

# SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: UNA NECESIDAD APREMIANTE PARA EL CASO COLOMBIANO



**María Clara Rodríguez de Bernal y Néstor Rubiano Soto**

**Bogotá D.C.; marzo de 2016**



© Colegio Colombiano de Psicólogos

[www.colpsic.org.co](http://www.colpsic.org.co)

Bogotá, D.C., Colombia

**Consejo Directivo Nacional**

Presidencia

Claudia María Sanín Velásquez

Vicepresidencia

Germán Antonio Gutiérrez Domínguez

Miembros Consejo Directivo Nacional

Andrés Manuel Pérez Acosta

José Rodríguez Valderrama

Juan Diego Tobón Lotero

Leonidas Castro Camacho

Martha Leonor Restrepo Forero

Nancy Vargas Espinosa

Olga Lucía Hoyos de los Ríos

**Dirección Ejecutiva Nacional**

Evelyn Carrioni Denyer

**Dirección de Campos, Programas y Proyectos**

María Constanza Aguilar Bustamante

**Dirección de Comunicaciones**

Ana María Houghton Illera

**Autores**

María Clara Rodríguez Bernal

Néstor Rubiano Soto

**Revisión de estilo**

Ana María Houghton Illera

Juan Pablo Torres Sánchez

**Diseño y diagramación**

Mónica Paola Martínez Abril

Ingrid Vanessa Becerra Flórez

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio o método sin autorización por escrito del Colegio Colombiano de Psicólogos.

ISBN No.: 978-958-59476-0-3 del 2016

## **SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: UNA NECESIDAD APREMIANTE PARA EL CASO COLOMBIANO**

**Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic) y Médicos Sin Fronteras (MSF)<sup>1</sup>  
María Clara Rodríguez Bernal y Néstor Rubiano Soto**

Documentar la Atención Primaria en Salud (APS) desde sus orígenes y su proceso de implementación en diversas regiones del mundo, permite comprender que los cambios paradigmáticos si bien históricamente no son fáciles de aprehender y generan muchas resistencias, estos finalmente terminan por ser aceptados por las comunidades, como en el caso de la APS que producto de la consolidación de estrategias y resultados alentadores de su implementación, terminó proyectando estos cambios en el sistema de salud y a la vez en la calidad de la atención en algunos países del mundo.

Este documento pretende argumentar la necesidad de incluir la salud mental en APS en el contexto Colombiano. Para ello revisará la nueva conceptualización de esta estrategia de atención en salud, su relación con otras disposiciones y la participación de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que han tenido un papel fundamental en la consolidación de esta nueva propuesta.

Igualmente, se reconocerán los avances en Salud Mental en Atención Primaria (SMAP en Colombia) desde la evaluación y propuestas de acción; al mismo tiempo intentará reflejar la afectación en la salud mental en algunas zonas de Colombia que han vivido el conflicto armado, así como el “impacto” de algunas intervenciones de salud mental en APS.

Continuará con unas reflexiones sobre la importancia de integrar la salud mental en APS en el contexto Colombiano – algunas soportadas en las nuevas normativas - y finalizará este documento con el planteamiento de competencias profesionales que viabilizan el trabajo del psicólogo(a) colombiano(a), en atención primaria en salud.

### **Historia de la Atención Primaria en Salud (APS)**

En la Declaración de Alma - Ata en 1978, se definió a la APS como “el cuidado esencial de la salud basada en métodos y tecnologías, prácticas científicamente apropiadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y familias de la comunidad, a través de su participación y a un costo sufragable”. Además propuso que la APS “es el primer nivel de contacto (lo más cercano posible) con el sistema de salud y su primer elemento del cuidado continuo de la salud” (Declaración de Alma - Ata: Conferencia Internacional Sobre Cuidado Primario en Salud de 1978, como se citó en Echeverry, 2011, p. 1).

Sin duda, los compromisos adquiridos desde este momento implicaban reorientar las acciones hasta ahora vigentes en los sistemas de salud, en los que la atención se centraba más en abordar los problemas una vez ya habían aparecido, con los altos costos que esto implicaba.

Sin embargo, a pesar de lo difícil que es asimilar cambios paradigmáticos, fueron muchos los esfuerzos encaminados para avanzar en esta dirección, logrando en los primeros años de su implementación resultados importantes entre los que se incluían mayor participación de otros sectores diferentes a los de la salud e inversión en salud (Cruz, 2011).

---

<sup>1</sup> Con la colaboración de: Grupo Salud Mental, Colpsic; y Jean Francois Saint, Director Médico, MSF OCBA.

En esta misma dirección en 1986, se llevó a cabo en Ottawa la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, que tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma - Ata sobre la APS.

Producto de este encuentro, se emite la “carta” dirigida a la consecución del objetivo "Salud para todos en el año 2000 OMS/OPS". En ésta se resaltó que las estrategias y programas de promoción de la salud debían adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas para cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos. En términos generales, se propuso que la meta social para los próximos decenios sería alcanzar la salud para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, en otras palabras alcanzar un grado de salud que les permitiese a las personas llevar una vida social y económicamente productiva, que estaría a tono con la propuesta inicial.

Igualmente, se definió lo que implica la participación activa en la promoción de la salud, a través de acciones tales como:

**Elaborar una política pública sana:** en el sentido en que la salud debe formar parte del orden del día de los responsables en plantear programas políticos, para que tomen conciencia de las consecuencias de sus decisiones y asuman la responsabilidad.

