



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Caracterización de la consulta de salud mental comunitaria de un centro de atención primaria en Cali, Colombia



Mauricio Hernández-Carrillo*, Juan Pablo Gil, Ricardo Andrés Londoño, Cristian Ricardo Rojas y María Adelaida Arboleda-Trujillo

Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle, Cali, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de febrero de 2021

Aceptado el 16 de agosto de 2021

On-line el 28 de septiembre de 2021

Palabras clave:

Salud mental
Psiquiatría comunitaria
Estudio observacional
Salud pública
Estudios transversales
Colombia

R E S U M E N

Objetivo: Caracterizar la consulta de psiquiatría comunitaria atendida en un centro de atención primaria en Cali, Colombia.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, de corte transversal. Se empleó una base de datos secundaria con el registro sistemático de los pacientes que asistieron a consulta externa comunitaria y se describe la información allí consignada. Se emplearon todos los registros disponibles en la base de datos. Los datos se procesaron con Microsoft Excel y para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS 25.

Resultados: Se realizaron 481 consultas, de las cuales 272 fueron de primera vez; en total se atendió a 383 pacientes, lo que indica que se efectuaron 1,26 consultas por paciente. La edad promedio de los pacientes que consultaron fue $43,5 \pm 21,7$ años. El 61,5% de las consultas se realizaron a mujeres, y la adultez fue la etapa de la vida en la que se acudió en mayor porcentaje (51,8%). El estrato socioeconómico más frecuente fue el 1, lo que indica que esta institución atiende sobre todo a población de bajos recursos económicos.

Conclusiones: Los resultados de este estudio permiten reconocer las principales causas de consulta en el servicio de salud mental comunitaria, insumo necesario para diseñar y desarrollar programas preventivos que promuevan y fortalezcan estrategias de rehabilitación basadas en la comunidad.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Characterisation of Community Mental Health Consultations in a Primary Care Centre in Cali, Colombia

A B S T R A C T

Objective: To characterise community mental health consultations in a primary care centre in Cali, Colombia.

Keywords:

Mental health
Community psychiatry

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mauriciohc@gmail.com (M. Hernández-Carrillo).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.003>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Observational study
Public health
Cross-sectional studies
Colombia

Methods: Observational, descriptive, cross-sectional study. A secondary database was used, systematically recording patients seen in the community outpatient clinic, and a description of the information recorded therein was prepared. All the records available in the database were used. The data were processed using Microsoft Excel and the program SPSS 25 was used for the statistical analysis.

Results: 481 consultations were conducted, of which 272 were first time consultations; in total 383 patients were seen, which indicates that 1.26 consultations were carried out per patient. The average age of the patients who consulted was 43.5 ± 21.7 years. Sixty-one point five percent of the consultations were for women, while adulthood was the stage of life in which the highest percentage (51.8%) attended. The most common socioeconomic stratum was 1, which indicates that this institution serves above all the low-income population.

Conclusions: The results of this study allowed us to recognise the main reasons for consultation in the community mental health service, a necessary input to design and develop preventive programmes that promote and strengthen community-based rehabilitation strategies.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Ante los nuevos retos al actual sistema de salud, la salud comunitaria surgió como una propuesta, y esta se entiende como el diseño y la aplicación de proyectos dirigidos a la promoción de la salud desde los centros de salud primarios, así como la participación activa de personas de las comunidades¹. Desde el modelo institucionalizado, el impacto en la salud mental de los pacientes es relativamente pequeño comparado con otros factores de los determinantes sociales que influyen en las condiciones socioeconómicas y políticas, el apoyo social y la planificación urbana^{2,3}. El modelo comunitario en psiquiatría se desarrolló con las políticas de desinstitucionalización en la segunda mitad del siglo xx en Estados Unidos y Europa, adquirió diversos elementos de la medicina social y la atención por territorios y desplazó la atención a espacios en la comunidad, espacios considerados no hospitalarios^{1,4}. En 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio la indicación de uso preferente de las unidades de salud mental de hospitales generales en fases agudas de la enfermedad, así como intentar inicialmente el tratamiento de situaciones agudas o crónicas en ambientes comunitarios, con integración social del sujeto con sufrimiento mental y participación de la familia, apoyados por actividades de rehabilitación basada en la comunidad⁵.

Tras la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, llevada a cabo en Caracas (Venezuela) en 1990 a partir de reformas legislativas y sensibilización frente al cambio, se desarrollaron intervenciones en psiquiatría desde una perspectiva comunitaria, que aporta nuevos campos para abordar dicho constructo, los cuales se han venido trabajando en Latinoamérica⁶, aunque de manera desigual y, como señala Desviat⁴, las conquistas sociales en el campo resultan frágiles, provisionales y permeables a los cambios políticos.

