



Percepción de la salud mental y del acceso a los servicios de salud mental en adultos entre los 26 a 59 años de edad en el municipio de Donmatías, Antioquia en el año 2021

Laura Madrigal Alvarez

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Psicología

octubre de 2021

Percepción de la salud mental y del acceso a los servicios de salud mental en adultos entre los 26 a 59 años de edad en el municipio de Donmatías, Antioquia en el año 2021

Laura Madrigal Alvarez

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Psicólogo

Asesor(a)

Gladys Patricia Montoya Cano

Maestra en Psicología Clínica

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Psicología

octubre de 2021

Dedicatoria

Puedo mirar al pasado y decir que todos los esfuerzos que hice, hoy dan frutos. Admito que los obstáculos que se me presentaron en el camino me hicieron perder la fe, pero tu manto me cobijo y me ayudo a sobreponerme de las adversidades, por eso mi dedicatoria principalmente es para ti madre, mujer luchadora y emprendedora que partió antes de verme cumplir esta meta.

De igual forma, dedico este triunfo a mi pareja, a mis amigos y a mi familia, quienes me alentaron con amor, dedicación y paciencia a perseguir mis objetivos.

Por último, dedico este trabajo a mis docentes y compañeros, ellos que con su compromiso propendieron a ser una persona responsable que busca contribuir a la sociedad.

Agradecimientos

Agradezco a la vida por la oportunidad de permitirme culminar este proyecto que me llena de orgullo. Le doy infinitas gracias a mi madre por dejarme los aprendizajes, las enseñanzas y las experiencias que hoy me hacen ser quien soy, a ti que ya no estás conmigo, te agradezco hoy y siempre por todo lo que alguna vez hiciste para permitirme alcanzar mis sueños.

También me doy las gracias a mi misma por la superación, la dedicación y el empuje que hoy me caracterizan.

Así mismo, te doy las gracias Santiago R. G, amor de mi vida, por ayudarme, colaborarme, escucharme y muchas cosas más que me llenan de felicidad, te agradezco con todo el corazón por estar presto para mí en todo momento y de manera incondicional.

Le agradezco a la Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO y a los diferentes docentes que me brindaron los saberes que hoy me forman como una profesional comprometida con la transformación social, con el transmitir de conocimientos y con el bienestar de las personas.

Un especial agradecimiento a mi asesora de opción de grado por acompañarme en este proceso, por orientarme y contribuir a mi formación profesional, a mis compañeros y amigos que me apoyaron y animaron a continuar.

Contenido

Lista de tablas	7
Lista de figuras	8
Lista de anexos.....	9
Resumen	10
Abstract.....	11
Introducción.....	12
1 Planteamiento del problema	14
2 Justificación.....	21
3 Marco Teórico.....	23
3.1 Antecedentes	23
3.2 Marco legal	28
3.3 Marco referencial.....	30
3.3.1 Salud.....	30
3.3.2 Salud mental	31
3.3.3 Percepción de salud	32
3.3.4 Determinantes sociales de la Salud	33
3.3.5 Acceso a los servicios de salud mental	34
3.3.6 Inequidades sociales en salud (ISS).....	34
3.3.7 Barreras en acceso a la salud mental.....	35
4 Objetivos	36
4.1 Objetivo general.....	36
4.2 Objetivos específicos	36
5 Metodología.....	37
5.1 Enfoque.....	37
5.2 Nivel de la investigación.....	37
5.3 Diseño de la investigación.....	38
5.4 Población.....	38
5.4.1 Muestra.....	38
5.5 Criterios de inclusión.....	39

5.6	Criterios de exclusión.....	39
5.7	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	39
5.7.1	Caracterización sociodemográfica	39
5.7.2	Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12)	40
5.7.3	Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares Colombianos (EASS).....	42
5.8	Variables.....	50
5.8.1	Variable independiente.....	51
5.8.2	Variables dependientes	51
5.9	Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos.....	51
6	Consideraciones éticas.....	52
7	Resultados.....	53
7.1	Caracterización sociodemográfica	53
7.2	GHQ-12.....	57
7.3	EASS adaptado a la salud mental	58
7.4	Modelo de regresión lineal para salud mental percibida	61
8	Análisis y discusión.....	64
9	Conclusiones	68
10	Recomendaciones	69
	Referencias.....	70
	Anexos.....	76

Lista de tablas

Tabla 1.....	40
Tabla 2.....	42
Tabla 3.....	43
Tabla 4.....	53
Tabla 5.....	53
Tabla 6.....	54
Tabla 7.....	54
Tabla 8.....	55
Tabla 9.....	56
Tabla 10.....	56
Tabla 11.....	56
Tabla 12.....	57
Tabla 13.....	58

Lista de figuras

Figura 1	61
Figura 2	62
Figura 3	62
Figura 4	63

Lista de anexos

Anexo 1. Cuestionario de salud General de Goldberg (GHQ-12).....	76
Anexo 2. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos – EASS (adaptada a los servicios de salud mental).....	79
Anexo 3. Autorización de la encuesta EASS.....	92

Resumen

La presente investigación tiene por objetivo analizar la percepción sobre la salud mental y el acceso a los servicios de salud mental en adultos entre los 18 y 59 años de edad pertenecientes al sistema de salud colombiano en el municipio de Donmatías, Antioquia. Se contó con una muestra probabilística de 71 personas a los que se les aplicó el *General Health Questionary (GHQ-12)* y La *Encuesta de Acceso a los Servicios de Salud para Hogares Colombianos (EASS)* adaptados a los servicios de salud mental, con el fin de medir la percepción de salud mental y la percepción de acceso a los servicios de salud mental. Se Realizó un regresión lineal automática con el software estadístico SPSS versión 28, donde se encontró que las variables ocupación, tiempo de desplazamiento al servicio de salud mental, razones de no consulta, ingreso socioeconómico, consulta en los últimos 6 meses, atención efectiva por especialista y nivel educativo, inciden en la percepción de la salud mental de la población objeto de estudio. A partir de esto, se resalta la importancia de abordar la salud mental de la población interviniendo de manera integral los determinantes sociales de la salud, tanto estructurales como intermedios, así como las barreras actitudinales y estructurales para permitir un real goce del derecho a la salud mental.

Palabras clave: Salud mental percibida, sistema de salud colombiano, acceso a servicios de salud mental, determinantes sociales de la salud, barreras en el acceso a servicios salud mental.

Abstract

The objective of this research is to analyze the perception of mental health and access to mental health services in adults between 18 and 59 years of age belonging to the Colombian health system in the municipality of Donmatías, Antioquia. A probabilistic sample of 71 people were administered the General Health Questionnaire (GHQ-12) and the Survey of Access to Health Services for Colombian Households (EASS) adapted to mental health services, in order to measure the perception of mental health and the perception of access to mental health services. An automatic linear regression was performed with the statistical software SPSS version 28, where it was found that the variables occupation, travel time to the mental health service, reasons for not consulting, socioeconomic income, consultation in the last 6 months, effective care by specialist and educational level, have an impact on the perception of mental health of the population under study. Based on this, it is proposed the importance of addressing the mental health of the population by intervening comprehensively in the social determinants of health, both structural and intermediate, as well as attitudinal and structural barriers to allow a real enjoyment of the right to mental health.

Keywords: Perceived mental health, Colombian health system, mental health access, social determinants of health, mental health barriers.

Introducción

La salud mental es concebida como un estado dinámico o un estado de bienestar en donde la persona se encuentra en la capacidad de realizar sus actividades cotidianas y hacerle frente a las adversidades (Organización Mundial de la Salud, 2018). La salud mental ha sido promovida en Colombia a partir de la ley estatutaria 1751 del 2015, la cual asegura el derecho fundamental a la salud y la ley 1616 de 2013 que garantiza el derecho a la salud mental en toda la población, sin discriminación de ningún tipo, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes.

Garantizar la salud mental en toda la población se ha trazado como una meta nacional, sin embargo, y pese a toda la normatividad vigente, se continúan presentando deficiencias en el sistema de salud que dificultan el acceso a los servicios de salud e incrementan las brechas poblacionales (Rodríguez-Triana y Benavides-Piracón, 2016).

Las brechas poblacionales limitan el acceso a los servicios de salud mental, los cuales cada día se acrecientan más debido a factores geográficos, ocupacionales, del sistema de salud, las variantes en los estados de salud, barreras estructurales y actitudinales, variables socioeconómicas y variables sujetas a las creencias o estigmas de la persona (González et al., 2016)

Lo anterior al igual que otros elementos, incide en la percepción propia que las personas puedan tener de salud mental y del acceso a los servicios de salud mental, siendo la percepción un indicador que proporciona elementos contundentes para conocer las condiciones de vida de las personas y las formas en que se puedan intervenir (Caicedo y Berbesi, 2015). Es necesario presentar una investigación que reúna aspectos importantes que apunten a conocer la percepción del acceso a los servicios de salud por medio del reconocimiento de la percepción en salud mental de la población.

La investigación pretende relacionar la percepción de la salud mental con la percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental con, mediante los resultados obtenidos, arrojando la importancia

de priorizar a la salud mental como un tema de interés para la promoción y preservación de la salud pública de todos los habitantes.

Las investigaciones desarrolladas hasta el momento en torno a la salud mental, han destacado las diversas causas que dificultan el acceso a los servicios de salud mental, entre las cuales se encuentra el propio sistema de salud, no obstante, no han profundizado mucho acerca del tema; por tal motivo, se plantea la necesidad de indagar la incidencia del sistema de salud en la percepción de la salud mental de la población donmatieña, al igual que se profundiza en los aspectos que la perjudican.

1 Planteamiento del problema

De acuerdo a los principios adoptados en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014, p. 1), es decir, está constituida como una integración holística de los componentes biopsicosociales. Asimismo, la OMS (2017) menciona que la salud es un derecho universal, entendido como: “Todas las personas deben poder ejercer el derecho a la salud, sin discriminación por motivos de raza, edad, pertenencia a grupo étnico u otra condición” (párr. 5). La universalidad del derecho a la salud es adoptada por Colombia y se debe hacer valer su cumplimiento sin excepciones, tal como lo dicta la Constitución Política de Colombia del 1991 en su artículo 49, el cual resalta a la salud como un derecho inherente al ser humano, en donde el Estado está en la obligatoriedad de organizar, dirigir y reglamentar el servicio en salud (Rodríguez-Triana & Benavides-Piracón, 2016).

Por otra parte, la OMS (2003) precisa que “El sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud” (p.117), acorde con lo anterior y bajo la Constitución Política de Colombia del 1991, nace el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), donde en su artículo 48 presenta:

La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social (Corte Constitucional de Colombia, 2016).

Luego, con la Ley 100 de 1993 se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, que incluye salud, pensión, riesgos laborales y servicios sociales complementarios, cuyo objetivo es “garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten” (p. 1). Ahora,

entendiendo el sistema de salud como lo describe González et al. (2016) es un esquema que funciona bajo la competencia regulada, es decir, que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) son las encargadas de asegurar a sus afiliados a un paquete de servicios definido, el cual consiste en el Plan Obligatorio de Salud (POS) “que corresponde al paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria -prestaciones económicas- cuando se presenta incapacidad de trabajar por enfermedad, accidentes o por maternidad” (Ministerio de Protección Social y Salud [Minsalud], s.f.a, párr. 1).

Por otra parte, la población se encuentra segmentada por tres regímenes, régimen contributivo, régimen subsidiado y regímenes especiales, aunque el POS sea el mismo para toda la población. Los recursos del sistema contributivo provienen de los empleados e independientes con capacidad de pago, los del sistema subsidiado surgen de las rentas departamentales y municipales del Sistema General de Participación y por último, los recursos de los regímenes especiales proceden de trabajadores públicos y recursos de presupuesto (González et al., 2016).

Así pues, Rodríguez-Triana y Benavides-Piracón (2016) resaltan que la cobertura de los servicios sanitarios ha sido amparada bajo el SGSSS, donde se rige su acceso a la asistencia sanitaria de acuerdo a la afiliación a estos regímenes; sin embargo en Colombia no toda la población se encuentra afiliada al SGSSS, alguna se encuentra catalogada como población pobre no asegurada (PPNA):

Corresponde a la población clasificada en los niveles 1 y 2 del SISBEN que se encuentra en los puntos de corte adoptados en la Resolución 3778 del 2011 y a las poblaciones especiales registradas en los listados censales, que no se encuentran afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado y que tampoco están cubiertas por los regímenes especiales y de excepción (Minsalud, s.f.b, párr. 3).

Es por eso, que parece controversial el hecho de que la afiliación al SGSSS sea obligatoria y efectiva a través de las EPS, ya que según Minsalud (s.f.b) en su archivo de estimación para PPNA en el

2019, 312.696 personas se encuentran sin afiliación, es por eso que se recalca las vastas brechas en cobertura en salud, donde de acuerdo a Arrivillaga et al. (2016) “la cobertura en salud No significa acceso verdadero y efectivo a los servicios” (p. 419), al igual como lo refiere Rodríguez-Triana y Benavides-Piracón (2016), el acceso a la salud en Colombia está condicionado por la capacidad de pago, donde las personas con bajos ingresos están sometidas a la ausencia de oferta en salud de Colombia.

Posteriormente, se evidencian los vacíos con respecto a la atención en salud mental de la Ley 100 de 1993, lo cual conlleva a realizar reformas como la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, que promovieron la atención integral, generando acciones en salud mental, donde autores como Hernández-Holguín (2018) y González et al. (2016) coinciden al señalar que se amplían los beneficios para niños, niñas y adolescentes, buscando garantizar una oportuna atención en materia de prevención, detección temprana y tratamiento eficaz para las enfermedades.

Sin embargo, y pese a los esfuerzos, la atención en salud mental se vio marcada por obstáculos que tuvieron que ser abordados mediante la Ley 1616 de 2013, ya que las persistentes brechas en atención y acceso a salud mental eran cada más visibles y preocupantes, con fuertes deficiencias en la disponibilidad de la oferta en recursos que demanda la población. (Gómez-Restrepo et al., 2020)

La OMS (2018) define salud mental como:

Un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad. (párr. 5)

Del mismo modo, la salud mental no debe considerarse como solo la ausencia de trastornos, debe ser comprendida en todas sus dimensiones biopsicosociales, donde la integralidad de todos sus componentes promulgan el fortalecimiento de sus determinantes, como los señala OMS (2018) los determinantes de la salud mental afectan considerablemente el modo de vida de las personas, donde

estar expuestos a factores sociales, psicológicos, biológicos y de personalidad, pueden fomentar de manera exponencial la mala salud mental.

Por otra parte, la Ley 1616 de 2013 define a la salud mental como:

Como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. (párr. 5)

Donde, bajo su objeto promueve el derecho a la salud mental de toda la población colombiana, basados en un enfoque promocional de calidad de vida y atención primaria en salud, dando preferencia a los niñas, niños y adolescentes, mediante la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de la enfermedad mental y la atención integral e integrada en salud mental.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f.) dentro de su enfoque estratégico destaca el acceso universal a la salud y la cobertura universal en salud, enfocando la atención en la estrategia para la ampliación del acceso equitativo a la asistencia sanitaria, de manera integral, con calidad y enfocado en las personas y las comunidades. Del mismo modo, en la revisión del Plan decenal de salud pública 2012-2021 se enfatiza en “Alcanzar la mayor equidad en salud” (Minsalud, 2014, p. 4); en el abordaje de las dimensiones se prioriza la convivencia social y salud mental, la cual se orienta en la transformación de problemas que afectan la salud mental, la promoción y prevención de enfermedades mentales y la articulación de estrategias para garantizar el bienestar de las personas en todo su ciclo vital, promoviendo además, el desarrollo humano y social con equidad (Minsalud, 2013).

