

Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia

Analysis of needs and use of mental healthcare services in Colombia

Diana C. Zamora-Rondón, Daniel Suárez-Acevedo y Oscar Bernal-Acevedo

Recibido 10 abril 2018 / Enviado para modificación 14 diciembre 2018 / Aceptado 26 febrero 2019

RESUMEN

DZ: MD. M. Sc. Salud Pública. Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia.
dc.zamora35@uniandes.edu.co
DS: MD. Esp. Psiquiatría. Esp. Epidemiología. M. Sc. Bioética. Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia. d.suarez38@uniandes.edu.co
OB: MD. M. Sc. Planificación y Dirección de Programas Sociales. M. Sc. Salud Pública Internacional. Ph. D. Salud Pública. Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia.
obernal@uniandes.edu.co

Objetivo Analizar la relación existente entre la necesidad de atención y el uso de los servicios de salud mental en Colombia

Metodología Se comparó la prevalencia de trastornos mentales según la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM-2015) y el registro de pacientes atendidos con diagnóstico de trastorno mental o del comportamiento en el Sistema Integral de Información (SISPRO-2013) la cual contiene los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) de todas las personas que acudieron al sistema de salud en un año.

Resultados La prevalencia de enfermedades mentales estimada según la ENSM para la población colombiana mayor de siete años fue de 4,02% y la prevalencia de atención obtenida del SISPRO fue de 1,56%. Esto indica que el porcentaje de población que no está recibiendo atención en el sistema de salud es del 61,1%. De 1 695 726 personas con trastorno mental tan solo se atiende el 38,9%.

Conclusiones La mayoría de las personas con trastornos mentales en el país no reciben atención en el sistema de salud.

Palabras Clave: Salud mental; servicios de salud; necesidades y demandas de servicios de salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To analyze the relationship between the need for health services and the use of mental health services in Colombia.

Methods The prevalence of mental disorders, as determined by the National Mental Health Survey (ENSM-2015), was compared to the registry of patients treated for the diagnosis of mental and behavioral disorders in the Information System (SISPRO-2013), which contains the individual health service delivery records (RIPS) of all persons who used the services of the health system in one year.

Results The prevalence of mental disorders estimated according to ENSM for the Colombian population older than seven years was 4.02%, while the prevalence of health care obtained from SISPRO was 1.56%. This means that the percentage of the population that is not receiving care from the health system is 61.1%. Of 1 695 726 people with mental disorders, only 38.9% received mental health care.

Conclusion Most people with mental disorders in Colombia do not receive mental health care from the healthcare system.

Key Words: Mental health; health services; health services needs and demand (*source: MeSH, NLM*).

Las enfermedades mentales representan un reto para la salud pública y los sistemas de salud. Solo en el continente americano, se estima que 400 millones de personas sufren de trastornos psiquiátricos y neurológicos (1). A nivel mundial,

los trastornos mentales representan el 12% del total de la carga global de las enfermedades (2).

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto social, en la productividad y en la calidad de vida de las personas, siendo con frecuencia víctimas de estigmatización (3,4). Se han reportado necesidades psicosociales particularmente altas en las poblaciones indígenas y en las víctimas de conflictos armados, violencia política o desplazamiento (2).

Las personas con trastornos mentales presentan mayor necesidad de uso de los servicios de salud ya que tienen un mayor riesgo de otros trastornos como tabaquismo, obesidad, tensión arterial alta, diabetes y cardiopatías (5,6).

El menor acceso a la atención en salud de las personas con trastornos mentales es un fenómeno mundial. En los Estados Unidos de América, un 17 a 28% de las personas con enfermedades mentales no cuentan con seguro médico y su salud física es mucho peor, por término medio, que la de la población general (5).

Esta investigación tiene como objetivo analizar la relación existente entre la necesidad de atención en salud mental, determinada a través de las prevalencias de trastornos mentales definidas en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 y el uso actual del servicio de salud mental en Colombia determinado por SISPRO. Esta información permite evidenciar la relación existente entre necesidad sentida y atención en salud para personas con trastornos mentales en Colombia, la cual podrá ser aprovechada en el diseño e implementación de políticas públicas para la atención de la salud mental.