Dentro de la experiencia en Latinoamérica, Brasil cuenta con un largo proceso de transformación que tuvo sus orígenes en la década de los años setenta, en conjunto con la

reforma de todo el sistema sanitario que propendía hacia un modelo de salud colectiva, con participación de trabajadores y usuarios, que permitió el desarrollo de la red de atención en salud mental a través de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), apoyada por la Ley Federal 10.216 del 2001 o «Ley Paulo Delgado», que redirigió la asistencia y privilegió los servicios de base comunitaria, complementados con la integración de los equipos de salud familiar con la salud mental, las unidades de urgencia y emergencia (SAMU), las unidades residenciales transitorias, la hospitalización psiquiátrica en hospitales generales y los programas de desinstitucionalización como el Programa Vuelta a Casa y de rehabilitación psicosocial^{4,6}.

Chile, aunque no tiene una ley específica de salud mental, ha venido integrando las recomendaciones sobre el modelo comunitario en salud mental a partir de los noventa. Cuenta con Planes Nacionales de Salud Mental desde el año 2000, que reflejan las principales líneas de acción propuestas por la OMS. Entre esas líneas de acción, se encuentran el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, la integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales y la creación de vínculos intersectoriales. Estos programas tienen un enfoque biopsicosocial y dan prioridad a las acciones preventivas y de intervención temprana dirigidas a mejorar continuamente la calidad de la atención, con la participación activa de los usuarios, sus familiares y organizaciones locales^{6,7}.

En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, promulgada a fines de 2010, ofrece un marco legal que impulsa la implementación de prácticas de salud mental con base en la comunidad. Desde este marco se promueve la integración de acciones dentro de los criterios de Atención Primaria de Salud Integral y se acentúa la importancia de implementar prácticas de prevención, promoción, atención y cuidado de salud mental comunitaria en el territorio donde la comunidad actúa como un nivel de contención más⁸.

Perú ha contado con iniciativas de cambio locales, regionales y nacionales en los últimos 40 años; sin embargo, solo con la sanción de la Ley 29889 de 2012⁹ se pudo concretar una propuesta de reforma con enfoque de salud mental comunitaria.

En 2013 se implementaron los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) con atención interdisciplinaria, ubicados en entornos locales, con participación activa de la comunidad. En 2018 ya existían 104 CSMC en todas las regiones del país, a los cuales se sumaron los hogares protegidos (HP), las unidades de hospitalización de salud mental en hospitales generales y la atención de salud mental desde el primer nivel de atención, con relaciones colaborativas con los CSMC¹⁰.

Ecuador, a través de su Plan estratégico Nacional y su Modelo de Salud Mental 2015-2017, buscó sustituir el modelo de atención centrado en el hospital por otro de atención comunitaria promoviendo el desarrollo de los servicios de APS y su coordinación con el segundo nivel. Las limitaciones presupuestarias, las deficiencias del primer nivel de atención y la prevalencia del modelo biomédico han reducido su aplicación¹¹.

Colombia tuvo en la década de los ochenta un desarrollo importante en el modelo de la atención primaria. Se cuenta con el antecedente local de experiencias piloto como el «Laboratorio Comunal», desarrollado a mediados de los cincuenta por la Facultad de Salud de la Universidad del Valle con un Centro de Medicina Familiar en el Barrio Siloé, así como en el Centro Hospital Piloto de Candelaria, y sus 5 puestos de salud rurales, donde se consolidó la asistencia médica, la formación de recursos humanos y la inclusión del modelo de atención y cuidado en salud¹². De manera paralela, Héctor Abad desarrolló la experiencia de delegación de funciones en promotoras rurales de salud en Santo Domingo (Antioquia)¹³. Entre los sesenta y los setenta, la Facultad de Salud de la Universidad del Valle se vinculó al Puesto de Salud de El Guabal y estableció el primer convenio de docencia-asistencia con el Municipio de Santiago de Cali, que permitió extender las actividades al Centro de Salud Luis H. Garcés en el centro de la ciudad¹². El Departamento de Medicina Social (hoy Salud Pública) de la Universidad del Valle desarrolló investigaciones sobre modelos de servicios básicos de organización comunitaria, PRIMOPS y CIMDER, para las áreas urbana y rural respectivamente¹³. Ya en los ochenta, la Facultad de Salud realizó actividades el Barrio Unión de Vivienda Popular, con identificación temprana de enfermedades, evaluación de tratamientos, discapacidad, capacitación a personal de atención primaria e investigación del impacto en comunidad, de la mano de la organización de servicios en Sistemas Locales de Salud: SILOS, que descentralizaba la planificación de actividades según las necesidades, pero también la utilización de recursos¹²; de la mano de esta reforma, se generaron proyectos en espacios comunitarios, pero su evolución se limitó tras entrar en vigencia la Ley 100 de 1993⁶. Desde 1998, el diagnóstico de la red de servicios de salud desde el cual partió la Política Nacional de Salud Mental demostró que Colombia tenía una distribución de cobertura desigual centrada en lo manicomial, con poca participación de la comunidad en actividades de salud mental y pobre utilización de técnicas de tratamiento basadas en la comunidad¹⁴. En 2013 se sancionó en Colombia la Ley 1616 de Salud Mental (Ley Esperanza)¹, que estableció como derecho de las personas con sufrimiento mental que reciban las intervenciones lo menos restrictivas de las libertades individuales, lo que da continuidad a un modelo basado en la salud comunitaria. La ausencia de decretos reglamentarios ha limitado su