No obstante, Rodríguez-Triana y Benavides-Piracón (2016) ponen de manifiesto que a pesar de lo planteado en el Plan decenal de salud pública 2012-2021 y en el Plan Nacional de desarrollo 2010-2014, siguen presentándose elevadas cifras de mortalidad infantil, limitado acceso a salud y educación y

un precario mejoramiento de la calidad de vida, exaltando las evidentes brechas poblacionales y territoriales que afectan de manera directa a la salud.

La Encuesta Nacional de Salud mental de 2015 (ENSM), va orientada a evaluar módulos tanto en niños, niñas y adolescentes como en adultos, identificando barreras y problemáticas en salud mental; los módulos están divididos en dos partes, la primera, para medir las condiciones de acceso a los servicios y otra, para identificar el acceso y uso de medicamentos (Minsalud, 2015). A partir de lo señalado anteriormente, Gómez (2015, como se citó en Jassir et al., 2021), precisa que “en Colombia la prevalencia de tener una enfermedad mental durante la vida es del 10% en todas las edades” (p. 3).

De igual forma, González et al. (2016) y basados en la ENSM puntualizan:

Del total de la población entre 18 y 44 años, el 4,5% (IC95%, 3,9-5,1) reporta haber tenido algún problema de salud mental en su vida, de los que el 36,1% (IC95%, 29,7-43,1) lo ha sufrido en los últimos 12 meses y el 65,9%, antes. (p. 93)

Por otra parte, con relación al acceso a los servicios en salud mental, señalan que “el acceso a los servicios de salud mental, sólo el 37,5% de esta población solicita atención, de estos el 94,0% acceden a dichos servicios” (González et al., 2016, p. 93).

Con base en lo anterior, y teniendo en cuenta las dificultades en Colombia para el acceso a la salud mental, es necesario especificar las barreras que limitan el acceso, entre las cuales se encuentran las actitudinales, consideradas como aquellas que están “asociadas usualmente al estigma propio de la enfermedad mental, las creencias negativas frente a los sistemas de salud, la mala interpretación acerca de las consecuencias a los tratamientos, la baja necesidad percibida de requerir ayuda y el autoestigma” (González et al., 2016, p. 94), y por otra parte, las barreras estructurales que corresponden a las limitaciones geográficas, costos de transporte, entre otros. (González et al., 2016).

En efecto, el acceso a los servicios de salud mental se vieron limitados por variables de tipo actitudinales, sociales y estructurales dentro del propio sistema de salud, que obstaculizan la

transformación para la salud mental en el país (Rojas et al., 2018) y dejan en tela de juicio la supuesta cobertura del 95.3% para la población Colombiana (ENSM, 2015), estas limitaciones en la cobertura terminan por afectar el goce efectivo del derecho a la salud mental y generan posibles problemas en su autorreconocimiento.

Con relación al acceso a los servicios de salud mental, ubicamos al municipio de Donmatías en la subregión norte del departamento de Antioquia, aledaño a la ciudad de Medellín, al municipio de Yarumal, Barbosa, Entrerriós y Santa Rosa de Osos. Cuenta con una población de 22.243 habitantes, de los cuales 11.471 son hombres y 10.772 son mujeres (Alcaldía de Donmatías, s.f).

Según los indicadores de la gestión del aseguramiento del 2021, la población que pertenece al régimen contributivo del municipio a septiembre de 2021 es de 14.949 personas, del mismo modo para el subsidiado es de 6.474 (Minsalud, s.f. c).

A partir de estos datos y de acuerdo con el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), el acceso a los servicios de salud mental para los afiliados al SGSSS es ofertado por tres IPS habilitadas para la prestación de servicios en psicología. Al mismo tiempo y según el SISPRO, para el 2018 el porcentaje de personas de 20 a 59 años que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental equivale al 10.9% en comparación al 89.1% restante de personas que requieren atención en salud mental y no la recibieron (Minsalud, s.f. d). Estos datos son relevantes en tanto se demuestra que a pesar de que el servicio es ofertado y requerido, la población no acude a recibir la atención en salud mental; lo anterior puede deberse a diferentes factores y barreras que limitan el acceso efectivo (González et al. 2016).

En pocas palabras, y al igual que muchos municipios de Colombia no se cuenta con acceso a la atención integral e integrada en salud mental, donde a pesar de los esfuerzos, es necesario evaluar si las estrategias implementadas han dado soluciones a las brechas en el acceso a la salud mental. Por lo tanto, es prioritario explorar

¿Cuál es la percepción en salud mental y del acceso a los servicios en salud mental en adultos entre los 18 y 59 años de edad pertenecientes al sistema de salud colombiano en el Municipio de Donmatías, Antioquia?

2 Justificación

Investigar sobre el acceso a la salud mental se ha trazado básicamente en la línea de evaluar aspectos de tipo económico, geográfico y estructural, sin embargo, a través del tiempo ha tomado relevancia investigar en la salud percibida como un fenómeno que brinda información de las personas tanto a nivel físico como mental, ya que la autopercepción en salud mental proporciona un acercamiento más centralizado a la realidad del acceso a los servicios en salud mental. Al respecto Vergara et al. (2018) precisan que para medir el acceso de manera integral, se debe tomar en consideración la percepción de los usuarios.

Los determinantes sociales de la salud son factores que inciden considerablemente en la salud mental de las personas, siendo “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (OMS, s.f, párr. 7). Por tanto, las características del sistema de salud cumplen un papel determinante en la percepción de las personas frente a su salud mental, donde al tener en cuenta lo que se concibe como salud mental, acceso a salud mental y barreras en salud mental, permite facilitar el acceso a las rutas de cobertura y ayuda a fomentar la alfabetización en salud mental.

Dentro de las inequidades en salud son visibles las deficiencias del sistema de salud de ampliar el acceso a los servicios de salud mental, ya que al considerar las 1.918 prestadores de salud en el servicio de psiquiatría (solo 89 son entidades que prestan servicio de unidad de salud mental) y las 8.580 IPS habilitadas para la prestación del servicio de psicología en Colombia para el 2018, son insuficientes para la población colombiana que sobrepasa los 48 millones de habitantes (Minsalud, 2018). Por lo cual, la investigación cobra aún más relevancia porque brinda información acerca de las persistentes barreras que perciben las personas frente al acceso a los servicios.

Del mismo modo, la investigación aporta al campo académico en tanto, prioriza y enfatiza en la necesidad de concebir a la salud mental como una parte esencial de las personas para su desarrollo

óptimo, donde una alteración en la salud mental repercute en el buen vivir de los individuos. Asimismo, se busca sentar precedentes para investigaciones futuras; al igual que enfatizar que el fenómeno aunque ha sido rápidamente considerado, también ha sido medianamente investigado en cuanto a percepción de los usuarios.

Por otra parte, es importante porque se evidencian falencias en el sistema de salud y aporta a la promoción de estrategias para mejorar el acceso integral e integrado a los servicios de salud mental.

En consecuencia, la investigación lleva a visibilizar la percepción de la salud mental y el acceso a salud mental que tienen los habitantes del municipio de Donmatías, demostrando la necesidad de posicionarla en los planes de desarrollo territorial propuestos hasta ahora y evidenciar la falta de intervención en este campo. Es cuando la investigación como proceso científico aporta luces a la importancia de la planeación y desarrollo de la promoción y la prevención en salud mental, debido a que la visibilización de la salud mental en el municipio es carente y es entendida como un fenómeno exclusivo para personas con trastornos mentales.

Por consiguiente, resulta conveniente identificar las percepciones acerca de la salud mental y el acceso a los servicios en salud mental en adultos del Municipio de Donmatías, Antioquia.

3 Marco Teórico

3.1 Antecedentes

Para el presente trabajo se tomaron en cuenta investigaciones realizadas en Colombia a partir del 2015 en temas concernientes al acceso a los servicios de salud mental.

Salud mental en Colombia. Un análisis crítico es realizado por los autores Rojas-Bernal et al. (2018), donde por medio de una búsqueda en bases de datos, se proponen hacer un recorrido histórico sobre la salud mental en Colombia, indagando en aspectos enfocados en la normatividad y la implementación de políticas públicas en salud mental. Se basaron en la categorización de los artículos encontrados en una matriz para su posterior comparación, encontrando que, a pesar de toda la normatividad existente, siguen persistiendo falencias para el acceso a la salud mental, donde se involucran variables propias del sistema de salud que truncan el acceso real a los servicios, en especial para la población más desfavorecida. Al igual que destacan dificultades asociadas a lo económico, geográfico y cultural que desfavorecen la percepción de la población frente a los servicios de salud mental, donde la constante prevalencia de dichas problemáticas desmotiva y limita el uso de los servicios. La investigación muestra a manera de reflexión la necesidad de indagar más en aspectos relacionados con la efectividad de las políticas públicas en salud mental, su aplicación y desarrollo; al igual que precisa la búsqueda de estrategias de solución que obedezcan a las necesidades particulares de la población para favorecer el acceso a los servicios de manera integral e integrada. Es de rescatar que la investigación aporta al tema porque vincula aspectos históricos de la salud mental en Colombia y permite determinar factores que limitan el acceso a los servicios. En resumen, la historia de la salud mental en Colombia ha pasado por cambios normativos y legales, ha experimentado elevadas limitaciones frente a su posicionamiento como un tema fundamental para la salud pública de la población; lo anterior conllevó a los autores a recolectar investigaciones que dan cuenta de las deficiencias frente a la salud mental en Colombia, hallando que se continúan presentando dificultades

para la salud mental en el actual sistema de salud. Los autores realizan esta búsqueda con la intención de recolectar elementos que propicien el planteamiento de estrategias eficientes en las políticas públicas.

Del mismo modo, Hernández Holguín (2018) analiza mediante su investigación *La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma*, cómo funciona el sistema de salud en Colombia, es decir, las reformas y normatividades desarrolladas e implementadas para mejorar los servicios; por medio de la percepción de profesionales en el campo de salud mental. A través del análisis de la perspectiva de los profesionales, se encontró que en Colombia no hay una adecuada implementación de las directrices en salud mental y que solo hay múltiples enfoques que no apuntan de manera unificada a la prestación de los servicios en salud; la salud mental se ha concebido como un derecho en las diferentes leyes que la han promulgado, sin embargo, la realidad del cumplimiento para la transformación de las líneas de acción, se han visto permeadas por problemas estructurales, económicos y políticos que han perpetuado la creciente dificultad al acceso como derecho fundamental a la salud mental en Colombia. La investigación hace referencia a una paradoja en salud mental porque de acuerdo al relato de los profesionales se concibe al sistema como un cúmulo de incoherencias, donde si bien se promulga una defensa en derechos, también se observa una marcada falencia en el sistema. Promoviendo un análisis crítico, la investigación conduce a propender por una mayor participación social en temas de salud mental. En otros términos, la investigación muestra la preocupante situación del sistema de salud con respecto a la salud mental, arrojando que hay aspectos involucrados que inciden en que no se garantice la salud mental, tales aspectos corresponden a los derechos humanos, la rentabilidad financiera, la calidad de los servicios y el estigma; él autor encuentra que dichos elementos están condicionados por otros factores, es decir, los derechos están manipulados a favor del gobierno por medio de la constitución política, la rentabilidad financiera obedece a intereses particulares, la calidad de los servicios va más orientada a mejorar los

procesos administrativos y financieros que la calidad de vida de las personas y en cuanto al estigma, es ampliamente reconocida en la normatividad, en los servicios de salud y en la población. Del mismo modo, se señala que las falencias más preponderantes para el acceso a la salud mental, están mediados por problemas de infraestructura, deficiente recurso humano y los gastos que debe cubrir el usuario. Lo anterior va a ser considerado en la presente investigación, en donde a partir de la percepción de los usuarios frente al acceso a los servicios de salud mental, se puede recoger información real de las necesidades latentes que persisten dentro de la comunidad.

Por otra parte, González et al. (2016) bajo su investigación *Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia*, plantean a través del análisis de los resultados a la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015 los factores que limitan el acceso a los servicios de salud mental en adultos entre los 18 a 44 años de edad. La investigación efectúa el análisis de acuerdo a la relación entre las variables, uso de los servicios de salud mental en los últimos 12 meses por problemas mentales y los factores geográficos, ocupacionales, por afiliación al régimen de seguridad social y las variantes en los estados de salud; con el propósito de determinar la falta de acceso a la consulta por salud mental en Colombia. Arrojando como resultado que la dificultad para el acceso a la atención en salud mental para adultos, está asociada a variables de tipo geográficas, estado civil y padecer una enfermedad crónica de base. Los resultados precisan que el uso de los servicios en salud mental están mediados por barreras comportamentales o actitudinales, donde la falta de conocimiento en salud mental dificulta el acceso, al igual que la limitada información de la oferta de los servicios. La investigación promueve incentivar estudios sobre las razones, los comportamientos y las actitudes que conllevan a que la población no busque acceder a los servicios de salud mental. A partir de las encuestas a nivel nacional que se efectúan se permite tener un acercamiento del estado de la salud mental de la población, sin embargo, aún se tiene un desconocimiento enorme de la percepción de la propia salud mental que tienen las personas; dando por sentado que hay determinantes tanto de oferta como de

demanda comportamental que determinan que la población acceda a los servicios. Es así como los factores por demanda comportamental o factores actitudinales, tienen un mayor porcentaje con respecto a los de la oferta, concluyendo que el estigma continúa siendo uno de los mayores impedimentos para el acceso a la atención efectiva. Por tanto, el estudio contribuye a la investigación porque precisa los factores que determinan el acceso a los servicios de salud mental, resaltando además las barreras comportamentales y actitudinales que afectan la decisión de acudir a consulta.

Gómez-Restrepo et al. (2020) realizaron en la misma línea una investigación sobre el *Autoreconocimiento de trastornos y problemas mentales por la población adulta en la Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia (ENSM)*. Basados en las respuestas de los adultos en la ENSM determinaron los potenciales factores que impiden el autoreconocimiento de trastornos y problemas mentales de la población colombiana. La investigación pretende evidenciar que el reconocimiento de la enfermedad mental en los adultos está determinado por variables sociodemográficas, socioeconómicas, de percepción de ambiente laboral, de sensación de discriminación, de apoyo social o familiar y de consumo de sustancias psicoactivas. Por tanto, el estudio obtiene en sus resultados que, variables como el sexo, consumir sustancias, sentirse discriminado, poseer mejor situación económica, padecer de una enfermedad crónica de base, tener problemas familiares y tener más apoyo emocional aumenta la posibilidad del autoreconocimiento. Sin embargo, factores como la ubicación geográfica y poseer limitados recursos económicos, dificultan el acceso a los servicios de salud mental. De acuerdo a lo anterior, se deja en evidencia una vez más las barreras para el acceso a los servicios, por lo cual la investigación lleva a la necesidad de diseñar políticas o intervenciones en salud mental que faciliten en la población el autoreconocimiento de las variables que limitan el acceso y el cuidado. La investigación promueve que el autoreconocimiento de los trastornos y problemas mentales potencializa la oportunidad de que las personas accedan a los servicios de salud, ya que el no reconocimiento de la

enfermedad conlleva a que menos personas consulten. Por lo tanto, la investigación se convierte en relevante pues señala aspectos fundamentales frente al acceso a los servicios de salud mental.

