34(2):129–37.
186. Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen H-U, Rothenberger A, et al. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. diciembre de 2008;17 Suppl 1:22–33.
187. Van Droogenbroeck F, Spruyt B, Keppens G. Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC Psychiatry*. 10 de 2018;18(1):6.
188. Saunders SM, Resnick MD, Hoberman HM, Blum RW. Formal help-seeking behavior of adolescents identifying themselves as having mental health problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. junio de 1994;33(5):718–28.
189. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med* 1982. 2010;71(3):517–28.
190. Lund C, De Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet*. el 22 de octubre de 2011;378(9801):1502–14.

-
191. Remschmidt H. Psychosocial milestones in normal puberty and adolescence. *Horm Res.* 1994;41 Suppl 2:19–29.
 192. Graber JA. Pubertal timing and the development of psychopathology in adolescence and beyond. *Horm Behav.* julio de 2013;64(2):262–9.
 193. Ezpeleta Ascaso L, Granero R, De la Osa N, Domenec J, Guillamon N. Perception of need for help and use of mental health services in children and adolescents. Do they share the same predictors? *Psicothema.* 2003;14(3).
 194. Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Mooijaart A, Spinhoven P. Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents. *Adm Policy Ment Health.* mayo de 2006;33(3):342–55.
 195. Mariu KR, Merry SN, Robinson EM, Watson PD. Seeking professional help for mental health problems, among New Zealand secondary school students. *Clin Child Psychol Psychiatry.* abril de 2012;17(2):284–97.
 196. Benjet C, Borges G, Méndez E, Albor Y, Casanova L, Orozco R, et al. Eight-year incidence of psychiatric disorders and service use from adolescence to early adulthood: longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* febrero de 2016;25(2):163–73.
 197. Turner MG, Exum ML, Brame R, Holt TJ. Bullying victimization and adolescent mental health: General and typological effects across sex. *J Crim Justice.* enero de 2013;41(1):53–9.
 198. Vanderbilt D, Augustyn M. The effects of bullying. *Paediatr Child Health.* julio de 2010;20(7):315–20.
 199. Mental Health Foundation of New Zealand. Young people's experience of discrimination in relation to mental health issues in Aotearoa New Zealand: remove the barriers for our young people from yesterday, today and tomorrow [Internet]. Nueva Zelanda; 2014. Disponible en: <https://www.mentalhealth.org.nz/assets/Our-Work/Young-People-2014.pdf>

200. Sourander A, Haavisto A, Ronning JA, Multimäki P, Parkkola K, Santalahti P, et al. Recognition of psychiatric disorders, and self-perceived problems. A follow-up study from age 8 to age 18. *J Child Psychol Psychiatry*. octubre de 2005;46(10):1124–34.
201. Dooley B, Fitzgerald A. My World Survey : National Study of Youth Mental Health in Ireland [Internet]. Dublin, Irlanda; [citado el 21 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/headstrong-national-study-of-youth-mental-health-in-ireland--2.pdf>
202. Rickwood D, Deane FP, Wilson CJ, Ciarrochi J. Young people's help-seeking for mental health problems. *Aust E-J Adv Ment Health*. enero de 2005;4(3):218–51.
203. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004;291(21):2581–90.
204. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Lond Engl*. 2017;390(10100):1211–59.
205. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. el 9 de noviembre de 2013;382(9904):1575–86.
206. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859–77.
207. Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada. Calgary; 2012.
208. Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet*. 2007;370(9592):1061–77.

-
209. World Health Organization (WHO). Mental health action plan 2013-2020. [Internet]. Geneva, Switzerland; 2013 [citado el 19 de enero de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1
 210. van Beljouw I, Verhaak P, Prins M, Cuijpers P, Penninx B, Bensing J. Reasons and determinants for not receiving treatment for common mental disorders. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2010;61(3):250–7.
 211. Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *Am J Public Health*. 2007;97(9):1638–43.
 212. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does “access to health care” mean? *J Health Serv Res Policy*. julio de 2002;7(3):186–8.
 213. Luitel NP, Jordans MJD, Kohrt BA, Rathod SD, Komproe IH. Treatment gap and barriers for mental health care: A cross-sectional community survey in Nepal. *PLoS One*. 2017;12(8):e0183223.
 214. Urbanoski K, Inglis D, Veldhuizen S. Service Use and Unmet Needs for Substance Use and Mental Disorders in Canada. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2017;62(8):551–9.
 215. Bonabi H, Müller M, Ajdacic-Gross V, Eisele J, Rodgers S, Seifritz E, et al. Mental Health Literacy, Attitudes to Help Seeking, and Perceived Need as Predictors of Mental Health Service Use: A Longitudinal Study. *J Nerv Ment Dis*. abril de 2016;204(4):321–4.
 216. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015;45(1):11–27.
 217. Staiger T, Waldmann T, Rüschi N, Krumm S. Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):39.

218. Codony M, Alonso J, Almansa J, Bernert S, de Girolamo G, de Graaf R, et al. Perceived need for mental health care and service use among adults in Western Europe: results of the ESEMeD project. *Psychiatr Serv Wash DC*. agosto de 2009;60(8):1051–8.
219. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):47–54.
220. World Health Organization, Department of mental health and substance dependence. Gender disparities in Mental Health [Internet]. Geneva, Switzerland; 2000 [citado el 17 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf?ua=1
221. Simmons LA, Wu Q, Yang N, Bush HM, Crofford LJ. Sources of health information among rural women in Western Kentucky. *Public Health Nurs Boston Mass*. febrero de 2015;32(1):3–14.
222. Rajkumar S, Hoolahan B. Remoteness and issues in mental health care: experience from rural Australia. *Epidemiol Psichiatr Soc*. junio de 2004;13(02):78–82.
223. Handley TE, Lewin TJ, Perkins D, Kelly B. Self-recognition of mental health problems in a rural Australian sample. *Aust J Rural Health*. el 19 de abril de 2018;
224. Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, Silva SR da, Monteiro JCDS, Gomes-Sponholz FA, et al. Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. *Rev Esc Enferm U P*. el 25 de mayo de 2017;51:e03225.
225. Caron J, Liu A. A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Dis Can*. junio de 2010;30(3):84–94.
226. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, Clara I, Yu BN. Perceived need for mental health treatment in a nationally representative Canadian sample. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. septiembre de 2005;50(10):643–51.

-
227. Caplan S, Buyske S. Depression, Help-Seeking and Self-Recognition of Depression among Dominican, Ecuadorian and Colombian Immigrant Primary Care Patients in the Northeastern United States. *Int J Environ Res Public Health*. el 27 de agosto de 2015;12(9):10450–74.
228. McDonald B, Kulkarni M, Andkhoie M, Kendall J, Gall S, Chelladurai S, et al. Determinants of self-reported mental health and utilization of mental health services in Canada. *Int J Ment Health*. el 2 de octubre de 2017;46(4):299–311.
229. Lauterbach D, Vora R, Rakow M. The relationship between posttraumatic stress disorder and self-reported health problems. *Psychosom Med*. diciembre de 2005;67(6):939–47.
230. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med*. enero de 2016;46(2):327–43.
231. Marcos Vila A, Mariscal Labrador E, Muñoz Pérez MA, Olid Cobos F, Pardo Remesal MJ, Rubio Simón E, et al. La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental. ¿Existe tal asociación? *Aten Primaria*. 2000;26(7):453–7.
232. Acosta Vinueza Y, Alvear Reascos R, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte, González Pardo S, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte, Reascos Paredes YL, et al. Prevalencia de trastornos mentales y disfunción familiar en la parroquia urbana de Urcuquí-Imbabura. *Bionatura*. el 15 de agosto de 2017;2(3):369–75.
233. Cadigan JM, Lee CM, Larimer ME. Young Adult Mental Health: a Prospective Examination of Service Utilization, Perceived Unmet Service Needs, Attitudes, and Barriers to Service Use. *Prev Sci Off J Soc Prev Res*. el 7 de febrero de 2018;
234. Fajardo-Dolci G, Gutierrez JP, García-Saiso S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública México*. 2015;57:180–6.

235. Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. New York; 1948 [citado el 8 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
236. OMS. Salud mental: fortalecimiento de nuestra respuesta [Internet]. WHO. 2014 [citado el 15 de junio de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
237. Saraceno B, Barbui C. Poverty and mental illness. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* abril de 1997;42(3):285–90.
238. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry.* 2014;1(6):467–82.
239. Lancet Global Mental Health Group, Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet.* el 6 de octubre de 2007;370(9594):1241–52.
240. Kendell RE. The distinction between mental and physical illness. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2001;178:490–3.
241. Malla A, Joober R, Garcia A. “Mental illness is like any other medical illness”: a critical examination of the statement and its impact on patient care and society. *J Psychiatry Neurosci.* 2015;40(3):147–50.
242. Reavley NJ, Jorm AF. Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Aust N Z J Psychiatry.* 45(11):947–56.
243. Centers for Disease Control and Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Association of County Behavioral Health & Developmental Disability Directors, National Institute of, Mental Health, The Carter Center Mental Health Program. Attitudes Toward Mental Illness: Results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System [Internet]. 2012. Disponible en: https://www.cdc.gov/hrqol/Mental_Health_Reports/pdf/BRFSS_Full%20Report.pdf

-
244. Coppens E, Van Audenhove C, Scheerder G, Arensman E, Coffey C, Costa S, et al. Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *J Affect Disord*. 150(2):320–9.
245. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand*. 113(3):163–79.
246. Choudhry FR, Mani V, Ming LC, Khan TM. Beliefs and perception about mental health issues: a meta-synthesis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 12:2807–18.
247. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol*. 24(17):1880–8.
248. Reavley NJ, Jorm AF. Public recognition of mental disorders and beliefs about treatment: changes in Australia over 16 years. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 200(5):419–25.
249. Chong SA, Abdin E, Picco L, Pang S, Jeyagurunathan A, Vaingankar JA, et al. Recognition of mental disorders among a multiracial population in Southeast Asia. *BMC Psychiatry*. 16:121.
250. MSPS. Plan Decenal De Salud Pública 2012 - 2021 [Internet]. Bogotá, Colombia; Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Sistema%20de%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20del%20Plan%20Decenal%20De%20Salud%20P%C3%BAblica%20-%20PDSP%20Colombia%202012%20-%202021.pdf>
251. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychol Sci Public Interest J Am Psychol Soc*. 15(2):37–70.
252. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. 1(1):16–20.

253. Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 184:176–81.
254. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* 46(2):105–12.
255. Reavley NJ, Jorm AF. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: changes in Australia over 8 years. *Psychiatry Res.* 197(3):302–6.
256. Probst C, Manthey J, Martinez A, Rehm J. Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 10:32.
257. Gopalkrishnan N, Babacan H. Cultural diversity and mental health. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr.* 23(6 Suppl):6–8.
258. Bignall WJR, Jacquez F, Vaughn LM. Attributions of Mental Illness: An Ethnically Diverse Community Perspective. *Community Ment Health J.* 2015;51(5):540–5.
259. World Health Organization. Global status report on alcohol and health, 2014. 2014.
260. Nutt DJ, King LA, Phillips LD, Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet Lond Engl.* 2010;376(9752):1558–65.
261. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. Recognition of depression by non-psychiatric physicians--a systematic literature review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.* enero de 2008;23(1):25–36.
262. Mitchell AJ, Meader N, Bird V, Rizzo M. Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care: meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* agosto de 2012;201:93–100.
263. Turrina C, Valsecchi P, Bonomi S, Corsini P, Cacciani P, Medea G, et al. Variables associated with general practitioners' knowledge about and diagnostic skills for schizophrenia. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2006;8(4):192–7.