**Crear ambientes favorables:** para fomentar el apoyo recíproco de protegernos los unos a los otros, así como nuestras comunidades y recursos naturales.

**Fortalecer la acción comunitaria:** en la que la participación de la comunidad es vital en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones y elaboración y puesta en marcha de las estrategias de planificación.

**Desarrollar competencias personales para la vida:** por cuanto el desarrollo personal y social es viable en la medida en que se proporcione información, educación en salud y perfeccione las competencias para la vida.

**Reorientar los servicios de salud:** la responsabilidad de los servicios de salud la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones, los servicios de salud y los gobiernos.

Colombia, asumió esta carta como rectora de las acciones que debería emprender para lograr reducir la desigualdad, la pobreza y la inequidad y se acogió a la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2000, sin embargo, el informe cinco años después, muestra que es necesario continuar las acciones emprendidas, hacer mayores esfuerzos y recibir un fuerte impulso para los próximos diez años (Hacia una Colombia equitativa e incluyente: informe de Colombia Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2005 Departamento Nacional de Planeación, Presidencia de la República de Colombia y Organización de Naciones Unidas - ONU).

## Salud mental en APS

La Estrategia y Plan de Acción Sobre Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009), identifica en los antecedentes de esta propuesta el reconocimiento a un hito importante en la década de los noventa, como es el surgimiento de un interés particular por la salud mental en las Américas. Se afirma que en la Declaración de Caracas (OPS y OMS, 1990) se hizo hincapié en que la atención centrada en el hospital psiquiátrico tenía que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad. A partir de este momento, la evaluación y seguimiento a la inclusión de la salud mental entre las prioridades en salud y su pertinencia en

las agendas públicas, fue un objetivo fundamental y sobre el cual se han recogido datos pertinentes que muestran su importancia en la sustentación para la estrategia y plan de acción de la OPS.

En resumen, el propósito para la Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental, plantea fortalecer la respuesta del sector de la salud mediante la ejecución de intervenciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en el campo de la salud mental. Sustenta de igual manera, la brecha que existe en atención, la brecha financiera y a la vez de información, como determinantes de la situación actual en salud mental y que debe ser de obligatoria y oportuna intervención, para garantizar los objetivos de la APSM (Atención Primaria en Salud Mental). Resalta la importancia de reconocer el estigma generado por la pobreza, la inequidad y la exclusión social.

La respuesta a esta situación actual, se evidencia desde la Estrategia y Plan de Acción que se esperan sean implementados en un período de 10 años (2009-2019). La inclusión de políticas, planes y legislación, así como la capacidad para producir, evaluar y usar la información, deberán ser atendidas de carácter urgente ya que desde allí será posible la planeación y ejecución de otras propuestas complementarias que contribuirán al fortalecimiento del recurso humano y sus implicaciones en la calidad de la prestación de los servicios y en la rehabilitación de enfermedades prioritarias y lo más importante la APS. De igual manera, las acciones y estrategias incluyen la promoción de la salud y prevención de los trastornos mentales.

Para terminar este apartado de revisión conceptual de APS, se considera pertinente presentar algunas de las conclusiones del Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe (2013) OPS WHO/AIMS, en el cual participaron 34 países dentro de los cuales no está Colombia (debido a que no aplicó el instrumento), con el fin de reafirmar la importancia de incluir la salud mental en la APS.

El rol de la APS en el ámbito de la salud mental es bastante limitado. La capacitación y/o formación (a nivel de pregrado y postgrado) en temas de salud mental que recibe el personal de APS (médicos y enfermeras, entre otros profesionales), es escasa. Por lo tanto la capacidad resolutoria es reducida y en términos generales y con las debidas excepciones, no existen mecanismos de referencia y contra referencia. En relación con los recursos humanos existentes hay una gran disparidad entre los países.

Un fenómeno común es que, si el hospital psiquiátrico está en la base del sistema, la mayor parte de los recursos disponibles se encuentran también concentrados allí, dejando poca disponibilidad para el desarrollo de servicios en la comunidad.

En algunos casos, el grado de capacitación y responsabilidad otorgado al personal de enfermería ha podido suplir (de manera altamente positiva) la falta inicial de personal médico.

Las tasas de personal de psicología en América Central, México y el Caribe oscilan entre 1.4 y 7 por 100.000 habitantes, con un promedio de 2.5 en América del Sur. Argentina tiene una tasa muy por encima del promedio regional.

Los psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales que están incluidos dentro de una misma categoría, están prioritariamente ubicados en centros de atención ambulatoria y en unidades psiquiátricas.

No es frecuente encontrar disposiciones que aseguren la no discriminación en el ámbito laboral para las personas con discapacidad mental.

En este informe se puso en evidencia la falta de información sobre cuestiones de salud mental. En muchos casos los datos son inexistentes o de difícil acceso y la investigación en salud mental también es limitada.



## Avances que viabilizan la APS en Colombia

Actualmente, la APS se materializa en el “*Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*”, del MSPS, construido frente a los grandes retos en el tema de salud pública, muchos de ellos originados en las grandes diferencias que existen entre regiones y grupos poblacionales. Busca reducir la inequidad en la medida en que se avance hacia la garantía del derecho a la salud, se mejoren las condiciones de vida que modifican la situación en salud y se disminuya la carga de enfermedad. Igualmente, pretende mantener cero tolerancia hacia la enfermedad, la morbilidad y la discapacidad evitable. Una de las vías que permitirá hacer monitoreo a los indicadores de salud pública y seguimiento a las condiciones de salud, es la creación y puesta en marcha del Observatorio Nacional de Salud.