Asimismo, Zamora-Rondón et al. (2019) abordan en su investigación *Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia*, una comparación entre los datos obtenidos por la base de datos CUBOS (herramienta de procesamiento de datos) del Sistema Integral de Información, la cual posee información sobre las personas que acudieron al sistema durante cierto periodo de tiempo en Colombia, allí se guardan los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS); y la Encuesta Nacional de Salud mental 2015, la cual recoge información sobre el periodo estudiado (2013). La investigación procedió a analizar los datos obtenidos para calcular el número de personas que padecen cada tipo de trastorno y con ello determinar la prevalencia de enfermedades mentales en Colombia y la relación entre la necesidad de atención y el uso de los servicios de salud mental. Hallando en los datos que el porcentaje de personas atendidas es inferior en comparación con las personas que tienen la necesidad de ser atendidas, evidenciando con ello las brechas en el acceso al uso de los servicios en salud mental por parte de personas que requieren atención. Asimismo, la investigación advierte que las barreras en el acceso corresponden a todas las enfermedades y que representan uno de los mayores déficit en materia de salud para el país, que puede ser evidenciado a nivel individual, social y cultural. Las enfermedades mentales han tomado prioridad por ser un tema de interés y un asunto de salud pública; en consecuencia, padecer un problema mental se convierte de un asunto de prioridad en la atención afectiva, ya que el uso de los servicios es necesario para obtener la ayuda pertinente. Potenciar los servicios de salud mental permite brindar a la población que requiere la atención, los recursos humanos, estructurales y demás que garanticen el derecho a la salud mental. La intención del estudio es constatar que hay una necesidad para acceder oportunamente a los servicios de salud mental, al igual que verificar que el uso de los servicios esta mediado por factores y barreras.

Por consiguiente, la investigación al igual que la anterior nos presenta evidencias de la falta de acceso a los servicios de salud mental en Colombia, constatando además la existencia de barreras geográficas, económicas, políticas, culturales y sociales que permean en la salud de la población.

3.2 Marco legal

La cobertura y el acceso a los servicios de salud son de carácter universal y se constituyen como una parte esencial del derecho a la salud que poseen todas las personas, sin discriminación alguna y con garantía a la atención integral e integrada en Colombia.

La Constitución Política de Colombia en su artículo 49 menciona, “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” (p. 25). En efecto, para asegurar la salud y el bienestar se debe priorizar el acceso oportuno y eficiente, donde el estado será el encargado de regular y regir el sistema de salud.

Del mismo modo, para asegurar el derecho fundamental a la salud se crea la ley estatutaria 1751 del 2015, la cual busca regular y establecer mecanismos de protección. Al mismo tiempo, dentro de sus principios resaltan la accesibilidad, la cual comprende que el acceso a los servicios y las tecnologías de salud, son para todas las personas y respetando las características propias de los individuos; al igual, el acceso debe ser tanto en la parte física, económica como de información.

En cuanto a las condiciones de acceso a los servicios y tecnologías de salud, la resolución 2481 del 2020 en su artículo 9 indica que las EPS o las entidades que desarrollen dicha actividad, deben velar porque los afiliados al SGSSS dispongan del acceso efectivo y oportuno en concordancia con lo estipulado en el derecho fundamental a la salud (Minsalud, 2020).

La Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad integral y se dictan otras disposiciones, plantea en el capítulo 1 que el objeto de la ley es presentar los fundamentos que la rigen y determinar demás aspectos para su funcionamiento; los objetivos del SGSSS son “regular el servicio

público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención” (p. 62). De acuerdo a lo anterior, el estado ha buscado lograr progresivamente la cobertura al SGSSS para brindar acceso a los servicios de salud en todo el país.

Por otra parte, se resaltan leyes que van en pro del mejoramiento de la salud, como la Ley 1955 de 2019 por el cual se expide el Plan de Desarrollo 2018-2022 y la Ley 1438 de 2011 que reforma y fortalece el SGSSS para promover que las instituciones y la sociedad mejoren su salud, partiendo de la promoción de ambientes sanos y saludables que ofrezcan servicios de calidad integral e integrada; al igual se crea y se estipulan las funciones del observatorio nacional de salud mental (ONSM). Del mismo modo, la resolución 429 de 2016, la cual crea la política de atención integral en salud PAIS, propende por la mejora de las condiciones en salud para toda la población, por medio de la regulación sectorial e intersectorial para la garantía de la accesibilidad de los residentes de Colombia (Minsalud, s.f).

Los servicios de salud y en especial los servicios de salud mental se han reglamentado a partir de la Ley 1616 del 2013, la cual tiene por objeto:

garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. (p. 1)

La ley de salud mental como derecho fundamental se consagra como una prioridad para el estado, donde será el encargado de proveer el acceso a la atención integral. La salud mental debe ser considerada como un tema esencial para garantizar el bienestar y la calidad de vida, es por eso que a través del Plan decenal de salud pública se promueve, como dimensión primordial, la salud mental.

3.3 Marco referencial

3.3.1 Salud

La construcción del concepto de salud es abordada desde Gavidia y Talavera (2012), los autores refieren las nociones que se han empleado para denominar salud, no sin antes resaltar que es un concepto dinámico que se condiciona de acuerdo al contexto y las percepciones de las personas. Es decir, la salud desde su etiología ha sido abordada desde el campo médico, desde lo fisiológico como la ausencia de enfermedad y desde lo sanitario como la incidencia de los determinantes sociales de la salud (DSS) (Yuste, 1988).

En concordancia con lo anterior, Gavidia y Talavera (2012) precisan que el término de salud tiene múltiples características que la convierten en una palabra difícil de conceptualizar, ya que debe analizarse tanto desde lo contextual, como desde sus postulados básicos y sus distintos ideales; los primeros se basan, ya sea en el médico-asistencial, el de los pacientes, el sociológico, el económico y político, el filosófico y antropológico y el ideal y utópico, los segundos, en dos tipos, los neutralistas y las normativas y los últimos, son tomados desde cuatro concepciones: las que se restringen a lo estrictamente corporal, las que incluyen los factores psíquicos, las que incluyen los aspectos sociales y las ideales y utópicas.

La salud se ha concebido como parte fundamental del sostenimiento del ser humano y desde distintos abordajes se ha presentado la definición de salud. Por su parte, la OMS en 1948 la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1).

Del mismo modo, Morales 1994 (como se citó en Muñoz-Rodríguez y Basco, 2016) precisa que San Martín considera a la salud como:

noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico,

psicológico, mental y social, fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y por su grupo como una manifestación de un estado mórbido. (p. 189)

A pesar de las variadas definiciones que se le han atribuido a salud, la que nos presenta la OMS es reconocida universalmente y aceptada.

3.3.2 Salud mental

A pesar de que la definición sobre salud mental que reposa hoy en día como la más actual es proveniente de la OMS, Lopera (2013) por su parte precisa que el origen del término se remonta a comienzos del siglo XX con el Movimiento de Higiene Mental estadounidense y de ramas del conocimiento como la psiquiatría clínica, entre otras. El autor resalta además que el concepto técnico de salud mental es planteado en 1950, el cual no concuerda con el término de higiene mental que le precede.

La OMS propone en 1950 la definición de salud mental, la cual es entendida como, “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2018, párr. 5).

La salud mental es un término sujeto a fluctuaciones por su carácter ideológico (creencias, temores, valores, costumbres y prácticas de vida) y político. Sin embargo, el autor resalta que sus inicios datan desde la concepción de higiene mental, la cual se enfoca en la conservación por medio de actividades y técnicas de la salud mental.

La definición que acompaña a la salud mental también puede ser tomada desde la Ley 1616 2013, la cual la plantea como:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana,

para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

(p. 1)

La salud mental ha tomado múltiples interpretaciones por las personas, muchos refieren a la salud mental como el sentirse bien o sentirse en calma consigo mismo, la realidad es que la salud mental compromete todas las esferas con las que interactúa la persona, es decir, son todas aquellas dimensiones o actividades con las que las personas viven. “Por esta razón ya no sería correcto hablar sólo de salud mental, sino de lo mental en salud” (Muñoz-Rodríguez y Basco, 2016, p. 189).

3.3.3 Percepción de salud

Percepción es un término que es indagado por Roca (1991) en su trabajo *Percepción: usos y teorías*; donde aborda diferentes autores que señalan tanto el origen del concepto como sus diferentes denominaciones. Así pues, uno de los autores citados por Roca refiere que el término percepción proviene del latín *percipere* o también del término *capere*, términos que apuntan a palabras como coger, captar o apoderarse de una cosa. Del mismo modo, precisa que en sí, la palabra percepción, tiene diferentes perspectivas, tales como la biológica, la física y la social. Ahora bien, de las mencionadas, la percepción social recoge aspectos fundamentales para el presente trabajo, ya que se basa en la valoración que las personas hacen de determinada situación.

La salud percibida es tomada desde Mikolajczyk et al. 2008 (como se citó en Chau y Vilela, 2017), como “una adecuada medida de la salud objetiva y subjetiva” (p. 391). Además resaltan que a la salud percibida se le relacionan múltiples variables, entre las cuales se encuentran las sociodemográficas que se enmarcan en características como el sexo, la edad, el lugar de procedencia y el nivel socioeconómico; por otra parte, las conductas de salud como el cuidado físico (no consumir sustancias psicoactivas o alcohol y tabaco) y por último, las variables psicológicas que comprenden el estado del ánimo, el bienestar subjetivo, entre otros.

Por consiguiente, Caicedo y Berbesi (2015) mencionan que la percepción de la propia salud se constituye como un indicador para comprender las condiciones de vida de las personas y las poblaciones. Al igual, resaltan que a través del recorrido por la literatura se encuentra que tener buena o mala percepción en salud depende de diversas variables, como lo menciona Aguilar-Palacio et al. (2015) quienes plantean que la salud percibida es “un fenómeno multidimensional que proporciona información sobre la salud física y mental del individuo, y se ha asociado con la mortalidad, la morbilidad y el uso de servicios sanitarios” (p. 38).

3.3.4 Determinantes sociales de la Salud

En primera instancia para definir los determinantes sociales de la salud (DSS) encontramos a la Organización Mundial de la Salud, donde los dan a conocer como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OMS, s.f, párr. 7). Respecto a lo anterior, los DSS involucran aspectos culturales, políticos, económicos, ambientales, entre otros que influyen ya sea de manera positiva o negativa en el desenvolvimiento cotidiano de las personas y la población.

Sin embargo, Mejía (2013) enuncia lo que sería una primera pronunciación para la determinación del concepto, es decir, indica que de acuerdo a la conferencia de Alma Ata en 1978 se comenzó a plasmar objetivos que apuntan a la garantía de adecuadas condiciones de vida, donde tomando en cuenta aspectos sociales, políticos, económicos y éticos, se pueda superar las desigualdades en salud existentes entre países. En últimas, la conferencia como tal no estipula el concepto de DSS, pero brinda una mirada importante para su construcción.

Del mismo modo, la conferencia de Ottawa en 1986 manifiesta en su contenido que factores biológicos, políticos, económicos, sociales, culturales, de conducta y del medio ambiente influyen directamente en la salud de las personas.

A partir de los anteriores aportes, otras conferencias reafirmaron sus pronunciamientos y precisan aspectos complementarios para su continuo desarrollo, como la de Adelaida en 1988, la conferencia de Yakarta en 1997, la conferencia de México en el 2000 y la de Bangkok en 2005.

A partir de lo anterior, Rodríguez-Triana y Benavides-Piracón (2016) añaden que los DSS permiten “entender la salud como un producto social, en donde diferentes saberes disciplinares interactúan para lograr la garantía del derecho a la salud de los ciudadanos” (p. 360). Agregan además que los DSS involucran factores que son tomados como esenciales para la supervivencia del ser humano, tales como el agua potable, una vivienda digna, un adecuado medio ambiente, favorables condiciones de trabajo, entre otros.

Los autores se refieren a dos tipos de determinantes, los estructurales e intermediarios; a los cuales precisan, “los primeros, agrupan la posición socioeconómica, estructura social, nivel educativo e ingreso; los segundos, hacen referencia a las condiciones de vida y trabajo, disponibilidad de alimentos, comportamientos, factores biológicos y psicosociales, además del sistema de salud” (p. 361).

3.3.5 Acceso a los servicios de salud mental

González et al. (2016) toman del libro *El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia* la definición para acceso a servicios de salud mental, donde sus autores lo refieren como “el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente” (p. 94).

La anterior definición es el referente más encontrado en la literatura, diversos autores la aceptan y la divulgan desde sus investigaciones.

3.3.6 Inequidades sociales en salud (ISS)

Whitehead y Dahlgren (2007) (como se citó en Barboza-Solís et al., 2020) las refieren como “las diferencias sistemáticas, socialmente producidas, remediables e injustas en el estado de salud entre

diferentes grupos sociales” (p. 18), es decir, “las ISS son las diferencias de salud entre grupos que por su naturaleza social se consideran injustas” (Barboza-Solís et al., 2020, p. 18).

Del mismo modo, el grupo de análisis del Healthy People 2020 en Estados Unidos (como se citó en Barboza-Solís et al., 2020) las define como:

Un estado particular de salud que está estrechamente relacionado con las desventajas económicas, sociales o ambientales. Las inequidades en la salud afectan adversamente a grupos de personas que han experimentado sistemáticamente mayores barreras sociales o económicas para la salud en función de su grupo racial o étnico, religión, estatus socioeconómico, género, edad o salud mental; discapacidad cognitiva, sensorial o física; orientación sexual o identidad de género; ubicación geográfica, u otras características históricamente vinculadas a la discriminación o exclusión. (p. 14)

Por lo tanto, las inequidades corresponden a la falta de oportunidades en salud; al igual que son acciones encaminadas a beneficiar intereses particulares que perpetúan la desigualdad. Las inequidades siendo evitables, continúan marcando un problema enorme en materia de salud en diversos países.

3.3.7 Barreras en acceso a la salud mental

Las barreras en salud y en salud mental pueden tomarse como un obstáculo constante que las personas perciben. Por esto, González et al. (2016) resaltan que las barreras involucran diversos factores que condicionan su abordaje, es decir, las barreras van desde el miedo a solicitar el servicio al desconocimiento de la oferta en servicios.

Del mismo modo, señalan que las barreras pueden tomarse desde dos vertientes, barreras de acceso por oferta o barreras por demanda comportamental. En otros términos, las primeras corresponden a las barreras estructurales que hacen referencia a las limitaciones geográficas, costos de transporte, entre otros; y las segundas, pertenecen a las actitudinales, consideradas como aquellas que están “asociadas usualmente al estigma propio de la enfermedad mental, las creencias negativas frente

a los sistemas de salud, la mala interpretación acerca de las consecuencias a los tratamientos, la baja necesidad percibida de requerir ayuda y el autoestigma” (González et al., 2016, p. 94).