ejecución. Las actividades de promoción de la salud mental y prevención de problemas y trastornos mentales estaban representadas principalmente por la dimensión Convivencia y salud mental del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021¹⁵. Desde el punto de vista de la asistencia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), modelo centrado en una economía de mercado, perpetúa actividades centradas en la atención especializada en hospitales y clínicas psiquiátricas. En el intento por reducir las brechas territoriales, asegurar el acceso y regular la intervención de los diferentes actores, en 2016 se expidió la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)¹⁶. Sus 4 estrategias prometían una aproximación más cercana al modelo de salud mental comunitaria. Su desarrollo se planteó inicialmente a través del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y posteriormente se modificó por el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)¹⁷; desde el punto de vista operativo, la integralidad del modelo depende de la construcción de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RED) y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) con la articulación de prestadores primarios y complementarios en un territorio. En medio de esta coyuntura, se sancionó después de 20 años el nuevo Plan Nacional de Salud Mental¹⁸, que propone orientar programas de promoción y prevención, así como el fortalecimiento de los servicios de atención primaria con enfoque social comunitario, la rehabilitación basada en la comunidad y la inclusión social. A pesar de ello, su mirada sigue centrada en la enfermedad, con distancia de los equipos especializados en salud mental de baja complejidad.

Dicho esto, la salud mental se asocia entonces con el despliegue de recursos individuales y colectivos, con las relaciones significativas y las contribuciones comunitarias, y es así como han surgido a lo largo del país diversos programas de atención primaria en salud mental, entre ellos el de psiquiatría comunitaria que existe en la ciudad de Cali, que hace parte del Programa de Salud Mental Comunitaria de la Red de Salud de Ladera y se toma como referencia para el desarrollo del presente estudio. Sin embargo, cabe destacar que ya existían experiencias locales en décadas anteriores; un ejemplo de estos fue el «Proyecto Piloto de Psiquiatría Social» realizado por la Universidad del Valle en los años sesenta y setenta, sus parámetros y su enfoque lo diferenciaron de otras líneas de trabajo que existían en dicha época y fueron el inicio para que la psiquiatría saliera del asilo y empezara a trabajar en otros lugares de la ciudad y su área de influencia¹⁹. Actualmente este programa integra los servicios de atención psicosocial de la red de atención primaria de Ladera, los programas preventivos y los equipos extramurales con los equipos especializados de psiquiatría.

El propósito de este estudio es caracterizar a la población que se atiende en la consulta de psiquiatría comunitaria en los centros de atención primaria de Siloé y Meléndez en Cali, con el fin de conocer el comportamiento de las variables sociodemográficas y clínicas de la población atendida. A pesar de la normativa vigente que intenta fortalecer este tipo de programas en Colombia, hay poca evidencia de programas de atención comunitaria en salud mental y psiquiatría, por lo que es relevante la tipificación de este tipo de variables en el contexto local, lo cual ayudará a conocer las características de esta población y permitirá dirigir programas de promoción

y prevención y plantear futuros estudios para identificar posibles factores de riesgo modificables.

Métodos

Estudio observacional descriptivo y de corte transversal de una base de datos secundaria aportada por la Red de Salud de Ladera ESE, donde en 2010, y en conjunto con la Universidad del Valle, se inició la atención de psiquiatría en el primer nivel de atención para el área de influencia en las comunas como la 18, 19, 29, 1 y 3. Las actividades se orientaron a la atención psiquiátrica ambulatoria de personas con trastorno mental crónico y consultantes derivados de otras especialidades y consultas realizadas en los diferentes servicios y consulta domiciliaria. Las actividades que se llevan a cabo incluyen a estudiantes de pregrado de 4.º año de Medicina y residentes de 2.º año de Psiquiatría. Además de lo ya mencionado, se ha ampliado la interacción con los equipos locales de salud, y se realizan estudios conjuntos, participación en el Comité intersectorial de la ESE Ladera, apoyo en jornadas promocionales y preventivas en terreno y actividades de rehabilitación basada en comunidad como el Grupo «Mentalmente sanos»¹⁹. A partir de los datos consolidados en esta consulta provenientes del registro sistemático de los pacientes atendidos en la consulta externa comunitaria, se elaboró un análisis descriptivo de la información allí consignada. No se realizó muestreo debido a que se emplearon todos los registros disponibles en la base de datos. Se realizó un análisis univariado que tuvo en cuenta el tipo de variable. Para las cuantitativas se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (varianza, desviación estándar). Antes de las comparaciones, se evaluó la normalidad con la prueba Shapiro-Wilk. Además, para las variables cualitativas se emplearon tablas de frecuencias (relativas y absolutas) con su respectivo gráfico.

