

**CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA
SALUD SOBRE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA**

**MELISSA MARIA GALLEGO CABEZAS
ISABEL CRISTINA MAFLA AGUILAR
MARYI LIZETH PILLIMUÉ YUNDA**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI, 2020**

**CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA
SALUD SOBRE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA**

MELISSA MARIA GALLEGO CABEZAS

ISABEL CRISTINA MAFLA AGUILAR

MARYI LIZETH PILLIMUÉ YUNDA

Trabajo de grado presentado como requisito
parcial para optar por el título de psicólogo.

Laura Juliana Valderrama

Psicóloga Magíster en Psicología

Clínica infantojuvenil

Directora

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI, 2020**

ARTÍCULO 23 de la Resolución No. 13
del 6 de Julio de 1946, del Reglamento de la
Pontificia Universidad Javeriana.
“La Universidad no se hace responsable
por los conceptos emitidos por sus
alumnos en sus trabajos de Tesis. Solo
velará porque no se publique nada
contrario al dogma y la moral católica y
porque las tesis no contengan ataques o
polémicas puramente personales; antes
bien, se vea en ellas el anhelo de buscar
la Verdad y la Justicia”.

DEDICATORIA

En primer lugar, esta investigación va dedicada a Dios, por permitirnos la vida y la salud. Adicionalmente, por guiarnos, brindarnos la sabiduría, motivación y fortaleza en cada momento de este importante proceso para nuestras vidas.

A la memoria de Juan Carlos Mafla y Angelina Cabezas, por ser unos excelentes padre y abuela, quienes con su esfuerzo y dedicación nos brindaron lo necesario para avanzar y llegar a este punto; por acompañarnos en las decisiones que tomamos y darnos su amor incondicional.

A María Cristina Aguilar, María Eugenia Cabezas, Jesús Bernardo Pillimué, Diana Patricia Yunda, nuestras madres y padres por ser un apoyo incondicional en cada aspecto de nuestras vidas e inculcarnos valores y principios para construir los seres humanos que somos.

A nosotras mismas, por tener la fortaleza y la convicción por continuar pese a las adversidades y situaciones que pasamos durante este proceso, por motivarnos y acompañarnos unas a las otras a lo largo del camino logrando culminar este proyecto con éxito.

AGRADECIMIENTOS

Presentamos nuestros más sinceros agradecimientos a Laura Juliana Valderrama, quien más que nuestra directora fue una luz que guio cada uno de nuestros pasos en este proceso, nos compartió sus conocimientos, nos motivó e inspiró a alcanzar nuestra meta. Además, agradecemos su atención y escucha con nosotras desde nuestro primer encuentro.

A los profesionales que hicieron parte de esta investigación, por brindarnos su tiempo y acceder de manera voluntaria a compartir su experiencia y conocimientos con nosotras.

A familiares y amigos, por hacer parte de nuestro proceso de formación y brindarnos su apoyo constante.

A la universidad y los profesores que han hecho parte de nuestro proceso de formación basada en principios y valores, para que seamos las mejores profesionales para el mundo.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	2
MÉTODO	36
Tipo de estudio.....	36
Participantes.....	36
Instrumento.....	37
Validación.....	39
Prueba piloto.....	40
Procedimiento.....	41
Consideraciones éticas.....	42
Resultados	44
Discusión.....	56
REFERENCIAS	67
ANEXOS.....	77

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. *Marco normativo del Sistema de Salud en Colombia.*

Tabla 2. *Áreas medidas por el cuestionario de Conocimientos, Creencias y Prácticas en profesionales de la salud frente a la atención psicológica (COCREP).*

Tabla 3. *Categorías de análisis.*

Tabla 4. *Información de Jueces.*

Tabla 5. *Información sociodemográfica*

Tabla 6. *Preguntas cerradas categoría de conocimientos*

Tabla 7. *Preguntas cerradas categoría creencias*

Tabla 8. *Comparación de remisiones entre psicología y psiquiatría.*

Tabla 9. *Preguntas cerradas categoría prácticas.*

Tabla 10. *Análisis de variables*

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Validación del instrumento por jueces expertos.

Anexo B. Validación integrada del instrumento por parte de jueces expertos.

Anexo C. Instrumento validado para prueba piloto.

Anexo D. Consentimiento informado.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Ruta para la atención psicológica.

Figura 2. Pautas de acción para optimizar las remisiones a los servicios de atención psicológica.

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo general comprender cuáles son los conocimientos, creencias y prácticas de los profesionales de la salud pertenecientes a IPS de la ciudad de Cali sobre la atención psicológica de los pacientes. Los objetivos específicos buscaban: *primero*, identificar los conocimientos y creencias que poseen los profesionales de la salud sobre la atención psicológica que reciben los pacientes derivados a psicología; *segundo*, describir las prácticas de los profesionales de la salud con respecto a la atención psicológica que reciben los pacientes; y, establecer pautas de acción que permitan optimizar las remisiones a servicios de atención psicológica. El tipo de estudio fue cuantitativo de diseño descriptivo. La recolección de información se realizó a través del cuestionario 'COCREP'. La muestra estuvo conformada por 53 médicos. Los datos se analizaron a través del programa SPSS y análisis de contenido para las respuestas a las preguntas abiertas. En cuanto a los resultados, se identificó que el 58.5% de los profesionales no reciben información sobre los criterios básicos de remisión a psicología durante su formación académica; del mismo modo, el 54.7% consideran no poseer herramientas para abordar una crisis emocional en sus pacientes. Referente a las prácticas de los profesionales de la salud respecto a la atención psicológica de sus pacientes, 54.7% de los participantes reconocieron brindar recomendaciones a sus pacientes en lugar de remitirlos a un profesional de psicología. Y finalmente, se establecieron pautas de acción que permitirán optimizar las remisiones a servicios de atención psicológica.

Palabras clave: atención primaria, profesionales de la salud, atención psicológica, salud mental, remisión, conocimientos, creencias, prácticas.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el sistema de salud, en su estructura, presenta una serie de barreras a nivel mundial, especialmente en los países de bajos y medianos ingresos, donde entre el 76% y 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben atención oportuna, además de tener una baja inversión en comparación de otros servicios de salud, mientras que, en los países de altos ingresos del 35% al 50% de las personas reciben tratamiento o atención. Ahora bien, las políticas y legislaciones sobre salud mental en algunos países, no son suficientes para abordar los problemas de salud mental presentes en las personas; esto sumado a la escasez de personal capacitado para hacer frente a las necesidades de los pacientes con trastornos mentales, afectando la posibilidad de prestar un servicio integral y en pro del bienestar de la comunidad, lo cual incide en las tasas de mortalidad a nivel mundial relacionado con enfermedad mental (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2013).

A partir de una revisión bibliográfica global realizada por Irarrázaval et al. (2016), donde se profundizó en diferentes estudios, se evidenció que el 17% de las personas han tenido una enfermedad mental en los últimos 12 meses, siendo la población femenina quien presenta mayor prevalencia en los trastornos del ánimo 7.3% y ansiedad 8.7%, sin embargo, los hombres son quienes tienen una mayor prevalencia en el trastorno por sustancia con un 7.5% y las mujeres un 2,0%. Adicionalmente, un 29% refieren haberla tenido en algún momento de sus vidas, a pesar de representar cifras sumamente elevadas, sólo un 39% recibe un tratamiento oportuno por parte de los entes reguladores de salud.

En similitud con lo antes mencionado, Baxter et al. (2013), llevaron a cabo una revisión bibliográfica de datos epidemiológicos sobre trastornos de salud mental a nivel mundial, mediante los cuales se revisó tanto su nivel de cobertura como limitaciones. A través de la revisión de 77.000 fuentes de datos sobre trastornos depresivos, de ansiedad, de la alimentación específicos. Se encontró que las limitaciones en cobertura y servicios ofrecidos en salud mental es baja e inequitativa, a pesar de la alta prevalencia y mortalidad a nivel mundial. Adicionalmente, para la mayor parte del mundo, los trastornos mentales son algo invisible y siguen siendo un problema de baja prioridad en comparación con otros problemas de salud importantes.

De manera análoga, desde un punto de vista enfocado hacia la salud mental integral es

relevante identificar los desafíos que presenta el sistema de salud al momento de la implementación, por lo cual, Suls et al.(2019), pretendieron describir los desafíos que presenta la prevalencia de la multimorbilidad para el bienestar, la prevención y el tratamiento médico en EEUU a través de un artículo teórico, el cual abarca diversos términos como: multimorbilidad, etiología, prevención, autogestión y cuidado clínico. Ahora bien, los resultados, apuntan a que, la multimorbilidad, al tener una alta prevalencia a nivel internacional, presenta desafíos importantes para el sistema de salud. Dentro de los desafíos que emergen, se direccionan hacia los pacientes, proveedores de atención médica, sistemas de atención médica y sociedad en general por la ausencia de conocimiento en relación a la etiología, prevención y tratamiento de aquellas personas que se encuentran con múltiples afecciones de salud. Otro desafío consiste en que la medicina comprenda la relación que existe entre lo biológico, psicológico y social, siendo los psicólogos quienes pueden tener un impacto en la atención médica por su mirada holística del individuo.

Por otro lado, en una revisión bibliográfica realizada por Buitrago et al. (2016), aborda la importancia de la adaptación de un modelo biopsicosocial por parte de los profesionales que brindan la atención a los pacientes, debido a que la actitud de estos profesionales ante las personas con un trastorno mental, tiene un impacto en la esperanza de vida de dichos pacientes, a causa de esto, el 65% de las personas con trastornos mentales graves no recibe un tratamiento adecuado a pesar de la existencia de intervenciones eficaces, dado que los profesionales de la salud no se encuentran debidamente capacitados para la detección temprana y tratamiento oportuno, generando una de las principales falencias en el sistema de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante reconocer que la atención primaria es el primer contacto que tienen las personas para acceder a servicios de salud mental, este modelo integra el acceso para el 70% de la población española con trastornos mentales y se basa en la prevención, detección y derivación de las patologías. Por lo cual, el trabajo interdisciplinar es de suma importancia para el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental, pues si bien el médico brinda un diagnóstico en primera instancia, este se centra en el síntoma; en cambio, los profesionales en psicología tienen en cuenta la evaluación psicodiagnóstica, de este modo, se evidencia la existencia de grandes diferencias entre el diagnóstico de ambos profesionales (Pérez-Ibañez et al., 2015).

En ese sentido, un estudio epidemiológico realizado en América Latina y el Caribe por

Kohn et al. (2005) revisaron datos disponibles sobre el uso de los servicios de salud mental a fin de evaluar la magnitud de la brecha en la atención psiquiátrica a partir de publicaciones y base de datos. Encontraron que, en promedio 31,1 millones de adultos han requerido atención en salud mental en algún momento de sus vidas, además identificaron una relación inversa entre estrato socioeconómico y la prevalencia de muchos trastornos psiquiátricos, lo cual se refleja en la búsqueda de atención especializada. En América Latina y el Caribe la brecha de la atención de los trastornos mentales es grande, el déficit de tratamientos que se evidenció en las cifras correspondientes a la utilización de servicios reveló que cerca de 63% de las personas con esquizofrenia no recibían ningún tratamiento, del mismo modo se aplicaba a 89% de las que padecían trastornos afectivos y un 99% de las que tenían trastornos de ansiedad.

A propósito de la salud mental en la región Latinoamericana y Caribe, Rodríguez (2011), realizaron una descripción de la situación y los desafíos que presenta la salud mental en este territorio y la ardua transición desde el modelo antiguo, donde no se tenía una visión holística de los pacientes a un modelo comunitario. Se identifica una brecha de tratamiento significativa con respecto a los trastornos mentales, pues se encontró que más del 60% de las personas que enferman no reciben ninguna clase de atención; esto implica que la morbilidad por trastornos mentales es un problema evidente para el sistema de salud en América Latina y el Caribe, pues los trastornos mentales son un factor de riesgo para el padecimiento de otras enfermedades y puede afectar tanto la búsqueda de ayuda como el tratamiento de los pacientes. Por otro lado, se evidenciaron deficiencias en lo que se refiere a legislaciones y recursos destinados a la salud mental y se hace énfasis en la adaptación de la implementación de un modelo integral de salud, donde se comprendan las necesidades psicosociales de la población, analizando los factores que influyen en la condición de salud de las personas. Además, la estigmatización que rodea el tema de la salud mental discrimina y aísla a las personas con trastornos mentales.

En cuanto a Colombia, según la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a) se encuestaron 15.351 personas, donde se encontró que, el 52% de los adultos tiene uno o más síntomas de ansiedad, el 80% presenta de 1 a 3 síntomas depresivos y el 11% califica como positivo para trastornos mentales. Por lo cual las cifras concuerdan con las propuestas por la Organización Mundial de la Salud - OMS, (2008) en el programa de acción para superar las brechas de salud mental a nivel internacional junto con el Banco Mundial;

ambos refieren que el 14% de la carga mundial en términos económicos puede atribuirse a los trastornos mentales debido al déficit de recursos y las fallas atencionales.

Teniendo en cuenta las limitaciones que se presentan en la atención de salud mental en Colombia, Rojas-Bernal et al (2018) realizaron un estudio en el cual, por medio de 315 referencias bibliográficas sobre los aspectos históricos de la salud mental en Colombia, en el cual encontraron que 10 de cada 100 adultos y 12 de cada 100 adolescentes tienen algún síntoma que sugiere la presencia de un trastorno mental. Con lo cual, en Colombia se elaboraron nuevos lineamientos en salud mental que dieron como resultado la inclusión de procedimientos y medicamentos en el plan obligatorio de salud con el objetivo de brindar tratamientos más amplios y oportunos a esta población. Sin embargo, la atención de este servicio de salud continuó limitado y no por carencia de leyes y planes, sino, por variables actitudinales, sociales y estructurales propias del sistema de salud.