METODOLOGÍA

Es un estudio descriptivo, de corte transversal, en el que comparamos información obtenida de dos fuentes diferentes. La primera fuente de información fue la base de datos CUBOS del Sistema Integral de Información (7) la cual contiene los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) de todas las personas que acudieron al sistema durante el año 2013 en Colombia.

De esta base se extrajeron los datos de usuarios con diagnósticos relacionados con trastornos mentales y del comportamiento por CIE-10. Se definieron tres grupos de edad de 7 a 11 años, 12 a 17 años y mayores de 18 años, para hacerlos comparables con la información aportada en la segunda fuente.

Con esta información calculamos una prevalencia de trastornos mentales de acuerdo a los registros de atención con la fórmula de prevalencia de trastorno mental (8).

La segunda fuente de información fue la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (9), la cual recogió datos en

el 2013, lo que la hace comparable con el año de registro SISPRO usado en este trabajo.

De la ENSM-2015 escogimos las prevalencias de problemas de salud mental obtenida con el SRQ (Self Reporting Questionnaire) (Indicador de trastorno mental, ocho o más síntomas de ansiedad o depresión y psicosis).

También las prevalencias de Trastornos Mentales obtenidos con el instrumento CIDI-CAPI para cualquier trastorno mental, cualquier trastorno de inicio en la niñez, trastorno del desarrollo y retardo mental, cualquier trastorno de ansiedad, cualquier trastorno depresivo y cualquier trastorno del afecto.

La ENSM 2015 no presenta información para el grupo de edad de cero a seis años; buena parte de la información sobre trastornos mentales engloba a todos los adultos en un solo grupo de 18 o más años; no presenta información sobre trastornos mentales derivados del consumo de sustancias psicoactivas por ser imprecisas y tener un Coeficiente de Variación Estimado (CVE) mayor del 20% y no presenta información de trastornos psicóticos evaluados con el CIDI-CAPI.

Una vez obtenida y organizada la información de las dos fuentes descritas, se procedió a comparar la prevalencia calculada para cada trastorno a través de los registros del SISPRO con las prevalencias informadas en el ENSM, en primer término como problemas de salud mental (SRQ) y en segundo término como trastornos mentales (CIDI-CAPI).

Esta comparación nos permitió establecer cuál es el porcentaje de presuntos enfermos de acuerdo a la ENSM-2015 que son atendidos en el sistema de salud, evidenciando así las brechas existentes entre necesidad sentida y necesidad satisfecha, entendida esta como uso del servicio. Para lo anterior se utilizó la ecuación de porcentaje de atención con prevalencia SISPRO y prevalencia ENSM.

RESULTADOS

De acuerdo con SISPRO en el 2013 se atendieron en Colombia 659 662 personas mayores de siete años por trastornos mentales y del comportamiento (TMC). Esto corresponde al 1,56% de la población total en este año para ese grupo de edad (42 286 025) (10); 271 279 hombres (38%) y 414 078 mujeres (62%), los que recibieron en promedio 3,6 atenciones en el año (Tabla 1).

En el grupo de 7 a 11 años se atendieron 86 478 personas con TMC lo que implica una prevalencia del 2,02%, mientras que la ENSM calcula una prevalencia de cualquier trastorno mental en este grupo de edad del 4,7% como se indica en la Tabla 2. Esto indica que un 58% de las personas de 7 a 11 años con un TMC podrían no estar recibiendo

Tabla 1. Prevalencias de trastornos mentales según el sistema integral de información de la protección social (SISPRO) 2013