-
264. Wilson GB, Lock CA, Heather N, Cassidy P, Christie MM, Kaner EFS. Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England 10 years on. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. octubre de 2011;46(5):570–7.
265. Rojas-Reyes MX, Gomez-Restrepo C, Rodríguez VA, Dennis-Verano R, Kind P, Rojas-Reyes MX, et al. Quality of life related to health in the Colombian population: how do Colombians perceive their health condition? *Rev Salud Pública*. junio de 2017;19(3):340–6.
266. Cairney J, Boyle MH, Lipman EL, Racine Y. Single mothers and the use of professionals for mental health care reasons. *Soc Sci Med* 1982. diciembre de 2004;59(12):2535–46.
267. Kuhn L, Page K, Ward J, Worrall-Carter L. The process and utility of classification and regression tree methodology in nursing research. *J Adv Nurs*. junio de 2014;70(6):1276–86.
268. Organización Mundial de la Salud. The Right to Health. Fact Sheet No. 31 [Internet]. Ginebra, Suiza; 2013 [citado el 30 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/hhr/activities/Right_to_Health_factsheet31.pdf?ua=1
269. Weltgesundheitsorganisation, editor. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva; 2010. 106 p. (The world health report).
270. Clift J, International Monetary Fund, editores. Health and development: a compilation of articles from Finance & development. Washington, D.C: International Monetary Fund; 2004. 56 p.
271. Gold M. Part I: The Concept of Access and Managed Care. Beyond Coverage and Supply: Measuring Access to Healthcare in Today's Market. *HSR: Health Services Research*. 1998;33(3).
272. García-Ayala J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso [Internet]. Bogotá, Colombia; 2014. Disponible en: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf

273. García J. Epidemiología clínica. Qué y para qué. 1999;66(4):169–73.
274. Andre FE, Booy R, Bock HL, Clemens J, Datta SK, John TJ, et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. Bull World Health Organ. 2008;86(2):140–6.
275. Clemmons NS, Gastanaduy PA, Fiebelkorn AP, Redd SB, Wallace GS, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Measles - United States, January 4-April 2, 2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2015;64(14):373–6.
276. Vargas J J, Molina M G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev Fac Nac Salud Pública. 2009;27:121–30.
277. Carrillo JE, Carrillo VA, Perez HR, Salas-Lopez D, Natale-Pereira A, Byron AT. Defining and targeting health care access barriers. J Health Care Poor Underserved. 2011;22(2):562–75.
278. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. Access to Health Care. Report of a Scoping Exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). 2001; Disponible en: http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_ES_08-1009-005_V01.pdf
279. Karikari-Martin P. Use of healthcare access models to inform the patient protection and affordable care act. Policy Polit Nurs Pract. 2010;11(4):286–93.
280. Gibbard A. The prospective Pareto Principle and equity of access to health care. Milbank Mem Fund Q Health Soc. 1982;60(3):399–428.
281. World Report 1993: investing in health. Washington, D.C.: World Bank.; 1993.
282. Gobierno de Colombia. Comisión Intersectorial de Primera Infancia. Atención Integral: Prosperidad para la Primera Infancia [Internet]. Bogotá, Colombia; 2012. Disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20Prosperidad%20para%20la%20Primera%20Infancia.pdf>

-
283. Andersen R. A behavioral model of families' use of health services [Internet]. Center for Health Administration Studies, University of Chicago; 1968. (Research series). Disponible en: <https://books.google.com.co/books?id=Z518AAAAIAAJ>
284. Institute of Medicine (U.S.), Millman ML, editores. Access to health care in America. Washington, D.C: National Academy Press; 1993. 229 p.
285. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *Psycho-Soc Med*. 2012;9:Doc11.
286. Cabassa LJ, Zayas LH, Hansen MC. Latino adults' access to mental health care: a review of epidemiological studies. *Adm Policy Ment Health*. 2006;33(3):316–30.
287. Russell DJ, Humphreys JS, Ward B, Chisholm M, Buykx P, McGrail M, et al. Helping policy-makers address rural health access problems. *Aust J Rural Health*. 2013;21(2):61–71.
288. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18.
289. Alwan A, World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2011.
290. Bloom D, Cafiero E, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom L, Fathima S, et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. [Internet]. Ginebra, Suiza; 2011 [citado el 24 de julio de 2015]. Disponible en: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf
291. Organización Mundial de la Salud. INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana [Internet]. Ginebra, Suiza; 2002 [citado el 8 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1

292. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 [Internet]. Bogotá, Colombia; 2013 [citado el 4 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
293. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014 [Internet]. Ginebra, Suiza; 2014 [citado el 31 de julio de 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1
294. Everson SA, Roberts RE, Goldberg DE, Kaplan GA. Depressive symptoms and increased risk of stroke mortality over a 29-year period. *Arch Intern Med.* 1998;158(10):1133–8.
295. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care.* 2001;24(6):1069–78.
296. Lin EHB, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, Oliver M, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care.* 2004;27(9):2154–60.
297. Chander G, Himelhoch S, Moore RD. Substance abuse and psychiatric disorders in HIV-positive patients: epidemiology and impact on antiretroviral therapy. *Drugs.* 2006;66(6):769–89.
298. Parikh RM, Robinson RG, Lipsey JR, Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR. The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow-up. *Arch Neurol.* 1990;47(7):785–9.
299. Carrico AW, Riley ED, Johnson MO, Charlebois ED, Neilands TB, Remien RH, et al. Psychiatric risk factors for HIV disease progression: the role of inconsistent patterns of antiretroviral therapy utilization. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011;56(2):146–50.
300. Míguez-Burbano MJ, Espinoza L, Whitehead NE, Bryant VE, Vargas M, Cook RL, et al. Brain derived neurotrophic factor and cognitive status: the delicate balance

- among people living with HIV, with and without alcohol abuse. *Curr HIV Res.* 2014;12(4):254–64.
301. Mojtabai R, Crum RM. Perceived unmet need for alcohol and drug use treatments and future use of services: results from a longitudinal study. *Drug Alcohol Depend.* 2013;127(1–3):59–64.
302. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* 2014;13(2):153–60.
303. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2012;125(6):440–52.
304. Hoven CW, Doan T, Musa GJ, Jaliashvili T, Duarte CS, Ovuga E, et al. Worldwide child and adolescent mental health begins with awareness: a preliminary assessment in nine countries. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl.* 2008;20(3):261–70.
305. Jouet E, Moineville M, Favriel S, Leriche P, Greacen T. [A mental health awareness anti-stigma program including user-trainers has a significant impact on knowledge, beliefs and attitudes of job centre professionals in Paris]. *L'Encephale.* 2014;40(2):136–42.
306. Søgaaard AJ, Fønnebo V. The Norwegian Mental Health Campaign in 1992. Part II: changes in knowledge and attitudes. *Health Educ Res.* 1995;10(3):267–78.
307. BBC. La soledad, un mal contemporáneo mundial que en Reino Unido ahora es asunto de Estado. el 18 de enero de 2018; Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-42723066>
308. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Rev Colomb Psiquiatr.* julio de 2014;43(3):162–7.
309. García-Rábago H, Sahagún-Flores JE, Ruiz-Gómez A, Sánchez-Ureña GM, Tirado-Vargas JC, González-Gámez JG. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio,

- comparando factores de alta y baja letalidad. *Rev Salud Pública*. octubre de 2010;12(5):713–21.
310. Cifuentes S. Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense [Internet]. 2013; Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>
311. Gómez-Restrepo C, Rodríguez Malagón N, de Romero LC, Pinilla G C, López L E. Suicidio y Lesiones Autoinfligidas Colombia, 1973-1996. *Rev Colomb Psiquiatr*. junio de 2002;31(2):123–36.
312. Solar O, Irwin A. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. *Health Promot J Aust Off J Aust Assoc Health Promot Prof*. diciembre de 2006;17(3):180–5.
313. OMS | Comisión sobre Determinantes sociales de la salud - Informe Final [Internet]. WHO. [citado el 3 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
314. Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods, 2nd Edition [Internet]. Wiley.com. [citado el 3 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.wiley.com/en-us/Health+Inequality%3A+An+Introduction+to+Concepts+%2C+Theories+and+Methods%2C+2nd+Edition-p-9780745691091>
315. Marsh L, Gómez-Restrepo C. Scaling up Science-based Mental Health Interventions in Latin America (Expanding scientific interventions in mental health Latin America). HUB colaborativo Pontificia Universidad Javeriana, Dartmouth University &. 2017;
316. Lemon SC, Roy J, Clark MA, Friedmann PD, Rakowski W. Classification and regression tree analysis in public health: methodological review and comparison with logistic regression. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med*. diciembre de 2003;26(3):172–81.

Anexo A: Variables, definición y naturaleza

Variable	Definición	Operatividad	Naturaleza y escala de medición
Edad	Edad de la persona	Años cumplidos	Cuantitativa discreta de razón
Sexo	Género de la persona	Masculino - Femenino	Catagórica nominal dicotómica
Región	Región del país donde reside el menor	Región Central Región Oriental Región Atlántica Región Pacífica Bogotá	Catagórica nominal politómica
Zona rural-urbana	Zona en donde se encuentra el hogar	Urbano-rural	Catagórica nominal dicotómica
Raza	Usted se reconoce cómo	Raizal, gitano-rrom, indígena, mulato o negro, palanquero de San Basilio, ninguno	Catagórica nominal
Religión	Qué importancia tiene la religión en su vida	Mucha, poca, alguna, ninguna	Catagórica ordinal
Percepción de su trabajo	Cómo se siente habitualmente en su trabajo	Emociones positivas: tranquilo, reconocido, alegre Emociones negativas: irritable, ansioso, triste, resignado, cansado	Catagórica nominal-dicotómica
Percepción de posición socioeconómica	De 0 a 100 en qué lugar se coloca	0 = el más pobre de Colombia 100= el más rico de Colombia	Continua
Sensación de discriminación	Alguna vez se ha sentido discriminado o rechazado	Sí-No	Catagórica nominal-dicotómica
Capital social cognitivo (sensación de apoyo emocional y económico)	Con qué frecuencia puede acudir a alguien para pedir consejo y con qué frecuencia para solicitar ayuda económica	Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca	Catagórica ordinal
Capital social estructural (seguridad, barrio)	Valor de 0 a 100	0 = desconfianza máxima 100 = confianza máxima	Continua

Variable	Definición	Operatividad	Naturaleza y escala de medición
Capital social cognitivo (percepción de confianza en vecinos)	Confía en sus vecinos	Sí-No	Categoría nominal dicotómica
Seguridad social	Tiene seguro de salud	Sí-No	Categoría nominal
Capital social estructural (participación en grupos)	En qué tipo de grupo participa	Listado de grupos. Religiosos, deportivos, cultural, comunitario, ecológico, gremial, étnico, juvenil, salud	Categoría nominal
Presencia de discapacidad	Presencia de sordera, ceguera, cognitiva, mental, motora	Sí-No	Categoría nominal politómica
Desplazamiento por violencia	Cambios de residencia porque la vida del menor estaba amenazada por violencia	Sí-No	Categoría nominal dicotómica
Índice multidimensional de pobreza (IMP)	Índice que reúne las dimensiones de salud, educación, condiciones de la niñez y la juventud, servicios públicos domiciliarios, trabajo (empleo) y condiciones de la vivienda	0 = con acceso 0,1-0,21= no vulnerable 0,22-0,33= vulnerable mayor a 0,33= situación de pobreza	Categoría ordinal politómica
Valoración estado de salud	Valoración del EQ-5D Valoración 0-100	Valora las escalas de movilidad, cuidado personal. Actividades cotidianas, dolor, depresión/ansiedad	Valoración estados de salud 243 estados Categorías nominales Valoración 0-100: continua
Presencia de enfermedades crónicas	Presencia de un problema orgánico de acuerdo con la lista suministrada para adultos, adolescentes y niños. Dado por patologías relevantes para cada grupo Ejemplo: -Problemas urinarios: Problemas de los riñones o de vías urinarias, como enfermedad renal crónica, pielonefritis, manejo con diálisis o hemodiálisis u otros. -Problemas digestivos: Problemas del estómago, como gastritis, reflujo gastroesofágico u otros.	Sí-No	Categoría nominal dicotómica
Eventos traumáticos	Presencia de eventos traumáticos en el menor	Sí-No	Categoría nominal dicotómica

Variable	Definición	Operatividad	Naturaleza y escala de medición
Consumo de sustancias	El menor ha consumido tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas	Sí-No	Categoría nominal dicotómica
Conformación familiar	Composición de la familiar del menor	Hogar conformado por padre y madre Hogar solo con presencia de la madre Hogar solo con presencia del padre Hogar conformado por personas diferentes a padres	Categoría nominal politómica
Conformación familiar	Composición de la familiar del menor	Hogar conformado por padre y madre Hogar solo con presencia de la madre Hogar solo con presencia del padre Hogar conformado por personas diferentes a padres	Categoría nominal politómica
Hermanos	Número de hermanos del menor	0, 1, 2, 3...	Cuantitativa discreta de razón
Nivel educativo padre	Nivel educativo más alto alcanzado por el padre	Ninguno Preescolar Básica primaria (1°-5°) Básica secundaria (6°-9°) Media (10°-13°) Técnico Tecnológico Universitario Posgrado	Categoría ordinal
Nivel educativo madre	Nivel educativo más alto alcanzado por la madre	Ninguno Preescolar Básica primaria (1°-5°) Básica secundaria (6°-9°) Media (10°-13°) Técnico Tecnológico Universitario Posgrado	Categoría ordinal
Salud mental madre	Historial de depresión, intento de suicidio, así como problemas de alcohol y drogas	Sí-No	Categoría nominal dicotómica
Salud mental padre	Historial de depresión, intento de suicidio, así como problemas de alcohol y drogas	Sí-No	Categoría nominal dicotómica
Apgar familiar	Evaluación del funcionamiento familiar	Algún grado de disfunción Disfunción leve Disfunción moderada Disfunción severa	Categoría ordinal

Variable	Definición	Operatividad	Naturaleza y escala de medición
Enfermedades crónicas en niños	Se describen una serie de problemas dentro de los cuales están: Problemas cardiacos, pulmonares, asma e inflamación crónica, cáncer, problemas urinarios, dermatológicos, azúcar, digestivos, tiroides, sangre, cáncer y tumores maligno, malformaciones, limitación visual, auditiva, cognitiva,	Sí-No	Categoría nominal dicotómica
Sobrepeso	Problemas de sobrepeso u obesidad	Sí-No	Categoría nominal dicotómica
Desnutrición	Problemas de desnutrición o bajo peso	Sí-No	Categoría nominal dicotómica
CIDI-CAPI	Entrevista estructurada para diagnóstico psiquiátrico-adolescentes y adultos	Se midieron trastornos de ansiedad y depresivos. Presencia o no de trastorno mental	Categoría nominal
DISC	Entrevista estructurada para diagnóstico psiquiátrico en niños	Se midieron trastornos de ansiedad, depresivos y de conducta. Presencia o no de trastorno mental	Categoría nominal
AUDIT A y C	Escala para medición de consumo, abuso y dependencia de alcohol	Consumo de alcohol, posible abuso y dependencia. Presencia o no	Categoría nominal
PCL	Escala para medir posible trastorno de estrés postraumático	Medición de estrés postrauma. Presencia o no	Categoría nominal
Salud mental-reconocimiento	Alguna vez en su vida ha tenido usted algún problema emocional, nervioso o de salud mental	Sí-No	Categoría nominal-dicotómica

Variables seleccionadas de los instrumentos del ENSM-2015

Ministerio de Salud y Protección Social. Pontificia Universidad Javeriana. Estudio Nacional de Salud mental. Resumen ejecutivo. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.