La estrategia de APS desde el Plan Decenal, hace énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las acciones intersectoriales para impactar los determinantes sociales de la salud, la cultura del autocuidado y la orientación individual, familiar y comunitaria. Lo anterior es posible gracias a la formación del talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, lo que de alguna manera contribuirá a fortalecer la baja complejidad para mejorar la resolutivez.

Una vez formados estos equipos de salud, sus funciones se relacionan con el diagnóstico familiar, identificación de riesgo individual, familiar y comunitario, informar a las familias sobre el portafolio de salud, promover la afiliación al sistema cuando se identifica que no hay afiliación, inducir la demanda de servicios en casos de los eventos relacionados con salud pública. En resumen, la intervención de los determinantes sociales de la salud, es el horizonte de lo que implica trabajar por la salud. Se busca mantener sana la población, no un modelo basado en la enfermedad.

Igualmente es necesario destacar las implicaciones de la normatividad en el reconocimiento de la salud mental como un derecho fundamental, lo anterior es posible gracias a la Ley 1616 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual dispuso el ajuste de la política nacional de salud mental (1998) de acuerdo con los cambios epidemiológicos y normativos que han ocurrido en el país en los últimos 15 años. En esta ley es importante destacar el derecho a una atención oportuna y digna bajo los preceptos de salud del concepto positivo de salud mental, la salud integral y la atención primaria en salud que responden al panorama actual de la salud mental.

Es importante resaltar también, que una justificación más para que esta ley sea reglamentada y puesta en marcha, tiene relación con el hecho de que los problemas psicológicos desatendidos, se traducen en la pérdida de oportunidades para el desarrollo social y económico para el desempleo y para la violencia entre otros.

Retomando los lineamientos de la Ley 1438 de 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social, esta ordena que “las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del plan de beneficios, la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental” (p. 27).

En cumplimiento de lo anterior, la implementación de la estrategia de APS resulta en una reducción de la brecha entre la prevalencia de trastornos mentales y el número de usuarios que recibe atención y, a su vez, en la reducción de la carga que generan los trastornos mentales para las personas afectadas, sus familias y la sociedad en general. Esta Ley plantea, que el acceso a los servicios de salud mental debe ser una realidad para los usuarios, y a su vez debe favorecer el rol de la familia y la comunidad en los procesos de atención y rehabilitación.

Por otra parte, la estrategia permite optimizar la detección temprana y la atención oportuna de los afectados reduciendo costos para las familias, las comunidades y el sistema de salud y hace posible la integración de los líderes comunitarios (como agentes de salud mental) y otros sectores con los equipos básicos de salud (descritos en los artículos 15 y 16 de la Ley 1438 de 2011) para trabajar de manera coordinada en los programas de salud mental y en los procesos de inclusión social y ejercicio de ciudadanía.

En este sentido, se establecen herramientas como el tamizaje, los primeros auxilios emocionales, las intervenciones breves y la canalización y enlace a rutas de atención, desde lo comunitario, para la detección temprana y atención en salud mental en el marco de la APS.

El trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud y la Protección Social (MSPS) y la OMS/OPS, ha hecho posible la formación y el escalamiento de las guías de intervención basadas en la evidencia en el marco del “Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental” (OMS, 2008), MhGap, por sus siglas en inglés, para impactar en la promoción de la salud mental y prevención de problemas psicológicos en situaciones de cuidado de la salud no especializada. Está basado en una revisión muy cuidadosa sobre el conocimiento científico disponible que respalda su implementación para países de ingresos bajos y medios, en los niveles de atención primario y secundario.

En síntesis, se debe destacar la importancia en relación con las implicaciones del programa citado anteriormente, ya que establece las condiciones para poner en marcha un sistema de salud mental que puede ser aplicado a nivel regional, tomando en consideración las características de la población, sus valores, adaptación a los recursos disponibles, así como las necesidades que en materia de salud mental han sido evidenciadas por otros investigadores especialmente en zonas rurales (tema al que pasaremos a continuación) del contexto Colombiano que han sufrido el conflicto armado interno.

### **El conflicto armado en Colombia y morbilidad en salud mental**

Son varias las investigaciones que señalan los efectos de la violencia sobre la salud mental de la población expuesta a ella. Londoño, Romero y Casas (2012), encontraron en 42 personas de dos municipios de Cundinamarca (Guasca y Guatavita), que la prevalencia de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno por consumo de alcohol y desordenes de alimentación, fue mayor en Guasca que en Guatavita. Lo anterior según los investigadores, puede estar relacionado con las condiciones de exposición a eventos relacionados al conflicto. Guasca, fue un municipio fuertemente afectado por eventos propios del conflicto armado especialmente durante la década de los noventa. Al mismo tiempo Guasca continuaba presentando factores relacionados a eventos de violencia con una tasa de homicidio de 29.99 % por cada 100.000 habitantes siendo así uno de los municipios con mayor violencia en la región para el año 2010. Al otro extremo de la línea estaría Guatavita, municipio en el que nunca ha habido un evento relacionado (hasta la fecha del estudio) con el conflicto y/o pocos eventos de violencia en general, por ejemplo para el año 2009, la tasa de homicidios fue nula, aunque para el 2010 paso a 14.9 % por cada 100.000 habitantes.