Edad		Hombres			Mujeres			Total		
		N	%	Prev	N	%	Prev	N	%	Prev
Todos (7 o más años)	Cualquier trastorno mental	271.279	41,1	1,34	388.383	58,8	1,97	659.662	100	1,56
	Cualquier trastorno mental	56.081		2,56	30.397		1,45	86.478	100	2,02
7 – 11 años	Cualquier trastorno depresivo	1.766	3,1	0,08	1.267	4,2	0,06	3.033	3,5	0,07
	Cualquier trastorno de ansiedad	4.104	7,3	0,19	3.453	11,4	0,16	7.557	8,7	0,18
	Cualquier trastorno de inicio en la niñez	23.527	42,9	1,08	10.654	35,0	0,51	34.181	39,5	0,80
	Trastornos del desarrollo y retardo mental	23.245	41,4	1,06	12.751	41,9	0,61	35.996	41,6	0,84
	Cualquier trastorno mental	37.646	100	1,4	34.494	100	1,38	72.140	100	1,38
12 – 17 años	Cualquier trastorno depresivo	3.461	5,2	0,13	6.695	19,4	0,26	10.156	14,1	0,19
	Cualquier trastorno de ansiedad	1.003	2,7	0,04	1.387	4,0	0,05	2.390	3,3	0,05
	Cualquier trastorno afectivo	6.517	17,3	0,24	10.857	31,5	0,42	17.374	24,1	0,33
	Cualquier trastorno de inicio en la niñez	13.133	34,9	0,49	8.333	24,2	0,32	21.466	29,8	0,41
	Trastorno del desarrollo y RM	11.816	31,4	0,44	7.882	22,9	0,31	19.698	27,3	0,38
	Cualquier trastorno mental	177.552	100	1,16	323.492	100	1,99	501.044	100	1,59
18 o más años	Cualquier trastorno depresivo	25.599	14,4	0,17	79.591	24,6	0,49	105.190	21,0	0,33
	Cualquier trastorno de ansiedad	54.264	30,6	0,35	142.492	44,0	0,87	196.514	39,2	0,62
	Cualquier trastorno afectivo	19.025	10,7	0,12	35.147	10,9	0,22	54.172	10,8	0,17
	Otros	78.664	44,3	0,51	66.262	20,5	0,41	144.926	29	0,46

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2013)

Tabla 2. Porcentaje de pacientes atendidos en el sistema de salud según la relación SISPRO/ENSM (Trastornos)

Edad	Trastorno	Fuente	Hombre	Mujer	Total	^a Porcentaje de atención (%)
7 – 11 Años	Cualquier trastorno mental	SISPRO	2,56	1,45	2,02	42
		ENSM	3,8	5,6*	4,7	
	Cualquier trastorno depre	SISPRO	0,08	0,06	0,07	70
		ENSM	0,2*	0,01*	0,1*	
	Cualquier trastorno ansiedad	SISPRO	0,19	0,16	0,18	9
		ENSM	1,6*	2,3*	2,0*	
Cualquier trastorno de comienzo habitual en infancia	SISPRO	1,08	0,51	0,80	25	
	ENSM	2,9*	3,6*	3,2		
12 – 17 Años	Cualquier trastorno mental	SISPRO	1,4	1,34	1,38	31
		ENSM	2,4*	6,3	4,4	
	Cualquier trastorno depre	SISPRO	0,13	0,26	0,19	19
		ENSM	0,4*	1,7*	1,0*	
	Cualquier trastorno ansiedad	SISPRO	0,04	0,05	0,05	1
		ENSM	1,9*	5,0	3,5	
Cualquier trastorno afectivo	SISPRO	0,24	0,42	0,33	27	
	ENSM	0,6*	1,8*	1,2*		
18 y más años	Cualquier trastorno mental	SISPRO	1,16	1,99	1,59	39
		ENSM	3,2	4,8	4,0	
	Cualquier trastorno depre	SISPRO	0,17	0,49	0,33	17
		ENSM	1,2*	2,7	1,9	
	Cualquier trastorno ansiedad	SISPRO	0,12	0,22	0,17	8
		ENSM	1,6	2,5	2,1	
Cualquier trastorno afectivo	SISPRO	0,35	0,87	0,62	25	
	ENSM	1,9	3,0	2,4		