Se clasificó la edad según los intervalos definidos por el Ministerio de Salud según las etapas del ciclo vital, con el fin de agrupar y hacer análisis posteriores según los grupos definidos y planear intervenciones futuras en la población en riesgo²⁰.

Resultados

Se realizaron 481 consultas, de las cuales 272 fueron pacientes de primera vez y las demás, controles. En total se atendió a 383 pacientes únicos, lo que indica que se presentaron 1,26 consultas/paciente. La mayoría de los consultantes están en el estrato 1, cerca del 43,5%, seguidos por los de los estratos 3 y 2 respectivamente. Es importante el área rural (el 12,5% de los consultantes). De cerca de un 7% de los consultantes, no se pudo obtener el dato de estrato socioeconómico. Se encontró que el promedio de edad de los pacientes que consultaron fue $43,5 \pm 21,7$ años. Al realizar la prueba de Shapiro-Wilk, no se obtuvo normalidad en la variable edad ($p < 0,001$), por lo que la medida de resumen más apropiada es la mediana [intervalo intercuartílico]: 42 [24-58] años (tabla 1).

La tendencia de las consultas en 2018 fue descendente (pendiente, $-1,73$). Se observa que hubo un pico del número de consultas en los meses de abril y agosto. Los meses con menos atenciones fueron junio y octubre (fig. 1).

Tabla 1 – Características sociodemográficas de los pacientes atendidos en consulta de psiquiatría comunitaria de un centro de atención primaria en Cali (Colombia) en 2018

Población, n	481
Sexo	
Mujeres	296 (61,5)
Varones	185 (38,5)
Edad	
Adolescencia	68 (14,1)
Juventud	64 (13,3)
Adultez	249 (51,8)
Vejez	100 (20,8)
Estrato	
1	209 (43,5)
2	72 (15,0)
3	97 (20,2)
4	5 (1,0)
5	4 (0,8)
Sin datos	34 (7,1)
Rural	60 (12,5)
Primera vez	
No	209 (43,5)
Sí	272 (56,5)
Edad (años)	$43,6 \pm 21,7$; 43 [25,0-57,5]

Salvo otra indicación, los valores expresan n (%), media $\pm$ desviación estándar o mediana [intervalo intercuartílico].

Del análisis de la pirámide poblacional, se identifica que la generalidad de las consultas son de mujeres, con una mayor población consultante en la franja de 50-59 años, seguida de la de 18-29 años, mientras que en la población masculina los mayores grupos consultantes están en los de 19-29 años, los de menos de 18 y los de 30-39. Es así que, teniendo en cuenta ambos sexos, la mayoría de la población en nuestra caracterización se encuentra entre los 18 y los 59 años. No hay población representada por encima de los 100 años (fig. 2).

Al realizar la prueba de la χ^2 , se obtuvo que el valor de probabilidad fue 0,002, lo que indica que existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución de la edad según el sexo, es decir, el comportamiento de la edad de los pacientes es distinto entre varones y mujeres ($p = 0,002$).

El trastorno depresivo y ansioso fue el diagnóstico más frecuente en mujeres a lo largo de toda la vida, así como en la adultez. La demencia, por otra parte, fue el diagnóstico más frecuente en las mujeres en la vejez. En cambio, en los varones, la esquizofrenia fue el diagnóstico más frecuente tanto a lo largo de toda la vida como en la adultez (fig. 3).

Los trastornos y los episodios depresivos fueron los diagnósticos más frecuentes en la población estudiada (24,7%). El segundo grupo diagnóstico más frecuente fue el de los trastornos de ansiedad (14,6%). El diagnóstico de esquizofrenia se hizo al 9,6% de los consultantes. En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, encontramos un total del 9,9% en cualquiera de los trastornos por consumo de cualquier sustancia, incluidas las legales (alcohol) y las ilegales, de las que los cannabinoides son la de mayor impacto como sustancia única (2,5%), pero más en los trastornos por consumo de más de una sustancia (4,2%) (tabla 2).