Teniendo en cuenta estas cifras, los investigadores manifestaban su preocupación en tanto que el conflicto armado ha existido por varias décadas y en este sentido, el conflicto vivido por las personas, podría ser un factor de riesgo e inclusive precipitar y mantener trastornos psiquiátricos. De igual manera, los efectos del conflicto podrían mantenerse y transmitirse a la siguiente generación en tanto el contexto de violencia no cambie.

En esta misma dirección, Perez, Fernández y Rodado (2005), en un estudio de prevalencia de trastorno por estrés postraumático (TEPT) por exposición al conflicto armado en niñas y niños de edades de 5 a 14 años escolares de tres municipios de Cundinamarca con exposiciones diferentes al estrés bélico, concluyó

que la prevalencia de TEPT varía por municipio de la siguiente manera: La Palma 16.8 % donde ha habido exposición crónica al conflicto, frecuentes víctimas humanas y daños físicos; Arbeláez 23.2 % con un hostigamiento armado seis meses antes de la investigación que dejó dos muertos y la destrucción de edificaciones y Sopó el 1.2 % sin exposición. En esta medida, Pérez et al. (2005), afirman que “la prevalencia de TEPT en Arbeláez y La Palma, expuestos a la violencia, fue superior del 1.4 % de la población mundial y al 4.3 % de población juvenil colombiana. Los niños de los municipios expuestos tuvieron 19 veces mayor probabilidad de sufrir TEPT bélico que los no expuestos. Intervenir tempranamente es prioridad en salud pública” (p. 268).

Vaughan, Méndez, Martínez, Palma y Bosch (2012), concluyen que hay un impacto en la salud mental como consecuencia de la exposición al conflicto armado, tanto por eventos directos (este era el eje central del estudio) como indirectos del conflicto, sugieren al mismo tiempo focalizar futuras investigaciones tanto en los efectos directos como indirectos del conflicto en la salud mental de las poblaciones que viven en zonas de conflicto.

Por su parte Médicos Sin Fronteras (MSF) dada su experiencia en zonas de conflicto Colombiano, ha socializado varios estudios en el país entre los cuales el informe titulado “Acceder a la Salud es Acceder a la Vida: 977 Voces” (2010), llama la atención sobre las barreras para el acceso en salud que tienen 977 personas de diferentes zonas rurales y urbanas en el país y las consecuencias de las mismas. El 69.1 % de los encuestados ha tenido que prolongar su sufrimiento, 22.9 % ha tenido otras complicaciones médicas; 1.2 % con discapacidad como consecuencia de la no atención y 31.9% muerte de algún familiar. Este estudio permitiría preguntar si hay barreras de acceso y las consecuencias del mismo para la atención en salud física, ¿qué se pudiera decir del acceso a la salud mental y las consecuencias del no acceso en un contexto de conflicto de casi 50 años?

En el informe de salud mental y conflicto de MSF “Tres Veces Víctimas: de la Violencia, el Silencio y el Abandono” (2010), se concluye que el conflicto armado no sólo representa en sí mismo un factor de riesgo para la salud mental de las personas expuestas a él, sino que además genera condiciones de las que emergen otros factores de riesgo que adicionalmente, contribuyen al deterioro del bienestar.

En esta misma línea, en el informe de MSF “Las Heridas Menos Visibles: Salud Mental, Violencia y Conflicto Armado en el Sur de Colombia” (2013), el cual se basó en los datos de 4.455 personas que recibieron atención clínica por parte de las y los psicólogos de MSF en Colombia durante el año 2012, se evidencia que el 67 % de las personas que asistieron a las consultas clínicas de SM, vivieron uno o más hechos relacionados con la violencia. Como consecuencia de ello y de otros factores de riesgo, se detectan síntomas relacionados con depresión y ansiedad o síntomas somáticos de origen psicológico. Concluye, que el conflicto produce un impacto directo en la salud mental, afecta de manera indirecta todas las actividades y destaca la necesidad de ofrecer atención en salud mental, sin barreras económicas, en zonas rurales, lo que se traduciría en bienestar y mejoría en las personas.

Los tres estudios citados anteriormente, concluyen frente al impacto del conflicto y la atención en SM que:

- Después de 50 años de conflicto y considerando el volumen de población que ha sido víctima de vulneraciones de Derechos Humanos (DDHH) y violaciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH), es necesario eliminar cualquier barrera de acceso a los servicios de salud mental por parte de la población.
- El perfil epidemiológico es típico de un país en conflicto.



- El impacto de la violencia en la salud mental de la población civil que ha sido atrapada en el conflicto armado, constituye uno de los problemas de salud pública más invisibilizados de Colombia.

Como conclusión, MSF expresa que la salud mental debe ser un derecho universal asequible para toda la población afectada por el conflicto y por otras situaciones de violencia, y no estar restringida solamente a las víctimas reconocidas oficialmente.