Elaboración propia a partir de: Ministerio de Salud y Protección Social (2015); Ministerio de Salud y Protección Social (2013). ^a Porcentaje de personas que se están atendiendo en el sistema de salud de acuerdo a la relación entre las prevalencias obtenidas con el SISPRO y las prevalencias de trastornos mentales reportadas por la ENSM. En el informe de la ENSM se precisa que las estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%

atención. Lo mismo sucede en los otros grupos de edad. De los 12 a los 17 años tenemos una prevalencia de acuerdo a los atendidos en el sistema de 1,38% y una prevalencia calculada en la ENSM del 4,4%. Por lo tanto el 69% de los enfermos en este grupo se encontrarían sin atención. En el grupo de 18 años o más la prevalencia calculada por atención es de 1,59% y por la ENSM del 4%. Aquí tendríamos un déficit de atención del 61% de los pacientes.

Ahora bien, en el grupo de edad de 7 a 11 años, al evaluar las diferencias de acuerdo al sexo encontramos que para las mujeres la prevalencia de trastornos de acuerdo a la ENSM es de 5,6% y según el SISPRO es de 1,45%. Esto nos da una deficiencia de atención del 75%. Para los hombres la prevalencia ENSM está en 3,8% y por el SISPRO 2,56% con una deficiencia de atención calculada en el 33%.

De 12 a 17 años la deficiencia de atención en mujeres es del 79% y en hombres el 42%. Y en el grupo de ma-

yores de 18 años el déficit de atención en mujeres es del 59% y en hombres del 64%.

Estos datos dejan en evidencia que en los grupos etarios menores de 18 años es clara una mayor deficiencia de atención en las mujeres que en los hombres, mientras que en los mayores de 18 esta tendencia se invierte y es mayor el déficit de atención en hombres que en mujeres.

Estas deficiencias se incrementan si en lugar de comparar la prevalencia de trastornos de la ENSM, que se ha obtenido aplicando el CIDI-CAPI, lo hacemos con la prevalencia de problemas que trae la misma encuesta, obtenida aplicando el SRQ, y que es sensiblemente más alta. Como se indica en la Tabla 3, la deficiencia en la atención es mayor dado que según la ENSM se calcula que 4 154 081 personas tendrían alta probabilidad de sufrir un trastorno mental de las cuales solo se atienden en el sistema de salud el 15,87% dejando un déficit del 84,13% sin ser atendidos.

Tabla 3. Porcentaje de pacientes atendidos en el sistema de salud según la relación SISPRO/ENSM (problemas de salud mental)

Edad	Trastorno	Fuente	Hombre	Mujer	Total	^a Porcentaje de atención (%)
7 – 11 años	Cualquier trastorno mental atendido	SISPRO	2,56	1,45	2,02	16
	Indicador trastorno mental SRQ	ENSM	9,8	14,2	12,0	
12 – 17 años	Cualquier trastorno mental atendido	SISPRO	1,4	1,34	1,38	10
	Indicador trastorno mental SRQ	ENSM	9,1	17,2	13,8	
18 y más años	Cualquier trastorno mental atendido	SISPRO	1,16	1,99	1,59	8
	Indicador trastorno mental SRQ	ENSM	11,8	22,6	18,4	

Elaboración propia a partir de: Ministerio de Salud y Protección Social (2015); Ministerio de Salud y Protección Social (2013); ^a Porcentaje de personas que se están atendiendo en el sistema de salud de acuerdo a la relación entre las prevalencias obtenidas por el SISPRO y las prevalencias de problemas en salud mental reportadas en la ENSM

Según la ENSM encontramos que para el grupo de 7 a 11 años hay una prevalencia de problemas en salud mental altamente sugestivos de trastorno del 12%, para el grupo de 12 a 17 años es del 13,8% y del 18,4% para los mayores de 18 años. Si comparamos con las mismas prevalencias obtenidas con el SISPRO ya enunciadas, tendríamos un déficit en la atención del 84%, 90% y 92% para cada uno de los grupos de edad.