Ver protocolo: Gómez-Restrepo C, Matallana D, Rodríguez MN, Santacruz C, González L, Rodríguez V, et al. ENSM-2015. Pontificia Universidad Javeriana. Ministerio de Salud y Protección Social. Colciencias. 2014.

Anexo B: Cálculo de la muestra y muestreo

A continuación, se describirá la estructura del diseño de la muestra realizada en el estudio primario, el cual se describe en el protocolo realizado para el ENSM-2015 y de allí se resume y se transcribe el cálculo realizado:

La Encuesta Nacional de Salud Mental-2015 se obtuvo de una submuestra de la Muestra Maestra de estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Esta muestra tuvo representatividad nacional y regional, con desagregación geográfica a nivel de 5 regiones (Bogotá, urbano/rural y demográfica por rangos de edad: de 7 a 11 años, 12 a 17 años y 18 y más años).

La selección de los sujetos de estudio se realizó siguiendo un muestro polietápico. Se seleccionaron los municipios, como unidades primarias de muestreo (UPM), posteriormente mediante muestreo aleatorio simple (MAS) dentro de cada municipio se seleccionaron las manzanas (unidades secundarias de muestreo [USM]) y dentro de estas unidades las viviendas que correspondían a las unidades terciarias de muestreo (UTM).

Se obtuvo una muestra probabilística, estratificada por edad, en las cinco regiones y algunos de sus departamentos, así:

- *Atlántica:* Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, San Andrés y Providencia, Sucre.
- *Pacífica:* Cauca, Chocó, Nariño, Valle.
- *Central:* Antioquia, Caquetá, Caldas, Huila, Quindío, Risaralda, Tolima.
- *Oriental:* Amazonas, Arauca, Boyacá, Cundinamarca, Casanare, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, Santander, Norte de Santander, Vaupés, Vichada.
- *Bogotá:* Bogotá.

La muestra fue de tipo probabilístico, estratificada por edad y regiones del país. La selección de los sujetos se obtuvo mediante un muestreo polietápico:

- En primer lugar, se seleccionaron los municipios (UPM). Se obtuvieron 110, de los cuales 22 fueron de inclusión forzosa por su tamaño e importancia.
- En segundo lugar, se seleccionaron grupos de manzanas del mismo sector como USM. Para la muestra se obtuvieron 1.038.
- En tercer lugar, se seleccionaron segmentos con un promedio de 12 viviendas contiguas como UTM. Para la muestra se definieron 1.038 segmentos. Si bien las unidades últimas de muestreo fueron viviendas, las unidades de observación fueron los sujetos seleccionados en los hogares. Durante la visita a la vivienda se determinó si había más de un hogar, en cuyo caso se realizó la selección del hogar mediante muestreo aleatorio simple. Posteriormente se construyó el listado de todos los individuos del hogar y se seleccionó el sujeto a entrevistar. Para los hogares con niños de 7 a 11 años, del listado de niños de esas edades se seleccionó uno siguiendo un muestro aleatorio simple el cual fue realizado directamente por el *software* de recolección. Se podía obtener un adulto en el mismo hogar del niño y en muchos casos fue el cuidador primario.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó teniendo en cuenta el tamaño de la población tomado de las proyecciones poblacionales del DANE. La estimación del tamaño de la muestra se realizó utilizando la siguiente fórmula:

$$n =$$

Los componentes de la fórmula anterior son:

N: Tamaño de la población obtenido de las proyecciones poblacionales del DANE.

p: Proporción esperada. En este caso se tomó para el grupo de 7 a 11 años un 20 % de prevalencia de presentar uno o más trastornos en la vida, dato que proviene del resultado estimado en el ENSM-2003 (23,1 %), corroborado con la información que presenta la OMS a escala mundial (20 %) para niños y adolescentes, y estudios realizados en Puerto Rico, que utilizaron el DISC (16 % al 18 % en criterios DSM IV).

Para los sujetos mayores de 11 años se tomó como indicador la prevalencia de depresión con un 11,5 %. Esta estimación es una conciliación entre las diferentes cifras encontradas: ENSM- 2003 (12,1 %) y el Estudio Medellín Salud Mental 2011 (9,5 %).

ESrel: Es el error estándar relativo deseado, que define la precisión deseada en la investigación. Se estableció un ESrel del 16,5 %.

Deff: Efecto de los conglomerados en el diseño de la muestra dado por la selección en diferentes etapas. Para este estudio, se estableció un efecto del 1,5.

Se calculó un tamaño de muestra para tener representatividad de las 5 regiones descritas. Adicionalmente, con representatividad de los grupos etarios de 7 a 11 años, 12 a 17 años, 18 a 44 años y mayores de 44 años. La tabla B1 resume este escenario.

Tabla B-1: Tamaños de muestra según grupos de edad

Variables	Edad	
	De 7 a 11 años	Mayores de 11
N	4.282.853	36.573.703
P	20 %	11.5%
ESrel % (absoluta)	11,7 % (2,6)	11,7%(1,5)
Deff	1.5	1.5
Tamaño de muestra	439	844
Representatividad por grupos de edad	-	2.532
Representatividad de 5 regiones	2.195	12.660
Más aumento del 20 % por datos faltantes (encuestas incompletas)	2.634	15.192
Total		17.826

Fuente: Tomado de: Protocolo ENSM-2015.

Se requirieron inicialmente 15.192 hogares para la ENSM y en cada uno de ellos se entrevistó un adulto y, en ocasiones, un menor de 11 años. Se tuvo la misma cantidad de segmentos por región (242), para un total de 1.210 segmentos.

Es de anotar que la Muestra Maestra para la Salud contempla diferentes categorías de conglomerados (tomado de protocolo ENSM-2015):

Las unidades primarias de muestreo (UPM), están constituidas por municipios de más de 7.500 habitantes, que es el tamaño poblacional mínimo para sustentar los tamaños

muestrales previstos a este nivel. La cifra se establece en función del número y del tamaño promedio de los estratos, y la muestra es proporcional a la población del estrato de cada UPM. Los municipios con un tamaño poblacional menor a 7.500 habitantes se unieron con municipios vecinos, del mismo departamento, de similares características socioeconómicas, que pertenecieran a la misma provincia y con una conformación urbano/rural similar, para completar la población mínima exigida.

La Muestra Maestra para la Salud diseñada para el Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales correspondiente a 52.000 hogares, tiene una cantidad de 244 UPM. A partir de los requerimientos de tamaño muestral para la ENSM se seleccionaron aproximadamente la mitad de las UPM de inclusión forzosa y una tercera parte de las UPM de inclusión probabilística de la Muestra Maestra, posterior a la realización de labores de estratificación adicional de la Muestra Maestra. Se obtuvo así una cantidad de 111 UPM a lo largo del territorio nacional para la ENSM-2015.

Finalmente, se visitaron 19.564 hogares de los cuales se completaron 2.727 encuestas de la población infantil entre 7 y 11 años, 1.754 de 12 a 17 años, 5.889 de 18 a 44 años y 4.981 de 64 años (15.351 en total).

C. Anexo: Reconocimiento, ecuaciones de modelos y estados de salud

I- Asociaciones reconocimiento o no de Problemas, Trastornos y Problemas más Trastornos – Ecuaciones

A-Modelo multivariado para niños con trastornos o problemas que se reconocen o no como tales

	OR ajustado	IC 95 %
Problema de aprendizaje		
Sí	7,8	4,1-14,8
No	1	-
Eventos traumáticos		
Ninguno	1	-
1 o más	2,3	1,3-4,1
Nivel educativo de la madre		
Ninguno/primaria	1	-
Secundaria	2,1	1,1-4,0
Técnico/tecnólogo	1,9	0,7-4,7
Universitario	4,5	1,8-11,8

Fuente: elaboración propia.

El modelo multivariado del que se partió para la selección de variables se representa en la siguiente ecuación:

$$\begin{aligned} \log(Odds_{\text{trastornos o problemas}}) &= \beta_0 + \beta_1 \text{femenino} + \beta_2 \text{noescolarizado} + \sum_{i=3}^5 \beta_i \text{niveleducativomadre} \\ &+ \sum_{i=6}^8 \beta_i \text{niveleducativopadre} + \beta_9 \text{algunpadrettnomental} \\ &+ \beta_{10} \text{algunpadreprobalcohol} + \beta_{11} \text{algunpadreconsumoSPA} \\ &+ \beta_{12} \text{problemasaprendizaje} + \beta_{13} \text{alguneventotraumat} + \beta_{14} \text{zonarural} \\ &+ \beta_{15} \text{algunpadreprobalcohol} + \sum_{i=16}^{19} \beta_i \text{regionpaís} + \beta_{20} \text{hogarpobreza} \\ &+ \text{error} \end{aligned}$$

Modelo inicial ajustado en Stata versión 15.0

```
. logistic dicen_tienen_tproblemas i.sex i.escolarizado i.niveleducativomadre_nino
i.niveleducativopadre_nino i.ttnomentalalgunpadre i.problemaOHoSPAalgunpadre
i.ConsumoSPAalgunpadre i.proaprend i.eventrauml i.rural_urb i.region i.pobreza
```

```
Logistic regression Number of obs = 1,170
LR chi2(19) = 72.35
Prob > chi2 = 0.0000
Log likelihood = -223.28524 Pseudo R2 = 0.1394
```

```
-----
-----
dicen_tienen_tproblemas | Odds Ratio Std. Err. z P>|z| [95% Conf. Interval]
-----+-----
-----
sex |
Mujer | .9770126 .2622981 -0.09 0.931 .5772693 1.653567
|
escolarizado |
No Escolarizado | 3.280153 1.80607 2.16 0.031 1.114854 9.650954
|
niveleducativomadre_nino |
Secundaria | 1.948632 .745643 1.74 0.081 .9204876 4.125168
Técnico/Tecnólogo | 1.846345 .9806676 1.15 0.248 .6519368 5.229016
Universitario | 4.882051 2.81405 2.75 0.006 1.577479 15.10919
|
niveleducativopadre_nino |
Secundaria | 1.137875 .3725216 0.39 0.693 .5989978 2.161543
Técnico/Tecnólogo | 1.209344 .7616588 0.30 0.763 .3519276 4.155721
Universitario | 1.208458 .6989297 0.33 0.743 .3889793 3.754366
|
ttnomentalalgunpadre |
Sí | 1.790869 .6376485 1.64 0.102 .8912286 3.598643
|
problemaOHoSPAalgunpadre |
Sí | 2.392423 1.318964 1.58 0.114 .8120132 7.048761
```

```

|
ConsumoSPAalgunpadre |
Sí | .6510061 .2940539 -0.95 0.342 .2685991 1.577849
|
proaprend |
Sí | 6.447724 2.288475 5.25 0.000 3.215818 12.9277
|
eventraum1 |
sí | 2.064322 .6340764 2.36 0.018 1.130636 3.769053
|
rural_urb |
Rural | 1.07488 .3902347 0.20 0.842 .5276325 2.189719
|
region |
Atlántica | .5213935 .2559827 -1.33 0.185 .1991869 1.364804
Bogotá | .8003255 .363177 -0.49 0.624 .3288537 1.947738
Oriental | 1.095547 .4592178 0.22 0.828 .481765 2.491306
Pacífica | 1.881982 .7605896 1.56 0.118 .8523313 4.155492
|
pobreza |
Hogares en estado de pobreza | .843232 .3645301 -0.39 0.693 .3613864 1.967535
_cons | .018954 .0100464 -7.48 0.000 .0067071 .0535637
-----

```

Note: _cons estimates baseline odds.

Modelo final

```

. logistic dicen_tienen_tproblemas i.niveleducativomadre_nino i.proaprend i.eventraum1

Logistic regression Number of obs = 1,240
LR chi2(5) = 52.70
Prob > chi2 = 0.0000
Log likelihood = -237.17912 Pseudo R2 = 0.1000

```

```

-----
dicen_tienen_tproblemas | Odds Ratio Std. Err. z P>|z| [95% Conf. Interval]
-----+-----
niveleducativomadre_nino |
Secundaria | 2.079183 .6968573 2.18 0.029 1.077965 4.010336
Técnico/Tecnólogo | 1.854301 .8710339 1.31 0.189 .7384813 4.656088
Universitario | 4.542322 2.194232 3.13 0.002 1.762354 11.70746
|
proaprend |
Sí | 7.811799 2.542483 6.32 0.000 4.127747 14.7839
|
eventraum1 |
sí | 2.291434 .6680951 2.84 0.004 1.293985 4.057751
_cons | .0206729 .0063354 -12.66 0.000 .0113382 .0376931
-----

```

Note: _cons estimates baseline odds.