Por otra parte, Gómez Restrepo et al. (2020) mencionan que las barreras actitudinales 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 al reconocimiento de la enfermedad mental, la toma de conciencia de la necesidad de atención y su posterior acceso a este servicio. (p. 2)

Los términos tratados en este apartado son la base para la investigación porque denotan la esencia del estudio; tomar en consideración la definición de los términos salud, salud mental, percepción de salud, determinantes sociales de la salud, acceso a los servicios de salud mental, inequidades sociales en salud y barreras en salud mental permiten tener una mejor claridad de los diferentes componentes que se relacionan con la salud mental. De igual forma, enfatizar en estos conceptos significa entender la importancia de tratar a la salud mental como una cuestión de salud pública, donde se debe procurar su promoción y prevención.

4 Objetivos

4.1 Objetivo general

Analizar la percepción sobre la salud mental y del acceso a los servicios de salud mental en adultos entre los 18 y 59 años de edad pertenecientes al sistema de salud colombiano en el municipio de Donmatías, Antioquia.

4.2 Objetivos específicos

- Describir la percepción en salud mental autopercibida de adultos entre los 18 y 59 años en el municipio de Donmatías, Antioquia.
- Identificar la percepción del acceso a los servicios de salud mental en adultos entre los 18 y 59 años en el municipio de Donmatías, Antioquia.

- Revisar la incidencia del acceso a los servicios en salud mental sobre la percepción en salud mental de adultos entre los 18 y 59 años en el municipio de Donmatías, Antioquia.

5 Metodología

5.1 Enfoque

La investigación se centra en recolectar y analizar la percepción en salud mental y en el acceso a servicios en salud mental reportados por adultos del municipio de Donmatías, Antioquia, entendiendo que las percepciones se constituyen y materializan a través de la relación de la persona con su entorno concreto, generando una autopercepción por articulación con la experiencia.

En concordancia con el problema planteado y los diferentes objetivos propuestos, la investigación se enmarca en un enfoque cuantitativo, el cual se caracteriza por medir fenómenos y utilizar estadística para probar hipótesis o teorías (Hernández Sampieri, 2014). La investigación cuantitativa al ser una herramienta que generaliza resultados para determinar particularidades, permite tener una idea más global de la percepción de la población objeto de estudio, donde al medir una muestra significativa de personas se puede tener mayor precisión sobre la percepción de la salud mental y los obstáculos para el acceso a los servicios en salud mental en el municipio de Donmatías.

5.2 Nivel de la investigación

La investigación corresponde a un nivel descriptivo, de tipo selectivo, pues la investigación concierne a encontrar características propias de la población a través de una muestra representativa; adicionalmente, el alcance de la investigación será comparativo porque analiza la relación entre variables al examinar las diferencias que puedan existir entre los grupos, aprovechando las situaciones diferenciales iinstauradas a priori (Sistema de salud colombiano) (Ato et al., 2013). Se pretende conocer y relacionar la manera en que las divisiones propias del sistema de salud colombiano, regímenes contributivo y subsidiado, tienen efectos sobre la salud mental percibida y el acceso a los servicios de salud mental de los habitantes del municipio de Donmatías, Antioquia..

5.3 Diseño de la investigación

El diseño que se utilizará en la investigación es no-experimental transversal, dadas las características no se puede controlar o producir la variable independiente y se debe tomar desde las vivencias propias de los sujetos en relación al sistema de salud colombiano, en función de las divisiones de la variable independiente (Ato et al., 2013).

5.4 Población

Para la investigación se fijó como población los adultos del municipio de Donmatías, Antioquia, pertenecientes o afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, comprendidos entre los 18 a los 59 años de edad, para un total de 9.812; Se toma específicamente este rango de edades porque son personas sin un estado especial de protección en el SGSSS.

5.4.1 Muestra

Hernández Sampieri (2014) define a la muestra como un “subgrupo del universo o población del cual se recolectan los datos y que debe ser representativo de ésta” (p. 173). La muestra siendo esa delimitación de la población adulta cuya edad se encuentra entre los 18 a los 59 años lo que permite generalizar los datos, se propone la muestra probabilística, la cual se seleccionó para esta investigación, porque a diferencia de la no probabilística, utiliza fórmulas para el cálculo de la muestra.

Para determinar el número de la muestra se utilizó una calculadora muestral de uso libre, dando como resultado para el número de población, con un nivel de confianza del 90% y un margen de error del 10%, una muestra total de 68 personas.

La muestra es seleccionada por conveniencia debido a que las características de la población delimitada no permiten que el muestreo sea aleatorio, sino que implican realizar una búsqueda activa de la población que cumplan con los criterios de selección.

5.5 Hipótesis

5.5.1 Hipótesis alterna

El acceso a los servicios de salud mental incide en la percepción de la salud mental

5.5.2 Hipótesis nula

El acceso a los servicios de salud mental no incide en la percepción de la salud mental

5.6 Criterios de inclusión

Residentes del municipio de Donmatías, Antioquia.

Personas entre los 18 a 59 años.

Afiliado al SGSSS en el régimen contributivo o subsidiado.

5.7 Criterios de exclusión

Personas con discapacidad física para contestar la encuesta.

Persona con discapacidad mental.

Víctimas del conflicto armado por recibir atención prioritaria.

Poblaciones pertenecientes a grupos étnicos por recibir atención prioritaria.

Embarazadas por recibir atención prioritaria

Afiliados al SGSSS del régimen especial.

Personas que contratan medicina prepagada.

Población pobre no asegurada.

Personas que no cumplen con el rango de edad anteriormente descrito.

5.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

5.8.1 Caracterización sociodemográfica

Tiene como intención hacer una recolección de información básica de la población que permita categorizarla para alcanzar los propósitos de la investigación. La caracterización socioeconómica incluye

información como edad, género, escolaridad, ocupación actual, zona poblacional donde vive, estrato socioeconómico, régimen del sistema de salud y entidad administradora de planes de beneficios.

5.8.2 Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12)

El GHQ-12 es un cuestionario validado en Colombia por Ruiz et al. (2017) en su investigación: *Validez del Cuestionario General de Salud-12 en Colombia y equivalencia factorial entre participantes clínicos y no clínicos*; el cuestionario consta de 12 ítems que permiten evaluar autopercepción de la salud mental. La respuesta a los ítems es tipo Likert de cuatro apartados (0, 1, 2,3). (Ver tabla 1)

Tabla 1

Ficha técnica GHQ-12

Cuestionario de Salud General-12 ítems		
GHQ-12	Versión Colombiana	Original
Nombre	Cuestionario General de Salud-12	General Health Questionnaire-12 ítems
Autor(es)	Ruiz, F. J., García-Beltrán, D. M., y Suárez-Falcón, J. C	Goldberg DP
Referencia	Ruiz, F. J., García-Beltrán, D. M., y Suárez-Falcón, J. C. (2017). Validez del Cuestionario General de Salud-12 en Colombia y equivalencia factorial entre participantes clínicos y no clínicos. <i>Investigación en psiquiatría</i> , 256, 53-58. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.020	Psychol Med. 1997 Jan;27(1):191-7
Correspondencia		Professor Emeritus of King's College London David Goldberg Centre, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London SE5 8AF, info@gl-assessment.co.uk
E-mail		
Otros	Barrios, I., y Torales, J. (2017). Salud mental y calidad de vida autopercebida en estudiantes de medicina de Paraguay. <i>Revista Científica Ciencia Médica</i> , 20(1), 5-10. https://dialnet.ezproxy.uniminuto.edu/servlet/articulo?codigo=7602411 Villa González, I. C., Zuluaga Arboleda, C., y Restrepo Roldan, L. F. (2013). Propiedades psicométricas del	

Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. Avances en psicología latinoamericana, 31(3), 532-545. https://dialnet.ezproxy.uniminuto.edu/servlet/articulo?codigo=4798408	
Características	
Conceptos medidos: Otros	Nº de ítems: 12
Enfermedad: Trastornos mentales y del comportamiento	Dimensiones: 4 subescalas: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave.
Características	
Población: Todos los géneros	Medidas: Psicométrico
Edades: Adultos	Palabras clave: Ansiedad, depresión

Tabla 1. Ficha técnica del cuestionario de Salud General-12 ítems. BliBliPRO. (s.f).

Barrios y Torales (2017) señalan que el instrumento es elaborado por David Goldberg en 1997 tiene el objetivo de “evaluar niveles de salud mental autopercebidos en individuos o grupos de riesgo, y estimar la asociación entre la salud mental e indicadores de salud objetivos y con otras categorías psicosociales” (p. 6).

Asimismo, Villa et al. (2013) precisan que el GHQ-12:

ha demostrado ser una herramienta efectiva para la valoración de la salud mental en población general y en población clínica, siendo uno de los instrumentos de tamizaje validado más utilizado en todo el mundo y uno de los más recomendados para ser empleado en encuestas de salud. (p. 532)

De este modo, el cuestionario GHQ-12 permite a la investigación estimar cuál es la percepción en salud mental de los adultos afiliados al SGSSS residentes en el municipio de Donmatías, Antioquia.

(Ver anexo 1)

5.8.3 Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares Colombianos (EASS)

La EASS es un instrumento diseñado por Arrivillaga et al. (2016) para medir acceso a servicios de salud en Colombia, consta de la identificación del hogar y 5 módulos (Perfil Sociodemográfico del Jefe/a del Hogar o Adulto Informante - Perfil socioeconómico del Hogar - Acceso a Servicios Preventivos - Acceso a Servicios Curativos o de Rehabilitación - Gasto de bolsillo en acceso), los cuales suman en total 53 preguntas que contienen a su vez apartados con preguntas complementarias. El cuestionario indaga sobre el uso de los servicios de salud, barreras que perciben los usuarios, calidad de la atención, entre otros.

Tabla 2

Ficha técnica EASS

Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares Colombianos (EASS)	
Nombre	Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares Colombianos (EASS)
Autor(es)	Arrivillaga, M., Aristizabal, J. C., Pérez, M., y Estrada, V. E.
Referencia	Arrivillaga, M., Aristizabal, J. C., Pérez, M., y Estrada, V. E. (2016). Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. Gaceta Sanitaria, 30(6), 415-420. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.008
Correspondencia	Marcela Arrivillaga Quintero
E-mail	marceq@javerianacali.edu.co
Conceptos medidos:	Acceso a los servicios de salud, uso de los servicios de salud, barreras que perciben los usuarios, calidad de la atención
Duración de aplicación:	60 minutos
Población:	Todos los géneros
Edades:	Adultos

Tabla 2. Ficha técnica la Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares Colombiano (EASS). Elaboración propia.

El instrumento al reunir parámetros adecuados para medir acceso a servicios, proporciona las bases para hacer la adaptación a servicios en salud mental, la cual tiene como propósito la presente investigación, medir percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental en adultos afiliados al SGSSS residentes en el municipio de Donmatías, Antioquia.

El instrumento se modificó para recolectar información que sirva en función del propósito de la investigación, es decir, salud mental. Las adaptaciones realizadas a la encuesta fueron notificadas a la autora, quien refirió que todas las modificaciones debían ser declaradas. Adicionalmente, se llevó un proceso de validación de contenido junto a la asesora del proyecto para mantener la calidad de los ítems.

La encuesta EASS adaptada al acceso a servicios de salud mental es un instrumento que se suministra a la población general que cumpla con los criterios de inclusión en el municipio de Donmatías, por tal motivo, no se aplica en hogares, sino que es aplicada en el ámbito individual.

Del mismo modo, se opta por suprimir la primera parte de la encuesta, identificación del hogar, ya que no es información relevante para la presente investigación, al ser aplicada de manera individual.

Las modificaciones a las preguntas se presentarán por módulos como está constituida la encuesta original.

Se omite el último apartado de la encuesta, observaciones, ya que la encuesta es de corte cuantitativo y solo se admiten respuestas precisas. (Ver anexo 2)

Tabla 3

Modificación de la encuesta EASS

Módulo 1: Perfil Sociodemográfico del participante		
Pregunta original	Modificación	Omisión / Omisión de pregunta
1. ¿Es hombre o mujer?	1. Género	
2. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	2. Sin modificación	
3.	3.	De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ¿usted se reconoce como?

4. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado del Jefe/a del Hogar?	4. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado?	
5. ¿Cuál es su estado civil actual?	5. Sin modificación	
6. Marque la opción o perfil que más se ajuste a la situación laboral u ocupacional del Jefe/a del Hogar en el momento actual o de la última ocupación	6. Marque la opción o perfil que más se ajuste a la situación laboral u ocupacional en el momento actual o de la última ocupación	
7. ¿A qué EPS está afiliado? No afiliado a ninguna EPS	7. Sin modificación	No afiliado a ninguna EPS
8. ¿Su régimen de salud es?	8. Sin modificación	
9. ¿Cuál es el ingreso del Jefe/a del Hogar?	9. ¿Cuál es su ingreso?	

Módulo 2. Perfil socioeconómico del Hogar (Perfil socioeconómico)

Pregunta original	Modificación	Omisión / Omisión de pregunta
1 ¿Cuál es el estrato socioeconómico de la vivienda?	1 ¿Cuál es el estrato socioeconómico?	
2.	2.	¿Cuál considera usted que son los ingresos mensuales de su hogar?
3.	3.	La vivienda que ocupa este hogar es:
4. Zona de ubicación de la vivienda	4. Sin modificaciones	

Módulo 3: Acceso a Servicios Preventivos (servicios de salud mental)

Pregunta original	Modificación	Omisión / Omisión de pregunta
1 Sin estar enfermo(a) y por prevención ¿usted o algún miembro de este hogar consultó en el último año?	1. Sin estar enfermo(a) y por prevención ¿usted consultó en el último año por salud mental? Se modifican las respuestas	

2.	2,	Servicios preventivos primer año de vida: ¿En este hogar hay niños menores de 1 año? SI ¿Cuántos? NO
3.	3,	Servicios preventivos 1 a 5 años de vida: ¿En este hogar hay niños entre 1 y 5 años? SI ¿Cuántos? NO
4.	4,	Servicios preventivos 6 a 10 años de vida: ¿En este hogar hay niños entre 6 a 10 años? SI ¿Cuántos? NO
5.	5,	Servicios preventivos 11 a 19 años de vida: ¿En este hogar hay mujeres jóvenes entre 11 y 19 años? SI ¿Cuántos? NO ¿En este hogar hay hombres jóvenes entre 11 y 19 años? SI ¿Cuántos? NO
5, El caso seleccionado para consulta de servicios corresponde al JEFE/A DEL HOGAR o ADULTO INFORMANTE SI NO	5, El caso seleccionado para consulta de servicios en salud mental al ADULTO Se realizó modificación a respuestas para que apuntan a salud mental.	
6.	6,	Servicios preventivos 20 a 29 años de vida: ¿En este hogar hay mujeres entre 20 y 29 años? SI ¿Cuántos? NO ¿En este hogar hay hombres entre 20 y 29 años? SI ¿Cuántos? NO
7.	7,	Servicios preventivos 30 a 44 años de vida: ¿En este hogar hay mujeres entre 30 y 44 años? SI ¿Cuántos? NO

		¿En este hogar hay hombres entre 30 y 44 años? SI ¿Cuántos? NO
8.	8,	Servicios preventivos Mayores de 45 años: ¿En este hogar hay mujeres mayores de 45 años? SI ¿Cuántos? NO ¿En este hogar hay hombres mayores de 45 años? SI ¿Cuántos? NO
9.	9,	Servicios preventivos durante el Embarazo: ¿En este hogar hay mujeres embarazadas? SI ¿Cuántas? NO
10. ¿En el desplazamiento para llegar al servicio de ATENCIÓN BÁSICO EN SALUD, usted o su familia utiliza más de un medio de transporte?	10, ¿En el desplazamiento para llegar al servicio de atención básico o especializado en salud mental, usted utiliza más de un medio de transporte?	
11. ¿Cuál(es) utiliza más frecuentemente?	11, Sin modificaciones	
12. ¿En cuánto tiempo llega al lugar de la atención en salud?	12, ¿En cuánto tiempo llega al lugar de la atención en salud mental?	