En similitud con el estudio anterior, Caicedo (s.f) realizó un análisis de las políticas de salud mental en el Valle del Cauca donde se evidenció que un 40% de la población ha padecido alguna vez en su vida algún trastorno de salud mental, siendo los trastornos de ansiedad y de estado de ánimo los más frecuentes. Adicionalmente, las alarmantes cifras de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento a nivel nacional, las cuales equivalen al 2,53 por cada 100.000 habitantes, esto teniendo en cuenta que dichos trastornos están conformados por más de 100 diagnósticos clasificados según la CIE 10. Así mismo, a nivel departamental, en el año 2016, el Valle del Cauca fue el departamento que presentó más alta mortalidad con una tasa de 2,73 ubicándose sobre la medida nacional. Todo esto se relaciona con el funcionamiento del sistema de salud en el país, el cual determina que la psicología y psiquiatría corresponden al nivel II de atención, causando así una limitada y baja cantidad de derivaciones a atención mental (Ministerio de salud y protección social, 2018b).

Asimismo, en la ciudad de Cali, el Boletín de la Secretaría Municipal reportó un total de 1.475 casos de intento de suicidio en el año 2018, lo cual representa un aumento del 4% con respecto al 2016; también se encontró que el 46% de los intentos de suicidio presentaron intentos previos, es decir, eran reincidentes. Los principales factores asociados son los conflictos de pareja y los problemas económicos; de igual forma, los principales factores de riesgo son los trastornos mentales, aunque el 89% de las personas implicadas en el reporte poseían acceso al servicio de salud (Secretaría de Salud, 2018).

Hasta ahora, a lo largo de las cifras epidemiológicas presentadas se destacan falencias como la estructura burocrática del sistema de salud, la falta de personal capacitado como médicos, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales en los sistemas de salud; adicionalmente, factores culturales como la actitud de los profesionales de la salud hacia pacientes con trastornos mentales o que requieren atención en salud mental son algunos de los obstáculos que impiden la atención eficaz y oportuna en los distintos sistemas sanitarios, generando barreras en la prestación de servicios integrales a los pacientes por parte de las entidades pertinentes, acrecentando los gastos de inversión en contingencia y debilitando los programas de capacitación y prevención. De este modo, se encuentra que los profesionales de la salud cuentan con recursos y herramientas limitadas para enfrentar situaciones o casos con pacientes que requieren servicios de salud mental, pues su conocimiento sobre trastornos mentales es escaso y esto se refleja en prácticas como la falta de acción interdisciplinaria y decisión respecto a derivaciones, en este caso, a atención psicológica; impactando en la poca y limitada cantidad de acceso a servicios de salud mental.

De acuerdo con la problemática expuesta, se realiza una revisión de los antecedentes que nos brinda un panorama internacional sobre el papel que juega la atención psicológica en los sistemas de salud actuales.

En ese sentido, la investigación de Fernandes et al. (2016) realizada en Brasil, España y Portugal, tenía como objetivo conocer el discurso de los psicólogos respecto a sus prácticas en los servicios de salud de atención primaria, secundaria y terciaria, para lo cual, realizó un estudio de campo comparativo de carácter descriptivo participando 107 profesionales de los tres países seleccionados. En los resultados, los psicólogos mencionan que no tienen claridad sobre sus funciones dentro de sus intervenciones en el nivel de atención primaria de salud, por lo cual, de manera inicial y oportuna no logran actuar en conjunto con los equipos de salud básica en las intervenciones de promoción de salud, ni establecer un contacto directo de relación terapeuta-paciente, donde se genere la confianza necesaria para la interacción durante la sesión, lo cual, es muy importante desde el primer contacto con el paciente. Lo anterior, debido a la escasa formación por parte de los profesionales en cuanto a salud pública y comunitaria, impidiendo una visión desde todos los aspectos que componen e interactúan con los pacientes, los cuales inciden en su condición de salud.

Siguiendo con la misma perspectiva de la formación de los profesionales, en España, un

estudio realizado por Moreno et al. (2018) tenía como objetivo adaptar y analizar las propiedades psicométricas del cuestionario médicos de atención primaria y salud mental (MAPSAM-14) para medir las opiniones y percepciones en relación a la salud mental. El estudio contó con una metodología cuantitativa donde participaron 145 médicos de atención primaria del Hospital Regional de Málaga. El cuestionario fue diseñado específicamente para médicos y enfermeras, por medio de 3 dimensiones desglosadas en 25 ítems de escala tipo Likert. En el estudio se encuentra que los médicos son claves dentro del sistema sanitario público para la prevención, el diagnóstico y tratamiento en los trastornos de salud mental, pues son estos los que detectan los primeros síntomas en pacientes. Adicionalmente, la percepción de los médicos respecto a la relación entre atención primaria y salud mental, resulta útil para la planificación y el desarrollo de medidas que apuntan a brindar una atención de calidad a los pacientes con estas condiciones.

Por otra parte, en cuanto al sistema de salud en el que se encuentran los profesionales de la salud mental, Tejedo (2018), analizó las derivaciones de las primeras citas en un centro de salud mental durante un año para comparar las características de las derivaciones según fueron destinadas a atención psiquiátrica o psicológica. Mediante un estudio cuantitativo, se analizaron 898 derivaciones de atención primaria a psicología clínica y psiquiatría del *Centro de Salud Mental de Adultos de Badalona, España*. Se realizó un análisis comparativo a partir de 14 variables, entre las cuales se encontraban: edad, especialidad a la que fueron derivados, prioridad de la derivación, lugar de la primera visita, medicación, diagnóstico y asistencia. Al finalizar el estudio, se concluyó que existen características diferenciales con respecto a las derivaciones psicológicas y psiquiátricas; como las expectativas de los médicos frente a la atención oportuna que reciben los pacientes derivados a psicología, debido al excesivo tiempo de espera y la tasa de ausencias, las cuales influyen en la forma de derivación, pues sólo 294 pacientes fueron remitidos a psicología frente a 604 derivados a psiquiatría. Del mismo modo, el 65% de los casos son remitidos por centros especializados en salud mental y sólo el 34% son enviados de centros básicos de salud. Por otra parte, los médicos refieren que el número de pacientes que se encuentran en tratamiento psicofarmacológico al momento de ser derivados fue del 64%, especialmente los de mayor edad, quienes demuestran tener mejoría frente a los síntomas a comparación de la población más joven y menos medicada lo cual sería un factor decisivo en las derivaciones desiguales.

Otro tema relevante para comprender las limitaciones que enfrenta el sistema de salud

mental fue abordado en una investigación realizada en España por Navarro y Trigueros (2019) que tuvo como objetivo conocer el impacto de los procesos estigmatizantes en los profesionales de la salud mental, por lo cual realizaron una revisión bibliográfica de 38 artículos. Se logró identificar que la mayor parte de los estudios se han centrado en las creencias y estigmas de los enfermeros que trabajan con pacientes diagnosticados con trastornos mentales, teniendo una menor representación en los estudios los psiquiatras y psicólogos. Respecto al objetivo planteado, se logró vislumbrar que las creencias de los profesionales de la salud no distan de la población general sin conocimiento especializado en salud mental, pues se encuentran varias similitudes en las creencias y estigmas. Por otra parte, se encontró que los profesionales de la salud que tienen continuo contacto con los pacientes desarrollan estigmas que suelen generar actitudes paternalistas que tienden a la infantilización junto con un lenguaje estigmatizador que eclipsan lo manifestado por el paciente, impactando en los diagnósticos de los mismos.

Por otra parte, en Reino Unido se realizó una investigación cuyo objetivo era examinar si las percepciones de los profesionales de la salud mental sobre sus pacientes repercuten en la atención que brindan a los usuarios. Este estudio se realizó a través de metodología mixta con 260 participantes, mediante un cuestionario y 3 grupos focales. Como resultado se obtuvo que los psicólogos son más empáticos que los médicos; mientras los psiquiatras son más competentes que los psicólogos, pero menos extrovertidos, serviciales, empáticos y agradables. Así, pues, el estudio concluye que, de acuerdo a la experiencia percibida de los psiquiatras ante sus pacientes con problemas de salud mental más severos, se fortalece y mantiene el estigma. Por lo cual, mencionan la importancia de trabajar sobre el estigma y en la mejora de los servicios del sistema de salud, promoviendo tanto el bienestar del paciente como la capacitación de los profesionales de la salud (Ebsworth y Foster, 2017).

En cuanto a las brechas culturales que enfrenta el sistema sanitario, una revisión teórica llevada a cabo por Knaak et al. (2017) en Canadá, cuyo objetivo fue identificar las barreras de acceso y atención de calidad creadas por procesos de estigmatización a nivel de estigma personal e interpersonal, además de identificar soluciones que puedan ser implementadas dentro de las estructuras existentes. En este estudio se identificaron y definieron algunas fuentes de estigma en la salud tales como actitudes y comportamientos negativos, pesimismo terapéutico, falta de confianza y habilidades; además del estigma en la cultura laboral; a partir de esto, se encontró que el 79% de los pacientes manifestaron haber experimentado discriminación por parte de los

profesionales de salud, mientras un 53% fue testigo u observó discriminación impartida por profesionales de salud hacia pacientes. Adicionalmente, se evidencian barreras en el acceso a servicios de calidad; donde las diferentes características o formas de estigmatización en áreas sanitarias generan consecuencias importantes en la atención, pues las actitudes que tienen los profesionales con sus pacientes, impactan en la comunicación y confianza entre profesional y paciente, e, lo cual se puede observar en la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

Asimismo, en África, para dar cuenta de los conocimientos sobre la salud mental que poseen los profesionales de la salud, Spagnolo et al. (2018) realizaron un estudio sobre los conocimientos, actitudes y autoestima con respecto a la salud mental de profesionales en atención primaria (PAP) que trabajan en la zona metropolitana de Túnez; a través de análisis descriptivos y modelos de regresión, mediante cuestionarios con constructos sobre prácticas, conocimientos y actitudes sobre la salud mental dentro la labor que realizan 112 médicos del sector público. En este estudio se encontró que los profesionales de la salud tenían mayor conocimiento sobre los síntomas relacionados con depresión, psicosis y el abordaje después de intento de suicidio; así mismo, conocían la distinción entre salud mental y física.

Adicionalmente, comenzaron a creer más en sus capacidades para abordar la depresión y ansiedad. No obstante, la mayoría de los profesionales tenían poco conocimiento y algunos mitos sobre los trastornos mentales y el uso de sustancias. Así, pues, se concluye que los profesionales, aunque participan en el cuidado de salud mental, presentan debilidades en cuanto a competencias para abordar aspectos de salud mental, lo cual genera problemas en el área de atención primaria, pues afecta la interacción entre médico-paciente y la derivación o remisión.

Así pues, los estigmas en la salud, evidenciados en una investigación realizada por Wahl y Aroesty-Cohen (2010) quienes revisaron 19 estudios a lo largo de 5 años en EE. UU con el objetivo de comprender las actitudes que tienen las personas, especialmente las que brindan servicios de salud mental, sobre los trastornos psiquiátricos. Los resultados mostraron que existen actitudes positivas entre los profesionales de la salud que trabajan en el área de salud mental, sin embargo, se presentan actitudes y expectativas negativas con respecto a la aceptación social de aquellas personas que padecen enfermedades mentales. Por ende, se recomienda enfocar la atención en generar estudios sobre las opiniones y actitudes de los profesionales de salud mental, así como de los cuidadores de personas con trastornos psiquiátricos para mejorar las actitudes.

En la atención de salud mental se requiere el trabajo en conjunto de diferentes profesiones para mejorar la atención de los pacientes por lo cual un estudio realizado por Chomienne et al. (2015) realizaron una búsqueda de literatura en PubMed y Google Scholar, en donde evaluaron la colaboración entre médicos y psicólogos en Bélgica y Canadá. Para lograr lo anterior, identificaron las barreras que existen en esta colaboración y cómo la reforma de atención primaria en Canadá fomenta la práctica colaborativa y las estrategias para mejorar. Como resultado se obtuvo que el sistema de salud en atención requiere de una mejora en las estrategias para la atención colaborativa en Canadá, mientras que en Bélgica se necesita de una implementación en la educación para fomentar la colaboración entre ambas disciplinas (medicina y psicología). En ambos países al existir una escasez de psicólogos en la atención primaria, los médicos generales y los psicólogos tienen una propensión a trabajar en conjunto; se encontró que el sistema no facilita la colaboración entre médicos y psicólogos debido a que no existe una definición del alcance de ambas prácticas. Si bien los médicos manifiestan una intención de colaborar y trabajar con los psicólogos también informan que desconocen las situaciones en las cuales los psicólogos están disponibles para consultas referentes a la salud mental de los pacientes.

Enfocándose en la misma problemática de la interdisciplinariedad y la formación profesional en salud mental Murdoch et al. (2015) realizaron una investigación correlacional en Canadá, donde revisaron el conocimiento teórico y práctico que poseen los profesionales que trabajan en contextos de salud sobre psicología al momento de graduarse. La muestra se constituyó por 196 estudiantes de universidades pertenecientes a la Asociación de Universidades de Canadá; de los cuales 68 pertenecían al programa de enfermería, 37 de trabajo social, 18 de medicina, 23 estudiantes de psicología, 20 estudiantes de maestría en psicología clínica, 6 con doctorado en psicología y 24 estudiantes de doctorado en psicología clínica. Se demostró que es posible graduarse de un área de la salud sin ningún curso o capacitación mínima en cuanto a salud mental. No obstante, los médicos y enfermeras son los profesionales que tienen mayor contacto con los pacientes desde el primer momento, y, aunque manifiestan sentirse incómodos y poco capacitados para atender situaciones referentes a salud mental, usan la medicación y ofrecen consejos como solución a las alteraciones de los consultantes, pero también manifiestan poco interés en instruirse. Con respecto a la formación de los trabajadores sociales, los requerimientos son mínimos y se tiende a subestimar los aspectos referentes a salud mental para

obtener el título. Así, pues, se hace énfasis en el hecho de que en la mayoría de los estados canadienses las enfermeras y los trabajadores sociales no son aptos para diagnosticar, sin embargo, generan opciones de tratamiento a los consultantes.