B-Análisis multivariado para reconocimiento de trastornos y problemas mentales en adolescentes

Disfunción familiar	OR ajustado	IC 95 %
Sí	2,5	1,3-4,5

No	1	-
Acude a su pareja cuando tiene problemas económicos		
Sí	2,7	1,0-7,2
No	1	-

El modelo multivariado del que se partió para la selección de variables se representa en la siguiente ecuación:

$$\begin{aligned} \log(\text{Odds}_{\text{trastornos o problemas}}) &= \beta_0 + \beta_1 \text{edad} + \sum_{i=2}^3 \beta_i \text{niveleducativo} + \beta_4 \text{familiadiscutirproblemas} \\ &+ \beta_5 \text{amigosdiscutirproblemas} + \beta_6 \text{parejadiscutirproblemas} \\ &+ \beta_7 \text{alguneventotraumat} + \beta_8 \text{algunaenfcrónica} + \beta_9 \text{pérididabiletera} \\ &+ \beta_{10} \text{noprefierevecinosotrareligión} + \beta_{11} \text{disffamiliarleveomoderada} \\ &+ \text{error} \end{aligned}$$

Modelo inicial ajustado en Stata versión 15.0

```
. logistic dicen_tienen_tproblemas i.age i.niveleduca i.m2_p55_a i.m2_p55_b i.m2_p55_d
i.eventraum1 i.enfcronsín i.m2_p62
> i.m2_p64_7 i.DiscFam
```

```
Logistic regression Number of obs = 492
LR chi2(14) = 32.86
Prob > chi2 = 0.0030
Log likelihood = -140.85776 Pseudo R2 = 0.1045
```

```
-----+-----
dicen_tienen_tproblemas | Odds Ratio Std. Err. z P>|z| [95% Conf. Interval]
-----+-----
```

```
age |
```

```

13 | .6530306 .402707 -0.69 0.490 .1949933 2.186993
14 | .4069616 .2708601 -1.35 0.177 .1104134 1.499978
15 | .5216455 .3453036 -0.98 0.326 .1425352 1.909101
16 | .1772206 .1383362 -2.22 0.027 .0383775 .8183732
17 | .6788026 .4411423 -0.60 0.551 .1899162 2.426191
|
2.niveleduca | 1.961526 .89497 1.48 0.140 .8020895 4.796949
|
m2_p55_a |
Si | .6810845 .3367593 -0.78 0.437 .2584212 1.795039
|
m2_p55_b |
Si | 1.245685 .4619132 0.59 0.554 .602246 2.576575
|
m2_p55_d |
Si | 1.794367 1.036923 1.01 0.312 .5781251 5.569303
|
eventraum1 |
Si | 1.498361 .4916265 1.23 0.218 .7876423 2.850387
|
enfcronsin |
No | .5946193 .1902489 -1.62 0.104 .3176117 1.113222
|
m2_p62 |
No | 1.867343 .8777758 1.33 0.184 .7431946 4.691866
|
m2_p64_7 |
Si | 3.363836 2.661102 1.53 0.125 .7136032 15.85671
|
DiscFam |
Disf. Fam. = Si | 2.51349 .8406658 2.76 0.006 1.304917 4.841405
_cons | .0864078 .0711691 -2.97 0.003 .0171976 .4341483
-----

```

Note: _cons estimates baseline odds.

Modelo final

```
. logistic dicen_tienen_tproblemas m2_p55_d i.DiscFam
```

```

Logistic regression Number of obs = 498
LR chi2(2) = 11.60
Prob > chi2 = 0.0030
Log likelihood = -154.32396 Pseudo R2 = 0.0362

```

```

-----
dicen_tienen_tproblemas | Odds Ratio Std. Err. z P>|z| [95% Conf. Interval]
-----+-----
m2_p55_d | 2.730542 1.359252 2.02 0.044 1.029258 7.243917
|
DiscFam |
Disf. Fam. = Si | 2.463865 .7745046 2.87 0.004 1.330594 4.562346
_cons | .0764767 .0153271 -12.83 0.000 .0516339 .1132722
-----

```

Note: _cons estimates baseline odds.

C- Modelo de regresión multivariable de autorreconocimiento de trastornos o problemas (combinado) en adultos

Variable	OR ajustado	IC 95 %
----------	-------------	---------

Sexo			
Mujer	1,8	1,4	2,3
Hombre	1	-	-
Edad			
18 a 44	1,6	1,1	2,4
45 a 64	1,5	1,0	2,3
65 o más	1	-	-
Pobreza			
Hogares con acceso	1,9	1,2	3,0
Hogares no vulnerables a PMD	1,7	1,1	2,4
Hogares vulnerables a PMD	1,6	1,0	2,4
Hogares en estado de pobreza	1	-	-
Disfunción familiar			
No	1	-	-
Sí	1,5	1,2	2,0
Alguna vez se ha sentido discriminado o rechazado			
No	1	-	-
Sí	2,1	1,7	2,6
Evento traumático			
Sí	1,8	1,4	2,2
No	1	-	-
Consumo de sustancias			
Alguna sustancia	0,5	0,4	0,7
Alcohol	0,7	0,5	1,0

Ninguna sustancia	1	-	-
Presencia de enfermedades crónicas			
Sí	1,6	1,3	2,1
No	1	-	-

Nota: PMD, pobreza multidimensional.

Fuente: elaboración propia.

El modelo multivariado del que se partió para la selección de variables se representa en la siguiente ecuación:

$\log(\text{Odds}_{\text{trastornos o problemas}}$

$$\begin{aligned}
 &= \beta_0 + \beta_1 \text{femenino} + \sum_{i=2}^3 \beta_i \text{edad categorica} + \sum_{i=4}^6 \beta_i \text{pobrezacategorias} \\
 &+ \sum_{i=7}^{10} \beta_i \text{regiónpaís} + \sum_{i=11}^{12} \beta_i \text{niveleducativo} \\
 &+ \beta_{13} \text{sentidodiscrimorechazado} \\
 &+ \sum_{i=14} \beta_i \text{frecuenciaoportunidaddiscutirproblemas} + \beta_{16} \text{noconfiarvecinos} \\
 &+ \beta_{17} \text{vecinosnodispuestoayudarotros} + \beta_{18} \text{alguneventotraumat} + \text{error}
 \end{aligned}$$

Modelo inicial ajustado en Stata versión 15.0

```
. logistic dicen_tienen_tproblemas i.sex i.edad i.region i.pobreza_cat4 i.rNivelEducativo
i.m2_p49 i.m2_p53 i.m2_p58 i.m2_
> p57 i.eventrauml i.spa i.enfcronsin i.m2_p60 i.DiscFam i.m3_p6_2
```

```
Logistic regression Number of obs = 4,490
LR chi2(27) = 214.66
Prob > chi2 = 0.0000
Log likelihood = -1129.1443 Pseudo R2 = 0.0868
```

```
-----
-----
dicen_tienen_tproblemas | Odds Ratio Std. Err. z P>|z| [95% Conf. Interval]
```

```

-----
sex |
Mujer | 1.702779 .2292669 3.95 0.000 1.307827 2.217004
|
edad |
Entre 45 y 64 | .8995562 .1229951 -0.77 0.439 .6880891 1.176012
65 en adelante | .5117985 .1133109 -3.03 0.002 .3316234 .7898649
|
region |
Atlántica | .8637384 .1773225 -0.71 0.476 .5776085 1.291609
Bogotá | 1.104903 .195757 0.56 0.573 .7807572 1.563625
Oriental | .9174346 .1618559 -0.49 0.625 .6492384 1.296421
Pacífica | 1.218883 .2125907 1.13 0.256 .8659647 1.71563
|
pobreza_cat4 |
Hogares No vulnerables a pMD | .8345458 .1385856 -1.09 0.276 .6026966 1.155584
Hogares vulnerables a PMD | .8060297 .1647248 -1.06 0.291 .5400011 1.203116
Hogares en estado de pobreza | .4994725 .125565 -2.76 0.006 .3051572 .8175222
|
rNivelEducativo |
Media/Secundaria | .9340862 .1368862 -0.47 0.642 .7008856 1.244878
Superior | 1.120801 .2352978 0.54 0.587 .7427279 1.691326
|
m2_p49 |
Sí | 2.003511 .2387952 5.83 0.000 1.586129 2.530726
|
m2_p53 |
2 | .6987112 .0887065 -2.82 0.005 .5447929 .8961155
3 | .6937219 .1180174 -2.15 0.032 .4970238 .9682635
|
m2_p58 |
No | .8097679 .1122697 -1.52 0.128 .6170869 1.062612
|
m2_p57 |
No | 1.26415 .1904024 1.56 0.120 .9410075 1.698259
|
eventraum1 |
Sí | 1.743235 .2073772 4.67 0.000 1.38069 2.200979
|
spa |
Alcohol | .5252668 .088279 -3.83 0.000 .3778529 .7301923
Ninguna sustancia | .6913111 .1147766 -2.22 0.026 .4992875 .9571861
|
enfcrnsin |
No | .6728655 .0860621 -3.10 0.002 .5236683 .8645702
|
m2_p60 |
No | .9475409 .1714394 -0.30 0.766 .6646443 1.350848
|
DiscFam |
Disf. Fam. = Si | 1.545485 .1957774 3.44 0.001 1.205694 1.981036
|
m3_p6_2 |
21-40 | 1.539176 .4422647 1.50 0.133 .8764062 2.703158
41-60 | 1.271406 .3133046 0.97 0.330 .7843828 2.060822
61-80 | 1.108234 .2691625 0.42 0.672 .6884867 1.783886
81-100 | .8322703 .2085964 -0.73 0.464 .5092407 1.360209
|
_cons | .1043474 .0400518 -5.89 0.000 .0491772 .2214113
-----

```

Note: _cons estimates baseline odds.

Modelo final

```
. xi: logistic dicen_tienen_tproblemas i.sex i.edad i.pobreza_cat4 i.DiscFam i.m2_p49
i.eventraum1 i.spa i.enfcronsin
i.sex _Isex_1-2 (naturally coded; _Isex_1 omitted)
i.edad _Iedad_1-3 (naturally coded; _Iedad_3 omitted)
i.pobreza_cat4 _Ipobreza_c_1-4 (naturally coded; _Ipobreza_c_4 omitted)
i.DiscFam _IDiscFam_0-1 (naturally coded; _IDiscFam_0 omitted)
i.m2_p49 _Im2_p49_0-1 (naturally coded; _Im2_p49_0 omitted)
i.eventraum1 _Ieventraum_0-1 (naturally coded; _Ieventraum_0 omitted)
i.spa _Ispa_0-2 (naturally coded; _Ispa_0 omitted)
i.enfcronsin _Ienfcronsi_1-2 (naturally coded; _Ienfcronsi_2 omitted)

Logistic regression Number of obs = 4,546
LR chi2(12) = 186.73
Prob > chi2 = 0.0000
Log likelihood = -1155.0763 Pseudo R2 = 0.0748
```

```
-----+-----
dicen_tienen_tproblemas | Odds Ratio Std. Err. z P>|z| [95% Conf. Interval]
-----+-----
_Isex_2 | 1.745186 .2300426 4.22 0.000 1.347845 2.259661
_Iedad_1 | 1.589649 .3204017 2.30 0.021 1.070872 2.359746
_Iedad_2 | 1.515567 .3049175 2.07 0.039 1.021695 2.248168
_Ipobreza_c_1 | 1.937826 .4383088 2.92 0.003 1.243899 3.018871
_Ipobreza_c_2 | 1.647403 .3267369 2.52 0.012 1.116805 2.430091
_Ipobreza_c_3 | 1.566242 .347016 2.03 0.043 1.014535 2.417969
_IDiscFam_1 | 1.544649 .1900149 3.53 0.000 1.213722 1.965804
_Im2_p49_1 | 2.085477 .2409063 6.36 0.000 1.662945 2.615369
_Ieventraum_1 | 1.760501 .2053433 4.85 0.000 1.400725 2.212685
_Ispa_1 | .532387 .0872919 -3.84 0.000 .386066 .7341643
_Ispa_2 | .7431919 .1197546 -1.84 0.065 .5419287 1.019201
_Ienfcronsi_1 | 1.63451 .2033957 3.95 0.000 1.280753 2.085978
_cons | .0159064 .0048235 -13.66 0.000 .0087791 .02882
-----+-----
```

Note: _cons estimates baseline odds.

II-Estados de Salud

A-Adultos Trastornos :No significativo Estado de Salud

```
. logistic dicen_no_tienen_trastorno i.m3_p6_2
```

Logistic regression Number of obs = 1,332

LR chi2(4) = 11.43

Prob > chi2 = 0.0221

Log likelihood = -422.43955 Pseudo R2 = 0.0134

dicen_no_tienen_trastorno | Odds Ratio Std. Err. z P>|z| [95% Conf. Interval]

-----+-----

m3_p6_2 |

21-40 | 2.081897 .9944466 1.54 0.125 .8163398 5.309423

41-60 | 1.311404 .5622271 0.63 0.527 .5659888 3.038539

61-80 | .8995399 .3730348 -0.26 0.798 .3990537 2.027727

81-100 | .7324523 .2944732 -0.77 0.439 .3330923 1.610624

|

_cons | .115942 .0433029 -5.77 0.000 .0557607 .2410759

Note: _cons estimates baseline odds.

b-Adultos: Problemas. No es significativo el estado de salud

. logistic dicen_no_tienen_problemas i.m3_p6_2

Logistic regression Number of obs = 3,281

LR chi2(4) = 25.70

Prob > chi2 = 0.0000

Log likelihood = -827.92945 Pseudo R2 = 0.0153

dicen_no_tienen_problemas | Odds Ratio Std. Err. z P>|z| [95% Conf. Interval]

-----+-----

m3_p6_2 |

```

21-40 | 1.609223 .5422532 1.41 0.158 .8313627 3.114885
41-60 | 1.473049 .4245428 1.34 0.179 .8373267 2.591429
61-80 | 1.148587 .3267151 0.49 0.626 .6577188 2.005801
81-100 | .6132963 .183712 -1.63 0.103 .3409528 1.10318
|
_cons | .0723982 .0187433 -10.14 0.000 .0435872 .1202532

```

Note: _cons estimates baseline odds.

c-Adultos: Trastornos o Problemas. Solo es significativa en el primer grupo, pero no en el modelo multivariado

```
. logistic dicen_no_tienen_tproblemas i.m3_p6_2
```

Logistic regression Number of obs = 4,613

LR chi2(4) = 29.38

Prob > chi2 = 0.0000

Log likelihood = -1258.9285 Pseudo R2 = 0.0115

```
dicen_no_tienen_tproblemas | Odds Ratio Std. Err. z P>|z| [95% Conf. Interval]
```

```
m3_p6_2 |
```

```
21-40 | .5749546 .1576871 -2.02 0.044 .3358791 .9842019
```

41-60 | .7125953 .1699263 -1.42 0.155 .4465441 1.13716

61-80 | .9339901 .2187106 -0.29 0.771 .5902257 1.477973

81-100 | 1.405154 .3332948 1.43 0.152 .8827215 2.236785

|

_cons | 12.08333 2.566534 11.73 0.000 7.968731 18.32248

Note: _cons estimates baseline odds.