Módulo 4: Acceso a Servicios Curativos o de Rehabilitación (servicios de urgencias)

Pregunta original	Modificación	Omisión / Omisión de pregunta
1, En los últimos 6 meses, ¿usted o algún miembro de su familia tuvo que acudir al servicio de urgencias en una institución prestadora de servicios pública o privada?	1, En los últimos 6 meses, ¿usted tuvo que acudir al servicio de urgencias por salud mental en una institución prestadora de servicios pública o privada?	

2. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de llegar al servicio de urgencias y la consulta médica?	2, ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de llegar al servicio de urgencias y la atención por el profesional?
3. ¿Durante su estancia en el servicio de urgencias usted considera que le brindaron la atención necesaria para su problema de salud?	3, ¿Durante su estancia en el servicio de urgencias usted considera que le brindaron la atención necesaria para su problema de salud mental?
4. ¿Cuál fue la razón principal por la que no le brindaron asistencia en el servicio de urgencias?	4, Sin modificaciones
5. En general considera que la calidad del servicio de urgencias fue:	5, Sin modificaciones
6. ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de atención en urgencias?	6, Sin modificaciones
7. ¿En los últimos 6 meses usted o algún miembro de su familia, cuando han tenido algún problema de salud, ha consultado a médico general?	7, ¿En los últimos 6 meses, cuando usted ha tenido algún problema de salud mental, ha consultado?
8. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico general?	8, ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta?
9. ¿El médico general le brindó la atención necesaria para su problema de salud?	9, ¿El profesional le brindó la atención necesaria para su problema de salud mental?

10. Luego de la consulta médica general tuvo alguno de los siguientes problemas para el tratamiento? (Puede marcar varias opciones)	10, Luego de la consulta en salud mental tuvo alguno de los siguientes problemas para el tratamiento? (Puede marcar varias opciones)
11. ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de la consulta médica general?	11, ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de la consulta en salud mental?
12. ¿Fue remitido a especialista por el médico general?	12, Sin modificaciones
13. A qué especialista fue remitido	13, Sin modificaciones Se realizó modificación a las respuestas
14. El especialista que lo atendió fue por	14, Sin modificaciones Se realizó modificación a las respuestas
15. ¿Cuántos tiempo transcurrió entre el momento de la solicitud de la cita con especialista y la autorización a la EPS?	15, Sin modificaciones
16. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre la autorización a la EPS y la consulta con el especialista?	16, Sin modificaciones
17. ¿El médico especialista le brindó la atención necesaria para su problema de salud?	17, ¿El especialista le brindó la atención necesaria para su problema de salud mental?
18. Por la situación consultada, ¿le formularon medicamentos?	18, Sin modificaciones
19. ¿Estos medicamentos le fueron entregados por cuenta	19, Sin modificaciones

de la institución a la cual está afiliado?

- | | |
|--|--|
| 20. Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos (algunos o ninguno)? | 20, Sin modificaciones |
| 21. En general, considera que la calidad de la prestación del servicio de salud (medicina general o medicina especializada) fue: | 21, En general, considera que la calidad de la prestación del servicio de salud mental fue: |
| 22. ¿Cuál es el aspecto que más influyó en su percepción sobre la calidad de la prestación del servicio? | 22, Sin modificaciones |
| 23. ¿Cuál fue la razón principal por la que no consultó al médico general? | 23, ¿Cuál fue la razón principal por la que no consultó al profesional de salud mental? |
| 24. Si no consultó, ¿de qué manera resolvió su situación de salud? | 24, Si no consultó, ¿de qué manera resolvió su situación de salud mental?
Se realizan modificaciones en las respuestas. |
| 25. En los últimos 6 meses, ¿usted o algún miembro del hogar ha tenido alguna hospitalización? | 25, En los últimos 6 meses, ¿usted ha tenido alguna hospitalización por salud mental? |
| 26. La hospitalización fue: | 26, Sin modificaciones |
| 27. ¿Cuánto tiempo transcurrió en urgencias entre la orden de hospitalización y el traslado a la cama asignada? | 27, Sin modificaciones |
| 28. ¿Durante la hospitalización usted considera que le brindaron la atención necesaria para su problema de salud? | 28, ¿Durante la hospitalización usted considera que le brindaron la atención necesaria para su problema de salud mental? |
-

29. En general, considera que la calidad de la hospitalización fue

29, Sin modificación

30. ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de la hospitalización?

30, Sin modificación

Módulo 5: Gasto de Bolsillo en Acceso

Pregunta original	Modificación	Omisión / Omisión de pregunta
1. La última atención en salud de usted o algún miembro de su familia fue:	1, La última atención en salud mental de usted fue:	
2. ¿Usted pagó cuotas moderadoras y/o copagos por la última atención recibida?	2, Sin modificaciones	
3. ¿Cuánto pagó en total por medicamentos, exámenes y procedimientos no autorizados o no entregados por la EPS?	3, Sin modificaciones	
4.	4,	¿Cuánto pagó en total por lentes, audífonos o aparatos ortopédicos (muletas, sillas de ruedas, etc.)?
5. ¿Cuánto pagó en total en gastos extras como transporte, alojamientos y alimentación?	5, Sin modificaciones	
6. Otros gastos. ¿Cuál?	6, Sin modificaciones	

Tabla 3. Adaptación de la encuesta EASS a los servicios de salud mental.

5.9 Variables

Variables es definido como una “Propiedad que tiene una variación que puede medirse u observarse” (Hernández, 2014, p. 105), por ende, la variable se puede entender como todos aquellos factores o atributos que se puedan aplicar tanto a personas, objetos, fenómenos y demás. En esta

sección de la investigación se va a analizar la incidencia del sistema de salud colombiano sobre la percepción propia en salud mental y en el acceso a los servicios en salud mental.

5.9.1 Variable independiente

Sistema de salud colombiano en sus diferentes clasificaciones del sistema de salud colombiano: Esta variable se operacionalizará por las características propias del sistema de salud, teniendo en cuenta tanto el régimen al que pertenece como las Entidades Promotoras de Salud.

5.9.2 Variables dependientes

Percepción sobre la propia salud mental: Se operacionalizará por medio de la prueba GHQ-12 utilizada en múltiples estudios sobre percepción en salud mental.

Percepción en el acceso a los servicios en salud mental: Esta variable se operacionalizará a través de la encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos (Arrivillaga et al., 2016), adaptada a los servicios de salud mental.

5.10 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Se realizará muestreo por conveniencia difundiendo el estudio a través de plataformas sociales, internet y medios de comunicación; se suministrará el paquete de pruebas junto al consentimiento informado a los participantes, señalando el propósito de la investigación. El procedimiento se diligenciará vía web. La evaluación se realizará de manera individual y con instrucciones claras.

Con los datos recolectados se realizará a través del software estadístico SPSS versión 28 el procedimiento de regresión lineal automática con la puntuación de la percepción de la salud mental (GHQ-12) como variable destino, observando como los datos recolectados en el EASS inciden sobre esta.

6 Consideraciones éticas

La investigación toma en consideración la Resolución 8430 de 1993 que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y la Ley 1090 del 2006 que reglamenta el ejercicio del profesional en psicología.

El estudio se ciñe a lo señalado en el artículo 5 de la Resolución 8430 de 1993 “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar” (Minsalud, 1993, p. 2) y lo plasmado en el Código Deontológico del Psicólogo (2006) “el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos” (p. 13).

La investigación toma la confidencialidad como algo primordial y esencial, por eso los participantes firman un consentimiento informado donde se garantiza su dignidad e integralidad, así como otros derechos entre los que se incluyen, poder retirarse libremente de la investigación. La investigación se centra en el interés puramente académico, por lo tanto se evita la divulgación de la identidad de las participantes y sus respuestas. Los resultados obtenidos en la investigación serán globales y aportarán a estudios futuros en el campo de la salud mental.

7 Resultados

7.1 Caracterización sociodemográfica

En primera instancia, se realizó una caracterización sociodemográfica de la muestra recolectada correspondió a 71 personas, con una media de edad de 29.11 años (DE=8,335) con las siguientes características poblacionales:

Tabla 4

Género

Total	71	100%
Hombres	22	31%
Mujeres	49	69%

Tabla 4. Representación de la división por género de la muestra total.

Se observa en la tabla 4 que de la población total (71), 22 eran hombres (31%) y 49 mujeres (69%).

Respecto al nivel académico se encontraron los siguientes datos presentados en la tabla:

Tabla 5

Nivel académico

Nivel académico	Total	%
Secundaria incompleta	3	4.2%
Educación técnica incompleta	9	12.7%
Formación universitaria incompleta	9	12.7%
Secundaria completa	14	19.7%
Técnica completa	15	21.1%
Universitaria completa	21	29.6%

Tabla 5. Representación del nivel académico de la muestra.

Secundaria incompleta (4.2%), educación técnica incompleta (12.7%), formación universitaria incompleta (12.7%), secundaria completa (19.7%), técnica completa (21.1%), universitaria completa (29.6%).

El estado civil de los participantes se representa en la tabla de la siguiente manera:

Tabla 6

Estado civil

Estado civil	Total	%
Separado	3	4.2%
Casado	8	11.3%
Unión libre	19	26.8%
Solteros	41	57.7%

Tabla 6. Representación del estado civil de la muestra.

Separado (4.2%), casado (11.3%) unión libre (26.8%), y solteros (57.7%).

Por otra parte, al revisar las ocupaciones de los participantes se encontró:

Tabla 7

Ocupación laboral

Ocupación	Total	%
Empleado doméstico	2	2.8%
Estudiante	2	2.8%
Empleador	2	2.8%
Jornalero	4	5.6%
Trabajador independiente	5	7%
Empleador del gobierno	11	15.5%
Profesional independiente	12	16.9%
Desempleado	13	18.3%

Empleados de empresa particular	20	28.2%
---------------------------------	----	-------

Tabla 7. Representación de la ocupación laboral de la muestra

Empleado doméstico (2.8%), estudiante (2.8%), empleador (2.8%), jornalero (5.6%), trabajador independiente (7%), empleados del gobierno (15.5%), profesional independiente (16.9%), desempleado (18.3%) y empleados de empresa particular (28.2%).

El ingreso equivalente de la muestra corresponde a los siguientes datos de la tabla:

Tabla 8

Ingreso económico

Ingreso Económico	Total	%
Entre 3.6 y 6 SMMLV	1	1.4%
Más de 3.6 SMMLV	3	4.2%
Menos de un SMMLV	29	40.8%
Entre 1 y 3.5 SMMLV	38	53.5%

Tabla 8. Representación del ingreso económico de la muestra

Entre 3.6 y 6 SMMLV (1.4%), más de 3.6 SMMLV (4.2%), menos de 1 SMMLV (40.8%) y entre 1 y 3.5 SMMLV (53.5%). A partir de lo anterior, el DANE resalta dentro de sus resultados de la pobreza monetaria en Colombia que “La línea de pobreza monetaria per cápita nacional 2020 fue \$331.688; en el caso de un hogar de cuatro personas fue \$1.326.752”, (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2021, párr 2) lo que significa que los participantes de la muestra se encuentran en condiciones económicas aceptables, ya que según el informe, una persona que tenga ingresos por encima de \$331.68 no es considerada una persona pobre.

El estrato socioeconómico de la muestra se divide en:

Tabla 9

Estrato socioeconómico

Estrato socioeconómico	Total	%
5	1	1.4%
1	3	4.2%
4	6	8.5%
3	19	26.8%
2	42	59.1%

Tabla 9. Representación del estrato socioeconómico de la muestra

Estrato 5 (1.4%), estrato 1 (4.2%), estrato 4 (8.5%), estrato 3 (26.8%), estrato 2 (59.1%).

La ubicación de la muestra se encuentra:

Tabla 10

Ubicación

Ubicación	Total	%
Resto centro poblado	2	2.8%
Resto rural disperso	8	11.3%
Cabecera municipal	61	85.9%

Tabla 10. Representación de la ubicación de la muestra

Resto centro poblado (2.8%), resto rural disperso (11.3%) y cabecera municipal (85.9%),

División de la muestra por régimen de salud:

Tabla 11

Régimen de y tipo de afiliación

Régimen de afiliación	Total	%
Subsidiado	24	33.8%

Contributivo	47	66.2%
	Cotizante	Beneficiario
Total	32	15
%	68.1%	31.9%

Tabla 10. Representación del régimen de y tipo de afiliación de la muestra.

De la muestra, el 33.8% de las personas pertenecen al régimen subsidiado y el 66.2% al régimen contributivo, dentro del régimen contributivo el 31.9% son beneficiarios y 68.1% cotizantes

Distribución de la muestra por EPS de afiliación:

Tabla 12

EPS afiliado

EPS afiliado	Total	%
Red vital	3	4.2%
Nueva EPS	3	4.2%
Salud Total	4	5.6%
Savia Salud	13	18.3%
SURA	48	67.6%

Tabla 12. Representación de la EPS de afiliación de la muestra.

En la muestra se evidenció que los participantes pertenecen a EPS como, Red vital (4.2%), Nueva EPS (4.2%), Salud Total (5.6%), Savia Salud (18.3%) y SURA (67.6%), independientemente de si su afiliación es por medio del régimen contributivo o subsidiado.

7.2 GHQ-12

La media del puntaje total obtenida por la muestra para el GHQ-12 fue de 12 (DE=5.84), lo que corresponde a una puntuación donde probablemente la percepción en salud mental de los participantes refleja que hay alteraciones en su salud mental. A continuación se presentan las puntuaciones totales de la muestra, indicando las puntuaciones por encima de 12 y por debajo de 12, al igual que por género.

Tabla 13*Puntuación del GHQ-12*

Puntuación del GHQ-12	Total	%
> de 12	34	47.9%
< de 12	37	52.1%
Por género	Total	%
Femenino (49 personas)		
> de 12	24	49%
< de 12	25	51%
Masculino (22 personas)		
> de 12	10	45.5%
< de 12	12	54.5%

Tabla 13. Representación del puntaje del GHQ-12 por la muestra total y por género.

Dentro de los participantes, 34 (47.9%) mostraron una percepción en salud mental que refiere a una alteración del estado emocional.