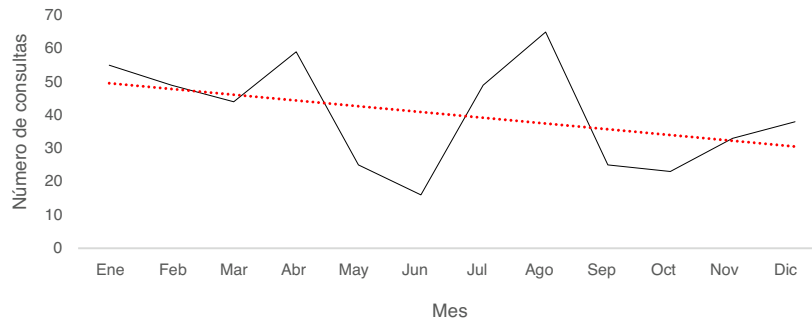


Figura 1 – Tendencia de las consultas realizadas en 2018 por los pacientes atendidos en consulta de psiquiatría comunitaria de un centro de atención primaria en Cali (Colombia), por meses.

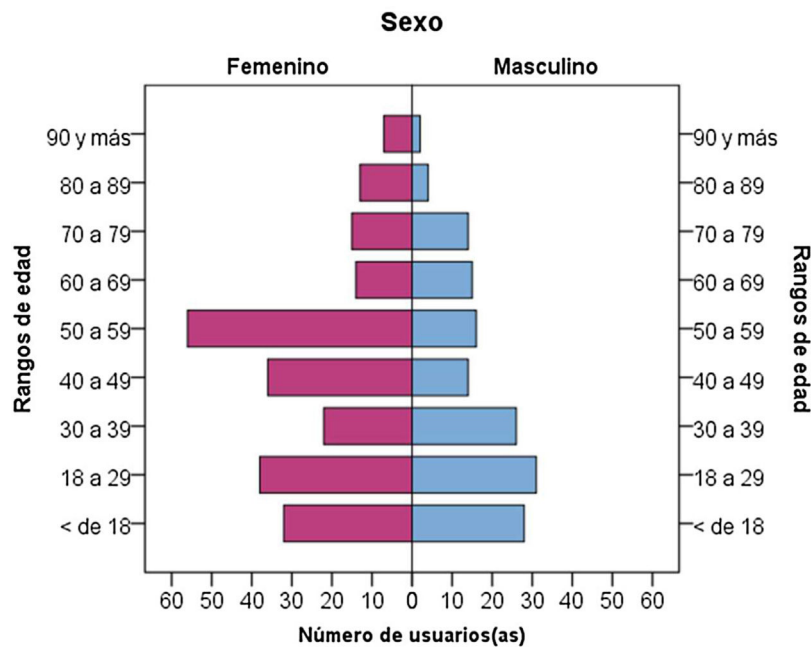


Figura 2 – Pirámide poblacional de los pacientes que acudieron a la consulta de psiquiatría comunitaria de un centro de atención primaria en Cali (Colombia) en 2018.

Discusión

Este estudio sobre la caracterización de la población que asiste al Programa de Psiquiatría Comunitaria de la Red de Salud de Ladera ESE ha permitido conocer más sobre sus características sociodemográficas y el tipo de sufrimiento psíquico que los aproxima a una consulta de psiquiatría en la atención primaria. Debido a que no existen datos locales de una consulta parecida con que compararlos, ya que en Colombia no predomina el modelo comunitario, la discusión se basa en los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental, sobre todo porque reflejan el estado de salud mental colombiano, y también se comparan los datos obtenidos con las estadísticas internacionales disponibles.

Edad y sexo

Se encontró una tendencia a una mayoría de mujeres, con una mayor población consultante del grupo de 50-59 años, seguido

por el grupo de 18-29 años. En la población masculina, el mayor grupo consultante es el de 19-29 años, seguido por el de menos de 18 y el de 30-39. Teniendo en cuenta ambos sexos, la mayoría de la población en nuestra caracterización se encuentra entre los 18 y los 59 años. Estos hallazgos corroboran la tendencia que se ha mostrado en otros análisis, especialmente en el Estudio Nacional de Salud Mental 2003, en el que el 40,1% de la población colombiana de 18-65 años ha sufrido o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno mental, y constituye el grupo etario en el que son más prevalentes estos trastornos. Existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución de la edad según el sexo, es decir, el comportamiento de la edad de los pacientes es distinto entre varones y mujeres ($p = 0,002$).