### **Experiencias de salud mental en atención primaria en Colombia**

El Ministerio de Salud y Protección Social (2012), sistematizó algunas experiencias de APS que han tenido como objetivo la integración de SM en APS, la intervención temprana en problemáticas de SM, la vinculación al Plan Básico de Atención en Salud (PAB) y el desarrollo de acciones de promoción y prevención, control de factores de riesgo en suicidio, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) y atención a pacientes crónicos, a través de programas de habilidades para la vida, salud mental comunitaria y el fortalecimiento de redes familiares y sociales.

La sistematización recoge programas de 10 municipios del país, entre los que se encuentran Tunja, Manizales, La Dorada, Bucaramanga, Cali, Versalles, Medellín, Cundinamarca, Bogotá y Barranquilla. Si bien cada uno tiene una característica particular que lo hace único y contextualizado a las necesidades de su municipio, prima entre ellas la atención en salud integral, con equipos extramurales, la identificación de problemáticas y detección de señales de alarma y salud mental en las visitas domiciliarias, trabajo comunitario y remisión a centros de atención en salud, donde existan equipos intramurales para la atención en salud mental. Igualmente, el fortalecimiento de redes y la vinculación de los actores sociales, institucionales y comunitarios para favorecer la capacidad de respuesta.

Del total de experiencias recibidas, el MSPS extrae tres ejes temáticos sobre los que se fundamentan estas experiencias:

**Participación social y acción comunitaria:** como base, se constituye en un pilar de la implementación de APS, desde la dimensión individual - familiar y comunitaria, lo que se traduce en salud comunitaria, desde el empoderamiento de la comunidad en temas de salud.

**APS es vista como una estrategia:** en el sentido en que existen formas de articular los principios de APS, con las particularidades de su territorio, y con las interpretaciones de las entidades encargadas de implementar la APS.

**Diseño de estrategias para implementar APS:** que busca la identificación de los determinantes sociales de la salud, seguimiento a planes y programas, capacitación en temas relacionados con la salud. Así mismo posicionar el tema de la SM en las agendas políticas, acompañamiento familiar con énfasis en el apoyo psicosocial y en gestión local para la salud.

Para finalizar este apartado, Sánchez, Casas, Grais, Hustache y Moro (2009), describen un modelo de salud mental aplicado a población de zonas urbanas y rurales del departamento del Tolima afectadas por eventos del conflicto, integrado en AP, incluyendo en algunos casos tratamiento psiquiátrico, y el impacto de estas intervenciones integrales (SMAP). Entre los años 2005 y 2008 fueron tratados bajo ese modelo de salud mental en AP 2.411 personas de diferentes edades y ambos géneros, los cuales fueron diagnosticados según criterios DSM IV (Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders). Los resultados según el estudio, mostraban que el 90 % de la población que fue atendida mostraban mejoría en su condición (severidad de síntomas y funcionalidad) en la última sesión. A pesar de que el estudio no concluye afirmando que la mejoría en la condición fue producto únicamente de la intervención psicoterapéutica,

dado que no se tuvo grupo control para comparar resultados, este estudio evidencia en cierta medida no solo la necesidad de ofrecer servicios psicológicos para la población afectada por conflicto, sino que además va en línea con las sugerencias de la OMS y la OPS de ofertar y garantizar los servicios de SM en APS.

Lo anterior permite concluir que existen experiencias positivas en APS en el país que evidencian la viabilidad de su implementación y las implicaciones sobre la calidad de vida y el bienestar de las personas, las familias y las comunidades.

### **Reflexiones sobre la importancia de integrar salud mental en APS**

Los estudios de Seekles, Van Strateng, Beekman, Van Marwijk y Cuijpers (2009), muestran la importancia de formar a los profesionales de la salud en APS, con el fin de contribuir a mejorar la satisfacción de cada paciente y su adhesión a los tratamientos, así como a reducir las hospitalizaciones evitables y la utilización innecesaria de los servicios de urgencias. Esto es posible, gracias a la comprensión que los profesionales de la salud hacen del paradigma de la prevención, en el sentido en que cada acción está orientada a atender las problemáticas en los estadios tempranos y solamente hacer derivaciones a otros niveles de atención en los casos en los que la respuesta a la intervención basada en la evidencia no es la esperada. Parte de esta comprensión, es posible, en la medida en que se disponga de perfiles epidemiológicos actualizados del lugar en el que se desempeñan.

Un ejemplo que podría ilustrar lo anterior, está relacionado con la alta prevalencia de la ansiedad y la depresión y las consecuencias sobre la salud de la población si no se dispone de una atención oportuna. Seekles et al. (2011), muestran que la ansiedad es más la regla que la excepción, ya que el 60 % de los pacientes que sufren depresión mayor, también experimentan ansiedad. En estos casos, es posible disponer de diversos tratamientos, entre los que la farmacoterapia y la psicoterapia son opciones válidas.

Solo el 30 % de los pacientes que reciben medicación continúan el tratamiento. Sin embargo, los pacientes refieren que ellos preferirían recibir atención psicológica como tratamiento en AP.

Los investigadores proponen que se requiere de un modelo de cuidado progresivo, ya que este permite autocorrección en el tiempo. Esto significa que los resultados del tratamiento y las decisiones acerca de introducir cambios, deben ser monitoreados sistemáticamente. En otras palabras, se hace necesaria de acuerdo con los resultados una transición de la APS a una atención especializada en salud mental.