De igual forma, por género se observa que el 49% de las participantes femeninas y el 45.5% de los masculinos, superan la puntuación de 12 en el instrumento, lo que significa que las personas pueden llegar a padecer un trastorno psicológico.

Por otra parte, se evidencia que 37 (52.1%) personas no presentan puntuaciones por encima de 12, indicando que este porcentaje de la muestra tiene una buena percepción de la salud mental según lo señalado por el instrumento.

7.3 EASS adaptado a la salud mental

Luego de analizar los resultados obtenidos por los participantes en el instrumento EASS adaptado a la salud mental, se encontró que en el último año el 67.6% de los participantes no consultaron a servicios de salud mental, mientras que el 18.3% consultó al médico, el 12.7% al psicólogo

y el 1.4% consultó a los especialistas. Dentro de las personas que consultaron por salud mental en el último año el 69.6% asistió a consulta médica preventiva, el 17.4% asistió al servicio de consejería, el 8.7% recurrió a consulta psicológica y el 4.3% asistió a consulta con especialista.

Los participantes que hicieron algún uso en servicios de salud mental refirieron que el 60.9% utiliza uno o ningún medio de transporte para acceder al servicio, mientras que el 39.1% utiliza más de un medio de transporte. Adicionalmente, el 65.2% refiere demorarse menos de 1 hora en desplazamiento, el 30.4% dice demorarse de 1 a 4 horas y el 4.4% menciona tomarse más de 8 horas en el desplazamiento.

En lo que se refiere al uso de los servicios de urgencias y hospitalización, solo el 1.4% de los participantes realizó un uso efectivo de estos.

Al momento de indagar si en los últimos 6 meses ha consultado a causa de problemas en la salud mental, se encontró que el 62% considera no haber tenido problemas en su salud mental, el 32.4% ha tenido problemas en salud mental pero no ha consultado y el 5.6% ha consultado. De las personas que consultaron el 40% considera que el profesional le brindó la atención necesaria para su problema de salud mental. Las principales fuentes de financiación para cubrir la consulta de salud mental fueron la EPS, recursos particulares o profesionales amigos.

También se encontró que en los tiempos de espera entre la solicitud de la cita y la consulta efectiva fueron, de menos de 1 semana en el 50% de los casos, de 1 a 3 meses en el 25% y de 4 a 6 meses para el 25% restante.

Se observa de acuerdo a lo manifestado por la muestra, que el 40% fue remitido a un especialista en salud mental. Las personas expresan que este fue cubierto en un 60% de los casos por la EPS. Se evidencia además que el tiempo entre la solicitud y la autorización de la cita se demoró más de 1 mes para un 66% de la muestra; adicional para el total de la muestra remitida al especialista, el tiempo

entre la autorización y la consulta efectiva fue de 2 a 4 semanas. El 60% consideró que la atención con especialista fue efectiva para su problema.

Las personas que consultaron por salud mental refirieron que dentro de las principales barreras para la continuidad del tratamiento se encontraron, trámites excesivos, dificultades en el agendamiento y dificultad al acceso de servicio particular.

En general, el 80% de los usuarios que consultaron por salud mental consideraron que el servicio fue bueno.

En la prueba se indagó por las principales razones por las que los usuarios no consultan en salud mental, se encontró que el 17.9% decide no consultar por la cantidad de trámites para la cita, el 14.3% refiere no tener tiempo, el 14.2% afirman que las citas están muy distanciadas en el tiempo, el 10.7% dice no saber, el 7.1% no consultan porque el centro de atención queda lejos, un 7.1% explica que no consulta porque lo hizo anteriormente y no fue efectivo, otro 7.1% no confía en los tratamientos, asimismo un 3.6% no lo hace por falta de dinero para cubrir los gastos, otro 3.6% decide no consultar por mal servicio, otro 3.6% refiere no necesitar el servicio, otro 3.6% explica que posterga la consulta, otro 3.6% adicional dice que el servicio no es necesario y un 3.6% refiere desinterés.

Los usuarios que no consultaron también explicaron que recurrieron a otros medios para tratar o resolver su problema de salud mental, entre los que se encontraron que el 62.1% no hizo nada, el 17.2% consultó a un particular, el 10.3% utilizó remedios caseros, el 6.9% acudió a un boticario o farmacéuta y el 3.4% asistió a terapias alternativas.

Por otra parte, 8 (11.3%) participantes refieren además que la última consulta en salud mental fue por medio de una consulta externa.

Finalmente, los usuarios refirieron haber gastado entre 3.300 y 14.900 pesos colombianos en el copago de la última atención en salud mental, también mencionaron haber gastado entre 2.100 y 200.000 pesos colombianos por concepto de medicamentos, exámenes y procedimientos. Por otra

parte, refirieron haber gastado entre 3.600 y 120.000 pesos en transporte, alojamiento y alimentación, por último, los usuarios expresaron haber gastado entre 2.000 y 60.000 pesos en otros rubros.

7.4 Modelo de regresión lineal para salud mental percibida

Para el análisis de los datos se generó un modelo de regresión lineal automático en el software estadístico SPSS versión 28 con la intención de evidenciar el nivel de incidencia de las diferentes variables obtenidas en el EASS sobre la salud mental percibida evaluada con el GHQ-12.

Figura 1

Resumen del modelo de regresión lineal

Destino	Puntaje total del GHQ-12
Preparación de datos automática	Activo
Método de selección de modelos	Paso adelante
Criterio de información	193,856

El criterio de información se utiliza para comparar con modelos. Los modelos con valores de criterio de información menores se ajustan mejor.

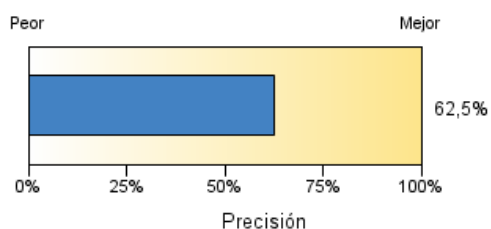


Figura 1. Generado a partir del software estadístico SPSS versión 28

Para el modelo de regresión lineal se utilizó la metodología de paso adelante y se obtuvo en total un modelo que logra explicar la varianza en un 62.5%.

Al analizar detalladamente el modelo, se encuentran las variables con mayor peso explicativo, las cuales se muestran a continuación:

Figura 2

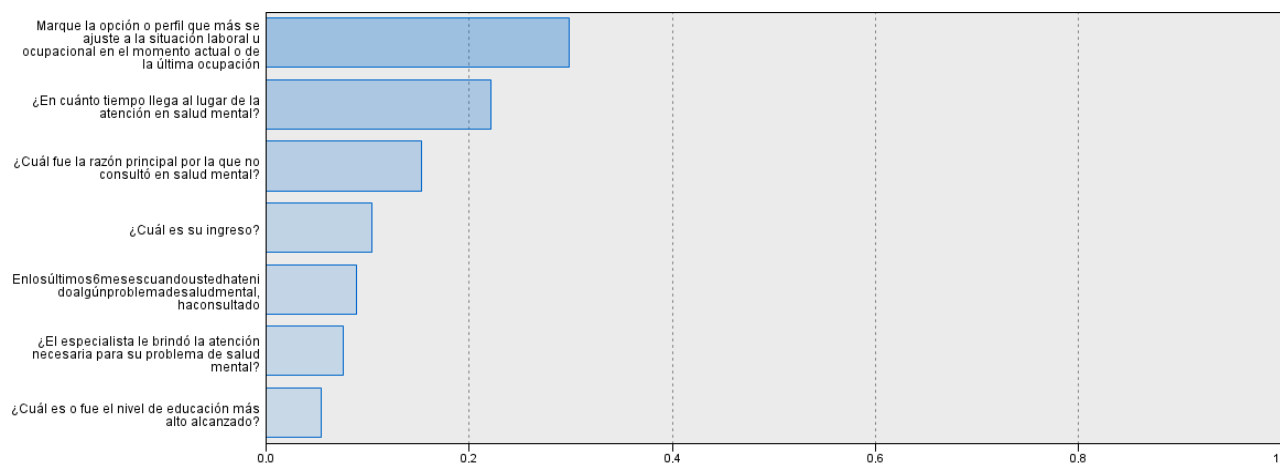
Variables explicativas del modelo

Figura 2. Generado a partir del software estadístico SPSS versión 28

La ocupación (30%), seguida del tiempo de desplazamiento al lugar de atención (22%), razones de no consulta (15%), el ingreso económico (10%), consulta en los últimos 6 meses (9%), atención efectiva del especialista (8%) y nivel educativo (5%). Lo anterior evidencia como es la distribución del peso explicativo de las variables que cargan en el modelo.

El estadístico de Distancia de Cook nos arroja una puntuación inferior a 1

Figura 3

Estadístico de distancia de Cook

ID d...	Puntaje total del GHQ-12	Distancia de Cook
62	9	0,074

Los registros con valores de distancia de Cook grandes tienen una gran influencia en los cálculos de modelos. Esos registros pueden distorsionar la precisión de modelos.

Figura 3. Generado a partir del software estadístico SPSS versión 28

Lo que nos explica que en los casos evaluados no se encuentran datos que puedan alterar significativamente el modelo en las variables evaluadas.

Se puede observar que el modelo de regresión lineal propuesto es significativo pues $p < 0.05$, adicional, se puede evidenciar que las variables tiempo de desplazamiento, atención en los últimos 6 meses y nivel educativo tiene una estimación de coeficiente negativo.

Figura 4

Estimación del coeficiente

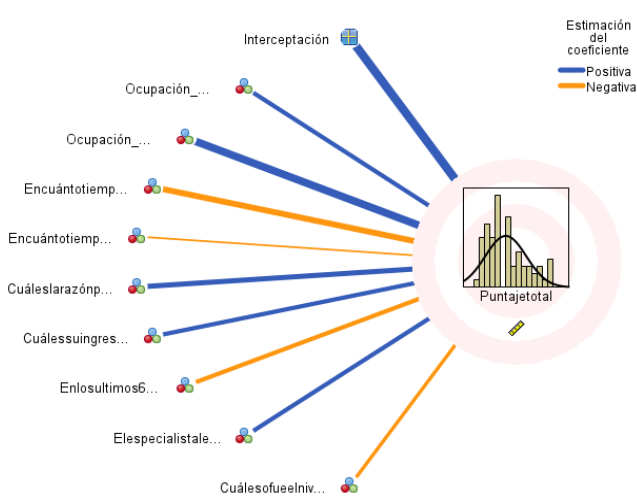


Figura 4. Generado a partir del software estadístico SPSS versión 28

A partir de la gráfica se puede observar cómo interactúan las variables con el modelo, tanto de manera positiva como negativa, entendiendo que dicha relación determina la influencia de las características de la variable sobre la salud mental percibida; cuando la variable es positiva indica que su aparición se ve ligada con una peor percepción de la salud mental, mientras que la relación negativa indica que su aparición genera una mejor salud mental percibida.

Dentro de los resultados se encontró que para la variable ocupación, desempeñarse como empleado doméstico representa una posibilidad mayor de tener una peor percepción en salud mental, seguido de ser empleado público, empleado privado, jornalero o peón y microempresarios, por último,

desempeñarse como estudiante, empleador, profesional independiente o no tener empleo se vieron relacionados con una mejor percepción en la salud mental.

Con respecto a la variable de tiempo en el desplazamiento se encontró que las personas que tienen tiempos de desplazamiento más cortos presentan una mejor percepción en su salud mental, contrario a aquellos que viajan entre 4 y 8 horas al servicio en salud mental.

La variable que describe la principal causa por la cual los participantes no acceden al servicio de salud mental relaciona principalmente determinantes estructurales como cita distante en el tiempo, consulta previa sin resolución del problema, falta de dinero y muchos trámites para la cita, y determinantes actitudinales como desinterés, no confía en los tratamientos, no sabe y se va postergando la asistencia al servicio, con altos puntajes en el GHQ-12, mientras que principalmente determinantes actitudinales como falta de tiempo, no considera necesitar el servicio, no era necesario y mal servicio, y determinantes estructurales como el centro de atención queda lejos con puntajes bajos.

En el modelo se muestra claramente que ingresos inferiores al mínimo se relacionan directamente con una mala percepción de la salud mental.

Por otra parte, las personas que expresaron nunca haber tenido un problema de salud mental corresponden a puntajes inferiores en el GHQ-12.

Por último, se observa que la atención efectiva por parte del especialista se ve relacionada con una buena percepción de la salud mental.

8 Análisis y discusión

La investigación dentro de sus técnicas para la recolección de datos opta por realizar una caracterización sociodemográfica con el fin de conocer datos relevantes que aporten al estudio, por tal motivo se sustraen los más significativos de la población y se describen a continuación, la mayor parte de los participantes son mujeres con un 69%, el nivel más alto alcanzado en estudios corresponde a la universitaria completa con un 29.6%, en su mayoría son solteros con un 57.7%, la ocupación de la mayor

parte de la muestra es empleado de empresa particular con un 28.2%, de la muestra los ingresos entre 1 y 3.5 SMMLV pertenecen a un 53.5%, para el estrato, el 2 tiene el 59.1% de la muestra, con respecto a la ubicación, la mayoría de la muestra se ubica en la cabecera municipal con un 85.9% del municipio de Donmatías. Asimismo, el régimen de afiliación preponderante de la muestra corresponde al contributivo con un 66.2% donde el 68.1% son beneficiarios. La EPS con más afiliados en el municipio es SURA con un 67.6%.

Para el análisis de las puntuaciones del instrumento se encuentra que dentro de la población se maneja una media de 12 (DE=5.84), donde el 52.1% de la muestra obtiene puntuaciones por debajo de 12 puntos, lo que puede significar que las personas dentro de este rango porcentual tengan mejor percepción de salud mental. Adicional a lo anterior, se encontró que los hombres tienen una mejor percepción de salud mental que las mujeres, con un 54.5% y 51% respectivamente, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Por otra parte, se encuentra que los hombres y las mujeres que tienen una buena percepción de su salud mental tienen ingresos entre 1 a 3.5 SMMLV y un nivel educativo alto, consistente con lo planteado por Rodríguez-Triana y Benavides-Piracón (2016), quienes afirman que poseer buenos determinantes estructurales influyen en un adecuado goce del derecho a la salud mental, adicionalmente la mayoría se encuentra laborando, mostrando la importancia de los determinantes intermedios en la salud mental.

De esta manera, los DSS juegan un papel fundamental en estos análisis, ya que se corrobora que tener un nivel educativo alto, tener un buen ingreso económico y vivir en la cabecera municipal facilita el acceso a los servicios de salud mental de acuerdo a lo encontrado por Rodríguez-Triana y Benavides-Piracón (2016) quienes destacan la importancia de los determinantes estructurales e intermedios para facilitar el acceso a la salud mental y mejoran su percepción.

En el caso de las mujeres, un 20.4% manifiesta no haber tenido algún problema de salud mental en los últimos 6 meses, mientras que el 50% de los hombres manifestó no haber tenido un problema de salud mental. Los hombres refirieron en un 13.6% haber consultado en los últimos 6 meses por algún problema mental, siendo un porcentaje mayor que el de las mujeres 4.1%, esto va en vía con lo afirmado por Gómez-Restrepo et al. (2020) en su artículo, donde destaca que las mujeres tienen un mayor autorreconocimiento de los problemas mentales, sin embargo, no se evidencia que este autorreconocimiento esté ligado con una mayor iniciativa de consulta.