Con base en lo anterior, para obtener una perspectiva del servicio de salud con un enfoque integral, Farmanova et al. (2017) realizaron una investigación en Canadá la cual tenía como objetivo examinar el desarrollo de la colaboración entre médicos y psicólogos en la atención primaria en salud por lo cual durante un año integraron a dos psicólogos en prácticas médicas de un hospital en Ontario observando la interacción entre los mismos sin llegar a facilitar o guiarla, como resultado encontraron que ambos profesionales reportaron un incremento en la comunicación, los médicos mencionaron que el acceso a la información psicológica ayudó a aprender nuevas técnicas de diagnóstico, junto con la rigurosidad y estructura de la evaluación diagnóstica de los psicólogos. Sin embargo, los médicos y psicólogos tienen diferentes perspectivas sobre la colaboración; los psicólogos tenían como objetivo centrar la colaboración para la atención integral de los pacientes, los médicos sin embargo veían la colaboración interdisciplinar como un medio para mejorar resultados en la atención a pacientes. Esta investigación concluyó que el trabajo colaborativo entre médicos y psicólogos ayuda en la aceptación de las derivaciones reduciendo las ausencias a las primeras citas psicológicas y mejorando el tratamiento de los pacientes.

En cuanto a la perspectiva del personal médico que cuenta con profesionales en salud mental integrados en su equipo de trabajo, Miller-Matero et al. (2016) realizaron un estudio en el Sistema de Salud Henry Ford de Michigan, EE. UU, cuyo objetivo fue explorar la perspectiva que tienen los médicos de atención primaria en relación con los beneficios del autocuidado y del cuidado del paciente. La investigación se realizó con 15 médicos de alto nivel y 78 residentes, los cuales respondieron a encuestas acerca de las opiniones que tenían al momento de referirse a un psicólogo en el marco de una atención centrada en el paciente. Con el estudio se pudo concluir que los médicos en atención primaria, tienen un interés en la implementación de un programa integral de los servicios de salud porque consideran que la salud mental y atención del paciente mejora al igual que el nivel de estrés en los médicos, en ese sentido, la satisfacción del médico por tener integrados psicólogos en su equipo de trabajo o procesos es del 97.4%, vale la pena mencionar que el médico es quien hace la recomendación para que sus pacientes asistan a psicología (79.5%), no obstante, sólo un 10% de los pacientes asisten. Cabe resaltar que los

médicos consideran que la atención ofrecida por un psicólogo integrado ayuda al paciente en un 97.4%. Por lo cual, se identificó que los proveedores de salud están satisfechos al tener un psicólogo en atención primaria, debido a que genera una mejoría en los pacientes y reduce el estrés en los médicos. Sin embargo, la mayoría de las clínicas aún no integra un psicólogo a sus servicios de atención primaria debido al desconocimiento de los beneficios para los pacientes y los mismos profesionales que laboran en dichas clínicas.

A Partir de lo anterior y centrándose en el desempeño de las profesiones de la salud mental que realizan sus intervenciones de manera colaborativa, Fleury et al. (2019) realizaron un estudio en Canadá, el cual contó con dos objetivos, los cuales pretendieron identificar las variables relacionadas con la percepción del desempeño en el rol laboral (DRL) e identificar las variables asociadas. Contó con la participación de 315 profesionales pertenecientes a equipos especializados de atención primaria en salud mental. Para cumplir los objetivos propuestos, se adaptó el *cuestionario de roles de trabajo*, el cual evalúa aspectos tanto individuales como grupales, percepción sobre el grupo, estados emergentes y el contexto geográfico y organizacional. A partir del objetivo propuesto, se identificaron múltiples variables asociadas con el desempeño general en el rol laboral en los equipos de trabajo en salud, además, se encontró que el rol desempeñado por cada profesional integrado al trabajo en equipo entre varias disciplinas, propició el intercambio de conocimientos, logrando intervenciones integrales a los pacientes, lo cual se reflejó positivamente en la atención y la intervención en prevención de enfermedades mentales, pero también en la pronta y eficaz recuperación de los pacientes en sus diferentes problemas de salud o comorbilidades.

Sin embargo, cabe resaltar que a partir de un panel llevado a cabo por la Asociación Nacional de Psicólogos en Estudios Académicos sobre Educación Interprofesional (IPE) como lo plantean Ward et al. (2018), se ha hecho un llamado a los profesionales de la salud en la forma en que adquieren sus habilidades teórico-prácticas. Proponiendo, en ese sentido que el aprendizaje no debe ser de manera intraprofesional sino que debe ser de manera activa, propiciando la cooperación; ya que el objetivo es estimular e implementar el aprendizaje activo como estrategia educativa, en donde los estudiantes de las diferentes profesiones de la salud aprenden conocimientos de contenido compartido, además de habilidades de colaboración, impactando así, sobre la reducción de los estereotipos, explorar conceptos, reconocer sus habilidades y mejorar la visión profesional. En ese sentido, el Instituto para la Mejora de la

Atención Médica propone a las instituciones académicas de salud implementar la capacitación en programas de trabajo efectivo en entornos de práctica colaborativos dirigido a los profesionales de la salud.

Por otra parte, desde la mirada de los usuarios del sistema de salud, Hammer et al.(2019) mencionan que los pacientes que buscan ayuda para la depresión u otro problema relacionado con la salud mental tienen el primer contacto con los médicos de atención primaria en lugar de un psicólogo, por lo cual realizaron una investigación en Estados Unidos en la cual tenían como objetivo examinar las percepciones de los pacientes que buscaban ayuda psicológica y fueron remitidos por un médico de atención primaria utilizando el modelo de la Teoría de Acción Razonada; para ello se encuestó a 685 adultos, se evaluaron las intenciones, actitudes, normas subjetivas, autoestigma de buscar ayuda, eficacia percibida del tratamiento, reconocimientos de síntomas y búsqueda de ayuda en el pasado. Se concluyó que existe mayor adherencia al tratamiento psicológico cuando los médicos que realizan la remisión pueden entender y describir a los pacientes la efectividad del tratamiento psicológico.

De acuerdo con los anteriores estudios revisados a nivel internacional se puede concluir que, ha emergido un interés de cubrir una necesidad de atención en salud mental, pues, más del 50% de los pacientes a nivel mundial con trastorno mental grave no recibe una atención adecuada, sumado a la ausencia de capacitación por parte del personal profesional; no existe claridad en las tareas que debe de cumplir un psicólogo en la atención primaria y por ende, no se brinda un trabajo articulado con otros profesionales de la salud. Por otra parte, varios estudios profundizan en la interdisciplinariedad como una función indispensable para el sistema de salud mental integrado generando una mejora significativa para los pacientes.

Abordando los estudios realizados en Latinoamérica, Caplan et al. (2016) realizaron un estudio realizado en República Dominicana el cual pretendía explorar las actitudes y el estigma entre los profesionales de la salud hacia las personas con enfermedades mentales. La investigación se llevó a cabo con 37 profesionales de atención médica en salud mental y administrativos. Se realizaron grupos focales y entrevistas semiestructuradas donde se indagó sobre los conocimientos que tenían acerca de las enfermedades mentales y el manejo de las mismas. Se encontró que el estigma es generalizado en los profesionales y proveedores de servicios de salud; las condiciones y la autopercepción de los pacientes con enfermedades mentales influía en la actitud de los profesionales hacia estos pacientes, debido a que varios

profesionales de salud manifestaban temor hacia estos pacientes y falta de empatía. Además, los profesionales no percibían apoyo, ni se sentían preparados para manejar pacientes con enfermedades mentales. Adicionalmente, se observó que en la actualidad hay pocas alternativas de intervención para reducir el estigma entre los profesionales que no manejan este tipo de afecciones.

Por otra parte, un estudio cuantitativo llevado a cabo por Ballesteros (2016) tenía por objetivo analizar las desigualdades jurisdiccionales presentes en el área de recursos humanos en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) del sector público de salud de Argentina. En el análisis de los CAPS que tiene: médicos, odontólogos, psiquiatras y/o psicólogos, psicopedagogos y fonoaudiólogos a partir de un cuestionario y de datos secundarios. Como resultado, en los servicios que brinda los centros, todos los CAPS cuentan con 99% de médicos, 52% cuenta con odontólogos y un 30% cuenta entre psicólogos y/o psiquiatras. Se cuenta con estos profesionales de la salud dependiendo de la jurisdicción con la que cuente la provincia, al igual del número de horas de trabajo, el estudio también arroja como evidencia la desigualdad que presenta en la accesibilidad en el sector público.

Cabe mencionar la perspectiva de los profesionales de la salud sobre el rol que tiene cada integrante del equipo de trabajo, por lo cual, Saar y Trevizan (2007) realizaron un estudio en la organización Militar de Minas Gerais de Brasil, con el objetivo de estudiar la visión que los profesionales de un equipo de salud tienen en relación con el rol de sus compañeros de equipo desde un estudio cualitativo. Se entrevistaron a 39 profesionales de la salud, entre los que se encontraban nutricionistas, psicólogos, enfermeros, fisioterapeutas, farmacéuticos, dentistas y médicos. Los resultados obtenidos arrojaron que, los médicos eran los profesionales que tenían un rol delimitado dentro del equipo de trabajo, seguidos de los enfermeros y farmacéuticos, mientras los psicólogos fueron los profesionales que no contaban con un rol definido en las labores del equipo; sin embargo, se resalta que es los psicólogos son los profesionales que brindan mayor apoyo al paciente y familia durante la hospitalización, de igual forma, brinda apoyo al equipo de trabajo. Esta interacción interdisciplinaria de acuerdo a los roles de cada profesión en el contexto hospitalario, permite reforzar una visión de las intervenciones terapéuticas desde una perspectiva biológico-curativa.

Por otro lado, desde un enfoque de salud comunitario, Piazza y Fiestas (2015), se decidieron generar información acerca del uso durante 12 meses de servicios de salud mental en

la población adulta urbana en Perú. A través de un estudio transversal, probabilístico, multietápico y estratificado en el que participaron 3930 personas con edades entre 18 y 65 años, se efectuó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, la cual brinda diagnósticos a partir del DSM-IV y el CIE-10. Los resultados que arrojó el estudio demostraron que la mayoría de las personas que, durante los últimos meses, presentaron un trastorno de salud mental, no reciben atención psicológica; más aún, el recurrir a servicios de salud, depende en gran manera del tipo de trastorno que tenga la persona, siendo así la ansiedad, el trastorno que más lleva a las personas a recurrir a terapia, sin embargo, sólo una de cada tres personas recibe el debido tratamiento. Esto demuestra que el acceso a servicios de salud mental es limitado en las personas del área urbana de este país, por esta razón, las mujeres recurren a ayuda por otros medios más que los hombres.

Del mismo modo, en Chile, Mascayano et al. (2015) realizan una revisión de la literatura con 3 objetivos: *el primero*, analizar las principales características del estigma hacia la enfermedad mental, y las variables psicológicas y/o sociales con las que se ha asociado. *Segundo*, describir las estrategias preponderantes para reducir los diferentes tipos de estigma y *tercero*, proponer abordajes para evaluar y reducir el estigma en el contexto de Latinoamérica y el Caribe. De lo anterior, se obtiene como resultado que, a pesar de que la Organización Mundial de Psiquiatría ha llevado a cabo campañas de intervención antiestigma los resultados a largo plazo no son suficientes, además, de ser difícil evaluar. Adicionalmente, la caracterización de los tipos de estigmatización en Salud mental en Latinoamérica es escasa. Por tanto, se plantea adaptar instrumentos para desarrollar líneas de investigación y así lograr caracterizar el estigma en Latinoamérica; y segundo, al implementar lo anterior, se debe de intervenir teniendo en cuenta lo sociocultural de tal modo que se debe de adaptar estos instrumentos de acuerdo a su región, abarcando no sólo al paciente, sino que también a sus familiares y demás redes de apoyo, sin dejar de lado el conocimiento científico y la postura ética de aquellos que intervengan.

Ahora bien, un estudio realizado por Alarcón (2016), cuyo propósito fue examinar los aspectos históricos y conceptuales de salud y salud mental global, por medio de la revisión de temas como: actitudes de los profesionales hacia los trastornos mentales, la experiencia de los diagnósticos y de los recursos para la clasificación psiquiátrica. De lo anterior, se obtiene como resultado que la práctica médica requiere del conocimiento integral de perspectivas clínicas y socioculturales, lo cual lleva a un tratamiento exitoso y a una mejora constante de la salud

mental. El estudio también sugiere que los planes nacionales de investigación deben estar alineados a los programas internacionales, al igual que los temas de investigación deben estar orientados a la interacción de investigadores con experiencia, capacitación de los jóvenes, programas educativos y al desarrollo de temas innovadores.

Por otro lado, Cárcamo et al. (2019), mediante un estudio desarrollado en Chile, analizaron la percepción de personas con Trastorno Mental Grave sobre la atención en salud mental y las probabilidades de recuperación que ofrece esta atención. A través de un estudio cualitativo, descriptivo y transversal, donde se contó con la participación de 16 personas diagnosticadas con esquizofrenia o trastorno bipolar, se ejecutaron entrevistas semiestructuradas donde se halló una coexistencia entre la salud mental comunitaria y los modelos biomédicos, los cuales coexisten y subordinan el tipo de atención que reciben los pacientes; los resultados evidenciaron que cuando existe un trato donde se legitima al otro, prima la ética y las competencias profesionales por parte de quienes brindan la atención, se favorece la recuperación y el avance en el tratamiento de los pacientes. La presencia de estigmas dentro de la interacción entre terapeuta-paciente, disminuyen, y, hasta restringen las probabilidades de participación de los pacientes antes los servicios brindados, obstruyendo así la mejoría del paciente.

En cuanto a los antecedentes de Latinoamérica, se puede observar que los estudios tienen mayor tendencia hacia el campo de la psicología de la salud, por lo cual se pueden analizar una diversa gama de problemáticas adicionales que se presentan en el campo; una de las principales problemáticas radica en la escasa intervención de la psicología en la prevención en conjunto con los errores atribuidos a los diagnósticos que se presentan en la salud mental.