En esta misma dirección Patel et al. (2008), plantean que la ansiedad y la depresión son los problemas más comúnmente consultados en los servicios de atención primaria. Aunque se pueden diagnosticar de manera separada, su comorbilidad es muy frecuente. Es importante reconocer que estas personas buscan atención en cuidados primarios y son los médicos quienes tienden a prescribir tranquilizantes (benzodiacepinas) más que antidepresivos. Si bien es difícil hacer la transferencia de la evidencia de los países desarrollados, a los que están en vía de desarrollo, especialmente porque tienen sistemas de salud diferentes, existen amplias coincidencias en relación con la baja tasa de reconocimiento de estas problemáticas por parte del personal médico, la baja adherencia a los tratamientos y la falta de recursos humanos y las intervenciones psicosociales en salud mental.

Concluyen que un camino necesario frente a esta situación es que personal especializado, trabaje con personal no especializado, en intervenciones de cuidado escalonadas y colaborativas. En síntesis, es importante la detección, el tratamiento inicial, el seguimiento y la referencia a personal especializado si es necesario; en este caso es posible incluir la salud mental en el cuidado primario. El “reconocimiento”, “detección” y “diagnóstico”, es fundamental para tomar la decisión de iniciar el tratamiento, solo así lograremos hacer prevención.

## No hay salud sin salud mental

Algunas condiciones de salud incrementan el riesgo de un desorden mental. En este sentido, la OMS estima que es necesario incrementar la evidencia para sustentar estas interacciones entre salud mental y otras condiciones de salud y entender mejor los mecanismos que subyacen a estas interacciones, si queremos avanzar en el cuidado de la salud.

¿Qué quiere decir la consigna “no hay salud sin salud mental”? Prince et al. (2007), argumentaron que la depresión predice la iniciación de una discapacidad física y social, así como la discapacidad, se convierte en un factor de riesgo para la depresión, especialmente en adultos mayores. Igualmente plantean, que el desorden mental contribuye a la mortalidad, y está sustentado en una importante revisión de las autopsias psicológicas, en las que identifican a la depresión, a la psicosis, al uso de alcohol y drogas como factores de riesgo proximales para el suicidio.

Estos mismos autores, reconocen que los desórdenes mentales también interactúan con condiciones de salud, y es muy frecuente encontrar que algunos síntomas somáticos, tales como el dolor, la fatiga y el mareo no son fácilmente explicables en algunos casos. Síndromes como el colon irritable, fibromialgia y fatiga crónica han estado asociados a problemas de salud mental. Estos casos son atendidos por lo general en AP, y se asocian a estrés psicológico.

Al respecto, el Ministerio de Salud - MinSalud (2013) en la Guía de Detección, Atención y Tratamiento del Síndrome Depresivo (Guía Práctica Clínica), explicita que además de ser una enfermedad común entre la población colombiana, es un factor de riesgo para sufrir otras enfermedades médicas o empeorar pronósticos de otras comorbilidades.

Sobre la relación costo-beneficio del tratamiento de enfermedades mentales en el contexto Colombiano, es importante mencionar que se sabe aún muy poco, sin embargo Gómez et al. (2010), en el estudio realizado sobre costos directos del manejo intrahospitalario de la depresión en Colombia, en el cual se revisaron 279 historias clínicas de personas que habían sido “hospitalizadas con el diagnóstico de depresión según criterios DSM IV o CIE 10”, de 8 instituciones sanitarias de 6 ciudades del país, nos presentan que el costo promedio de hospitalización por día estaría alrededor de \$ 150.000 COP por persona y el costo promedio de tratamiento durante la fase de hospitalización sería de aproximadamente \$ 1.680.000 COP por persona.

Esto sin tener en cuenta los costos no relacionados como consecuencias en la salud como los “años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)”, las faltas al trabajo o pérdida del mismo, las afectaciones a nivel familiar, entre otras; ni tampoco los costos del tratamiento ambulatorio después de la fase de hospitalización. Bajo este panorama de costos económicos surgen interrogantes cómo ¿a cuántas personas se les pudo haber identificado tempranamente para evitar qué síntomas agudos y que pudieran ser tratados en un nivel de APS de manera ambulatoria, no hubiesen seguido agudizándose hasta llegar a tener que hospitalizar e invertir estos recursos? ¿Cuántas de estas personas que fueron hospitalizadas volvieron a remitir en sus síntomas y consecuentemente fueron re-hospitalizadas? ¿No sale más cara la cura que la prevención en muchos de estos casos?

Por último, los investigadores manifiestan la necesidad de profundizar para el contexto colombiano los costos no solo hospitalarios, sino los ambulatorios, los costos no relacionados con consecuencias en salud, así como otros tratamientos que pudieran mostrar relación costo/efectividad como psicoterapias, ya que así se podría pensar no solo en cómo invertir más eficientemente los recursos, sino en políticas públicas de atención en salud mental. Rodríguez (2002), en un artículo sobre las afectaciones de los trastornos de salud

mental en la vida de las personas, señala que en el mundo los trastornos depresivos representan el 17 % de los años de vida perdidos por discapacidad.

Con relación a este punto, en la guía citada anteriormente de MinSalud (2013), se establece que en pacientes adultos con diagnóstico de depresión, episodio único o recurrente, pueden ser tratados en nivel de atención primaria y desde la psicoterapia. Surgen así nuevas inquietudes: ¿cómo identificar y tratar a estas personas si la atención en salud mental no está integrada en APS? Esto vuelve y nos lleva a los datos de costos económicos por hospitalización, a las consecuencias de la enfermedad, los AVAD ya planteados anteriormente y que siguen aún siendo desconocidos al menos en el contexto colombiano y a la pregunta ¿hay salud sin salud mental?