En lo que respecta a la iniciativa de consulta, se encontró que en los usuarios con peor percepción de su salud mental, el 64.7% no acudieron a los servicios preventivos de salud mental, lo cual remite a la presencia de barreras de acceso estructurales y actitudinales como refiere González et al. (2016).

Con respecto a la utilización de los servicios de urgencias y hospitalización, se encuentra que solo el 1.4% de los participantes acudió a dichos servicios, teniendo en cuenta que dentro de la población restante hay 34 (47.9%) participantes que tienen mala percepción en su salud mental, lo que puede implicar que presenten un trastorno psicológico, de acuerdo a las puntuaciones obtenidas en el GHQ-12.

Al analizar los resultados encontrados en el modelo de regresión lineal contrastado con la evidencia es posible observar cómo las diferentes variables socioeconómicas, estructurales y actitudinales inciden en la percepción de la salud mental de las personas (González et al. 2016; Rodríguez-Triana y Benavides-Piracón, 2016; Rojas-Bernal et al., 2018).

Uno de los factores que más incide en la percepción de la salud mental según el modelo hallado es la ocupación, siendo una categoría en la que confluyen las diferentes variables socioeconómicas, como el nivel educativo, el nivel de ingresos, entre otros, que influyen directamente sobre los DSS, tanto estructurales como intermedios (Rodríguez-Triana y Benavides-Piracón, 2016). Se encontró que

ocupaciones como empleado doméstico, jornalero o peón, empleado de empresa o del gobierno tienen una peor percepción de su salud mental, siendo oficios que generan una remuneración baja, además depende económicamente de un empleador. Por otra parte, se halló que ser desempleado es un indicador positivo para tener una buena percepción en salud mental, contrario a lo mencionado en los antecedentes (González et al., 2016; Rodríguez-Triana y Benavides-Piracón, 2016; Rojas-Bernal et al., 2018).

En el modelo se puede evidenciar que las barreras estructurales que resaltan González et al. (2016), especialmente el tiempo de desplazamiento hasta el lugar de atención de salud mental, inciden en la percepción de salud mental de la muestra, pues, aquellos que tenían un mayor tiempo de desplazamiento presentaron una peor percepción de su salud mental. Esto evidencia que las dificultades en el acceso influyen directamente en la percepción de la salud mental.

Del mismo modo, las barreras estructurales se evidencian nuevamente en las principales causas para no acceder a los servicios de salud mental, se encontró que citas distanciadas en el tiempo, consultas previas sin resolución del problema, falta de dinero y muchos trámites para la cita, fueron determinantes para una alta puntuación en el GHQ-12, soportando deficiencias en el sistema de salud (González et al., 2016; Rodríguez-Triana y Benavides-Piracón, 2016; Hernández Holguín, 2018; Rojas-Bernal et al., 2018).

Adicionalmente se evidenció la influencia de las barreras actitudinales en la percepción de la salud mental, los usuarios que expresan desinterés, no confiar en los tratamientos, no saber si consultar y postergar la asistencia al servicio, tienden a percibir peor su salud mental. Esto concuerda con lo planteado por González et al. (2016), quienes afirman que las barreras actitudinales obedecen a creencias, actitudes o estigmas que influyen sobre la salud mental y el acceso a los servicios.

Es importante resaltar nuevamente que factores como el ingreso socioeconómico inciden en la percepción de la salud mental, en los resultados se evidenció que contar con ingresos inferiores a 1 SMMLV se ve relacionado con una peor percepción de la salud mental, esto puede deberse a la afectación en los DSS por los bajos ingresos como refieren Rodríguez-Triana y Benavides-Piracón (2016).

Por último, en el modelo se observa que la atención efectiva por parte de un especialista es un factor determinante para una buena percepción de la salud mental, entendiendo que aquellos que acceden al servicio de salud mental pueden llegar a una adecuada recuperación con el tratamiento adecuado, reconociendo que el 8% de los encuestados acudieron a atención por especialista.

9 Conclusiones

A partir de lo relacionado en la investigación se puede concluir que cerca de la mitad de la muestra presenta una percepción de su salud mental negativa, lo que puede mostrar que la inversión en temas relacionados a salud mental aún no ha alcanzado las proporciones necesarias para garantizar la salud mental de la población. Esto va en línea con lo mencionado por Hernández (2018), quien refiere que a pesar de la amplia legislación en salud mental el sistema de salud es insuficiente para cubrir las necesidades de la población.

Adicionalmente, se puede concluir que aunque las mujeres reconocen en un mayor porcentaje tener algún problema en salud mental, consultan en un porcentaje inferior a los hombres.

Por otra parte, a lo largo de la investigación se evidencia la importancia de los determinantes estructurales e intermedios, así como de las barreras estructurales y actitudinales en la percepción de la salud mental de la muestra, siendo coherente con lo evidenciado por otros autores y corroborado por el modelo (González et al., 2016; Rodríguez-Triana y Benavides-Piracón, 2016; Hernández Holguín, 2018; Rojas-Bernal et al., 2018).

Finalmente, de acuerdo a lo presentado se concluye que la percepción de la salud mental en la población de 18 a 59 años de edad pertenecientes al sistema de salud colombiano del municipio de

Donmatías, Antioquia se ve influida por factores relacionados al sistema de salud como barreras de acceso y DSS, mostrando que intervenir estas variables puede mejorar considerablemente la salud mental de la población objeto de estudio.

Se comprueba la hipótesis alterna, la cual afirma que el acceso a los servicios de salud mental incide en la percepción de la salud mental.

10 Recomendaciones

Se recomienda para futuras investigaciones sobre la incidencia del sistema de salud colombiano sobre la percepción en salud mental contar con instrumentos que permitan consolidar una valoración numérica de la percepción del acceso a los servicios de salud mental, pues, el EASS a pesar de ser una herramienta útil, no permite agrupar cuantitativamente los datos para tener mayor autonomía en los estadísticos a implementar.

Por otra parte, sería ideal contar con una cobertura mayor para poder ejecutar un modelo con mejores características, permitiendo llegar conclusiones más significativas y llegar a resultados contundentes que se puedan generalizar a una población más amplia.

Adicionalmente, al ampliar el número de municipios involucrados en la investigación con el fin de comparar la percepción de habitantes de diferentes territorios, lo cual visibilizara las diferencias del sistema de salud por entidades territoriales y cómo esto puede impactar la salud mental de la población, de acuerdo a las características de acceso propias de cada entidad territorial. Dicha información puede fortalecer los planes municipales de salud mental e impactar a nivel político las entidades correspondientes.

Referencias

- Aguilar-Palacio, I., Carrera-Lasfuentes, P., y Rabanaque, M. J. (2015). Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 37-43. <https://dialnet.ezproxy.uniminuto.edu/servlet/articulo?codigo=4919565>
- Alcaldía de Donmatías. (s.f). Información del municipio. Alcaldía de Donmatías. <https://www.donmatias-antioquia.gov.co/MiMunicipio/Paginas/Informacion-del-Municipio.aspx>
- Arrivillaga, M., Aristizabal, J. C., Pérez, M., y Estrada, V. E. (2016). Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gaceta Sanitaria*, 30(6), 415-420. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.008>
- Ato, M., López, J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059. DOI:10.6018/analesps.29.3.178511
- Barboza-Solís, C., Sáenz-Bonilla, J. P., Fantin, R., Gómez-Duarte, I., y Rojas-Araya, K. (2020). Bases teórico-conceptuales para el análisis de inequidades sociales en salud. *Odovtos: International Journal of Dental Sciences*, 22(1), 15-25. DOI:10.15517/ijds.2020.39097
- Barrios, I., y Torales, J. (2017). Salud mental y calidad de vida autopercebida en estudiantes de medicina de Paraguay. *Revista Científica Ciencia Médica*, 20(1), 5-10. <https://dialnet.ezproxy.uniminuto.edu/servlet/articulo?codigo=7602411>
- BliblioPRO. (s.f). *Cuestionario de Salud General-12 ítems*. BliblioPRO. <https://www.bibliopro.org/buscador/368/cuestionario-de-salud-general-12-items>
- Caicedo, B., y Berbesi Fernández, D. (2015). Salud autorreferida incidencia de la pobreza y la desigualdad del área de residencia. *Gaceta Sanitaria*, 29(2), 97-104. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4993499>
- Chau, C., y Vilela, P. (2017). Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. *Revista de Psicología*, 35(2), 387-422. DOI:10.18800/psico.201702.001

Constitución Política de Colombia [Const.]. Art. 48. 2016.

<https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>

Gómez Restrepo, C., Rodríguez, M. N., Eslava Schmalbach, J., Ruiz, R., y Gil, J. F. (2020).

Autorreconocimiento de trastornos y problemas mentales por la población adulta en la

Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(2), 1-9.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.09.004>

González, L. M., Peñaloza, R. E., Matallana, M. A., Gil, F., Gómez Restrepo, C., y Vega Landaeta, A. P.

(2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 89-95.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.004>

Hernández Holguín, D. M. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos

humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*,

17(35), 1-15. DOI:10.11144/javeriana.rgps17-35.psmc

Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). Ediciones McGRAW-HILL.

<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Jassir Acosta, M. P., Cárdenas Charry, M. P., Uribe Restrepo, J. M., Cepeda, M., Bartels, S., Castro, S.,

Marsch, L., y Gómez-Restrepo, C. (2021). Caracterización del estigma percibido hacia la salud mental en la implementación de un modelo de servicios integrados en atención primaria en

Colombia. Un análisis cualitativo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 1-11.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.017>

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras

disposiciones. Diciembre 23 de 1993. DO. No. 41148.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código

Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Septiembre 06 de 2006. DO. No. 46.383.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>

Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.

Enero 21 de 2013. DO. No. 48.680.

https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Ley_1616_2013.pdf

fGavidia Catalán, V., y Talavera Ortega, M. (2012). La construcción del concepto de salud.

Didáctica de las ciencias experimentales y sociales, (26), 161-175. DOI:10.7203/dces.26.1935

Ley Estatutaria 1751 del 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se

dictan otras disposiciones. Febrero 16 DE 2015. DO. No. 1751.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Lopera Echavarría, J. D. (2013). Una historia del concepto técnico de salud mental: entre ciencia e

ideología. En Álvaro Casas, Jana Catalina Congote y Hombre Nuevo (Ed.), *Salud y salud pública:*

aproximaciones históricas y epistemológicas (pp. 35-58).

Mejía Ortega, L. M. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública.

Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia, 31(0), 29-

36. <https://dialnet.ezproxy.uniminuto.edu/servlet/articulo?codigo=5079783>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan decenal de Salud pública 2012-2021. Minsalud.

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABC

[minsalud.pdf](#)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Minsalud.

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Plan Decenal de](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Plan%20Decenal%20de)

[Salud Pública.pdf](#)

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud mental de 2015. Minsalud.
http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Boletín de salud mental Oferta y Acceso a Servicios en Salud Mental en Colombia. Minsalud.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-6-salud-mental-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección social de Colombia. (s.f. a). Plan Obligatorio de Salud -POS. Minsalud.
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pos.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f. b). Población pobre no asegurada. Minsalud.
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/poblacion-pobre-no-asegurada.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f. c). Indicadores de Salud Mental. Observatorio Nacional de Salud Mental. Minsalud. <https://www.sispro.gov.co/central-gestiondelconocimiento/Pages/construya-su-consulta-aseguramiento.aspx>
- Ministerio de salud y Protección social. (s.f. d). Observatorio Nacional de Salud Mental. Minsalud.
<http://rssvr2.sispro.gov.co/ObsSaludMental/>
- Moral, I. (2006). Comparación de medias. En A. Guillén Serra y R. Crespo Montero (Eds.), *Métodos estadísticos para enfermería nefrológica* (pp. 165-183). Seden.
- Muñoz-Rodríguez, M., & Basco, M. (2016). Indagaciones epidemiológicas en salud mental: usos de servicios de salud y percepción del apoyo social. *Revista de Salud Pública, 18(2)*, 188-200.
<http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n2.42753>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe sobre la Salud en el Mundo. Informe sobre la salud en el mundo: 2003: forjemos el futuro.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42822/9243562436.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud. (2014, Diciembre, 31). Documentos Básicos. Constitución.

<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Organización Mundial de la Salud. (2017, Diciembre, 29). Salud y derechos humanos. Salud y derechos humanos. Who. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Organización Mundial de la Salud. (2018, Marzo, 30). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Who.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (s.f). Determinantes sociales de la salud. Who.

https://www.who.int/social_determinants/es/

Organización Panamericana de la Salud. (s.f). Servicios de Salud y Acceso. OPS.

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2560:health-services-access-unit&Itemid=2080&lang=es

Resolución 8430 de 1993. [Ministerio de salud y protección social]. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Octubre 04 de 1993.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Resolución 2481 de 2010. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se actualizan

integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capilación (UPC). Diciembre 24 de 2020.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202481%20de%202020.pdf

- Roca I Balasch, J. (1991). Percepción: usos y teorías. *Apunts: Educación física y deportes*, (25), 9-14.
<https://dialnet.ezproxy.uniminuto.edu/servlet/articulo?codigo=3887488>
- Rodríguez-Triana, D. R., y Benavides-Piracón, J. A. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 359-371. DOI:10.17533/udea.rfnsp.v34n3a10
- Rojas-Bernal, L. Á., Cataño-Pérez, G. A., y Restrepo-Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Revista CES Medicina*, 32(2), 129-140. DOI:10.21615/cesmedicina.32.2.6
- Ruiz, F. J., García-Beltrán, D. M., y Suárez-Falcón, J. C. (2017). Validez del Cuestionario General de Salud-12 en Colombia y equivalencia factorial entre participantes clínicos y no clínicos. *Investigación en psiquiatría*, 256, 53-58. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.020>
- Vergara Schmalbach, J. C., Quesada Ibargüen, V. M., y Maza Ávila, F. J. (2018). Calidad del servicio y determinantes de la satisfacción en usuarios de los servicios hospitalarios de Cartagena de Indias, Colombia. *Revista de métodos cuantitativos para la economía y la empresa*, 26, 203-219.
<https://dialnet.ezproxy.uniminuto.edu/servlet/articulo?codigo=6812104>
- Villa González, I. C., Zuluaga Arboleda, C., y Restrepo Roldan, L. F. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en psicología latinoamericana*, 31(3), 532-545.
<https://dialnet.ezproxy.uniminuto.edu/servlet/articulo?codigo=4798408>
- Yuste Grijalba, J. (1988). Concepto de salud. *Aldaba: revista del Centro Asociado a la UNED de Melilla*, (10), 7-18. <https://dialnet.ezproxy.uniminuto.edu/servlet/articulo?codigo=1980178>
- Zamora-Rondón, D. C., Suárez-Acevedo, D., y Bernal-Acevedo, O. (2019). Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 21(2), 175-180. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n2.71638>

Anexos

Anexo 1. Cuestionario de salud General de Goldberg (GHQ-12)

A continuación se le plantean una serie de preguntas acerca de cómo ha estado de salud en las ÚLTIMAS semanas. Responda haciendo una cruz a la izquierda de la respuesta que mejor se ajuste a su experiencia.