Anexo D: Publicaciones realizadas durante el Doctorado

Tabla D-1: Artículos 2016-2018

N.º	Año	Autores	Artículo	Fecha de publicación	DOI	Revista
1	2016	Carlos Gómez-Restrepo, Cecilia de Santacruz	la Encuesta Nacional de Salud Mental- ENSM 2015	1-dic	DOI: 10.1016/j.rcp.2016.09.006	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (S1):1-154
2	2016	Juan Fernando Cano, Carlos Gómez-Restrepo, Martín Rondón	Validación en Colombia del instrumento para evaluación de la depresión.	Julio - septiembre	DOI.org/10.1016/j.rcp.2015.08.0060034-7450	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (3):146-155
3	2016	Lina María González, Rolando Enrique Peñaloza, María Alexandra Matallana, Fabián Gil, Carlos Gómez-Restrepo, Ángela Patricia Vega Landaeta	Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia	1-dic	DOI: 10.1016/j.rcp.2016.10.004	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (S1):1-154
4	2016	Carlos Gómez-Restrepo, Mauricio Medina Rico	Problemas y trastornos en el marco de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015			Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis. Vol. 41
5	2016	Carlos Gómez-Restrepo	Comentarios al artículo: "Análisis de Formación y encuadre" de Eduardo Laverde Rubio3			Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis. Vol. 41
6	2016	Carlos Gómez-Restrepo	Aportes de psicoanálisis al proceso de paz			Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis. Vol. 41
7	2016	Hoover Qutián, Carlos Gómez- Restrepo, Martin Rondón	Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015	30-may	DOI.org/10.1016/j.rcp.2016.02.005	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (1):31-38

N.º	Año	Autores	Artículo	Fecha de publicación	DOI	Revista
8	2016	Carlos Gómez-Restrepo, Nathalie Tamayo Martínez, Martín Rondón	El reconocimiento de emociones, la empatía y los juicios morales en la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) de 2015 en Colombia	8-jun	DOI.org/10.1016/j.rcp.2016.04.004	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (1):96-104
9	2016	Carlos Gómez-Restrepo, Martín Rondón	Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015	11-jun	DOI.org/10.1016/j.rcp.2016.03.006	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (1):68-75
10	2016	Carlos Gómez-Restrepo, Jhon Camacho, Ana María de la Hoz, Álvaro J. Ruiz Morales	Portal de Guías de Práctica Clínica: estrategia digital (e-learning) para la difusión de guías de práctica clínica desarrolladas en Colombia.		DOI:10.11144/Javeriana.umed57-1.pgpc	Universitas Médica. Vol. 57(1):44-57
11	2016	Carlos Gómez-Restrepo, Adriana Patricia Bohórquez Peñaranda	Implementación de la guía de práctica clínica para el manejo de adultos con esquizofrenia en Colombia.	Abril - Junio	DOI.org/10.1016/j.rcp.2014.12.001	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45(2):60-66
12	2016	Hoover Quitián Reyes, Adriana Bohórquez Peñaranda y Carlos Gómez Restrepo	Costo efectividad de los antipsicóticos en el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en Colombia	Abril - Junio	DOI: 10.1016/j.rcp.2015.05.013	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (2):67-74
13	2016	Carlos Gómez-Restrepo, Adriana Bohórquez, Nathalie Tamayo Martínez, Martín Rondón, Nubia Bautista, Herney Rengifo, Mauricio Medina Rico	Depression and anxiety disorders and associated factors in the adolescent Colombian population, 2015 National Mental Health Survey.	17-nov	DOI.org/10.1016/j.rcp.2016.09.009	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (1):50-57
14	2016	Carlos Gómez-Restrepo, Nathalie Tamayo-Martínez, Giancarlo Buitrago, Carol Cristina Guarnizo-Herreño, Nathaly Garzón-Orjuela, Javier Eslava-Schmalbach, Esther de Vries, Herney Rengifo, Andrea Rodríguez, Carlos Javier Rincón	Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana	3-dic	DOI.org/10.1016/j.rcp.2016.11.001Get	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (1):147-153
15	2016	Carlos Gómez-Restrepo, Carlos Javier Rincón, Zulma Urrego-Mendoza	Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos	3-dic	DOI.org/10.1016/j.rcp.2016.09.005.	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45(1):119-126

N.º	Año	Autores	Artículo	Fecha de publicación	DOI	Revista
			de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015			
16	2016	Cecilia de Santacruz, Nubia Torres, Carlos Gómez-Restrepo, Diana Matallana, Juan Pablo Borda	The Construction of a Mental Health Component for the National Survey: NMHS 2015, Colombia	3-dic	DOI: 10.1016/j.rcp.2016.08.001.	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45:19- 25
17	2016	Gabriel Fernando Oviedo, Carlos Gómez-Restrepo, Martín Rondón, JP Bohigas Borda, N Martínez Tamayo	Personality Traits Screening in a Colombian Adult Population Sample- Colombian National Survey of Mental Health-2015	14-sep	DOI: 10.1016/j.rcp.2016.08.002	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (1):127-134
18	2016	Ricardo Andrés de la Espriella Guerrero, Viviana Rodríguez, Carlos J Rincón, Diana Cabrera Morales, Sandy Johanna Pérez Rodríguez, Carlos Gómez-Restrepo	Alcohol Consumption in the Colombian Population, 2015 National Mental Health Survey	9-jul	DOI: 10.1016/j.rcp.2016.05.002	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (1):76-88
19	2016	Carlos Gómez-Restrepo, Andrea Padilla Muñoz, Carlos Javier Rincón	A Cross-sectional Study of School dropout in adolescents: National Mental Health Survey Colombia 2015	22-oct	DOI: 10.1016/j.rcp.2016.09.003	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (1):105-112
20	2016	Viviana Rodríguez, Socorro Moreno, Jhon Camacho, Carlos Gómez-Restrepo, Cecilia de Santacruz, María Nelcy Rodríguez, Nathalie Tamayo Martínez	Design and implementation of the data collection tools for National Mental Health Survey of Colombia, 2015	18-nov	DOI: 10.1016/j.rcp.2016.10.001	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (1):9-18
21	2016	Carlos Gómez-Restrepo, Javier Aulí, Nathalie Tamayo Martínez, Fabián Gil, Daniel Garzón, Germán Casas	Prevalence and Associated Factors of Mental Disorders in Colombian Child Population, the 2015 National Mental Health Survey	21-ago	DOI: 10.1016/j.rcp.2016.06.010	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (1) : 39-49
22	2016	Diana Matallana, Carlos Gómez- Restrepo, Paulina Ramírez, Nathalie Tamayo Martínez, Martin Rondón	The recognition of emotions, empathy and moral judgment in the National Mental Health Survey in Colombia, 2015	8-jun	DOI:10.1016/j.rcp.2016.04.004	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (1):96-104
23	2016	Carlos Gómez-Restrepo, Cecilia de Santacruz, María Nelcy Rodríguez, Viviana Rodríguez, Nathalie Tamayo Martínez, Diana Matallana, Lina M. González	Colombia 2015 national mental health survey. Study protocol	2-jul	DOI: 10.1016/j.rcp.2016.04.007	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (1):2-8

N.º	Año	Autores	Artículo	Fecha de publicación	DOI	Revista
24	2016	Fernando Suárez-Obando, Carlos Gómez-Restrepo	Patterns of access to the guías de práctica clínica (Clinical practice guidelines) web portal in Colombia	19-jul	DOI.org/10.15446/revfacmed.v64n4.55833	Revista de la Facultad de Medicina. Vol. 64 (4):687-694
25	2016	Gabriel Fernando Oviedo, Carlos Gómez-Restrepo, Martín Rondón, Juan Pablo Borda Bohigas, Nathalie Tamayo Martínez	Mental Problems, Mood and Anxiety Disorders in The Population Displaced by Violence in Colombia; Results of The National Mental Health Survey 2015	14-sep	DOI.org/10.1016/j.rcp.2016.08.002.	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (1):127-134
26	2016	Carlos Gómez-Restrepo, Nathalie Tamayo-Martínez, Giancarlo Buitrago, Carol Cristina Guarnizo- Herreño, Nathaly Garzón-Orjuela, Javier Eslava-Schmalbach, Esther de Vries, Herney Rengifo, Andrea Rodríguez, Carlos Javier Rincón	Prevalence of Mood and Anxiety Disorders on People with Chronic Conditions. Results from the National Mental Health Survey in Colombia 2015	3-dic	DOI.org/10.1016/j.rcp.2016.11.001.	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (S1):147-153
27	2016	Carlos Gómez-Restrepo, Nathalie Tamayo Martínez, Adriana Bohórquez, Martín Rondón, Mauricio Medina Rico, Hernet Rengifo, Nubia Bautista	Depression and anxiety disorders and associated factors in the adult Colombian population, 2015 National Mental Health Survey	30-jun	DOI.org/10.1016/j.rcp.2016.04.009	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 45 (S1):58-67
28	2017	Fernando Suárez Obando, Carlos Gómez Restrepo	Aspectos éticos de la investigación etnográfica en salud. El papel del comité de ética de la investigación	18-sep	DOI: 10.5294/pebi.2017.21.2.11	Persona y Bioética. Vol. 21 (2):330-343
29	2017	José Miguel Uribe MD, MPH 1, Diana M. Pinto, Andrés I. Vecino-Ortiz MD 2, Carlos Gómez-Restrepo MD, MSc 3, Martín Rondón MSc 3	Presenteeism, Absenteeism, and Lost Work Productivity among Depressive Patients from Five Cities of Colombia.	30-dic	DOI.org/10.1016/j.vhri.2017.03.001	Value in Health Regional Issues. Vol. 14:15-19.
30	2017	María X Rojas-Reyes, Carlos Gómez- Restrepo, Viviana A Rodríguez, Rodolfo Dennis-Verano, Paul Kind	Calidad de vida relacionada con salud en la población Colombiana: ¿cómo valoran los colombianos su estado de salud?	30-jun	DOI.org/10.15446/rsap.v19n3.54226	Revista de Salud Pública. Vol. 19 (3):340-346
31	2017	Luis Miguel Salazar, Alejandro de la Hoz, Rafael Ruiz Gaviria, Sandra Liliana Valderrama, Carlos Gómez-Restrepo	Neuropsychiatric Disorders in the People Living with HIV: A Narrative Review	1-ene		Universitas Médica. Vol. 58 (1).