En lo que al contexto nacional respecta, Martínez (2018) en la ciudad de Bogotá, pretende describir el modo como se debe realizar un procedimiento de intervención médica, considerando un enfoque multidisciplinar que incluye el énfasis psicosocial. Lo anterior, con base en el estudio de un caso hipotético del cual concluye que, ante la llegada de un paciente al médico general, tanto este como la atención en salud es indispensable enfocar la salud en una mirada interdisciplinar e integradora, permitiendo de ese modo estructurar las entrevistas con el paciente de tal modo que desde la historia clínica le permita formar un perfil psicológico; ya que, al momento de abordar la historia clínica desde la visión psicológica, se tiene en cuenta una perspectiva holística y sistemática del ser, integrando el estado actual del paciente por medio de 7 modalidades: biológico, afectivo, sensaciones, imágenes, cognitivo, conductual, social e

interpersonal con el fin de disminuir el malestar psicológico. Como resultado, se requiere que desde el ejercicio del profesional médico general se reconozca el rol que juega la psicología en el campo de la salud pública, ya que, permite desarrollar intervenciones efectivas que ayudan a prevenir y/o transformar distintos problemas de salud, además, también se necesita que se comprenda la relación que existe entre individuo y sociedad, la política social y política de la salud, entre otras variables.

Respecto al sistema de salud en Colombia, Campo-Arias et al. (2014) en su estudio tienen como objetivo a partir de una revisión de la literatura, actualizar los mecanismos o dispositivos institucionales por los cuales el estigma percibido y perpetrado relacionado con los trastornos mentales se configura como una barrera de acceso importante en salud mental. Se concluye que las sociedades y estados discriminan y excluyen a aquellas personas que cumplen con algunos criterios de trastornos mentales, de tal forma que este estigma hacia la salud mental no sólo afecta a los pacientes, sino que también a sus familiares, profesionales y entidades que laboran en este campo. Además. Aquel estigma que se percibe y se mantiene, se configura como una barrera de acceso a la salud integral pues, por un lado, quienes padecen un trastorno sienten culpa y vergüenza que como consecuencia no solicitan el servicio y por ende no se hace una inversión en el bienestar desde los recursos públicos y privados.

Del mismo modo, profundizando en los servicios de salud mental en Colombia, Muñoz et al. (2015) caracterizaron la demanda de servicios en salud mental, en la población afiliada a una aseguradora en salud del régimen contributivo durante el año 2012. Se realizó un estudio cuantitativo el cual se apoyó en una base de datos nacional de 463.522 personas afiliadas que accedieron a servicios de salud mental durante el estudio; a través de consultas a psicología, psiquiatría, hospitalización y medicina general en urgencias. Como resultado, se obtuvo que las mujeres a partir de los 15 años utilizan más los servicios de salud mental por motivos de consulta generales, por trastornos del estado de ánimo y de ansiedad adicionalmente, los intentos suicidas, la violencia doméstica y sexual son más frecuentes en edad infantil y en las mujeres adolescentes. Mientras que las solicitudes de atención en los hombres están relacionadas con el uso y abuso de sustancias psicoactivas e incluido el alcohol. En cuanto a las regiones, el eje cafetero presenta mayor demanda en los servicios de salud mental. Cabe resaltar que, las atenciones en salud mental se presentan principalmente en urgencias, por ende, es necesario capacitar al personal para la promoción y prevención de la salud mental, pues, al conocer un

perfil del uso de los servicios en salud mental ayuda a replantearse y a ajustar políticas institucionales basados en la gestión de riesgos.

Con relación a lo anterior Jaramillo et al. (2018) se propusieron realizar una caracterización de la atención psicoterapéutica en una IPS de Colombia; para lo cual revisaron 9140 Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) correspondientes a 1521 pacientes. Asimismo, obtuvieron datos de 532 historias clínicas con las cuales lograron identificar los motivos de consulta más frecuentes, entre estos se encontraban: Problemas de ánimo, emocionales y comportamentales; adicional a esto, encontraron que entre el 20 y el 50% de los pacientes desisten después de la primera sesión de psicoterapia y al menos el 70% no alcanza a acudir a 10 sesiones. Además, entre los motivos de deserción se encuentran dificultades económicas, remisión a otro psicólogo, remisión a neuropsicología, cambio de residencia, autorizaciones y un 15,62% simplemente abandonó el proceso, mientras no se tuvo información o motivo de deserción de un 52,23% de la muestra. Por otro lado, solo el 27% de los niños y adolescentes junto con un 48% de los adultos logra un proceso de cierre. Por otra parte, se determinó el tipo de remisión, siendo la neuropsicología o profesiones afines un 44%, de psiquiatría un 4% y medicina general un 1.1%, por lo tanto, los investigadores concluyen que el tipo de remisión es de vital importancia en el sistema de salud colombiano pues solo admite la atención a través del proceso de remisión o interconsulta, limitando el acceso directo al psicólogo clínico.

En ese orden de ideas, hablando sobre el sistema de salud, un estudio realizado por Hernández y Sanmartín-Rueda (2018) de la Universidad de Antioquia, Colombia tenía como objetivo indagar cómo funciona el sistema de salud mental en Colombia, desde la experiencia y perspectiva de profesionales del campo de la salud mental en donde a partir de entrevistas y grupos de discusión a 23 profesionales (abogados, médicos y psicólogos, postgrado en administración, salud pública, psiquiatría y psicología clínica) se obtuvo como resultado que, los participantes consideran que en Colombia el estigma y la normatividad en los servicios de salud afectan a los usuarios y familiares como al profesional de la salud en la institución de salud, es decir que, los derechos humanos que profesa la constitución política en la práctica quedan a merced del cumplimiento de requisitos administrativos, además existen muchas barreras en el acceso a servicios de calidad derivados de asuntos culturales y estructurales. De lo anterior, afirman que el problema en el sistema no se basa en el presupuesto sino en la ausencia del

recurso humano e inversión. La salud mental es vista como una enfermedad que debe ser tratada en segundo o tercer nivel de atención lo cual agrava el problema.

En cuanto a los motivos de consulta, Colón et al. (2019) llevaron a cabo un estudio mixto cuyo objetivo fue establecer una caracterización psicosocial y de los motivos de consulta de las personas que asisten a los 28 Centros de Atención Psicológica Universitarios de 16 ciudades del país; para alcanzar este objetivo, realizaron una encuesta heteroaplicada para identificar la población asistente a dichos centros, contando así con 1525 personas quienes consultaron por primera vez los centros durante 5 meses. Partiendo de la población de estudio, se encontró que, al presentar problemas o síntomas referentes a salud mental, la psicoterapia es la primera elección, siendo así el estado de ánimo y dificultades emocionales el principal motivo de consulta; además, las expectativas de los consultantes, en torno a la atención psicológica, se atribuyen a un mayor bienestar para sus vidas, orientación y apoyo y el cambio en los aspectos que generaron la asistencia a la consulta. Adicionalmente, se determinó la importancia sobre el fortalecimiento y cuidado de las familias, así como sus lazos afectivos. Por otra parte, se llegó a la conclusión de que, a partir de las necesidades y demandas de la población estudiada, la atención psicológica debe enfocarse en aspectos que beneficien las características especiales de cada individuo, así como su entorno familiar, también, se deben brindar herramientas que permitan a los consultantes aportar sobre su propio bienestar.

Del año 2017 al 2019, en Colombia, además de una literatura limitada, no hay una distinción entre las funciones que desempeñan psicólogos y psiquiatras, tanto a nivel de público general como institucional, lo cual repercute al momento de la remisión, afectando en esa medida tanto a los pacientes como a sus familias y profesionales de la salud mental, ya que, el estigma y la normatividad del sistema de salud limita de sobremanera la accesibilidad a un servicio de calidad, lo cual se refleja no sólo en situaciones como en las zonas rurales en donde no confían en los servicios de salud y deciden continuar con su método de medicina tradicional sino también en la inasistencia a la consulta psicoterapéutica haciendo más difícil el estado del paciente ya que no se trabaja desde la prevención sino ya cuando está en un nivel avanzado, es decir, hay una ausencia en la garantía de sus derechos fundamentales, sin embargo, al parecer existe un cambio en la mirada hacia el papel de la psicología, en donde ante un malestar emocional la primera opción es acudir a psicoterapia lo cual obtiene el paciente como resultado un bienestar tanto a nivel personal como familiar y afectivo.

Teniendo en cuenta a los diferentes estudios realizados, se plantean las diferentes brechas tanto teóricas como metodológicas y sociales que de acuerdo con la revisión de la literatura se encontraron en los antecedentes lo siguiente:

En relación con lo metodológico, se observa que, en la literatura revisada, prevalecen los estudios de tipo cuantitativos y teóricos, los cuales se enfocan en estudiar a los pacientes, médicos, psiquiatras y psicólogos de manera general, a través de análisis de diversas bases de datos, a partir de las cuales se revisan encuestas, caracterizaciones y datos epidemiológicos con el fin de generar nuevos conocimientos. A nivel nacional, los estudios se centran en investigaciones de tipo cuantitativo abordando temas relacionados a la demanda en torno a los servicios de salud mental, significados de la salud mental desde la mirada de la población general, actitudes hacia el psicólogo durante la terapia. Lo anterior, comprendido desde la perspectiva de los pacientes, jóvenes, adultos mayores y profesional médico, este último desde la intervención médica. En cuanto a la brecha teórica, se puede proponer que, pocas investigaciones han indagado en los conocimientos, creencias y prácticas que los profesionales de la salud tienen frente a la atención psicológica, pues en Colombia y a nivel general lo más próximo a las variables anteriores, está enmarcado en la mirada multidisciplinar de la intervención médica y en la caracterización de la demanda en los motivos de consulta en atención psicoterapéutica desde una mirada del paciente y/o profesional médico (Colón et al., 2019; Jaramillo et al., 2018; Martínez, 2018; Muñoz, et al., 2015; Tejedo, 2018; Pérez-Ibáñez et al., 2015). Cabe resaltar que, en relación con la variable “*prácticas*” no se encuentran estudios y mucho menos existen instrumentos para evaluar la temática de interés.

Por último, el impacto social ante los posibles resultados que puede arrojar la investigación influenciará distintos escenarios como el escenario del sistema sanitario, los pacientes y profesionales de la salud. Respecto a *los pacientes*, la contribución está puesta en la mejora de la calidad de vida a partir de una atención integral y de calidad, en donde se mejore el índice de deserción en las consultas generando una mayor adherencia en el tratamiento del paciente, dando como resultado una disminución en los índices de morbilidad y mortalidad, pues, se ha demostrado que la presencia de enfermedades mentales desencadena otros problemas de salud desde la relación mente-cuerpo, además de promover hábitos saludables que repercuten en el bienestar del paciente; en cuanto a los *Profesionales de la salud*, la sensibilización de la comunidad en general ante lo crucial que resulta la atención frente a la salud mental, la

importancia de la implementación de la formación en salud mental dentro de la educación de futuros profesionales de la salud y promover espacios donde haya colaboración entre los mismos, que permitan intercambiar conocimientos de interés en pro de la salud de los pacientes, sumado a transmitirle al paciente la importancia de emplear la promoción y prevención en temas de salud mental con el fin de evitar la morbilidad y mortalidad en sus pacientes. Y, por último, *sistema sanitario*, su impacto gira en el aporte en las políticas de salud, lo cual se traduce en una mejor cobertura, atención de calidad e integral, disminución del riesgo de una enfermedad mental que trae consigo una consecuencia social y económica, ya que, al reconocer la importancia de la salud mental, del trabajo interdisciplinar y del impacto que conlleva una buena remisión, permite disminuir los costos en la atención en salud beneficiando en gran manera el área administrativa. Es importante mencionar que, desde el área administrativa, se puede realizar un gran impacto en la medida de que estas instituciones de salud generen un mayor compromiso y tracen lineamientos con reformas que permita tener un modelo eficiente, integral y equitativo, en donde se reconozca la importancia de la salud mental, el rol del psicólogo en la comunidad científica y/o en las entidades de salud para lograr un trabajo interdisciplinario para mayor beneficio a los usuarios que lo requieran.

En este sentido, considerando los antecedentes y las brechas, se plantea la pregunta ¿Cuáles son los conocimientos, creencias y prácticas de los profesionales de la salud pertenecientes a IPS de la ciudad de Cali frente a la atención psicológica de los pacientes? para dar respuesta a esta pregunta, esta investigación tiene tres objetivos fundamentales: a) Identificar los conocimientos y creencias que poseen los profesionales de la salud sobre la atención psicológica que reciben los pacientes derivados a psicología ; b) Describir las prácticas de los profesionales de la salud con respecto a la atención psicológica que reciben los pacientes y c) Establecer pautas de acción que permitan optimizar las remisiones a servicios de atención psicológica.

En ese sentido, esta investigación se enmarca en el área de la psicología de la salud, ya que contribuye al sistema de salud en relación a la promoción y prevención de la enfermedad, sin dejar a un lado el desarrollo y tratamiento del diagnóstico que presente el individuo. Por tanto, algunos aportes que realiza este campo es fomentar estilos de vida saludable, prevenir y tratar las enfermedades; además de evaluar, diagnosticar y mejorar el sistema sanitario al que pertenece el individuo (Piña y Rivera, 2006; Oblitas, 2008). Por consiguiente, el presente estudio está a fin de

aportar herramientas a los profesionales de la salud y al sistema sanitario que le permitan prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y mejorar todo aquello que sea referente a la salud mental del individuo, contribuyendo a la mejora de su calidad de vida.

Conociendo a través de la literatura revisada que las investigaciones ante el tema que se pretenden abordar en el presente estudio son escasas, por lo cual se precisa la relevancia y utilidad de abordar las variables a tratar (conocimiento, creencias y prácticas) en los profesionales de la salud para desestigmatizar, por un lado, el campo de la psicología y, por el otro, contribuir con el bienestar psicológico desde la promoción y prevención de la salud mental para con el paciente. Pese a la limitación de estudios sobre el tema de esta investigación, cabe resaltar que la mayoría de las investigaciones revisadas revelan un vacío importante referente a los conocimientos que tienen los profesionales de la salud frente a la atención psicológica, puesto que no cuentan con claridad ante la importancia de conocer el estado de la salud mental a la hora de realizar un diagnóstico y de prevenir riesgos en el ámbito de la salud, y por ende, al momento de realizar una remisión, los criterios no son claros, lo que ocasiona, en primera instancia, una remisión a psiquiatría, sin importar que el paciente no cumpla con los criterios para que sea atendido por estos profesionales especializados. De modo que aporta a nivel metodológico, teórico y social.