Estrato socioeconómico y zona de residencia

Las comunas con mayor número de consultantes son las comunas 18 y 20, puesto que los 2 centros hospitalarios de los que se tomó la información pertenecen a estas comunas

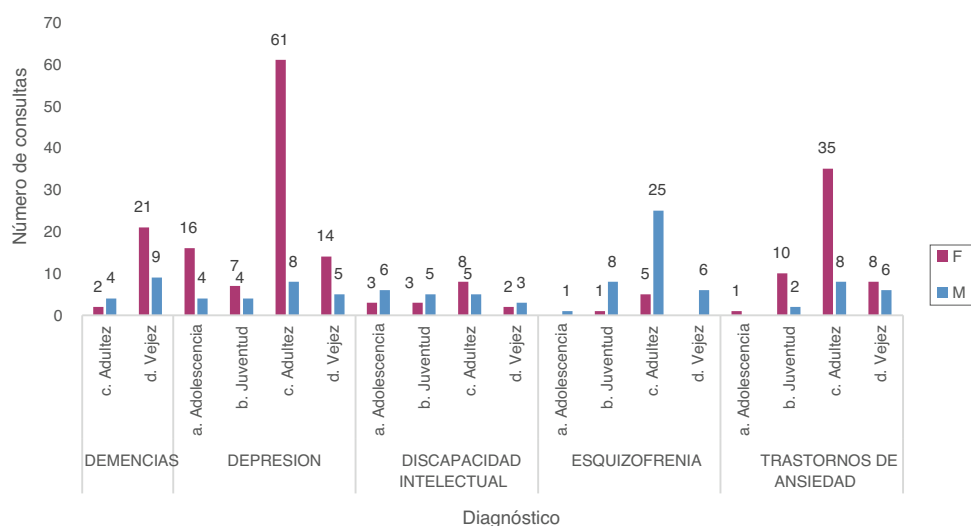


Figura 3 – Frecuencia de diagnósticos según edad y sexo de los pacientes que acudieron a la consulta de psiquiatría comunitaria de un centro de atención primaria en Cali (Colombia) en 2018.

Tabla 2 – Frecuencia de diagnósticos según sexo de los pacientes atendidos en consulta de psiquiatría comunitaria de un centro de atención primaria en Cali (Colombia) en 2018

Descripción del diagnóstico	Mujeres		Varones		Total	
	n	%	n	%	Total	%
Depresión	98	20,4%	21	4,4%	119	24,7%
Trastornos de ansiedad	54	11,2%	16	3,3%	70	14,6%
Esquizofrenia	6	1,2%	40	8,3%	46	9,6%
Demencias	23	4,8%	13	2,7%	36	7,5%
Discapacidad intelectual	16	3,3%	19	4,0%	35	7,3%
Trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral	17	3,5%	16	3,3%	33	6,9%
Trastornos mentales debidos a consumo de múltiples drogas	9	1,9%	11	2,3%	20	4,2%
Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación	13	2,7%	3	0,6%	16	3,3%
Trastorno afectivo bipolar	6	1,2%	8	1,7%	14	2,9%
Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de cannabinoides	3	0,6%	9	1,9%	12	2,5%
Trastornos no orgánicos del sueño	6	1,2%	3	0,6%	9	1,9%
Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de alcohol	2	0,4%	6	1,2%	8	1,7%
Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de cocaína	3	0,6%	4	0,8%	7	1,5%
Trastornos del humor	7	1,5%	0	0,0%	7	1,5%
Trastornos de la conducta	4	0,8%	2	0,4%	6	1,2%
Epilepsia	2	0,4%	3	0,6%	5	1,0%
Trastornos disociativos	4	0,8%	0	0,0%	4	0,8%
Trastornos del sueño	1	0,2%	2	0,4%	3	0,6%
Otros trastornos mentales y del comportamiento en la niñez y la adolescencia	0	0,0%	3	0,6%	3	0,6%
Trastorno obsesivo-compulsivo	3	0,6%	0	0,0%	3	0,6%
Otros diagnósticos	19	4,0%	6	1,2%	25	5,2%
Total general	296	61,5%	185	38,5%	481	100%

y, según el funcionamiento de la Red de Salud Ladera, se distribuyó a las personas para que consultaran en el lugar más cercano²¹. Sin embargo, dadas las situaciones de cobertura, oferta y oportunidad en la atención en psiquiatría, muchos de los pacientes de otras comunas que son área de influencia de la Red son atendidos en estas IPS. En cuanto a la población rural, hay un 12% aproximadamente de consultantes de esta zona. Según los datos del análisis de situación integrado de salud²², la población rural para la Red de Salud de Ladera corresponde a un 6-7% aproximadamente, población con condiciones socioeconómicas difíciles, con varios asentamientos de origen ilegal o subnormales, en condiciones de

desplazamiento y una sumatoria de vulnerabilidades²³ que predisponen a problemas psicosociales y podrían explicar el porcentaje de consulta de esta población. Alrededor de un 7% de los consultantes no tienen datos sobre su comuna y su estrato socioeconómico, parte de la población atendida es no vinculada, algunas en condición de calle o invasiones que no tiene residencia, lo cual podría explicar gran parte de este porcentaje. Siguiendo con el análisis del estrato socioeconómico, se esperaba que la principal población atendida fuera de estratos bajos como el 1 (alrededor de un 40%), comparado con la moda para las comunas 1, 18, 20 según datos de la Secretaría de Salud Pública municipal²², y muy pocos consultantes

de estratos altos (menos del 2%) y que pueden corresponder a personas que trabajan en estos sectores, más que vivir o pertenecer a estos estratos. Este hallazgo también puede explicarse por el tipo de relación que los consultantes tienen con el sistema general de seguridad en salud, ya que la mayoría de la atención de los centros de la Red Ladera se hace a población afiliada al régimen subsidiado.