N.º	Año	Autores	Artículo	Fecha de publicación	DOI	Revista
32	2017	Hoover Quitián-Reyes, Carlos Gómez-Restrepo, María Juliana Gómez, Salome Naranjo, Patricia Heredia, John Villegas	Latin American Clinical Epidemiology Network Series– Paper 5: Years of life lost due to premature death in traffic accidents in Bogota, Colombia	6-ene	DOI.org/10.1016/j.jclinepi.2016.04.017	Journal of Clinical Epidemiology. Vol. 86:101-105.
33	2017	Carlos Gómez-Restrepo, Salomé Naranjo-Lujan, Martín Rondón, Andrés Acosta, Patricia Maldonado, Carlos Arango Villegas, Jaime Hurtado, Juan Carlos Hernández, María del Pilar Angarita, Marcela Peña, Miguel Ángel Saavedra, Hoover Quitián	Latin American Clinical Epidemiology Network Series– Paper 6: The influence of alcohol in traffic accidents and health care costs of it in Bogotá- Colombia	6-ene	DOI.org/10.1016/j.jclinepi.2016.10.003	Journal of Clinical Epidemiology. Vol. 86:106-110
34	2017	Carlos Gómez-Restrepo, Sergio Muñoz, Álvaro J Ruiz, Fernando Lanas	Latin American Clinical Epidemiology Network Series– Paper 1: The Latin American Clinical Epidemiology Network “LatinCLEN”	6-ene	DOI.org/10.1016/j.jclinepi.2016.10.002	Journal of Clinical Epidemiology. Vol. 86:71-74
35	2017	Carlos Gómez-Restrepo	Semilleros de investigación: impulso a la innovación, el aprendizaje y la docencia	1-ene		Universitas Médica. Vol. 58 (1):1-3.
36	2017	Kerly Viviana Cruz Ramírez, Mario Fernando Benavides Solarte, Carlos Gómez-Restrepo	Elementos traza y trastorno afectivo bipolar	31-ago	DOI.org/10.11144/Javeriana.u.med58-2.traz	Universitas Médica. Vol. 58 (2):1-8.
37	2017	Fernando Suárez-Obando, Carlos Gómez-Restrepo	Patrones de consulta en la web de las guías de práctica clínica sobre el manejo del trastorno depresivo y el abuso-dependencia del alcohol	17-ago	DOI.org/10.1016/j.rcp.2016.07.004.	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 46 (4):194-202
38	2017	Carlos Gómez-Restrepo, Carlos Javier Rincón, Sergio Castro-Díaz	Prevalencia y factores asociados a conductas de riesgo alimentario en población indígena de Colombia	13-may	DOI.org/10.1016/j.rmta.2017.04.001	Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. Vol. 8 (2):113-122
39	2017	Carlos Gómez-Restrepo, Patricia Maldonado, Nelcy Rodríguez, Rafael Ruiz-Gaviria, Miguel Ángel Escalante, Raúl Ángel Gómez, Marcelo Ribeiro de Araujo, Ana Carolina Schmidt de Oliveira, Joel Salvador Chávez Rivera, Jorge Alberto Godínez García, Marina Piazza	Quality measurers of therapeutic communities for substance dependence: an international collaborative study survey in Latin America	dic-17	DOI.org/10.1186/s13011-017-0129-y	Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. Vol. 12 (1):2-9

N.º	Año	Autores	Artículo	Fecha de publicación	DOI	Revista
		Ferrand, Dora Blitchtein-Winicki				
40	2018	Viviana Cruz-Ramírez, Carlos Gómez- Restrepo, Carlos J Rincón	Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes Colombianos.	1-ene	DOI: 10.21134/haaj.v18i1.363	Health & Addictions. Vol. 18 (1):97-106
41	2018	Fernando Suárez-Obando, Carlos Gómez-Restrepo, Sergio Mario Castro-Díaz	Ciencias de la implementación: de la evidencia a la práctica	29-jun		Acta Médica Colombiana. Vol. 43 (4):207-216
42	2018	Carlos Gómez-Restrepo, CJ Rincón, Mauricio Medina-Rico	Chronic diseases in the population affected by the armed conflict in Colombia, 2015	19-feb		Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 41:e144-e144
43	2018	Carlos Gómez-Restrepo, Viviana Cruz-Ramírez, Mauricio Medina- Rico, Carlos J Rincón	Mental health in displaced children by armed conflict- National Mental Health Survey Colombia 2015.	1-mar		Actas Españolas de Psiquiatría. Vol. 46 (2):51-57
44	2018	Juan Carlos Bocanegra-Rivera, Lina María González-Gordon, Miryam Leguizamón López, Javier Eslava- Schmalbach, Nathalie Tamayo, Carlos Gómez Restrepo	Sociodemographic, academic, work and satisfaction characteristics of anesthetists in Colombia, 2015	1-mar	DOI.org/10.1097/cj9.000000000000003	Revista Colombiana de Anestesiología. Vol. 46 (1):11-18
45	2018	Esther de Vries, Carlos Javier Rincón, Nathalie Tamayo Martínez, Nelcy Rodríguez, Henning Tiemeier, Johan P. Mackenbach, Carlos Gómez- Restrepo, Carol C Guarnizo-Herreño	Housing index, urbanisation level and lifetime prevalence of depressive and anxiety disorders: a cross-sectional analysis of the Colombian national mental health survey	4-ene	DOI.org/10.1136/bmjopen-2017-019065	BMJ Open. Vol. 8 (6):1-11
46	2018	Carlos Gómez Restrepo, Patricia Maldonado, Nelcy Rodríguez, Rafael Ruiz-Gaviria, Miguel Ángel Escalante, Raúl Ángel Gómez, Marcelo Ribeiro de Araujo, Ana Carolina Schmidt de Oliveira, Joel Salvador Chávez Rivera, Jorge Alberto Godínez García, Marina Piazza Ferrand, Dora Blitchtein Winicki	Therapeutic Communities In Latin America: An International Descriptive Study In Different Countries Across Latin America	1-jun	DOI.org/10.1016/j.rcpeng.2018.05.001	Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 47 (3):140-147
47	2018	Ricardo de la Espriella, Carlos Gómez-Restrepo	Teoría fundamentada	6-oct	doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.002	Revista Colombiana de Psiquiatría. En prensa
48	2018	Carlos Gómez-Restrepo	Centros médicos académicos: interactuando,	19-oct		Universitas Médica. Vol. 59 (4):1-3

N.º	Año	Autores	Artículo	Fecha de publicación	DOI	Revista
			integrando y construyendo sinergias			
49	2018	Carlos Gómez-Restrepo, Javier Eslava-Schmalbach, Karol Guarnizo-Herreño	Factores psicosociales y el papel olvidado de los determinantes intermediarios: reflexiones desde la salud mental			Biomédica. Sometido en primer semestre 2018
50	2018	Carlos Gómez-Restrepo, Nelcy Rodríguez, Javier Eslava Schmalbach, Rafael Ruiz, Jacky Fabián Gil	Factores asociados con el reconocimiento de trastornos y problemas mentales en adolescentes en la Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia			RCP. Sometido y aceptado para publicación
51	2018	Carlos Gómez-Restrepo, Nelcy Rodríguez, Javier Eslava Schmalbach, Rafael Ruiz, Jacky Fabián Gil	Autorreconocimiento de trastornos y problemas mentales por la población adulta en la Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia			RCP. Sometido y aceptado para publicación
Libros						
52	2018	Carlos Gómez-Restrepo, Guillermo Hernández, Martha Jorgan, Alejandro Rojas, Miguel Uribe	Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento niños, adolescentes y adultos.			Editorial Médica Panamericana. 4ta. edición, Colombia, 2018
53	2017	Carlos Gómez-Restrepo, María José Sarmiento, Natalia Gamboa, Ángela María Aponte, Mauricio Medina	Caras de la Reconciliación			Editorial Oveja Negra 1ra. edición, Bogotá, 2017
54	2017	Carlos Gómez-Restrepo, Manuel Ramiro Muñoz, María José Sarmiento	Héroes invisibles			Editorial Oveja Negra, 2017
55	2016	Jorge Humberto Peláez, Felipe Gómez, Carlos Gómez-Restrepo, et al.	Comunicarnos sin Daño			Javegraf, Colombia, 2016

Anexo E: Artículo sometido a publicación

Factores psicosociales y el papel olvidado de los determinantes intermediarios: reflexiones desde la salud mental

Carlos Gómez-Restrepo¹¹

Javier Eslava-Schmalbach¹²

Carol Cristina Guarnizo-Herreño¹³

Resumen

En este ensayo se discute desde la perspectiva de los determinantes sociales la posición clásica de una relación de causalidad e importancia relativa de los *determinantes estructurales (DE)* sobre los *determinantes intermediarios (DI)*, en especial cuando se tienen en cuenta los efectos de las llamadas circunstancias psicosociales sobre la salud mental. Se pregunta sobre la necesidad de plantear una relación de una vía o dinámica y de doble vía en la relación entre determinantes estructurales e intermediarios. De otra parte se profundiza en los llamados determinantes intermediarios psicosociales plateándose la necesidad de definir claramente lo *psicosocial* y rescatando su importancia dentro del modelo de Determinantes Sociales.

Palabras clave: Determinantes sociales, Determinantes estructurales, Determinantes intermediarios, Factores psicosociales.

¹¹ Médico – Psiquiatra. Profesor Epidemiología Clínica y Psiquiatría y Salud Mental. Pontificia Universidad Javeriana. Hospital Universitario San Ignacio. PhD (c) Doctorado Interfacultades de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia.

¹² Médico –Anestesiólogo. Epidemiólogo Clínico. PhD Salud Pública. Profesor. Hospital Universitario Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

¹³ Odontóloga, PhD Profesora Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Colombia.

Abstract

This essay discusses the classical position of a causal relationship and relative importance of the structural determinants (SD) on the intermediary determinants (ID) in the model of social determinants of health, emphasizing on the effects of the so-called psychosocial circumstances on mental health. The need to propose a one-way or another dynamic and two-way relationship in the relation between structural and intermediary determinants is questioned. On the other hand, the analysis delves into the so-called psychosocial intermediary determinants considering the need to clearly define the psychosocial and rescuing its importance within the Social Determinants model.

Key words: Social determinants, structural determinants, intermediate determinants, psychosocial factors

Determinantes sociales estructurales e intermediarios

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) describió de manera sintética la complejidad de la salud, desde un marco conceptual que describe la acción de los llamados *determinantes sociales* (DS) sobre la salud y las inequidades en dicha área, y que además distingue mecanismos y niveles de causalidad. Así mismo, la CDSS muestra cómo mecanismos sociales, económicos y políticos implican posiciones socioeconómicas, desde las cuales las poblaciones se estratifican de acuerdo con el ingreso, la ocupación, la educación, el género, la etnia, la raza y otros factores. Estas posiciones socioeconómicas, se dice, moldean determinantes específicos del estatus de salud, llamados *determinantes intermediarios* (DI), que reflejan de alguna manera el lugar de la persona dentro de una jerarquía social (1-4).

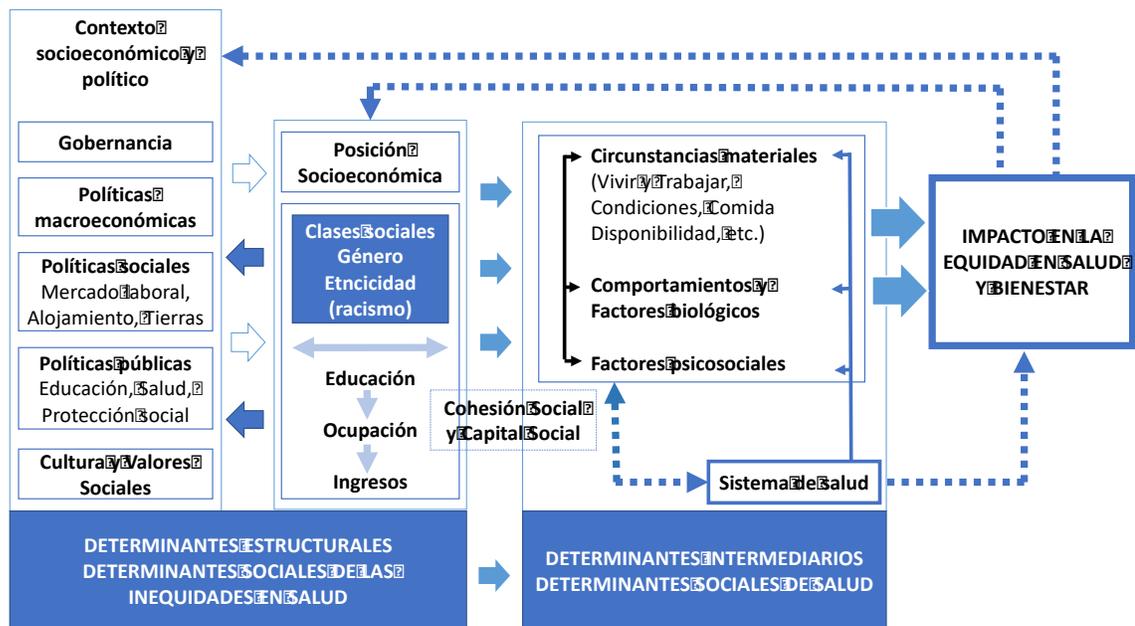
En este modelo, los mecanismos estructurales generan estratificación y divisiones de clase social en la sociedad, a la vez que definen la posición socioeconómica del individuo dentro de jerarquías de poder, prestigio y acceso a recursos. Aquí el contexto, los mecanismos estructurales y la posición socioeconómica del individuo

son los llamados *determinantes estructurales* (DE), que clásicamente se describen como DS de las inequidades en salud. Estos DE actúan mediante DI de salud que moldean los desenlaces en salud (1-4). Dentro de la categoría de DI de salud se han descrito tres dominios (5):

- Circunstancias materiales: que incluyen vivienda, vecindario, acceso o potencial de consumo (por ejemplo, capacidad para adquirir bienes, comida sana y vestido) y el ambiente físico de trabajo.
- Circunstancias psicosociales: que incluyen estresores psicosociales, circunstancias y relaciones estresantes de vida, apoyo social y estilos de afrontamiento o la falta de estos.
- Aspectos comportamentales y biológicos: incluyen nutrición, actividad física, consumo de tabaco y alcohol. Dentro de los biológicos se incluyen factores genéticos.

Uno de los modelos clásicos, tomado de Solar e Irwin (5) y que se presenta en la *figura 1*, describe los DE y los DI.

Figura 1. Determinantes sociales y determinantes intermediarios



Fuente: Tomado de Solar e Irwin, 2010; traducción del autor.

En la figura 1 y en otras similares descritas por la CDSS, los factores psicosociales se catalogan como DI y, a la vez, son —siguiendo las flechas que se dibujan— consecuencia de los DE, circunstancia que se describe en las explicaciones que se plantean acerca de la relación de causalidad (6). Así se muestra una prioridad causal de los DE sobre los DI, cuyo nombre, *intermediario*, revela una connotación de posición media, de tránsito, de enlace o de transición.