Tomando en consideración la información expuesta en los anteriores apartados de este estudio, se plantea como hipótesis de investigación, que los profesionales de la salud no tienen claridad sobre la serie de aspectos y consideraciones que se engloban en la atención psicológica de los pacientes, ya que, según lo que se observa, tanto la formación académica como el ejercicio de algunos profesionales de la salud, se fomentan conocimientos puntuales sobre esto; además de que no se promueven los espacios de interacción e intercambio de conocimientos entre profesionales, donde se aporten entre sí para brindar una atención integral a los pacientes. Esto sumado a algunas creencias y estigmas que se generan socialmente sobre, no solo la salud mental, sino el ejercicio psicológico, generan una serie de barreras frente a las derivaciones de manera oportuna dirigidas a la atención psicológica, generando así limitantes en el sistema de salud propiamente, pues al no actuar oportunamente desde la primera consulta en las situaciones y malestar que manifiestan los pacientes se están ocasionando una serie de impactos en su vida, pues no se está actuando de manera integral. Tomando en consideración la interacción de los pacientes con el medio y todos los factores que permean y han propiciado el motivo de consulta.

Ahora bien, es pertinente abordar conceptualmente las variables que se tendrán en cuenta a lo largo del estudio para ampliar el panorama en relación con la salud mental en el sistema de salud colombiano. Por ende, es conveniente comprender los conceptos de interés para el tema de investigación como lo son la salud mental y la atención primaria en salud mental en Colombia, profesionales de la salud; así como definir las creencias, conocimiento y prácticas que tienen los profesionales de la salud, específicamente los médicos, en relación a la atención primaria y la salud mental.

La salud mental según la Organización Mundial de la Salud (s.f.a) es una condición prolongada de bienestar donde el individuo hace uso con plena consciencia de sus capacidades para relacionarse de modo adecuado, afrontar situaciones cotidianas y contribuir a su entorno. Por consiguiente, la prevención, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales cumple un papel fundamental para la atención primaria en salud mental.

Referente a lo anterior, se define la atención primaria en la salud (APS) como aquella atención brindada a la comunidad, la cual se centra en brindar servicios de atención, prevención y promoción de la salud; además de abordar la educación para el bienestar de una manera integral e integrada, por ende, este servicio debe garantizarse a todos los individuos, ser de calidad, y debe ser de acuerdo a las necesidades que presente la población; promoviendo de igual forma la participación comunitaria (Ministerio de la Protección Social, s.f).

Complementario a lo anterior, el Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC, 2016 b), propone que la APS es el primer nivel de atención, donde se da el contacto primario de la comunidad con el sistema de salud. En este nivel se implementan estrategias y programas de promoción de la salud adaptados a las necesidades y entorno tanto sociocultural como económico de cada región y comunidad. Esto con el fin de fortalecer la acción comunitaria mediante la participación, toma de decisiones; propiciar la colaboración entre la población y los recursos naturales mediante la creación de entornos favorables, además de elaborar políticas en las que se priorice la salud y se concientice a la comunidad en general sobre las consecuencias como responsabilidades propias y comunes que se tienen. Adicionalmente, en la APS se brindan servicios de manera descentralizada, integral, preventiva y centrada en la comunidad.

En lo que se refiere a la Atención Primaria en Salud Mental (APSM), se ha identificado un vacío de información y presupuestal, a partir del cual, nace la necesidad de hacer frente a la situación en cuanto al reconocimiento de la existencia de inequidad, exclusión social y estigmas

por las pocas posibilidades económicas. Por este motivo, mediante protocolos de atención, se busca fortalecer los servicios enfocados en promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en la salud mental; esto se pretende lograr mediante estrategias de intervención con equipos multidisciplinarios, donde se identifiquen e impacten los factores que determinan la salud, orientación y autocuidado de la comunidad. Para lograr este fortalecimiento, es necesario que se realice un trabajo multidisciplinar entre los profesionales de la salud donde se intervenga sobre los determinantes sociales de salud a través del diagnóstico, identificación de riesgos, psicoeducación, promoción de la afiliación al sistema de salud para prevenir, y hacer detección temprana; para lograr la detección temprana, se debe usar mecanismos como primeros auxilios emocionales, tamizaje, intervenciones breves y enlaces a rutas de atención (COLPSIC, 2016b).

Continuando por la línea de estudio sobre el sistema de salud, cabe precisar que el sistema de salud en Colombia se rige por una extensa normativa legal que regula a las instituciones prestadoras del servicio salud, asegurando este derecho a los ciudadanos (Tabla 1).

Tabla 1

Marco normativo del Sistema de Salud en Colombia.

Ley	En qué consiste
Ley 100 de 1993	Es la ley en la cual se construye el sistema de Seguridad Social Integral, a través instituciones que prestan el servicio, normativas y procedimientos para regular el mismo.
Ley 1438 de 2011	Define la Atención Primaria en Salud (APS) como una estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de

Plan Decenal de Salud Pública

complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Esta implementación por parte del Gobierno busca para el 2021 reducir la inequidad en la salud, garantizando este derecho, mejorando las condiciones de vida y manteniendo en ceros las tasas de morbilidad y mortalidad que sean evitables.

Ley 1616 de 2013

Colombia se rige por esta ley del sistema general de seguridad social, en la cual se decreta la salud mental como un derecho fundamental e inalienable, a partir de esto se establece la Ley Estatutaria de la Salud donde instauran las obligaciones del Estado para dar cumplimiento a dicho derecho.

Ley 1751 del 2015

El sistema de salud como un conjunto articulado y armónico de principios normativos; políticas públicas; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamientos; controles; información y evaluación; que el estado debe disponer para garantizar y materializar el derecho fundamental de la salud.

Resolución 4886 del 2018

Adiciona el enfoque psicosocial, la participación social y la política pública basada en evidencia científica al Plan Decenal de Salud y a la Ley Estatutaria de Salud.

La tabla 1 muestra el marco legal en el que se rige la salud mental en Colombia junto con cada una de las modificaciones relevantes que se han realizado a las normativas. Fuente: elaboración propia.

La finalidad de las leyes anteriormente mencionadas es garantizar el derecho a la salud mental en Colombia, por lo cual, el Ministerio de Salud y Protección Social (2017) menciona la necesidad de organizar la información generada a través de un sistema que integre las fuentes disponibles, permitiendo aprovechar y optimizar el uso de la información, generando conocimiento útil para la toma de decisiones. De este modo, la implementación de este sistema da como resultado: modelos de atención, protocolos y rutas para unificar el servicio de salud mental.

El sistema de salud en Colombia está diseñado, bajo los principios de justicia, igualdad y equidad, según la constitución política, donde se busca que todos los habitantes, sin excepción alguna, accedan a servicios de salud con calidad de manera eficaz y eficiente, satisfaciendo las necesidades de cada individuo. Ahora bien, visto desde una estructura de mercado, el sistema de salud en el país está configurado para que los usuarios paguen o aporten bien sea mediante el régimen contributivo, donde las personas realizan sus aportes monetarios o subsidiado, es decir,

no pago por el usuario, sino por el gobierno, al sistema para obtener los servicios de todos los niveles de atención. Ahora bien, esto constituye una limitante para el sistema de salud en la medida que está planteado desde el supuesto de que, la demanda se focaliza únicamente en quienes tienen la capacidad presupuestal para acceder a ellos; visto de esta forma, quienes poseen menos recursos, presentan el dilema de no acceder a servicios de salud o generar un hueco en su economía, lo que involucra estar expuesto a recibir servicios de baja calidad y la limitante de no poder acceder en los momentos que se requieran. Cabe mencionar que las contribuciones brindadas por el estado mediante el régimen subsidiado donde entra el programa SISBEN, para superar estas barreras económicas en el sistema de salud ha resultado ser una ayuda importante para que las personas de bajos recursos puedan acceder a servicios de calidad, de esta manera, se lleva a cabo la premisa de equidad que el gobierno pretende generar. No obstante, se continúan presentando límites culturales y de acceso a la atención (Ministerio de la Protección Social, s.f).

Ahora, para no alejarse de este escenario, es fundamental recordar a los agentes que actúan dentro del sistema de salud, donde se incluyen los aportantes, aseguradoras, los prestadores de servicios de salud, proveedores de medicamentos, pacientes y agencias estatales. Además de esto, la estructura del sistema plantea objetivos a alcanzar, los cuales pretenden mantener equidad, aseguramiento de las expectativas de renta, eficacia microeconómica y macroeconómica, y libertad de elección para los clientes/pacientes (Ministerio de la Protección Social, 2018d).

En este sentido es pertinente resaltar las entidades que implementan lo establecido por el sistema de salud, Guerrero et al. (2011) mencionan que el eje central del sistema de salud colombiano se denomina Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Por lo cual, es primordial y obligatorio que todos los habitantes del país estén vinculados al sistema de salud y accedan a sus beneficios por medio de entidades como las entidades promotoras de salud (EPS), las cuales pueden ser públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS). Del mismo modo, existe un sector privado, el cual es utilizado por una población con mayores ingresos, los cuales buscan garantizar mejores condiciones en el servicio de salud en comparación con el que ofrecen el SGSSS.

Sumado a lo anterior, según lo expuesto por el Ministerio de Salud (2017) en un intento por homogeneizar la prestación de servicios por parte de las entidades reguladoras, el gobierno local implementó el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) con el objetivo de dar fin a la fragmentación, desintegración en la atención e inequidades en la salud que se venían presentando por parte de las SGSSS. El marco operativo del MIAS consiste en el trabajo articulado con las entidades territoriales, teniendo en cuenta las características regionales y destacando las prioridades para cada grupo poblacional, mientras que el marco estratégico identifica, comprende y responde mediante planes coherentes orientados por la Regulación de las Rutas Integrales (RIAS).

En este sentido, la RIAS definen las acciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores. Ordenan la gestión del prestador de servicios primario mediante la caracterización de la demanda y evaluaciones clínicas; en caso de confirmarse un diagnóstico, la RIAS determina el siguiente paso que consiste en generar un tratamiento en el cual se evalúa si es requerida la intervención de un prestador de servicios complementarios, de confirmarse esta necesidad de intervención se activa una ruta alterna donde los involucrados deben iniciar el proceso de valoración clínica para ratificar el diagnóstico inicial (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

Vinculado a las rutas de atención por parte de las entidades prestadoras de salud, Novoa (2012) hace referencia a los debates generados debido a la identificación de los casos que requieren atención especializada por parte de psicólogos y psiquiatras, pues la detección, en el sistema de salud colombiano, se realiza por parte de los médicos generales o enfermeras de atención primaria, quienes en ocasiones no poseen entrenamiento en el área, lo cual sumado al complejo proceso de derivación a servicios y atención especializada que difiere en cada institución debido a las políticas internas generan un problema en la accesibilidad y coordinación que perjudica a los pacientes. Cabe resaltar que, en las EPS, el médico es quien debe solicitar la autorización del servicio de apoyo terapéutico, sin embargo, si el individuo se encuentra en un servicio de salud prepago puede acceder directamente al servicio de apoyo terapéutico (Nueva EPS, s.f.).

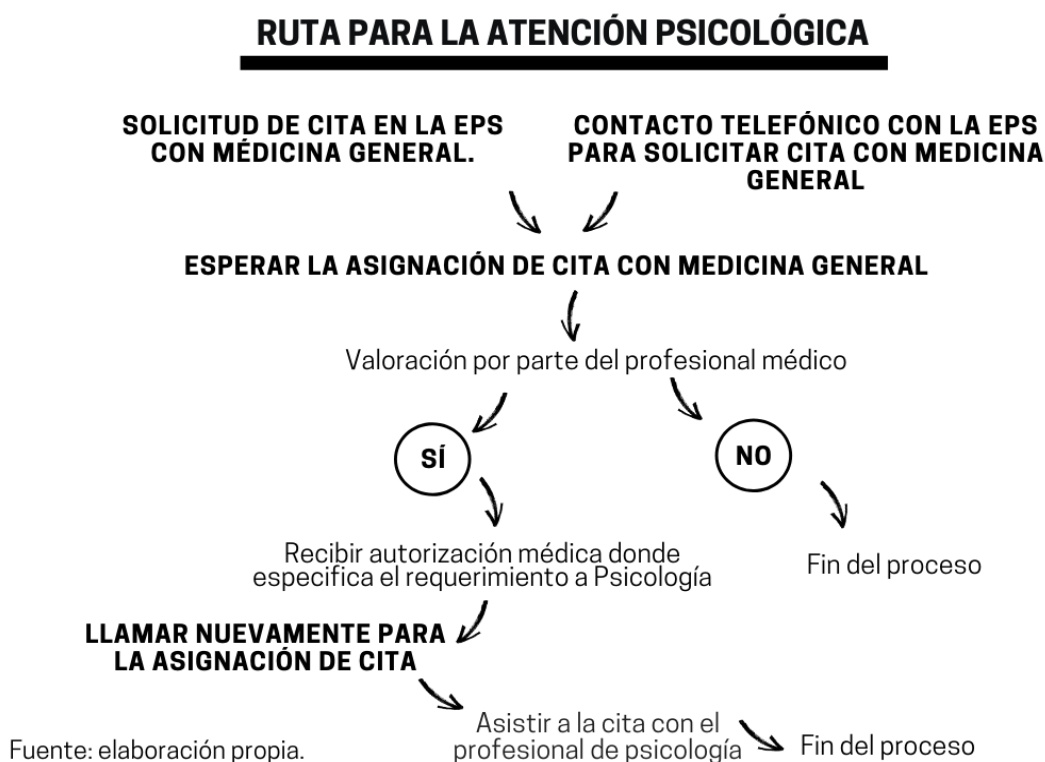
De acuerdo con lo anterior, Rojas-Bernal et al. (2018) plantean la falta de coherencia entre la normativa colombiana y la realidad, debido a que sancionar las leyes no basta para

transformar un sistema de salud fragmentado. Del mismo modo, los decretos y resoluciones no han sido suficientes para mejorar la salud que reciben los usuarios e incluso nuevas modificaciones en las mismas reducen las posibilidades de beneficios en salud mental para los regímenes más vulnerables del sistema. Por otra parte, la nueva versión del POS ingresa medicamentos para determinados diagnósticos pertenecientes a la salud mental los cuales presentan restricciones por parte de entes reguladores, de este modo se genera demoras para las autorizaciones y el afán del médico de asignar ciertos diagnósticos para garantizar la entrega de los medicamentos, lo cual se traduce en un falso incremento de la prevalencia e incidencia de trastornos mentales.