Si comparamos esta información por sexo encontramos que en el grupo de mujeres de 7 a 11 años la prevalencia de problemas de Salud Mental de acuerdo al ENSM es de 14,2% y la prevalencia de atención según SISPRO es de 1,45%, lo que nos da un déficit de atención del 90%. En los hombres de 7 a 11 años la prevalencia de problemas según la ENSM es de 9,8% y la prevalencia de atención según SISPRO es de 2,56%, con un déficit de atención calculado del 74%. Continúa la misma tendencia de ser mayor la deficiencia de atención en mujeres que en hombres.

De 12 a 17 años la deficiencia de atención en mujeres es del 93% y en hombres del 85%. Y para mayores de 18 años la deficiencia de atención en mujeres es del 92% y para hombres del 91%.

Los datos del estudio muestran que el uso de servicios de atención en salud mental en Colombia no está cubriendo a la totalidad de personas con trastornos mentales que requieren de dicha atención. Esta relación se evidencia por la baja prevalencia de atención en salud mental de acuerdo a las bases de registro del SISPRO respecto a la prevalencia encontrada para Colombia en la ENSM 2015. La prevalencia de enfermedades mentales estimada según la ENSM para la población colombiana mayor de siete años fue de 4,02% y la prevalencia obtenida del SISPRO fue de 1,56%. Esto indica que el porcentaje de población que no está recibiendo atención por parte del sistema de salud es del 61,1%.

De los grupos de patologías que se tuvieron en cuenta, el trastorno de ansiedad fue el que presentó menos porcentaje de atención, presentando valores inferiores a 9% en todos los rangos etarios. En el resto de patologías presentaron un porcentaje de atención más elevada, pero de igual manera muy baja respecto a las expectativas.

DISCUSIÓN

En Colombia existen múltiples barreras de acceso, no únicamente para la salud mental sino para cualquier tipo

de enfermedad; en un estudio que se realizó acerca de las barreras, se identificó que hay todo tipo de barreras, administrativas, geográficas, normativas, poca oferta y contexto cultural, social, político y económico (11). En Colombia las barreras geográficas van de la mano con la poca oferta de servicios de salud y cargadas de algunos determinantes sociales tales como la pobreza y la inequidad.

La estigmatización de la enfermedad mental también es una posible razón del déficit de atención en salud; la percepción sobre el estigma hacia las personas con trastornos mentales ha sido ampliamente reportada en la literatura (12) lo que demuestra que aun hoy continúa siendo un problema para esta población. Además, ese complejo fenómeno social que resumimos bajo el término estigma no afecta tan solo a las personas con enfermedad mental, sino que ha venido caracterizando, en nuestras sociedades, a las relaciones que la mayoría de la población establecemos con determinados grupos de personas (13).

Este déficit de atención lleva a un impacto que se puede ver a escala individual, social, comunitaria e incluso cultural. La no atención de este tipo de pacientes puede generar efectos indeseables en la salud de los mismos. Se ha evidenciado que los pacientes con enfermedades psiquiátricas tienen más índices de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas. Los pacientes alcohólicos suelen presentar otros síndromes psiquiátricos asociados, sobre todo de ansiedad y depresión, que con frecuencia son trastornos inducidos o agravados por el propio consumo de alcohol (14). Actualmente, se acepta que hasta un 50% de las personas que tienen alguna enfermedad mental también sufren de un problema de abuso de sustancias. La “sustancia” más común es el alcohol, seguido de la marihuana y la cocaína. Los medicamentos que requieren receta médica, como los tranquilizantes y las píldoras para dormir también están incluidos (15). Este trastorno dual puede tener efectos dramáticos en el curso clínico del trastorno psicótico tales como: mayores recaídas, re-hospitalizaciones, síntomas más severos, no adherencia al tratamiento antipsicótico, cambios marcados del humor, aumento en el grado de hostilidad e ideación suicida, así como alteraciones en otras áreas del funcionamiento incluyendo violencia, victimización, indignancia y problemas legales (16).