¿Están nuestros médicos generales capacitados/entrenados y cuentan con el tiempo suficiente para identificar este tipo de morbilidades en salud mental? Y aún si lo estuvieran ¿cómo disminuir barreras de acceso para que aquellos remitidos pudieran lograr la atención bajo criterios de proximidad y cercanía física? ¿Cuántas de estas personas podrían ser atendidas y tratadas en el primer nivel de atención vistos por médico general y psicología y en caso necesario, en interconsultas con psiquiatría? ¿Cómo medir y reparar el dolor, la soledad, la desesperanza y la falta de proyección hacia el futuro de las personas que han experimentado problemas de salud mental no tratados?

### **El psicólogo en el contexto de atención primaria en salud**

Para finalizar este documento, es necesario revisar algunas competencias profesionales que la o el psicólogo deberá implementar en los espacios de trabajo en equipos interdisciplinarios, para contribuir a hacer realidad la APS en nuestro país (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2014). Los ocho primeros deberían ser condición *sine qua non* de su ejercicio profesional en la APS, de lo contrario se corre el riesgo de perder la oportunidad de incluir su intervención clínica y psicosocial en esta estrategia y por ende ejercer un rol más administrativo:

1. Actúa de acuerdo con las normativas vigentes en salud mental.
2. Realiza atención psicológica a personas con signos clínicos que presentan malestar y hace proceso psicológico de seguimiento.
3. Realiza impresión diagnóstica inicial y en caso necesario, hace interconsulta con médico general y psiquiatría u otras especialidades.
4. Implementa guías de intervención validadas científicamente.
5. Notifica al sistema de vigilancia aquellos eventos de interés en salud pública.
6. Promueve un trabajo colaborativo con el equipo básico de salud: estudios de caso, remisiones y contrarremisiones.
7. Desarrolla acciones de promoción y prevención en salud: formaciones a personal clave de la comunidad en temas de salud mental; fortalecimiento del tejido social.
8. Capacita agentes comunitarios y se actualiza permanentemente.
9. Desarrolla acciones para integrarse a la comunidad y a la gestión institucional.
10. Evidencia una postura crítica desde la solidez teórica, la práctica clínica y la necesidad del contexto/persona que le permita ser resolutivo teniendo en cuenta aspectos culturales y de enfoque diferencial.
11. Identifica patrones de comportamiento y de relación relevantes de los individuos, grupos y organizaciones, utilizando métodos apropiados.
12. Muestra actitud empática y de apertura para el trabajo intra y extramural.

13. Ejecuta propuestas de intervención adaptadas a la comunidad, cultura y contexto.
14. Analiza e identifica el riesgo, en los individuos, las familias y las comunidades.
15. Desarrolla tamizajes individuales, familiares y comunitarios.
16. Efectúa levantamiento de mapas y recursos en los municipios.
17. Sus actuaciones profesionales, están guiadas por los principios de la ética profesional para el cuidado primario de las personas, las familias y la comunidad.

Es necesario reconocer que la salud mental es una necesidad apremiante para la atención integral desde el nivel de atención primario. La magnitud del conflicto, el sufrimiento y la carga en términos de discapacidad y costos para los individuos, las familias y las sociedades son abrumadores y aún “desconocidos si se quiere”. En este sentido, debemos prepararnos para un nuevo camino de post-acuerdo, si se refrendan los acuerdos de La Habana, en el cual es muy probable que la violencia se transforme, con lo cual, los equipos de APS deben prepararse para brindar atención oportuna, asequible, sin barreras con énfasis en la promoción y la prevención, una atención integral, integrada y continua. En síntesis ¡necesitamos invertir e integrar salud mental en APS y debemos hacerlo ahora!

*“La investigación y la práctica en psicología, están unidas en su compromiso de proveer el mejor conocimiento psicológico y los métodos necesarios para proporcionar el mejor cuidado a la salud” Kazdin, (2008).*



## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a. ed., text revision). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Cruz, M. E. (2011). *La Atención Primaria de Salud: contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencias*. Curso Taller, en APS. Ministerio de Salud y Protección Social y OPS, Bogotá, Colombia.
- Departamento Nacional de Planeación, Presidencia de la República de Colombia y Organización de Naciones Unidas (ONU). 2005. *Hacia una Colombia Equitativa e Incluyente. Informe de Colombia, Objetivos de Desarrollo del Milenio*.
- Echeverry, O. (2011). *La Atención Primaria en Salud: una Nueva Oportunidad*. Disponible en [salud.univalle.edu.co/pdf/plan.../aps\\_documento\\_previo\\_al\\_foro](http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan.../aps_documento_previo_al_foro) Recuperado el 15 de mayo de 2014.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-Based Treatment and Practice. *American Psychologist*, 63, 3, 14.
- Gómez-Restrepo C., Bohórquez A., Pinto Masis D., Gil Laverde J. F. A., Rondón Sepúlveda M. & Díaz-Granados N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2004; 16 (6): 378–86. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n3/v39n3a03.pdf>. Recuperado en noviembre de 2014.
- Londoño, A., Romero, R., & Casas, G. (2012). The Association between Armed Conflict, Violence and Mental Health: A Cross Sectional Study Comparing two Populations in Cundinamarca Department, Colombia. *Conflict and Health* 2012, 6:12 doi: 10.1186/1752-1505-6-12 Disponible en <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1752-1505-6-12.pdf>. Recuperado, noviembre de 2014.
- Médicos sin Fronteras. (2010). *Acceder a la Salud es Acceder a la Vida: 977 Voces*, Recuperado de: [www.msf.es/acceso-salud-colombia/](http://www.msf.es/acceso-salud-colombia/)
- Médicos sin Fronteras. (2010). *Tres Veces Víctimas (Salud Mental y Conflicto Armado) Estudio de Caso: Caquetá – Colombia*. Disponible en <https://www.msf.es/sites/default/files/adjuntos/Informe-COLOMBIA-2010.pdf>. Recuperado en julio de 2015.
- Médicos sin Fronteras. (2013). *Las Heridas menos visibles*. Disponible en [http://www.msf.org.ar/InformeColombia\\_Junio2013.pdf](http://www.msf.org.ar/InformeColombia_Junio2013.pdf). Recuperado en mayo de 2015.
- Macinko, J., Montenegro, H., Nebot Adelle, C., Ettiene, C., & Grupo de Trabajo en Atención Primaria en Salud de la Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas*. 21, 2/3, 73-84, Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf> Recuperado en mayo de 2014.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social*. Disponible en [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Sistematización de algunas experiencias en Atención Primaria en Salud*. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co> Recuperado en agosto de 2014.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Guía de práctica clínica. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente*. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co> Recuperado en julio de 2015.
- Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021: La Salud en Colombia la Construyes Tú*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de: [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)
- OPS WHO/AIMS. (2013). *Informe Regional sobre los Sistemas en Salud Mental en América Latina y el Caribe*

2013. Disponible en [www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf](http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf) Recuperado el 10 de febrero de 2015.
- OPS & OMS. (1990). *Declaración de Caracas: Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*, Noviembre de 1990. Disponible en [www.oas.org/dil/esp/Declaración de Caracas.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/Declaración%20de%20Caracas.pdf). Recuperado en mayo de 2014.
- OPS. (2009). *Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental*. Disponible en [www.paho.org/hq/index.php?option=com](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com) Recuperado el 15 de mayo 2014.
- OMS/OPS & UNICEF. (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma - Ata*. Disponible en [http://apps.who.int/gb/archive/pdf files/EB101/pdfspa/spa8.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfspa/spa8.pdf) Recuperado el 15 de mayo de 2014.
- Patel, V., Kirkwood, B., Pednekar, S., Araya, R., King, M., Crisholm, D., Simon, G., & Weiss, H. (2008). *Improving the outcomes of primary care attenders with common mental disorders in developing countries: a cluster randomized controlled trial of a collaborative stepped care intervention in Goa, India*. Disponible en <http://www.trialsjournal.com/content/9/14> Recuperado el 25 de octubre de 2014.
- Pérez, I., Fernández, P. E., & Rodado, S. (2005). *Prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático por la Guerra, en Niños de Cundinamarca, Colombia*. *Rev. Salud pública*. 7 (3): 268–280. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v7n3/v7n3a03.pdf> Recuperado en mayo de 2014.
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2014). *Perfil y Competencias del Psicólogo en Colombia, en el Contexto de la Salud*. Disponible en <http://www.colpsic.org.co> Recuperado en febrero de 2015.
- Pinto Masís, D., Gómez-Restrepo, C., Uribe Restrepo, M., Miranda, C., Pérez, A., de la Espriella, M., & Rondón, M. (2010). La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(3), 465-480. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n3/v39n3a03.pdf> Recuperado en noviembre de 2014.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M., & Rahman, A. (2007). No Health Without Mental Health. *Lancet*, 370, 859-877.
- Rodríguez, A. P. (2002). Salud mental: situación y tendencias. *Revista de salud pública*, 4(1), 74-88. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v4n1/v4n1a05.pdf> Recuperado en junio 2015.
- Sánchez, E., Casas, G., Grais, R., Hustache, S., & Moro, R. (2009). The Colombian conflict: a description of a mental health program in the Department of Tolima. *Conflict and Health* 2009, 3:13 doi: 10.1186/1752-1505-3-13. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1752-1505-3-13.pdf> Recuperado en octubre de 2014.
- Seekles, W., Van Strateng, A., Beekman, A., Van Marwijk, H., & Cuijpers, P. (2009). *Stepped care for anxiety and depression: from primary care to specialized mental health care, a randomized controlled trial testing the effectiveness of a stepped care program among primary care patients with mood and anxiety disorders*. Disponible en <http://www.biomedcentral.com> Recuperado en noviembre de 2014.
- Seekles, W., Van Straten, A., Beekman, A., Van Marwijk, H., & Cuijpers, P. (2011). *Stepped care treatment for depression and anxiety in primary care. A randomized controlled trial*. 12,171. Disponible en <http://www.trialsjournal.com/content/12/1/171> Recuperado el 20 de octubre de 2014.
- Vaughan, B., Méndez, F., Martínez, C., Palma, P. P., & Bosch, M. (2012). Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones, *Conflict and Health* 2012, 6:10. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1752-1505-6-10.pdf> Recuperado en octubre de 2014.