Ahora bien, con relación a la duración en tiempo establecidos para la atención, la Resolución 5261 de 1994, en el artículo 98, establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, este menciona la duración de la consulta por medicina general, la cual no puede ser menor de veinte (20) minutos, bien sea por profesionales de manera particular o a través de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS). Lo anterior, con el objetivo de que el paciente y su familia puedan acceder y colaborar más activamente en el mantenimiento, control y recuperación de su salud. Sin embargo, a pesar de que existe dicha resolución, aparece el Artículo 25 del Código Contencioso Administrativo el cual expone que no es de obligatorio cumplimiento o ejecución de las entidades que atienden, ya que se constituye como un criterio orientador (Ministerio de Salud y Protección Social, 1994; Ministerio de Salud y de Protección Social, 2012; Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). No obstante, es preciso señalar que existe una diferencia significativa entre el tiempo estimado en la consulta de medicina general y psicológica; la primera, como se ha mencionado anteriormente, consta mínimo de 20 minutos, mientras, de acuerdo con el Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic, 2016a), el tiempo estimado durante la consulta psicológica, basado en investigaciones, se comprende entre los 30 y 60 minutos. A partir de esto se cuestiona si realmente la atención primaria ofrecida por parte de los profesionales en salud es realmente integral, pues es evidente que el tiempo es una variable que influye en la evaluación; sin embargo, se debe tener en cuenta que su objeto de estudio en ambas disciplinas es diferente, aunque se busque el bienestar de los pacientes; y esto puede ser contraproducente al momento de la remisión a psicología.

Remitiéndose a los costos que generan los servicios de salud, se observa que entre el 2018 y 2019, entidades estatales como el Sector Administrativo de Salud Pública y protección Social y el MSPS realizaron una inversión por el total de \$515.565,18 millones de pesos, destinados a 57 proyectos distribuidos entre las diferentes entidades que hacen frente a las situaciones de salud en el país; en este gasto también se incluyeron gastos frente a los diferentes servicios que conforman el sistema de salud pública y el fortalecimiento de la gestión del mismo, obteniendo un avance financiero del 91,98%, mediante el logro de metas propuestas antes de iniciar la gestión, en este plazo específico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018c).

En contraste con lo anterior, especialmente en los costos en servicios de salud mental, se deben tener en cuenta diversas variables inmersas dentro de este escenario, las cuales van desde la infraestructura adecuada para brindar los servicios durante el tiempo aproximado que se necesita en cada consulta por profesional, es así como en consulta de psiquiatría se tiene una duración de 30 minutos por una vez en el año; mientras en medicina general dura 20 minutos, 15 veces al año; y en psicología, hablamos de 52 citas con una duración de 30 minutos cada una. Adicional a esto, se debe considerar gastos adicionales por servicios de aseo, mantenimiento, servicios públicos y generales que permiten que el tema infraestructural esté en condiciones para brindar los servicios. De este modo, tomando a consideración todos los entes y recursos que conforman la prestación de los servicios en salud mental, a partir de, por ejemplo, la atención de un paciente con depresión de baja complejidad, donde se genera un costo total de \$1.741.080, donde están incluidos los costos de personal, infraestructura, exámenes y medicamentos (Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social, 2005).

Figura 1*Ruta para la atención psicológica*

La figura de autoría propia ilustra un flujograma que permite identificar los principales pasos que los pacientes deben de seguir para acceder a una atención psicológica de acuerdo con el sistema de salud en Colombia.

En este sentido es pertinente mencionar que los profesionales de la salud o personal sanitario es aquel que se capacita en una o en diferentes áreas de las ciencias de la salud con el fin de reconocer las variables causantes de la situación actual de los pacientes y promover la salud en los individuos y grupos sociales, teniendo en cuenta el entorno social de cada individuo de acuerdo al bagaje de competencias y desempeño que posea, es decir que, este profesional debe de velar por el cumplimiento de los derechos, desarrollo y conservación de la salud en la comunidad. Para llevar a cabo lo anterior, este debe estar certificado por un ente gubernamental u organización profesional. Los profesionales de la salud son quienes representan el sistema de salud en todas sus áreas de servicio, realizando intervenciones en los procesos de atención y prevención, diagnóstico, tratamiento, incluso se involucran en actividades de educación e investigación (Organización Mundial de la Salud, s.f.b; Ministerio de Salud y Protección Social,

2016).

Por otra parte, en lo que se refiere al concepto de *conocimiento*, Bruner (2001) lo define como una actividad cognitiva instrumental que brinda la oportunidad para ordenar e interrelacionar atributos relevantes que constituyen un objeto, acontecimientos, personas u otros.

Este proceso de categorización conceptual hace referencia a la adquisición de información sobre ciertas propiedades mediante una estrategia de investigación; esta capacidad de discriminación se logra mediante la equivalencia de cosas que se perciben y se agrupan. Por lo cual, en el proceso de categorización para formar conocimiento intervienen operaciones como el juicio, la memoria, la resolución de problemas, el pensamiento inventivo y la formación de conceptos.

El acto de conocer es el proceso mediante el cual los individuos se hacen conscientes de la realidad, a través del contacto o interacción con objetos, donde se analiza la coherencia entre las representaciones existentes y la nueva información de dicho objeto (Bernuy et al.,2013; Martínez y Ríos, 2006). Del mismo modo, Anderson (como se citó en Pozo, 1989) se refiere a los conocimientos como toda acción de adquirir un concepto, mediante el cual, se hace uso del sistema de procesamiento compuesto por tres memorias: declarativa, procedimental, y de trabajo; en conjunto con otros procesos cognitivos. Estos conceptos o destrezas para convertirse en conocimiento deben pasar por la fase de interpretación, declaración, compilación y ajuste. Es decir, toda información que se recibe es la que, después de ser codificada, se convierte o denomina conocimiento.

Por otro lado, el conocimiento, más allá de configurarse una cualidad de los individuos, es un aspecto que se produce y se preserva socialmente. El conocimiento se genera mucho más simple cuando hay un trabajo conjunto con la sociedad que nos rodea; se aprende el qué y cómo se hace algo a través de la práctica continua para adquirir así la habilidad (Brown y Duguid, 1998).

En ese orden de ideas, Nonaka et al. (como se citó en Segarra y Bou, 2004) plantean 4 dimensiones o tipos de conocimiento: los activos de conocimiento basados en la experiencia, los cuales consisten en los saberes creados a partir de la experiencia del individuo con su entorno social; los activos de conocimiento conceptual, basados en el conocimiento explícito construido a partir de enciclopedias o elementos que proporcionen información simbólica; los activos de conocimiento sistémico, que se caracteriza por los saberes adquiridos a través de un proceso

educativo, como las clases formales en un contexto educativo como tal; y, los activos de conocimiento basados en las rutinas, los cuales configuran saberes automatizados de tipo práctico, el saber hacer.

De esta forma, y en relación con los conocimientos de los profesionales de la salud hacia la psicología, se entiende que son los saberes o información que han adquirido estos profesionales, bien sea a través de la interacción directa o la experiencia, como conceptualmente, a través de la propia formación profesional, incluso desde las concepciones o estigmas que se tienen socialmente sobre el papel que cumple la psicología en el amplio campo de la salud. Por otra parte, es importante tener en cuenta aspectos que intervienen en las decisiones que toman los profesionales de la salud frente a la salud mental; entre dichos aspectos se encuentran las *creencias*. Por esta razón, es pertinente aclarar que el concepto de “creencia” no tiene una única definición, pues surge a la vez con el término “actitudes” gracias a la psicología social. Luego, estos dos términos son separados, y a partir de esto, a las “creencias” se le da una connotación cognitiva, mientras que las “actitudes” terminan haciendo referencia a la parte afectiva. De este modo, Dewey (como se citó en Padilla y Garritz, 2014) afirma que las creencias conllevan a un hecho, pues se basan en un conocimiento del cual el individuo no se encuentra seguro, pero confía lo suficiente para actuar de acuerdo a esto. Por otro lado, Ortega y Gasset (Como se citó en Padilla y Garritz, 2014) consideraban las creencias como aquello que constituye nuestra vida y por la cual el ser humano vive y es; por consiguiente, muchas veces no se es consciente de ellas, sino que emergen en las acciones naturalmente como expresión de lo que se piensa. Quiera o no, el hombre siempre tiene alguna creencia en relación a todo lo que le rodea, pues cree saber qué son las cosas, qué puede y debe hacer con ellas. En ese sentido, como lo plantea Ortega (como se citó en Herráiz, 2014) las convicciones que se poseen son aquello que conforma al ser humano, pues, es la interpretación que se ha hecho ante las cosas y estas son concebidas a partir de los otros.

Con relación a lo anterior, Burgoa (2007) menciona que las creencias son un tipo de conocimiento secundario, ya que, se presume de alguna manera que ese conocimiento provino de un tercero, por lo cual las creencias son, en consecuencia, una actitud de credulidad excesiva, pues es el asentimiento a la verdad de enunciados que no se ha comprobado por el sujeto. Sumado a lo expuesto por Hume (1999) considera que las creencias son todas las percepciones de la mente, por lo cual una creencia es una idea vivaz producida por una relación de una

impresión presente de acuerdo con la definición precedente. Además, hace una notable distinción entre ideas y creencias, debido a que las ideas propiamente no se creen, simplemente se poseen o no se poseen; por otra parte, las creencias son una representación de un objeto más firme y fuerte, que surge a partir de un número de experiencias determinadas sobre un mismo hecho, confirmándolo y asignándole un sentimiento.

En similitud a lo mencionado anteriormente, la creencia es subjetiva, pero el sujeto la considera como una verdad y como una convicción, por ende, no se diferencia de la verdad objetiva ya que, esta última hace referencia al concepto de “saber” que propone la teoría del conocimiento. El individuo se relaciona con la representación mental que crea más no con la realidad, en esa medida, es importante distinguir si su objeto corresponde a una representación o a un objeto empírico, por ejemplo, si es un recuerdo, sería una representación mental del objeto o si su representación se basa en un objeto que está empíricamente presente. En conclusión, las creencias existen en absolutamente todo, incluso aunque no se piense en que existen y no se cuestiona al respecto, sino que por el contrario se actúa en modo automático al tenerlas, pero las creencias es un constructo que desenlaza en las motivaciones del comportamiento. Es importante resaltar que, las creencias no son visibles en la medida en que pertenece al mundo mental del individuo y pese a que el sujeto puede evocar verbalmente lo que cree, la información podría no ser cierta por distintas razones como: puede estar equivocado, puede estar mintiendo o se puede autoengañar (Díez 2017).

Como conclusión de las diversas definiciones de la variable creencias, se puede sintetizar a partir de lo planteado por Burgoa (2007) quien afirma que las creencias consisten en aquellos juicios interiores de los seres humanos sobre cualquier tema, pero sin una evidencia o comprobación sobre el hecho, sino basado exclusivamente de información brindada o enseñada por otras fuentes.

Para la presente investigación se va a entender creencias como, aquella connotación cognitiva y de conocimiento secundario que da paso a una actitud. Cabe mencionar que las creencias están explícita o implícitamente relacionadas con cada experiencia del individuo con su entorno, además están permeadas por las condiciones sociales y personales de cada individuo; en lo *personal* desde la representación que forja a partir de las experiencia sobre un hecho y lo *social* a partir de la información que recibe del medio, en donde esta información recibida verbalmente puede emitirse de forma: equivocada, puede estar mintiendo o autoengañado debido

a que la información no es corroborada por el sujeto. Generando que, el individuo consume un hecho con base a un conocimiento del cual no se encuentra seguro, pero confía lo suficiente para actuar de acuerdo a esto. Es importante resaltar que las creencias al no ser visibles porque pertenecen al mundo mental del individuo, su forma de expresarse es a partir de la evocación verbal.

En referencia a las definiciones de las anteriores variables es preciso comprender cómo los conocimientos y creencias de los profesionales de la salud se transforman en acciones, por lo cual es relevante mencionar lo que se entiende por prácticas. De acuerdo a la Real Academia Española, RAE (2019) la práctica es el modo o método de hacer algo a partir de un conocimiento. Ocampo-Rivera y Arango-Rojas, (2016) no dista de la anterior definición, pues proponen que la práctica forma la realidad que nace a partir de supuestos epistemológicos, teóricos, como también de teorías y creencias que permea no sólo la parte conceptual, sino que también la práctica misma en la constitución del quehacer profesional. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la práctica es una construcción social que no está aislada del contexto en la cual acontece, es decir que, la práctica se configura a partir de la experiencia entre las acciones e interacciones culturales, en donde el individuo le da un sentido a aquello que hace. En conclusión, Fajardo ilustra más concretamente la práctica como “la acción de aplicar o poner en uso algo que se ha aprendido” (Fajardo, 2014, p. 26). Para la presente investigación se va a entender por prácticas aquellas acciones que se llevan a cabo por parte del profesional de la salud, a partir de aquellos conocimientos y/o creencias con las que cuenta el individuo de acuerdo al ámbito de su profesión y contexto sociocultural en la relación con la atención psicológica. Ya que, la práctica que realice este profesional permitirá explicar cómo el sujeto responde de una forma u otra ante la exposición de un estímulo, dado a que, es la única variable en el estudio que permite ser observada.

Partiendo de la revisión teórica realizada, se busca tener un marco de referencia a partir del cual se considerarán las variables de este estudio, enfocado a alcanzar el objetivo propuesto de manera inicial. De este modo, los lineamientos teóricos serán la base para la construcción, medición y posterior análisis de un instrumento el cual servirá para medir los conocimientos, creencias y prácticas de los profesionales de la salud.