A nivel comunitario, algunos estudios en la literatura mundial han demostrado que tanto los padecimientos físicos como los de salud mental están asociados con ausentismo en el trabajo, menor rendimiento y días de funcionamiento en general perdidos (17). Un estudio en América Latina y el Caribe menciona que los recursos para afrontar esta enorme carga son muchas veces insuficientes, no están distribuidos apropiadamente y en mu-

chos países todavía subsiste un modelo de servicios centrado en el hospital psiquiátrico. Además, estudios cuyo objetivo fue identificar el nivel de sintomatología en salud mental, refuerzan la relación entre la alta sintomatología en salud mental y características sociodemográficas como desempleo, bajo nivel educativo, estado civil de separación o divorcio y edades entre los 18 a 24 y 45 a 54 (18).

En cuanto al sexo, hay diversos estudios que evidencian que en los adultos son las mujeres quienes presentan un mayor uso de los servicios de salud. Un estudio realizado con población de Costa Rica que evaluó personas mayores de 15 años encontró que el porcentaje de uso del servicio fue muy similar pero con un leve incremento en los hombres 24,3% vs mujeres con un 23,1% (19). Las mujeres tienen una mayor utilización de los servicios de atención médica y mayores cargos asociados que los hombres (20). Los resultados de este estudio son consistentes con los hallazgos de una gama de sistemas de atención médica que describen mayores gastos para los servicios de los médicos y la atención hospitalaria para las mujeres que para los hombres (21).

Es importante resaltar que en Colombia no hay estudios formales acerca del costo que genera el déficit de atención ya que como se pudo observar en los resultados, muchas personas sugestivas de tener problemas y trastornos de salud mental, en la actualidad, no están asistiendo al sistema de salud y esto genera altos costos debido a las mayores comorbilidades que presentan estos pacientes. Por ejemplo, un estudio realizado en Barcelona demuestra que los pacientes que demandaron atención por problemas mentales presentaron un mayor número de problemas de salud (6,7% frente a 4,7%) y de utilización de recursos sanitarios, además presentan un elevado número de comorbilidades y un mayor coste anual por paciente en el ámbito de la atención primaria (22). Además, un estudio en la Unión Europea evidencia que el 20% del gasto sanitario en los sistemas sanitarios de la Unión Europea lo ocupan los procesos de tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental (23); sería muy valioso determinar este mismo costo en Colombia.

Tampoco se cuenta con estudios formales acerca de la calidad en la atención que existe en el país, una guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que en la atención a la salud mental, la calidad es una medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados y si éstos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia (24). Bajo esta definición, sería sustancial contar con este dato para Colombia.

Respecto a los resultados encontrados se evidenciaron varias dificultades, una de ella causada por la calidad de la ENSM 2015, que presentaba varios datos no confiables

debido a que reportan datos imprecisos y con carencia de validez inferencial. Otra dificultad que se evidenció durante el estudio es que el sistema SISPRO, no diferencia la atención por especialista, médico general o demás personal de salud; esto dificulta análisis posteriores ya que la mayoría de los estudios presenta de manera clara esta diferencia de uso de los servicios. Además, los datos varían de un día a otro y se integran al sistema muchas veces de manera tardía por lo que fue necesario realizar una única toma de los datos en una fecha particular ♣

Financiación: Personal financiado por la Universidad de los Andes. Se manifiesta de manera explícita que los autores son independientes con respecto a las instituciones de apoyo, y que durante la ejecución del trabajo o la redacción del manuscrito no se ha incidido en intereses o valores distintos a los que usualmente tiene la investigación.