Tendencia de las consultas

Es llamativa la tendencia de consultas a lo largo del año. Hay una disminución en junio aproximadamente, relacionada con el receso académico de los residentes de Psiquiatría y los docentes que atienden dicha consulta, y un posterior pico de consultas más grande, probablemente de las consultas acumuladas de los meses anteriores. Hacia el mes de diciembre también hay disminución en las consultas por el receso académico, lo que ocasiona que en enero haya numerosas consultas. No se encontró una explicación para el pico de consultas en abril.

Frecuencia de trastornos mentales

Encontramos que los trastornos y los episodios depresivos fueron los diagnósticos más frecuentes en la población estudiada (el 24,7% de los consultantes), en su mayoría en personas del grupo etario adulto y en un porcentaje ligeramente superior a lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, que encontró cerca de un 12% de la población con al menos 7 síntomas depresivos según el test SRQ18. El segundo grupo diagnóstico más frecuente fue el de los trastornos de ansiedad (el 14,6% de los consultantes), lo que coincide con los datos tanto nacionales como internacionales²⁴⁻²⁶.

Se diagnosticó esquizofrenia al 9,6% de los consultantes, porcentaje muy superior al reportado en la literatura para población general, pero que puede explicarse por la derivación selectiva que otros profesionales de la Red de Salud de Ladera (médicos, psicólogos, trabajadores sociales) hacen hacia un servicio especializado que se encuentra próximo²⁷.

Las frecuencias encontradas tanto de trastornos neurocognitivos mayores (demencias) como de discapacidad intelectual se corresponden con reportes previos en el país. Las mencionadas diferencias en los trastornos más frecuentes podrían explicarse porque se trata de una consulta de referencia para dicha comunidad, de manera que los pacientes llegan ya filtrados por medicina general antes de la remisión y, por lo tanto, no representan una muestra propia de la población general.

En cuanto al consumo de sustancias psicotóxicas, se encuentra en el 9,9% del total con cualquier trastorno por consumo de cualquier sustancia, incluidas las legales (alcohol) y las ilegales, de las que los cannabinoides son la de mayor impacto como sustancia única (2,5%), pero con mayor impacto en los trastornos por consumo de más de una sustancia (4,2%). Estos hallazgos coinciden con la frecuencias del estudio nacional de salud, que reportó consumos en población general del 8 al 14% en el grupo etario de 18-44 años en la región pacífica, aunque en dicho estudio se encontró que el alcohol es la sustancia de mayor impacto, lo que podría explicarse también por el hecho de que en nuestro estudio el consumo de sustancias se encontró como una comorbilidad

en pacientes que, en todo caso, consultaron por otras causas, pues no se trata de una consulta especializada en adicciones ni, como ya se ha mencionado, una muestra representativa de la población general^{24,25}. Estos resultados difieren de los de la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA) realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), en la que el consumo de marihuana reportado fue del 8,3% de la población nacional de 12-65 años²⁸.

Limitaciones

Se reconoce como principal limitación del estudio que incluye información de un solo año, debido principalmente a que se utilizaron datos de un servicio nuevo que no contaba con muchos registros de años anteriores y además requirió de un proceso de depuración y organización de la base de datos que se encontraba disponible para la realización del estudio, que correspondió al año 2018.

Conclusiones

Los programas especializados de base comunitaria acercan la atención a los espacios naturales de los habitantes de un territorio, reducen el estigma y limitan las barreras de acceso a la atención. Su presencia en centros de baja complejidad permite una interacción directa con equipos de salud que conocen las especificidades del territorio, las fortalezas y las vulnerabilidades socioeconómicas y permite abordajes conjuntos, promocionales y de gestión de riesgos, así como en la atención, la rehabilitación y los cuidados en comunidad. En nuestra experiencia, la posibilidad de interacción con agentes de la comunidad, equipos básicos de atención y equipos psicosociales enriquece el tratamiento y evita la exclusión de nuestros consultantes. Este estudio permite, por otra parte, reconocer las principales causas de consulta en nuestro servicio, insumo para diseñar y desarrollar programas preventivos, fortalecer las estrategias de rehabilitación basadas en la comunidad que se implementan y hacer alianzas estratégicas con programas desarrollados por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali con poblaciones específicas como la de consumidores de sustancias psicoactivas.