MÉTODO

Tipo de estudio

La metodología que se implementó en esta investigación fue cuantitativa, ya que, “en el enfoque cuantitativo los planteamientos a investigar son específicos y delimitados desde el inicio de un estudio y debe ser lo más “objetivo” posible, evitando que afecten las tendencias del investigador u otras personas” (Hernández et al.2010, p. 20). Además, la metodología cuantitativa cuenta con mayor validez externa debido a la representatividad de la muestra poblacional, logrando así obtener resultados generalizables que aporten a las instituciones implicadas (Pita y Díaz, 2002). Por lo cual, el presente estudio se realizó mediante una modalidad no experimental debido a que no se manipulan las variables, sino que se describen en su ambiente natural (Hernández et al, 2010).

Asimismo, se estableció que el diseño de esta investigación es de corte transversal, pues según lo refiere Rodríguez y Mendivelso (2018) se realiza una sola medición de las variables sin realizar ningún tipo de intervención, enfocados estrictamente en la recolección de datos en un único momento. Igualmente, este estudio tuvo un alcance descriptivo, pues, como lo menciona Monje (2011), pretende recolectar información de modo sistemático con la única finalidad de reportar las variables como son y cómo se manifiestan sin tener en cuenta su relación.

Por otro lado, cabe resaltar que también se realizó análisis de contenido de las respuestas, la cual es una técnica para el análisis sistemático, cuantitativo y objetivo de la comunicación verbal, no verbal o escrita y sus características; se utiliza para realizar inferencias con validez y confiabilidad a partir de los contenidos estudiados en relación con su contexto y los cuantifica en categorías de análisis (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Participantes

Esta investigación se llevó a cabo con 53 profesionales de la salud, específicamente profesionales médicos que se encontraban laborando en una IPS de la ciudad de Cali.

Cabe destacar que el presente estudio se realizó bajo la técnica por *bola de nieve* o *cadena*, este es un método de muestreo no probabilístico porque su muestra no es elegida al azar, sino que, cada individuo que es candidato para participar en el estudio propone a otros a participar en el mismo, produciendo así un efecto acumulativo similar al de una bola de nieve. Es un método utilizado comúnmente cuando se desea trabajar con poblaciones de las cuales se tiene poca información o es de difícil acceso, ya que, ayuda a identificar los casos de interés a partir de una persona que

posiblemente conoce a más personas con el mismo perfil logrando ser un buen candidato para participar. Además, es una estrategia que suele desarrollarse en áreas de estudio como la salud, enfermería y servicio social (Alloatti, 2014; Martínez-Salgado, 2012).

Dentro de los criterios de inclusión se encuentran:

- Profesionales de la salud (médicos) de IPS de Cali que laboren en servicios de consulta externa.
- Que tengan más de 12 meses atendiendo en consulta externa.
- Que sean mayores de 18 años.
- Médicos que acepten participar voluntariamente en esta investigación mediante la firma del consentimiento informado (Anexo D).

Por otro lado, dentro de los criterios de exclusión, se establece:

- Profesionales graduados en el exterior, que tengan menos de 12 meses ejerciendo su profesión en Colombia.
- Médicos que trabajen en el servicio de urgencias.

Instrumento

Para el desarrollo de esta investigación, se utilizó un cuestionario, entiéndase por este según Sampieri et al., (2010) como la agrupación de y organización de preguntas que permiten medir una variable o más al respecto, y así obtener información deseada. Estas preguntas pueden ser *abiertas* y *cerradas*. Las *cerradas* consisten en delimitar las respuestas de sus categorías a analizar a partir de opciones de respuesta, las cuales pueden ser dicotómicas y el participante debe de elegir la respuesta que más se ajuste a su perfil, mientras que, las *abiertas* no delimitan las respuestas. En esta investigación se empleó un cuestionario con ambos tipos de preguntas. El instrumento consta de 33 ítems que evalúa los conocimientos, las creencias y las prácticas de los profesionales de la salud por medio de una encuesta vía Google forms, la cual contiene preguntas abiertas y cerradas. Las preguntas cerradas se presentan en 2 formas: *la primera*, en escala likert y *la segunda*, en seleccionar la respuesta de sí o no según corresponda. El tiempo estimado para resolver la encuesta consta de 20 minutos aproximadamente y se desarrolla de manera individual. Por motivos de identificación se estableció denominar el cuestionario como: COCREP Conocimientos, Creencias y Prácticas en Profesionales de la Salud frente a la atención psicológica (Anexo A).

Tabla 2

Áreas medidas por el cuestionario de Conocimientos, Creencias y Prácticas en profesionales de la salud frente a la atención psicológica (COCREP).

Categorías		Ítems
Conocimientos	11	1 - 2 - 3- 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11.
Creencias	9	12 - 13 -14 - 15 - 16- 17 - 18 - 19 - 20.
Prácticas	14	21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 -27 - 28 -28 -30 - 31 - 32 - 33 -34.

La tabla 2 explica las categorías medidas por el cuestionario COCREP y cada uno de los ítems que mide dichas categorías.

Tabla 3

Categorías de análisis.

Objetivo	Categorías	Definición conceptual
Identificar los conocimientos y creencias que poseen los profesionales de la salud en relación la atención psicológica que reciben los pacientes derivados a psicología.	Conocimientos	Información que se desarrolla socialmente y permite a las personas adquirir información por medio de la recepción e interiorización de nuevos conceptos y formación de ideas, las cuales permite saber qué y cómo llevar a cabo acciones por medio de la práctica constante (Ad hoc).
Identificar los conocimientos y creencias que poseen los profesionales de la salud en relación a la atención psicológica	Creencias	Representaciones formadas a partir de la experiencia de las personas con su entorno; son conocimientos adquiridos a lo largo de la vida, que muchas veces, la persona no corrobora y conllevan a pensamientos y acciones en determinados momentos (Ad

que reciben los pacientes derivados a psicología.		hoc).
Describir las prácticas de los profesionales de la salud con respecto a la atención psicológica que reciben los pacientes.	Prácticas	Construcción social desarrollada a partir de la experiencia en el contexto sociocultural, donde posteriormente se hace uso de lo aprendido en dicha interacción. Son las acciones que llevan a cabo las personas a partir de sus conocimientos y/o creencias adquiridas a lo largo de su vida (Ad hoc).

La tabla 3 explica y define las categorías de estudio del instrumento COCREP.

Validación

La validación por jueces expertos fue realizada por tres médicos de la ciudad de Cali, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión de la presente investigación; las cuales analizaron los ítems de cada categoría con el fin de determinar la claridad, pertinencia y ubicación de cada ítem. Las tres jueces, mujeres son profesionales en medicina general que laboran actualmente en IPS de la ciudad de Cali. *El primer juez* cuenta con 16 años de experiencia. *La segunda*, cuenta con 3 años de experiencia y, el tercer juez, cuenta con 5 años de experiencia.

Tabla 4

Información sociodemográfica de Jueces expertos quienes validaron el instrumento.

Jueces	Sexo	Experiencia profesional (tiempo en meses)
Juez 1	F	192
Juez 2	F	36
Juez 3	F	60

Con respecto a los 34 ítems planteados en el instrumento, la primera juez sugirió modificaciones en cuanto a la redacción de las preguntas 11 de Conocimientos y 8 de Creencias debido a la falta de claridad en las mismas, en cuanto a la pregunta 2 de Creencias sugiere un

cambio en la estructura dejándola abierta.

En lo que se refiere a las sugerencias ofrecidas por la segunda juez en la pregunta 4 de conocimientos puntúa la pregunta como moderadamente pertinente, del mismo en los ítems 10 y 11 de la misma categoría agregando en observación “No”. Por otra parte, la juez refiere que los ítems 10,13 y 14 de la categoría de prácticas no tiene claridad en la redacción, lo cual es equivalente a que las preguntas no son claras.

Por último, la validación realizada por la tercera juez sugiere cambios en el ítem 4 de la categoría de Conocimientos debido a la falta de pertinencia, realizando una observación en donde sugiere el cambio en la redacción pues considera que el ítem puede desviar el propósito del estudio. Del mismo modo, en el ítem 1 de la categoría de Creencias sugiere un cambio en la redacción dado que la palabra indicadores no resulta apropiada propone sustituirla por “Síntomas”, y en la pregunta 7 de la misma categoría, hace sugerencias similares en cuanto a la claridad, sin embargo, propone evaluar la ubicación de esta, ya que la considera perteneciente a la categoría de conocimientos.

Por lo cual, los cambios realizados con base a las sugerencias de los jueces condujeron a modificar los ítems 4 de Conocimientos, 1 de Creencias, 11 y 12 de prácticas en términos de redacción, generando ítems más concretos que se tuviesen como referencia el contexto laboral de los participantes. Por último, se eliminó el ítem 11 de conocimientos por su similitud con el ítem 10 de la misma categoría, uniendo ambos para obtener mayor claridad, por lo cual el cuestionario consta de 33 ítems.

Prueba Piloto

Basándonos en los resultados de la validación junto con las modificaciones, se realizó la prueba piloto con una médica que labora en una IPS de la ciudad, la cual cuenta con experiencia laboral de 20 meses. Para el desarrollo de la prueba se convocó a la participante mediante un mensaje de invitación, proporcionando el link para el desarrollo del cuestionario en conjunto con las indicaciones para un apropiado desarrollo.

Con respecto a los 33 ítems planteados en el instrumento, la participante sugirió cambios en las preguntas 9 de Conocimientos, 8 y 9 de Creencias junto con las 6 y 11 de Prácticas pues en términos de claridad presentó dificultades para comprender los ítems dejando algunas respuestas en blanco o de manera cerrada. Con base en lo anterior, sugirió instrucciones más claras al inicio y a lo largo del cuestionario debido a las distintas opciones de respuesta,

proponiendo agrupar las preguntas según el tipo de respuesta en cada categoría, con un indicativo inicial que faculte al participante para responder a adecuadamente, debido a que la modalidad virtual del cuestionario priva al participante de obtener el acompañamiento adecuado en caso de tener alguna duda con los ítems.

Procedimiento

Para el desarrollo del presente estudio, se han tenido en cuenta las siguientes fases:

Fase 1

En primera instancia, se realizó una revisión de datos epidemiológicos haciendo énfasis en búsquedas locales, nacionales e internacionales con relación al trabajo de los profesionales de la salud frente a la atención en salud mental. Posteriormente, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva por medio de base de datos científicas como Scopus, ScienceDirect, EBSCOhost, ProQuest, Scielo, APA, entre otras; con el fin de indagar en variables específicas como conocimientos, creencias, prácticas de los profesionales de la salud, protocolos de remisión a psicología, servicios de salud mental y trabajo interdisciplinar. También se consultó en páginas gubernamentales como la Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, y revistas electrónicas de salud y psicología por medio de Google Académico. Lo anterior, con el fin de determinar las brechas teóricas, metodológicas y sociales, y la pregunta de investigación.

Fase 2

A partir de la revisión bibliográfica realizada, se procedió a la formulación del objetivo general y específicos que pretende alcanzar la presente investigación; acto seguido, se realiza la revisión de antecedentes, se plantea la justificación y el procedimiento, el cual considera ser de tipo cuantitativo, con una modalidad no experimental y con un diseño transversal-descriptivo. Adicionalmente, se diseñó el instrumento de medición, siendo este un cuestionario implementado como técnica de recolección de información. Acto seguido a esto, se realizó la validación del instrumento a partir de la evaluación de 3 jueces expertos en el tema, para la debida ejecución de la prueba piloto, a partir de la cual se realizan los cambios requeridos.

Fase 3

Posterior a la validación del instrumento y revisión del documento con su aprobación, se realizó la búsqueda y acercamiento a la muestra de estudio, mediante publicaciones en redes sociales y redes de contacto cercanas que conozcan médicos que cumplan con los criterios de

inclusión y exclusión del estudio. Se contó con la participación de 53 médicos de consulta externa que laboraban en IPS de la ciudad de Cali, a los cuales se contactaron y se les envió el link vía correo electrónico o redes sociales para que pudieran acceder a un formulario en Google, donde se encontraron el cuestionario COCREP, el cual indagó sobre los conocimientos, creencias y prácticas de los profesionales de la salud hacia la atención psicológica. El cuestionario estuvo dividido en 5 secciones: La primera, consistió en dar a conocer el consentimiento informado a los participantes, donde aceptaron su participación voluntaria en el estudio; la segunda, en responder 3 preguntas sociodemográficas y posteriormente, en la tercera, cuarta y quinta sección se dio respuesta a cada uno de los ítems del cuestionario.

Fase 4

Una vez concluida la recolección de los datos almacenados por la plataforma de Google, los resultados se exportaron en un documento de Excel, para posteriormente, ser analizados en el programa SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences), donde se procesó, analizó y ejecutó la interpretación de estos. Acto seguido, se efectuó la discusión donde se relacionaron los datos obtenidos con la teoría consultada a lo largo de este estudio.

Fase 5

Realización del informe final de la presente investigación, donde se resaltaron los principales hallazgos, abordando la discusión y conclusiones del tema.

Finalmente, se llevará a cabo la socialización con entidades y organizaciones de salud y psicología, donde se darán a conocer los resultados y hallazgos importantes del presente estudio. En este punto, se contactará a los entes pertinentes de las instituciones, se les presentará el objetivo del estudio, explicando la relevancia de este para el sistema de salud y posteriormente se procederá a presentar formalmente la información obtenida, con el fin de impactar el funcionamiento del sistema para lograr brindar servicios integrales a los pacientes y así, lograr una mejor calidad de vida. Adicional, se socializarán los resultados a los participantes del estudio interesados por conocer los hallazgos, mediante el envío por correo electrónico de una infografía con los datos más relevantes del estudio (Anexo E).

Consideraciones éticas

Según lo planteado por la ley 1090 de 2006 en la cual se rige el ejercicio profesional psicológico, se establece que toda acción debe ser guiada por fines que buscan enaltecer la profesión, es decir, acciones fundamentadas en los principios de beneficencia, autonomía,

justicia, veracidad, entre otras cuyo objetivo es garantizar el bienestar de las personas mejorando su calidad de vida.