REFERENCIAS

- Torres, Y. Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín. [Internet]. Medellín: Mayo de 2012. Citado ago de 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2Olp6D5>.
- Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. PAHO [Internet]. 2009 [Consultado julio de 2016]; (632):1-325. Disponible en: <http://bit.ly/34jAUCn>.
- Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M, Guillen, Al. Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. [Internet]. Madrid: Editorial Complutense; septiembre de 2009. Citado ago de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2QRuUg0>.
- Banco Mundial. [Internet]. Brasil: Banco Mundial; 13 de julio de 2015 Consultado julio de 2015;. Disponible en: <http://bit.ly/37CsAj3>.
- Organización Mundial de la Salud. Salud mental: mayores necesidades, acceso limitado. Boletín de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2009 [Consultado julio oct de 2016]; 87: 245-324. Disponible en: <http://bit.ly/2OhgZOL>.
- Cuevas C, Ramallo Y, Sanz, EJ. ¿Están relacionadas la obesidad y otras enfermedades físicas con la enfermedad mental? Rev de psiquiatr Salud Ment. 2011; 4(3): 119-125.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema integral de información de la protección social. [Programa de Ordenador]. Versión 1. Colombia: MINSALUD; 2013.
- Pineda LF, Sierra F, Otero W. Interpretación y utilidad de las principales. Rev Col Gastroenterol. 2006; 21(3): 198-106.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Volumen 1. Primera edición. Bogotá: Javegraf; Colombia: Minsalud; 31 de octubre 2015. Citado sep de 2016.
- Departamento Nacional de Planeación. EstimacionesProyecciones1985_020 [Programa de Ordenador]. Colombia: DANE; 2013.
- Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 242-265.
- Vicario A, De la villa M. Actitudes hacia los trastornos mentales y su asociación percibida con delito: estigma social. Salud y sociedad. 2016; 7(3): 254-69.
- López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2008; 28(101): 43-83.
- Casa M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. [Internet]. Volumen 14. Edición 1. Madrid: 26 de diciembre de 2013. Citado sep de 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2QRv0UU>.
- National Alliance on Mental Illness. Diagnostico doble: abuso de sustancias y enfermedad. [Internet]. Sur de Arizona: National Alliance on Mental Illness; septiembre de 2016. Consultado sep de 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2Djyura>.
- Jiménez-Castro L, Raventós-Vorst H, Escamilla M. Esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias: prevalencia y características sociodemográficas de la población Latina. Actas Esp Psiquiatr. 2011; 39(2):123-30.
- Benjet C, Casanova L, Borges G, Medina-Mora ME. Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedades. Salud pública Méx. 2013; 55(3): 248-256.
- Muñoz M, Basco M. Indagaciones epidemiológicas en salud mental: usos de servicios de salud y percepción del apoyo social. Rev. salud pública. 2016;18(2):188-200.
- Morera M, Aparicio A. Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica. Gac Sanit. 2010; 24(5):410-415.
- Bertakis K, Azari R, Helms J, Callahan E, Robbins J. Gender Differences in the Utilization of Health Care Services. Fam Med [Internet]. 2000; 8: 147. Disponible en: <http://bit.ly/2Ohjwse>.
- Mustard C, Kaufert P, Kozyrskyj A, Mayer T. Sex Differences in the Use of Health Care Services. N Engl J Med. 1998; 338:1678-1683.
- Sicras, A. Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. Gac Sanit. 2007; 21(4):306-313.
- Federacion Española de Asociaciones De Psicoterapeutas, Confederacion Española De Asociaciones De Familiares y Personas Con Enfermedad Mental. Promoviendo la psicoterapia como prestación real en la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud (SNS) y los derechos de atención de usuarios con transtornos mentales y sus familiares/cuidadores. [Internet]. Madrid: 8 de enero de 2012. Citado oct de 2016. Disponible en: <http://bit.ly/33cUHlu>.
- Organización Mundial de la Salud. Mejora de la calidad de la salud mental. España: Edimsa; 2003. Consultado julio 2007. Disponible en: <http://bit.ly/2rlwJHB>.