De acuerdo con el *Diccionario de Oxford*, el término *intermediario* se refiere a “Lo que viene entre dos cosas en tiempo, lugar, carácter, etc.” y trae como ejemplo “un estado intermediario de desarrollo” o un “líquido frío entre líquido y sólido” (7; traducción del autor). En el *Diccionario de la lengua española*, de la Real Academia Española, el adjetivo *intermediario* se refiere a: “Persona (proveedor o tendero) que media entre dos o más personas, y especialmente entre el productor y el consumidor de géneros o mercancías” (8). En ambos casos, la definición se refiere a un factor que está entre dos, a un intermedio entre los factores estructurales y el resultado en salud de la persona (salud individual y equidad). De esta forma, se asume un camino desde lo macro —llamados DE (estructuras o componentes sociales)— a lo micro —relacionado con lo individual o desenlace final, pasando por lo que denominamos *meso*, que haría más referencia a lo psicosocial, lo comportamental, lo biológico y lo material cercano al sujeto—.

Sobre lo psicosocial

Comprender la relación de lo psicológico y lo social (psicosocial) presente en el tiempo y en el espacio de la dimensión que llamamos *meso* va de la mano de ahondar en la definición que utilizamos para lo psicosocial y de profundizar en el tipo de vínculo que se da entre estos dos espacios.

Respecto a la definición de *factores psicosociales*, en los documentos de la CDSS sobre determinantes sociales de la salud, se brinda una breve descripción acerca de su significado lo cual refleja lo que suele ocurrir con este término, esto es, que se da por entendido. El no tener claridad sobre este término y lo que ello contempla, puede llevar a equívocos, como lo observamos en la descripción citada en el

numeral b (pp 2 del presente ensayo), en la que se define como psicosocial como “los estresores “psicosociales” (redundante *per se*), circunstancias y relaciones estresantes de vida, apoyo social y estilos de afrontamiento o la falta de estos”.

En cuanto a las primeras características, se observa una sobrecarga de las referencias al “estrés”, que se origina en los escritos elaborados por el médico checo Hans Selye, en su libro “*Sobre la fisiología y patología de la exposición al estrés: un tratado basado en los conceptos del síndrome general de adaptación (SGA) y las enfermedades de adaptación*” (9). En este refiere que el SGA se caracteriza por tres etapas: respuesta de alerta, respuesta de resistencia y respuesta de agotamiento, que se presentan en situaciones de peligro o estrés y están presentes en muchas enfermedades. El SGA, definido como la suma de reacciones sistémicas no específicas en el cuerpo para enfrentarse a la exposición continua de estrés sistémico, induce cambios morfológicos, funcionales y bioquímicos, o indirectamente actuando a través de su efecto sobre otros factores como los comportamentales, y ello ha servido para explicar las rutas psicosociales que explican los efectos de los determinantes estructurales sobre los intermediarios y de estos a la vez sobre el organismo (6).

Hoy en día, el estrés se define como “el efecto de estímulos aversivos que perturban gravemente la homeostasis sobre las constantes fisiológicas y la conducta de los seres vivos” (10), y además de las respuestas fisiológicas, se deben considerar respuestas mentales, cognitivas, emocionales y conductuales. Ahora, otro componente de lo psicosocial se refiere al apoyo social y a los estilos de afrontamiento, o falta de estos. El apoyo social está relacionado con el concepto de *capital social*, esto es, aquello que posibilita la **cooperación entre dos partes o, de acuerdo con Pierre Bourdieu**, “El agregado de los recursos reales o potenciales ligados a la posesión de una red durable de relaciones más o menos institucionalizadas de reconocimiento mutuo” (11), es decir, la presencia de redes permanentes y la pertenencia a un grupo que asegura a sus miembros un conjunto de recursos actuales.

Coleman describe el capital social como “Recursos socio-estructurales que constituyen un activo de capital para el individuo y facilitan ciertas acciones de individuos que están adentro de esa estructura” (12) o aspectos de la estructura social que facilitan acciones comunes de los agentes dentro de la estructura. Para Wilkinson y Putman desde un enfoque comunitario describen el capital social como un mecanismo social que facilita la cooperación y coordinación para el mutuo beneficio, con la capacidad de realizar trabajos conjuntos y la posibilidad de colaboración por parte de personas individuales en las relaciones sociales, que son situados en el modelo de DS en la interfase entre los DE y los DI. Posición que da cuenta de la dificultad de situarlos en uno u otro lugar, o de la necesidad de tener una zona de transición entre lo estructural y lo intermediario, con un flujo de doble vía. Esta zona de adhesión o transición, a pesar de estar en el modelo de DS por fuera de las llamadas circunstancias (factores) psicosociales, haría parte de los mecanismos psicosociales propuestos por el último autor (13).

Dentro de lo referido como capital social se describen tres fuentes: la confianza mutua, las normas efectivas y las redes sociales, que sugieren la interfase y la mutua influencia entre determinantes estructurales y los intermediarios contemplados en lo psicosocial. Acerca de los estilos de afrontamiento, estos tienen que ver con “los pensamientos y acciones que capacitan a la persona para manejar situaciones difíciles”. Ello depende de su historia, de su personalidad, de los aprendizajes para enfrentar situaciones (*coping*) (14); también los generadores de estrés cotidiano, sucesos vitales, pérdidas o problemas laborales, nuevos diagnósticos, enfermedades crónicas. A la vez estos estilos de afrontamiento ponen de presente la necesidad de tener en cuenta la subjetividad en las relaciones sociales y con ello la interface de lo psicosocial.

Pero, ¿qué es lo psicosocial?

Para el *Diccionario de Oxford* (7) psicosocial es lo referente a la influencia de los factores sociales en la mente o en el comportamiento del individuo, así como la interrelación de lo comportamental y lo social. Otros describen lo psicosocial

como un término sombrilla que se refiere “a todo y a nada”, usado para ver causalidad o factores de riesgo, así como factores mediadores (intermediarios), contextuales (ambiente, mecanismos, contexto, recursos, apoyo) o desenlaces (salud, bienestar y estrés psicosocial). Así mismo, las definiciones provienen de diferentes orígenes como la sociología, la epidemiología social, la antropología, la psiquiatría, la psicología y, en gran medida, de las necesidades para las cuales se utiliza la palabra, se presta para dificultades en la comprensión del término.

Se ha descrito que el término *psicosocial* no tiene traducción al hindú, al urdu o al árabe (15). Esta situación puede llevar a excluir grupos menos representados y con menor poder. Ahora, llamativamente, aun cuando en el *Diccionario de la lengua española* (8) no está referenciado, sí se reportan las raíces que la conforman. Desde su etimología tendríamos:

- *Psico*, del griego *ψυχο*, que significa “alma” o “actividad mental” (8).
- *Social*, del latín *sociâlis*, perteneciente o relativo a la sociedad (8).

El término representaría la actividad mental o la conducta humana inmersa en la sociedad. De hecho, las primeras referencias datan de finales del siglo XIX (1890), cuando se procura mostrar la íntima conexión entre personalidad y vida social, de la relación del yo (psíquico) y la comunidad. Estos intentos se dan cuando emergen como disciplinas científicas la psicología y la sociología e intentan por momentos plantear una zona, que llamaría de transición, siguiendo los pasos del psicoanalista D.H. Winnicott, quien plantea el espacio transicional como parte del afuera y del adentro, siendo en este caso los límites comunes en los cuales ambas disciplinas aportarían. Es un espacio donde se construirían o se daría explicación a eventos o situaciones complejas que se sitúan en los límites de lo psicológico y lo social, como lo son los rituales religiosos, las relaciones interpersonales y grupales, las costumbres sexuales, entre otras.

Sin embargo, este experimento de fusión de lo psicosocial fracasa prontamente por la importancia relativa que cada uno de los grupos puso a su disciplina, a su quehacer, y de ello da cuenta la poca importancia que ponen Weber y Durkheim a

lo psíquico en la explicación de los fenómenos sociales (16). Igual ocurrió por parte de los estudiosos de lo psíquico, dentro de quienes resalta Sigmund Freud, el cual procura mostrar cómo los fenómenos del desarrollo psicosexual, los instintos biológicos y otros conflictos (por ejemplo, solidaridad, celos, etc.) llevan a promover las instituciones sociales (17). Esta escisión se mantuvo hasta las propuestas de algunos psicoanalistas como Karen Horney, Harry S. Sullivan y Ian Suttie, quienes, a diferencia de las alas psicoanalíticas ortodoxas, plantearon la importancia de lo social sobre lo instintual y biológico, para explicar el comportamiento individual y social, sin descuidar por ello la vida psíquica. Ahora, estos autores influenciados por las migraciones, así como por lo observado y vivido durante la primera guerra mundial, llevan a resaltar la importancia de lo social sobre lo psíquico, sin descuidar aquellos componentes mentales y su influencia sobre lo social; en alguna medida, el llamado *determinismo psíquico*, cuando se procede a entender las razones de comportamientos que suscitan cambios en lo social, en doble vía con el llamado *determinismo social* que contienen los llamados determinantes sociales

Ahora, desde una perspectiva psicoanalítica, la génesis y curso de las enfermedades psicosomáticas están determinados por 3 factores: configuración psicodinámica individual producto del desarrollo, situaciones de vida desencadenantes y vulnerabilidad orgánica. Estos son componentes psíquicos, sociales y biológicos.

Lo psicosocial y lo mental

Más adelante, entre 1930 y 1945 surge el concepto de *medicina psicosocial*, con el médico, salubrista y psicoanalista escocés James Halliday, quien desarrolla una metodología y epistemología integrada en la cual profundiza el concepto de lo psicosomático y lo biopsicosocial, como respuesta al fracaso del modelo biomédico y comentado en su libro: *Psicosocial Medicine: A Study of a Sick Society* (18,19). Este refiere errores fundamentales al procurar focalizarse en causas específicas de las enfermedades y olvida la interacción, la multiplicidad y la sinergia entre las causas, y en la interdependencia entre individuo y ambiente. El pensamiento no

holístico, anota este autor, fragmenta el conocimiento médico en especialidades que ignoran el flujo integrado de la persona-ambiente-mecanismos-enfermedad. En Halliday se evidencia una epistemología integrada en la que los límites de la subjetividad y de la objetividad colapsan como parte de la nueva visión de la relación del individuo con la realidad externa.

Aquí podemos observar lo que no es notorio en el modelo de los DS de una sola vía: esto es la interacción de doble vía, el determinismo recíproco, por lo menos entre lo psicológico y lo social cuando hablamos en especial de salud mental, y la posibilidad de pensar en modelos menos lineales, para situarnos en modelos sistémicos, y planteamientos compatibles con la teoría de la interseccionalidad, que se inicia con los planteamientos de Kimberlé Williams Crenshaw (20,21) alrededor de las intersecciones del raza y género en Norteamérica y que posteriormente se enriquece en los países nórdicos, con estudios donde se postula esta teoría de la interseccionalidad, en la cual se analiza cómo las categorías sociales (dentro de las que incluyo las psicosociales) y culturales se interconectan. Se plantea así la relación y el entrecruzamiento de variables estructurales e intermediarias como lo son género, raza, etnia, discapacidad, sexualidad, clase social y nacionalidad. En el caso concreto del presente ensayo, la teoría interseccional nos reta a utilizar los determinantes no como factores singulares estructurales o intermediarios, sino como factores que interactúan y de doble vía (22).

Ahora, desde el psicoanálisis y en la salud mental, esta interacción desde lo micro hasta lo macro, o viceversa, plantea un gran componente psíquico (psicosocial), por lo menos para comprender la salud mental, los problemas y los trastornos mentales. Para ello se plantea la presencia de un impulso gregario en el individuo que cabalgaría sobre la libido,¹⁴ y está a la vez sobre los impulsos sexuales y de conservación del individuo. En este sentido, cada persona tendría el potencial de pertenecer en lo meso a uno o múltiples grupos, y ello se puede dar desde el nacimiento, al ingresar o hacer parte de un grupo familiar. Lo que llamaríamos desde lo sistémico, retomando a C.E. Sluzki, redes *sociales personales*¹⁵. (23)

¹⁴ Libido: energía que catectiza (se prende a) objetos internos o externos.

¹⁵ Redes sociales personales en que describe niveles de cercanía de redes desde aquellas próximas al individuo íntimas, proximales y distales. A la vez presenta 4 cuadrantes de redes dadas por amigos, familia,

Ser sociológicamente parte de un grupo significa que psicológicamente este grupo hace parte de “uno”. Esto es que el grupo social sea psicológicamente parte de uno y que, a la vez, uno sea sociológicamente parte del grupo. Esta paradoja, de acuerdo con Arcila, sería “la esencia de la relación de lo psíquico y lo social [...] lo social en nosotros y nosotros en lo social” (24). En este sentido, al interiorizar lo social en nosotros, estamos exteriorizando lo social, o —en términos psicoanalíticos— al interiorizar el objeto en nosotros, lo afirmamos en el mundo exterior, y viceversa. Esta interiorización tiene que ver, a la vez, con el concepto psicoanalítico del *superyó*, que se refiere a la interiorización de la figura parental, de la familia y lo social en el individuo, en su mente (psique). Siendo esta segunda, la familia, un grupo congénito, un grupo regulador del grupo social que interactuará dinámicamente con otros impulsos y demás componentes de la persona. De manera global, las experiencias acumulativas de la persona tendrían que verse como una interacción de doble vía entre factores micro-meso y macro, de factores socioambientales, psicológicos y biológicos, que interactúan de diversas formas a lo largo del ciclo vital.