Conflicto de intereses

Los investigadores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Ley 1616 de 2013 «Ley Esperanza: por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se adoptan otras disposiciones». Colombia; 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>. Consultado 9 Dic 2019.
2. Invertir en salud mental. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en: <http://www.who.int/mental.health>. Consultado 9 Dic 2019.

3. Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Sí a la atención, no a la exclusión. Ginebra: OMS; 2006. Disponible en: <https://www.who.int/mental.health/policy/legislation/WHO.Resource.Book.MH.LEG.Spanish.pdf>. Consultado 9 Dic 2019.
4. Desviat M. La reforma psiquiátrica. 2.ª ed. Buenos Aires: La Revolución Delirante; 2020.
5. OMS. La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS; 1990. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39621/9243561367.pdf?sequence=1>. Consultado 9 Dic 2019.
6. Agrest M, Mascayano F, Teodoro de Assis R, Molina-Bulla C, Ardila-Gómez S. Leyes de salud mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación. VERTEX Rev Arg Psiquiatr. 2018;29:334-45.
7. Minoletti A, Sepúlveda R, Gómez M, et al. Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. Rev Panam Salud Pública. 2018;42.
8. Dimenstein M, Neves R, Paulon S, et al. La difícil y necesaria integración entre la atención básica y la salud mental en Brasil. Psicol Caribe. 2010;26:178-97.
9. Orellana Y. Salud mental comunitaria en AMBA: una reflexión necesaria. Repensando las prácticas profesionales desde tres experiencias de abordaje integral de la salud mental. Rev Debate Público Reflexión Trab Soc. 2019;9:85-95;
- Perú, Ministerio de Justicia. Ley No 29889 que modifica el artículo 11 de la ley 26842: Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. El Peruano. 2012. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-reglamento-de-la-ley-n-29889-ley-que-modifica-decreto-supremo-n-033-2015-sa-1296283-1/#:~:text=El%20presente%20Reglamento%20regula%20las,de%20salud%20mental%20tengan%20acceso.>
10. Castillo-Martell H, Cutipé-Cárdenas Y. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019;36:326.
11. Camas Baena V. Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:1-6.
12. Arboleda MA. Relaciones de poder entre agentes en la configuración del campo de la salud mental. Estudio de caso: El programa de psiquiatría comunitaria de la Universidad del Valle en Cali - Colombia. Lanús: Universidad Nacional de Lanús; 2013. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/carreras/posgrado/doctorados/salud-mental-comunitaria>.
13. Echeverry O. Atención primaria de la salud: Una nueva oportunidad. Carta Comunitaria. 2016;24:19.
14. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Resolución 2358 de 1998 «por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental». Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-2358-de-1998.pdf>.
15. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2012. La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá: MSPS; 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>.
16. República de Colombia, Ministerio de Salud y de la Protección Social. Resolución 429 de 2016. Política de Atención Integral en Salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad.Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20429%20de%202016.pdf>.
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019. Por el Cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE. Sept 27, 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad.Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf>.
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4886 de 2018 Política Nacional de Salud Mental. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>.
19. Arboleda Trujillo MA. Psiquiatría en atención primaria. Experiencia del Programa de Psiquiatría Comunitaria de la Universidad del Valle. En: *Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos*. Cali: Universidad ICESI; 2016. p. 159-81. Disponible en: <https://repository.icesi.edu.co/biblioteca.digital/bitstream/10906/81081/1/bravo.pensar.salud.2016.pdf>.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Ciclo vital. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>. Consultado 18 Jul 2020.
21. Red de salud Ladera. Plan de Desarrollo Institucional 2018-2019. Consolidando nuestros Logros. Santiago de Cali: Ministerio de Salud; 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>.
22. Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. Análisis de Situación Integrado de Salud (ASIS). Municipio de Santiago de Cali 2018. Cali: Ministerio de Salud; 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-Cali-2018.pdf>.
23. Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, Salud, Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud C-U del V- F de S. La situación de salud en Santiago de Cali: una mirada desde la salud pública. Vol 12.; 2008. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP.Modelo.Salud.Publica.Colombia-Cali-2007.pdf>.
24. Posada Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Magaña C, Carlos-Gómez L. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Rev Colomb Psiquiatr. 2004;33:241-62.
25. Gómez-Restrepo C. La Encuesta Nacional de Salud Mental-ENSM 2015. Rev Colomb Psiquiatr. 2018;45.
26. Thibaut F. Anxiety disorders: a review of current literature. Dialogues Clin Neurosci. 2017;19:87-8.
27. Picchioni MM, Murray RM. Schizophrenia. BMJ. 2007;335:91-5.
28. Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas (ENCSPA). Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE; 2020. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/encuesta-nacional-de-consumo-de-sustancias-psicoactivas-encspa>.