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

0. Mejor que lo habitual.

1. Igual que lo habitual.

2. Menos que lo habitual.

3. Mucho menos que lo habitual.

2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?

0. No, en absoluto.

1. Igual que lo habitual.

2. Más que lo habitual.

3. Mucho más que lo habitual.

3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

0. Más que lo habitual.

1. Igual que lo habitual.

2. Menos que lo habitual.

3. Mucho menos que lo habitual.

4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

0. Más capaz que lo habitual.

1. Igual que lo habitual.

2. Menos capaz que lo habitual.

___3. Mucho menos capaz que lo habitual.

5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

___0. No, en absoluto.

___1. Igual que lo habitual.

___2. Más que lo habitual.

___3. Mucho más que lo habitual.

6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

___0. No, en absoluto.

___1. Igual que lo habitual.

___2. Más que lo habitual.

___3. Mucho más que lo habitual.

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

___0. Más que lo habitual.

___1. Igual que lo habitual.

___2. Menos que lo habitual.

___3. Mucho menos que lo habitual.

8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

___0. Más capaz que lo habitual.

___1. Igual que lo habitual.

___2. Menos capaz que lo habitual.

___3. Mucho menos capaz que lo habitual.

9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?

___0. No, en absoluto.

___1. No más que lo habitual.

___2. Más que lo habitual.

___3. Mucho más que lo habitual.

10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?

___0. No, en absoluto.

___1. No más que lo habitual.

___2. Más que lo habitual.

___3. Mucho más que lo habitual.

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

___0. No, en absoluto.

___1. No más que lo habitual.

___2. Más que lo habitual.

___3. Mucho más que lo habitual.

12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

___0. Más feliz que lo habitual.

___1. Igual que lo habitual.

___2. Menos feliz que lo habitual.

___3. Mucho menos feliz que lo habitual.

Anexo 2. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos – EASS (adaptada a los servicios de salud mental)

Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos – EASS (adaptada a los servicios de salud mental)

Arrivillaga, Aristizabal, Pérez & Estrada, 2016

Módulo 1: Perfil Sociodemográfico del participante

1. Género 1. Masculino 2. Femenino

2. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? |_____|_____| Años

3. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado?

Algunos años de primaria

Técnica o tecnológica completa

Toda la primaria

Uno o más años de universidad

Algunos años de secundaria

Universitaria completa

Toda la secundaria

Ninguno

Uno o más años de técnica o tecnológica

4. ¿Cuál es su estado civil actual?

1. Casado

2. Unión libre

3. Separado

4. Viudo

5. Soltero

6. No

5. Marque la opción o perfil que más se ajuste a la situación laboral u ocupacional en el momento actual o de la última ocupación:

- Obrero o empleado de empresa particular
- Obrero o empleado del gobierno
- Empleado doméstico
- Trabajador por cuenta propia (no calificados, microempresarios con menos de 5 trabajadores)
- Trabajador por cuenta propia (Profesionales y técnicos)
- Patrón o empleador (empresa con 5 trabajadores o más)
- Trabajador familiar sin remuneración
- Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares
- Jornalero o peón.
- Pensionado
- Otro. Cual _____
- NS/NR

6. ¿A qué EPS está afiliado? ____|

7 ¿Su régimen de salud es?

Contributivo → ¿El tipo de afiliación es? 1. Cotizante 2. Beneficiario Subsidiado

8 ¿Cuál es su ingreso?

1. Menos de 1 SMMLV (< \$ 908.526)
2. Entre 1 y 3.5 SMMLV (\$ 908.526 hasta \$ 3.179.819)
3. Entre 3.6 y 6 SMMLV (\$ 3.225.569 hasta \$ 5.451.156)
4. más de 6 SMMLV (> \$ 5.451.156)
5. NS/NR

Módulo 2. Perfil socioeconómico

9. ¿Cuál es el estrato socioeconómico? (Verificar con recibo de servicios públicos)

10. Zona de ubicación de la vivienda

Cabecera municipal (urbano)

Resto (centro poblado, corregimiento, inspección, caserío) PREGUNTAR

Resto (rural disperso)

Módulo 3: Acceso a Servicios de Salud Mental

11. Sin estar enfermo(a) y por prevención ¿usted consultó en el último año por salud mental?

1. Solo al médico

2. Sólo al psicólogo

3. Médico especialista (Psiquiatra, Neurólogo, Neuropsicólogo, Especialista en adicciones)

4. Todas las anteriores

5. A ninguno → **Pase a pregunta 12)**

El caso seleccionado para consulta de servicios en salud mental al ADULTO

Tipo de servicio	¿Cuáles de los siguientes servicios su EPS le ha ofrecido en el último año?			¿Cuáles de dichos servicios el caso seleccionado ha consultado o ha recibido en el último año?		
	Si	No	NS/NR	Si	No	NS/NR
1. Consulta médica preventiva	1. __	0. __	2. __	1. __	0. __	2. __
2. Consejería (planificación familiar, uso de drogas, alcohol, tabaco)	1. __	0. __	2. __	1. __	0. __	2. __
3. Asesoría psicológica	1.	0.	2.	1.	0.	2.
4. Consulta médica o psicológica por algún trastorno de la alimentación (anorexia, bulimia)	1. __	0. __	2. __	1. __	0. __	2. __
5. Consulta médica o psicológica por algún trastorno como: depresión, ansiedad, intento de suicidio.	1. __	0. __	2. __	1. __	0. __	2. __
6. Consulta por psiquiatría o Neurología	1. __	0. __	2. __	1. __	0. __	2.
7. Terapia familiar o grupal	1. __	0. __	2. __	1. __	0. __	2. __
8. Grupos de apoyo	1. __	0. __	2. __	1. __	0. __	2. __

12. ¿En el desplazamiento para llegar al servicio de **ATENCIÓN BÁSICO O ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL**, usted utiliza más de un medio de transporte?

0. No → **Pase a pregunta 14)** 1. Sí

13. ¿Cuál(es) utiliza más frecuentemente? (**Puede marcar varias opciones**)

A pie

Bus

Taxi

Mototaxi

Vehículo propio (Carro o Moto)

Bicicleta

Otro

14. ¿En cuánto tiempo llega al lugar de la atención en salud mental?

Menos de 1 hora

De 1 a 4 horas

De 5 a 8 horas

Más de 8 horas

Módulo 4: Acceso a Servicios de Urgencias

15. En los últimos 6 meses, ¿usted tuvo que acudir al servicio de urgencias por salud mental en una institución prestadora de servicios pública o privada?

1. Sí

0. No → **Pase a pregunta 21)**

16. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de llegar al servicio de urgencias y la atención por el profesional?

1. Lo atendieron inmediatamente

2. En máximo 30 minutos

3. Entre 31 minutos y una hora

4. Entre una y dos horas

5. Más de dos horas

17. ¿Durante su estancia en el servicio de urgencias usted considera que le brindaron la atención necesaria para su problema de salud mental?

1. Sí → **Pase a pregunta 19)**

0. No

18. ¿Cuál fue la razón principal por la que no le brindaron la asistencia necesaria en el servicio de urgencias? (**Luego pase a la pregunta 21)**

El caso era leve y fue remitido a consulta prioritaria

Esperó demasiado tiempo y no lo atendieron

Indicaron que allí no lo podían atender porque no estaba afiliado a alguna entidad que tuviera contrato con ellos

No presentó identificación

No presentó el carnet de afiliación

Indicaron que debía consultar a otra institución que tuviera los servicios requeridos para atenderlo

Otra. ¿Cuál? ____

19. En general considera que la calidad del servicio de urgencias fue:

1. Muy Buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Muy mala

20. ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de atención en urgencias? (**Puede marcar varias opciones)**

EPS contributivo

EPS subsidiado

Servicio médico de la empresa

Recursos propios y/o familiares

Otros. ¿Cuál? _____

21. ¿En los últimos 6 meses, cuando usted ha tenido algún problema de salud mental, ha consultado?

1. Sí

0. No → **Pase a pregunta 38)**

No he tenido algún problema de salud → **Pase a pregunta 40)**

22. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta?

No aplica porque no ha sido atendido

El mismo día

Menos de 1 semana

De 2 a 4 semanas

De 1 a 3 meses

De 4 a 6 meses

Más de 6 meses

23. ¿El profesional le brindó la atención necesaria para su problema de salud mental?

1. Sí

0. No

24. Luego de la consulta en salud mental tuvo alguno de los siguientes problemas para el tratamiento?

(Puede marcar varias opciones)

No tuvo problemas para el tratamiento

La EPS no le autorizó medicamentos, exámenes o procedimientos

Falta de dinero para pagar copagos de medicamentos, exámenes y procedimientos

Trámites excesivos para gestionar medicamentos, exámenes o procedimientos no POS Falta de tiempo

Otras. ¿Cuáles? _____

25. ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de la consulta en salud mental?

EPS contributivo

EPS subsidiado

Servicio médico de la empresa

Recursos propios y/o familiares

Otros. ¿Cuál? _____

26. ¿Fue remitido a especialista por el profesional?

1. Sí

0. No → **Pase a pregunta 33**

27. A qué especialista fue remitido:

1. Psicólogo

2. Psiquiatra

5. Neuropsicólogo

7. Neurólogo

9. Especialista en adicciones

10. Otro ¿Cuál? _____

28. El especialista que lo atendió fue por:

EPS contributivo

EPS subsidiada

Servicio médico de la empresa

Particular (recursos propios)

No ha sido atendido

29. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de la solicitud de la cita con especialista y la autorización a la EPS?

No aplica

El mismo día

Menos de 1 semana

De 2 a 4 semanas

Más de 1 mes

30. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de la solicitud de la cita con especialista y la autorización a la EPS??

No aplica porque no ha sido atendido

El mismo día

Menos de 1 semana

De 2 a 4 semanas

De 1 a 3 meses

De 4 a 6 meses

Más de 6 meses

31. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre la autorización a la EPS y la consulta con el especialista?

No aplica porque no ha sido atendido

El mismo día

Menos de 1 semana

De 2 a 4 semanas

De 1 a 3 meses

De 4 a 6 meses

Más de 6 meses

32. ¿El especialista le brindó la atención necesaria para su problema de salud mental?

1. Sí

0. No

33. Por la situación consultada, ¿le formularon medicamentos?

1. Sí

0. No → **Pase a pregunta 36)**

34. ¿Estos medicamentos le fueron entregados por cuenta de la institución a la cual está afiliado?

Sí, todos → **Pase a pregunta 36)**

Sí, algunos → **Pase a pregunta 36)**

0. No

35. ¿Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos (algunos o ninguno)? (**Puede marcar varias opciones**).

No están incluidos en el Plan de beneficios en salud

No había los medicamentos recetados

No había la cantidad requerida

Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica

No hizo las gestiones para reclamarlos

Acudió a médico particular

Otra. ¿Cuál? _

36. En general, considera que la calidad de la prestación del servicio de salud mental fue:

Muy Buena → **Pase a pregunta 40)**

Buena → **Pase a pregunta 40)**

Regular

Mala

Muy mala

37. ¿Cuál es el aspecto que más influyó en su percepción sobre la calidad de la prestación del servicio?

(Puede marcar varias opciones) (Luego Pase a pregunta 40).

Trámites excesivos y/o dispendiosos

Mala atención del personal administrativo (vigilante, recepcionista, cajera, etc.)

Mala atención del personal asistencial (médicos, enfermeras, etc.)

Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial o administrativo

Condiciones deficientes de infraestructura, dotación y/o mobiliario

Falta de oportunidad en la atención

Otro. ¿Cuál?_

38. ¿Cuál fue la razón principal por la que no consultó en salud mental? **(Puede marcar varias opciones)**

Muchos trámites para la cita

El centro de atención queda lejos

Falta de dinero para pagar el transporte y/o los copagos

Mal servicio

Cita distanciada en el tiempo

Consultó antes y no le resolvieron el problema

No confía en los tratamientos

Falta de tiempo

Otra. ¿Cuál?_

39. Si no consultó, ¿de qué manera resolvió su situación de salud mental?

Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista

Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona

Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.)

Usó remedios caseros

Se autorrecetó

Consultó a un particular

No hizo nada

40. En los últimos 6 meses, ¿usted ha tenido alguna hospitalización por salud mental?

1. Sí

0. No → **Pase a MODULO 5**

41. La hospitalización fue:

Por urgencias

Programada → **Pase a pregunta 43**

42. ¿Cuánto tiempo transcurrió en urgencias entre la orden de hospitalización y el traslado a la cama asignada?

Lo trasladaron inmediatamente

El mismo día

Entre 2 y 3 días

Más de 3 días

43. ¿Durante la hospitalización usted considera que le brindaron la atención necesaria para su problema de salud mental?

1. Sí

0. No

44. En general, considera que la calidad de la hospitalización fue:

1. Muy Buena 2. Buena 3. Mala 4. Muy mala

45. ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de la hospitalización? (**Puede marcar varias opciones**)

EPS contributivo

EPS subsidiado

Servicio médico de la empresa

Recursos propios y/o familiares

Otros. ¿Cuál? _____

Módulo 5: Gasto de bolsillo en acceso

46. La última atención en salud mental de usted fue:

1. Consulta externa 2. Hospitalización 3. Urgencias 4. No Aplica

Las siguientes preguntas se refieren a la ULTIMA VEZ que usted o algún miembro de su hogar recibió atención en salud mental (consulta externa, urgencias u hospitalización)

47. ¿Usted pagó cuotas moderadoras y/o copagos por la última atención recibida?

NO

Si → Valor (cantidad en pesos) \$ _____

48. ¿Cuánto pagó en total por medicamentos, exámenes y procedimientos no autorizados o no entregados por la EPS?

NO

Si → Valor (cantidad en pesos) \$ _____

49. ¿Cuánto pagó en total en gastos extras como transporte, alojamientos y alimentación?

NO

Si → Valor (cantidad en pesos) \$ _____

50. Otros gastos. ¿Cuál? _____

NO

Si → Valor (cantidad en pesos) \$ ____

Anexo 3. Autorización de la encuesta EASS

Nota: La encuesta original es de libre acceso y se encuentra consignada dentro de la página web de la autora (<https://sites.google.com/view/marcela-arrivillaga/p%C3%A1gina-principal?authuser=0>).

Aclarando que la autora permite realizar modificaciones a la encuesta, siempre y cuando sean prevista dentro del trabajo con el fin de respetar los derechos de autor.



Marcela Arrivillaga Qui... 20 ago.
para mí ▾



Mostrar siempre imágenes del remitente

Estimada Laura.

La EASS es de acceso libre. Las adaptaciones deben ser declaradas en el proyecto de investigación respectivo y en potenciales publicaciones, citando a los autores.

Puedes acceder a los instrumentos que hemos elaborado aquí: <https://sites.google.com/view/marcela-arrivillaga/p%C3%A1gina-principal?authuser=0>

Éxitos con el proyecto.



**Marcela Arrivillaga
Quintero, PhD.**

Directora
Oficina de Investigación y
Desarrollo
Vicerrectoría Académica

Calle 18 No. 118-250
Edificio Administrativo, Piso 1
Cali, Colombia, 760031
+57 (2) 3218200 Ext. 8578
marceq@javerianacali.edu.co