En este sentido, cobra relevancia la necesidad de observar la influencia de los determinantes estructurales sobre los intermediarios y lo que hemos llamado micro, de una manera dinámica e interactuante, en que se hace necesario pensar en la importancia de la subjetividad y la historia de la persona y su medio proximal para poder comprender la influencia desde lo estructural y sobre esto. Esta posición conlleva pensar en modelos dinámicos en las cuales el individuo realmente es un ser activo, pensante y no un ente pasivo, sujeto prioritariamente a los embates de lo que le llega desde fuera. Lo cual es particularmente relevante cuando hablamos de salud mental, problemas y trastornos mentales, donde los modelos dinámicos, de doble o múltiples vía son más aceptados, a diferencia de aquellos que privilegian una sola vía, que en palabras de Singh-Manoux (25) resultarían reduccionistas.

comunidad y estudio/trabajo. En: Sluzki CE. Personal Social Networks and Health: Conceptual implications of their reciprocal impact. *Families, Systems & Health* 2010; 28: 1-18.

Acerca de este tópico vale la pena resaltar que en salud mental lo psicosocial se evidencia con atributos psicológicos (hostilidad, personalidad, habilidades sociales, afectividad, inconsciente, etc.) y otros sociales (condiciones laborales, familiares, vecindario, comunidad, violencia etc.), que trabajan de manera sinérgica a nivel individual, como por ejemplo en el soporte social donde interactúan variables como condiciones del entorno, destrezas personales, roles y características familiares, historia personal con diversos tipo de violencias para generar el tipo de soporte desplegado. En este sentido vale la pena recordar que la OMS señala como un 70-80 % de las muertes de países desarrollados están directamente relacionados con estilos de vida¹⁶ (26).

Por otra parte, al preguntarnos si entre los determinantes estructurales y la salud mental están como intermediarias las variables psicosociales. En salud mental es importante observar si el orden puede ser otro como sucede en enfermedades como la esquizofrenia donde lo intermediario genético podría ser previo a el tipo de interacciones madre-hijo que se dan, a los grupos que se suscitan, las relaciones que se establecen, que finalmente conllevan dificultades escolares, laborales e ingresos y cierto estigma alrededor de esta enfermedad en la comunidad y a nivel social. O en otras como la anorexia nerviosa donde en algunos casos se observan como desencadenantes aspectos como la comunicación social (propaganda, medios), tipo de crianza, características psicológicas y de funcionamiento de los padres, y otros de aprendizaje imitativo (pares, familia, escolares) que conllevan por lo menos cambios a nivel personal y de relación. O en hijos de madres depresivas que tienen mayor riesgo de desarrollar bajo peso y a la vez depresión durante su infancia, que posteriormente produce dificultades en el aprendizaje, menores relaciones, mayor farmacodependencia, y un tipo de relaciones interpersonales y colectivas. Otra opción en términos de John Bowlby sería niños con la falta de apego seguro durante la infancia, abandono emocional y maltrato, pueden suscitar conductas sociales especiales o en ocasiones antisociales,

asociadas a bajo rendimiento escolar, laboral, pobre participación en grupos o porque no, corrupción. Estos breves ejemplos resaltan la necesidad de ver con mayor apertura aspectos en la salud mental, donde lo psicológico y lo social se entrelazan, donde se deben tener en cuenta aspectos de doble vía y dinámicos que van más allá de la sencilla relación lineal de derecha a izquierda.

En los últimos quince años, se ha tenido un interés creciente en el tema de lo psicosocial. A pesar de ello, como lo decíamos, su definición ha sido difícil y muy criticada. Algunos describen que se requiere una definición sencilla que sea comprensible al público, donantes, practicantes y gobiernos (27). Otros, como Williamson y Robinson (28), refieren que el nexo indeterminado entre los aspectos psicológicos y sociales del bienestar producen diferencias y dificultades entre los usuarios de los términos y proponen que en intervenciones psicosociales se denomine “*programación integrada para el bienestar*”, en vez de psicosociales. Sin embargo, este término ha sido poco aceptado y divulgado.

Aggarwal (15) propone que lo psicosocial se puede definir como: “Los materiales sociales, políticos, culturales y económicos y los mecanismos esenciales para la salud del individuo, que promueven la seguridad dentro de la comunidad”, y salud mental como “la promoción del bienestar psicológico, estabilidad emocional, y buen funcionamiento para el individuo dentro de su contexto social y cultural”. En esta definición se resaltan las dimensiones psíquicas y sociales fundamentales para el bienestar individual. Lo material se refiere a recursos de vivienda, educación, sanidad y nutrición, y los mecanismos son construcciones comunitarias, por ejemplo, cohesión social o empoderamiento, que llevan a mejorar la salud.

Alrededor de ello se tiene poca claridad acerca de las llamadas *intervenciones psicosociales* que, en congruencia con lo anterior, tampoco tienen una clara definición, pues plantean en un sentido amplio que es cualquier intervención que ponga el relieve en aspectos psicológicos o sociales, en vez de biológicos (29). En un sentido más terapéutico, lo psicosocial se ha definido como “una variedad de psicoterapias de diferentes orientaciones para varios desordenes (ej. interpersonal,

cognitiva comportamental, psicodinámica breve) e intervenciones que aumentan los desenlaces sobre los desórdenes (ej. empleo apoyado, apartamentos protegidos, psicoeducación familiar, tratamiento asertivo comunitario, integración de personas con diagnóstico dual, servicios de pares)” (30), que llevan a pensar en la diversidad que encierra el término *factor psicosocial*.

Otros grupos internacionales de las Naciones Unidas, como el Inter-Agency Standing Committee (IASC), que han utilizado el término psicosocial para la atención de emergencias y poblaciones en crisis, definen *salud mental* y *apoyo psicosocial* como “cualquier tipo de ayuda local o externa con el objeto de proteger o promover el bienestar psicológico y/ o prevenir o tratar trastornos mentales” (30). Esto surge de la necesidad de inclusión y practicidad, más que de consenso, y contiene diferencias, por cuanto salud mental y apoyo psicosocial están muy relacionados, pero tienen aportes complementarios. Describe la IASC “Las agencias de ayuda internacional por fuera del sector salud usan el término bienestar psicosocial, en tanto que el sector salud prefiere el de salud mental, pero también ha utilizado en término de rehabilitación psicosocial, y tratamiento psicosocial para describir tratamientos o intervenciones no biológicas de personas con problemas o trastornos mentales. La definición exacta de estos términos varía dentro de las organizaciones, disciplinas y países” (31).

Este debate y la polisemia implícita pueden fracturar el manejo en la comunidad. Conocemos que el personal de salud mental inicia sus actividades del individuo con este como unidad de análisis e incorpora factores sociales y comunitarios, integrando el individuo con enfermedad mental a la comunidad. Entre tanto, los empleados psicosociales inician con la comunidad como unidad de análisis y van observando cómo las influencias sociales influyen en el comportamiento, expandiendo las redes sociales y localizando los trastornos en el ambiente político. Estas dos perspectivas, más que diferentes metodologías desde las intervenciones, proveen sustento para entender la necesidad de ir en doble vía y la mutua influencia de lo estructural y lo intermediario.

A la vez la limitada atención en los llamados factores psicosociales de las personas y comunidades en aquellos que trabajan el tema de los determinantes sociales y el potencial efecto de estos sobre la carga de enfermedades mentales manifiestan la necesidad de poner de relieve estos aspectos en la promoción y prevención de la salud mental desde la salud pública.

A manera de conclusión

Para finalizar, el término factores psicosociales, citado y definido por múltiples ciencias sociales, entre ellas la antropología, la sociología, la psiquiatría, la psicología, el psicoanálisis o la psicología social, tienen como denominador común un intento de conectar interactivamente lo individual y lo colectivo, entendiendo que el sujeto interviene e influye con su acción en lo social y la sociedad influye en las personas. De esta manera, existe una relación bidireccional donde un aspecto no existiría sin el otro y donde uno y otro se influyen mutuamente. Este punto es fundamental, más aún cuando, como comentamos en el modelo de Irwin (5), se tiende a ir de los determinantes estructurales a los intermediarios, en lugar de presentarse como una relación de intercambio en el que lo social se introduce en lo mental (psicológico) y, a la vez, lo psicológico lo hace en lo social. Esto es, se privilegia lo sociopsicológico y no se tiene en cuenta lo psicosocial, como se aprecia en las rutas psicosocial en que se evidencia claramente la influencia de lo social sobre un organismo receptor, que presenta respuestas de estrés y todo lo que esta acarrea, como si este fuese la única respuesta psíquica o la única vía para explicar la influencia biológica de lo social a través de lo psíquico, sin tener en cuenta la subjetividad y la historia. Y presentando al individuo como un ser pasivo y sujeto a todos lo que le llega desde fuera.

Teniendo lo anterior en cuenta, podemos concebir lo psicosocial como aquello que ubica lo psíquico, lo mental o lo subjetivo en lo social, teniendo este componente más proximales (relaciones interpersonales y grupales) y acciones más distales (comunitarias y nacionales) con una recíproca influencia y determinismo entre esferas. Así mismo, lo psicosocial reconoce las dimensiones interpersonal (grupales) y subjetiva individual como aspectos que determinan las estructuras y procesos sociales, y se tornan adicionalmente

como elementos estructurales de la configuración de la imagen, la identidad y la subjetividad de las personas, y en especial de su salud con énfasis en lo mental, sus problemas y trastornos.

En este aspecto es importante incursionar dinámicamente en la relación entre fenómenos sociales y fenómenos psicológicos, recordando, pero sin estancarse, en la experiencia y ejemplo del dilema de la relación entre lo mental (psíquico-alma) y el cuerpo.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires: Journal; 2009.
2. Mikkonen J, Raphael D. Social determinants of health: The Canadian facts [internet]. Toronto: York University School of Health Policy and Management; 2010 [citado 2015 en]. Disponible en <http://www.thecanadianfacts.org/>
3. Solar O, Irwin A. Social determinants, political contexts and civil society action: A historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. Health Promotion Journal of Australia. 2006;17(3):180-5.
4. Raphael D. Social determinants of health: Canadian perspectives. 2nd ed. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2009.
5. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice); 2010, p. 41
6. Bartley M. Health inequality: An introduction to theories, concepts and methods. Cambridge: Polity Press; 2004.
7. Oxford English Dictionary [internet]. Disponible en: <http://www.oed.com/>
8. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [internet]. 23^a ed. Madrid. Disponible en: <http://dle.rae.es>

9. Seyle H. Stress. Montreal: Medical Publishers; 1950.
10. Gómez B, Escobar A. Estrés y sistema inmune. *Rev Mex Neuroci.* 2006;7(1):30-8.
11. Bourdieu P. The forms of capital. En Richardson J, Greenwood NY, editors. *Handbook of theory and research for the sociology of education.* s. l.: Greenwood; 1985.
12. Coleman J. *Foundations of social theory.* Cambridge, Mass.: Belknap Press; 1990.
13. Putman R. Forework. En: Sagert S, Thompson JP, Warren MR, eds. *Social capital and poor communities.* New York: Russell Sage Foundation; 2001.
14. Cohen LH, editor. *Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues.* Newbury Park: Sage; 1988. p. 182-210.
15. Aggarwal K. Defining mental health and psychosocial in the Inter-Agency Standing Committee Guidelines: constructive criticism from psychiatry and anthropology. *Intervention.* 2011;9:21-5.
16. Cavalletto G. *Crossing the psycho-social divide.* Hampshire: Ashgate; 2007.
17. Freud S. Totem and taboo. En *The Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud.* London: Hogarth Press; 1913.
18. Halliday JL. *Psychosocial medicine: A study of the sick society.* London: Heinemann Medical; 1948.
19. Halliday JL. Concept of a psychosomatic affection. *The Lancet.* 1943b 4 Dec; 692-96.
20. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum [internet].* 1989;(1).

Disponible en: <http://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>

21. Crenshaw K. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*. 1991; 43:1241-79.
22. McCall L. The complexity of intersectionality. *Signs*. 2005;3:1771-1800.
23. Sluzki CE. Personal Social Networks and Health: Conceptual implications of their reciprocal impact. *Families, Systems & Health* 2010; 28: 1-18.
24. Arcila G. Conferencia: psicología comunitaria y psicoanálisis. *Rev Colomb de Psicoanálisis*. 1988;13:145-62.
25. Singh-Manoux A. Psychosocial factors and Public Health. *Psychosocial factors and public health. J Epidemiology Community Health* 2003: 57:553-554.
26. World Health Organization. *The world health report*. Geneva: WHO, 1995.
27. Van Ommeren M, Morris J, Saxena S. Intergrated programme planning and psychosocial concepts in humanitarian response: a response to Williamson and Robinson. *Intervention*. 2006;4:26-8.
28. Williamson J, Robinson M. Psychosocial interventions, or integrated programing for well-being? *Intervention*. 2006;4:4-25.
29. Ruddy R, House A. Psychosocial interventions for conversion disorder. En: Ruddy R, editor. *Cochrane database of systematic reviews [Internet]*. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2005 [citado 2016 ago 24]. Disponible: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005331.pub2>
30. *Psychosocial interventions for mental and substance use disorders [internet]*. Washington, D.C.: National Academies Press; 2015 [cited 2016 Aug 24]. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/19013>

31. The Inter-Agency Standing Committee. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings [internet]; 2007. Disponible en: www.humanitarianinfo.org/iasc.

Conflicto de interés: Ninguno