Por lo cual, al indagar en los conocimientos, creencias y prácticas de los profesionales de la salud se debe partir por los principios anteriormente mencionados garantizando el anonimato de los participantes, respecto por la dignidad y prudencia en los informes escritos que puedan resultar producto de esta investigación con base a lo establecido por la resolución 8430 del Ministerio de salud. Asimismo, según el artículo 11 de la ya mencionada resolución, al ser una investigación de carácter no experimental no supone ningún riesgo debido a la técnica de recolección de datos, en este caso cuestionario, en la que no se identifican o tratan aspectos sensitivos de la conducta de los participantes; además, no interviene ni modifica dimensiones biológicas, psicológicas o fisiológicas.

Por otra parte, se resguardarán los datos con base al principio de confidencialidad según la resolución 8420 de 1996 haciendo uso adecuado del consentimiento informado, además, según lo establecido por la ley 1581 de 2012 se dará a conocer al participante el tratamiento que obtendrán los datos personales resultantes de su participación en el estudio.

Por último, con base a la Resolución 0314 de 2018 esta investigación promueve la reflexión sobre la importancia de la ciencia, tecnología e innovación de acuerdo con los lineamientos éticos y la adopción de prácticas científicas enfocadas hacia la calidad y excelencia.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de los objetivos propuestos en la presente investigación, los cuales pretenden, en primera instancia, identificar los conocimientos y creencias que poseen los profesionales de la salud sobre la atención psicológica; adicional a esto, se busca describir las prácticas de los profesionales de la salud que reciben los pacientes derivados a psicología, y, finalmente, establecer pautas de acción que permitan optimizar las remisiones a servicios de atención psicológica.

La recolección de información se realizó mediante la aplicación de manera virtual del cuestionario Conocimientos, Creencias y Prácticas de los profesionales de salud ‘COCREP’, cuestionario creado por las autoras del presente estudio y validado por 3 jueces expertos. La muestra estuvo conformada por 53 médicos generales que laboran en IPS del departamento del Valle del Cauca. El análisis descriptivo de los datos a través del estadístico análisis descriptivos frecuencias y medias se realizó por medio del programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), mientras que, las preguntas abiertas se utilizaron para fortalecer y clarificar la información de las respuestas obtenidas, logrando ampliar las perspectivas, mediante el análisis de contenido. Inicialmente, se presentarán los datos sociodemográficos de los participantes, los cuales constan del sexo, edad y experiencia profesional de los médicos generales.

Datos sociodemográficos

A partir de los datos analizados de la muestra, se obtuvo que el 58.8% de los participantes son mujeres, mientras la edad promedio obtenida fue 32.8 y el tiempo de experiencia profesional promedio es de 7.1 años (ver tabla 5).

Tabla 5

Información sociodemográfica

	N	%
Sexo		
Mujer	31	58.5
Hombre	22	41.5
Edad		
Mínima	24	
Máxima	65	
Edad promedio	32.8	

Experiencia profesional en años	
Mínima	1
Máxima	32
Experiencia promedio	7.1

La tabla 5 ilustra los datos sociodemográficos de los participantes.

Ahora bien, con el fin de identificar los conocimientos que poseen los profesionales de la salud sobre la atención psicológica que reciben los pacientes derivados a psicología, se presentan los resultados obtenidos a partir de los datos analizados (Ver tabla 6).

Tabla 6

Preguntas cerradas categoría de conocimientos

Preguntas conocimientos	n	%
P3 Durante mi formación académica, ¿recibí información sobre los criterios básicos de remisión a psicología (atención en salud mental)?		
Si	22	41.5
No	31	58.5
P6 ¿Conozco los signos de una urgencia en salud mental?		
Si	49	92.5
No	4	7.5
P7 ¿La información que tengo sobre salud mental está basada en mi formación de pregrado?		
Si	31	58.5
No	22	41.5
P8 ¿Durante el pregrado recibí contenidos referentes al área de psicología?		
Si	24	45.3
No	29	54.7
P9 ¿Conozco las implicaciones legales de no remitir oportunamente a un paciente a psicología y/o psiquiatría?		
Si	26	49.1
No	27	50.9
P10 ¿Dentro de su contexto laboral, ha recibido capacitaciones en cuanto a la remisión a atención en salud mental?		
Si	17	32.1
No	36	67.9

La tabla 6 muestra los datos obtenidos a partir de las preguntas realizadas en la categoría de conocimientos.

Conocimientos y creencias que poseen los profesionales de la salud.

En cuanto al apartado de *conocimientos* que poseen los profesionales de la salud, según los resultados presentados en la tabla 6, se puede evidenciar que, el 58.5% de los profesionales no recibieron información sobre los criterios básicos de remisión a psicología durante su formación académica universitaria (p3). Por otro lado, se observa que el 92.5% de los encuestados conocen los signos de urgencia en salud mental (p6); mientras el 58.5% de los profesionales poseen conocimientos en salud mental a partir de la información obtenida en su formación de pregrado (p7). Adicionalmente, el 54.7% negaron haber recibido contenidos referentes a psicología (p8); en cambio, los participantes que afirmaron haber recibido información sobre esta disciplina, resaltan temas referentes a los signos y síntomas de trastornos mentales, tipos de terapia y psicoterapia, y el abordaje durante la entrevista psicológica. Por otro lado, 3 médicos que respondieron que sí en la pregunta 8, no justificaron su respuesta.

Por otra parte, el 50.9% de la muestra no conoce las implicaciones legales de remitir oportunamente a sus pacientes a psicología o psiquiatría (p9), para obtener una perspectiva más amplia, los participantes que aseguraron conocer dichas implicaciones refieren que las implicaciones legales de no remitir oportunamente están enmarcadas en consecuencias legales como: demandas, suspensión o pérdida de la licencia profesional, sin embargo, 7 profesionales no amplían su respuesta. Por último, en cuanto a las capacitaciones sobre la atención psicológica dentro de su contexto laboral (p10), el 67.9% manifiesta no recibir capacitaciones sobre estos temas.

Por otra parte, las preguntas abiertas del instrumento permitieron profundizar en los conocimientos de los médicos con relación a la atención psicológica. Referente a la pregunta de conocimiento que poseen los profesionales de la salud respecto a los servicios de atención primaria (p1) la mayoría menciona las estrategias de atención integral basadas en la prevención y promoción, de manera consecutiva se refieren a la misma como servicios básicos de salud y sólo un 11% de los participantes manifiesta mínimo conocimiento en el tema.

Ahora bien, en cuanto a la pregunta sobre las funciones de los médicos en la atención primaria en salud (p2), se encontró que 31 participantes respondieron que entre sus funciones se encuentran el prevenir enfermedades y promover la salud en sus pacientes (hábitos saludables,

mantenimiento de la salud); adicional a esto, 10 personas mencionaron que dentro de sus funciones está el brindar atención o valoración al paciente. Además, 5 personas manifestaron que en este nivel de atención también se educa al paciente sobre hábitos de salud. 5 participantes más mencionaron el diagnóstico y tratamiento.

Del mismo modo, ante los criterios que tienen los médicos para remitir (p4) 48 de 53 de los participantes consideran como criterio principal para remitir a sus pacientes a atención psicológica cuando presentan síntomas relacionados a la enfermedad mental y/o trastornos emocionales. Además, 11 profesionales tienen en cuenta la no adherencia al tratamiento, las relaciones disfuncionales incluido maltrato intrafamiliar (9 de 53 profesionales) y otros, por petición del paciente realizan la remisión (6 de 53 participantes). Sin embargo, el 7% de los profesionales manifiestan no saber.

Con relación al conocimiento de los médicos sobre la ruta a seguir para un paciente recibir atención psicológica (p5) la mayoría refiere la remisión o autorización médico general como indispensable para acceder al psicólogo; cabe resaltar que solo uno de los participantes hace mención del plan de salud del paciente como indispensable para acceder a este servicio.

A continuación, se presentarán los resultados arrojados que pretenden identificar las *creencias* que poseen los profesionales de la salud sobre la atención psicológica que reciben los pacientes derivados a psicología (Tabla 7).

Tabla 7

Preguntas cerradas categoría creencias

Preguntas creencias	n	%
P6 ¿Considero que cuento con las herramientas para abordar a un paciente con una crisis emocional?		
Si	24	45.3
No	29	54.7
P7 ¿Procuró brindar una atención integral a mis pacientes?		
A veces	4	7.5
Casi siempre	19	35.8
Siempre	30	56.6

P8 ¿Considero que las terapias psicológicas traen beneficio en la salud del paciente?		
A veces	4	7.5
Casi siempre	22	41.5
Siempre	27	50.9
P9 Ante una crisis emocional, ¿considero medicar a mis pacientes?		
Casi nunca	8	15.1
A veces	37	69.8
Casi siempre	4	7.5
Siempre	4	7.5

La tabla 7 representa los porcentajes de respuesta ante las preguntas de la categoría de creencias.

Con respecto a los resultados obtenidos de las preguntas cerradas en el apartado de creencias que tienen los profesionales de la salud sobre la atención psicológica (ver tabla 7), se resalta que el 54.7% de los participantes consideran que no poseen herramientas para abordar una crisis emocional en sus pacientes (p6). Así mismo, el 56.6% expresa que procura brindar una atención integral a sus pacientes (p7). Por otro lado, el 50.9% de los profesionales contestaron que *siempre* las terapias psicológicas traen beneficios en la salud del paciente (p8). No obstante, el 69.8% manifiestan que a veces consideran medicar a sus pacientes ante una crisis emocional (p9).

Por otra parte, abordando las preguntas abiertas de la categoría de las creencias que tienen los médicos sobre los síntomas que los lleva a considerar que sus pacientes tienen una dificultad psicológica (p1) más de la mitad de los participantes refieren alteraciones del ánimo como: Tristeza, depresión, ansiedad, agresividad e intento de suicidio como indicios de requerir atención psicológica; de manera consecutiva hacen referencia a sintomatología física y problemas de adherencia al tratamiento.

Así mismo, frente a la pregunta que hace referencia a los beneficios que ellos consideran que tiene la atención psicológica (p2), se evidencia que 22 participantes consideran que la atención psicológica tiene beneficios para la salud mental de sus pacientes, pues les permite tener un equilibrio emocional, adquirir herramientas para afrontar situaciones difíciles y permite la expresión emocional. Por otro lado, 9 participantes respondieron que la atención psicológica permite que los pacientes tengan un apoyo, guía, acompañamiento y que se sientan escuchados. Además, 7 personas consideran beneficioso la detección, diagnóstico y manejo de patologías, y 6

mencionaron entre los beneficios la mayor adherencia al tratamiento en pacientes con diagnósticos; adicionalmente, cabe mencionar que 1 persona manifestó que la atención psicológica propicia el manejo de situaciones sin fármacos en los pacientes; mientras 2 personas aludieron la reducción de factores de riesgo psicológicos.

En relación a las razones por las cuales los profesionales remiten a psiquiatría o psicología (p3) más de la mitad de los participantes el (64%) realiza remisión a psiquiatría porque considera que el paciente requiere ser medicado o diagnosticado con alguna enfermedad mental, otro motivo para remitir a psiquiatría es considerar que la vida del paciente corre riesgo (26%). Mientras que, 10 de 53 profesionales remiten a sus pacientes a psicología por situaciones de componente emocional y el 15% de los participantes remiten porque el paciente lo pide. Cabe resaltar que el 13% de los participantes consideran realizar una remisión a ambos profesionales, ya que, consideran que así se le brindará al paciente una atención integral (ver tabla 8).

Tabla 8

Comparación de remisiones entre psicología y psiquiatría.

Psicología	N	Psiquiatría	N
Situaciones de componente emocional	10	Remisión a pacientes por diagnóstico o tratamiento farmacológico.	34
El paciente lo pide	8	Paciente cuya vida está en riesgo	14

7 participantes consideran hacer remisión a ambos profesionales para brindar una atención integral al paciente.

La tabla 8 indica la comparación entre las respuestas que más prevalecieron frente a la pregunta sobre remisión a psicología o psiquiatría.

La mayoría de los participantes consideran que la búsqueda de atención en salud mental es estigmatizada en Colombia (p5), además, mencionan que en Colombia no se brinda la atención necesaria a la salud mental. También mencionan la falta de conocimiento sobre el tema, la subestimación y juicio hacia las personas que requieren atención en salud mental son consideradas a sí mismas y por otras personas como “locos”; en la actualidad sigue siendo un tabú y no se reconoce como un problema real de salud. Sin embargo, 6 personas no consideran

que la salud mental en Colombia sea estigmatizada.

Prácticas de los profesionales de la salud.

En lo referente a las *prácticas* que realizan los profesionales de la salud respecto a la atención psicológica que reciben los pacientes pueden verse en la Tabla 9.

Tabla 9

Preguntas cerradas categoría prácticas

Preguntas prácticas	N	%
P2 ¿Durante la consulta, realizo preguntas que me permitan comprender el estado actual de mi paciente?		
Si	50	94.3
No	3	5.7
P3 ¿Observo y analizo el comportamiento de mis pacientes para realizar la remisión a psicología?		
Si	51	96.2
No	2	3.8
P4 ¿Doy recomendaciones a mis pacientes en beneficio a su salud mental en lugar de remitir al profesional de psicología?		
Si	29	54.7
No	24	45.3
P5 ¿En mis consultas remito más a psicología que a psiquiatría?		
Si	38	71.7
No	15	28.3
P6 ¿Hago seguimiento a los pacientes que ha remitido a psicología?		
Si	24	45.3
No	29	54.7
P7 Durante la consulta, ¿priorizo los síntomas fisiológicos a los síntomas psicológicos del paciente?		
Nunca	1	1.9
Casi nunca	4	7.5
A veces	25	47.2
Casi siempre	20	37.7
Siempre	3	5.7

P8 ¿Abordo temas emocionales en la consulta con mis pacientes?		
Casi nunca	4	7.5
A veces	21	39.6
Casi siempre	23	43.4
Siempre	5	9.4
P9 ¿Remito a consulta en salud mental con base al motivo de consulta de mis pacientes?		
Casi nunca	2	3.8
A veces	19	35.6
Casi siempre	21	39.6
Siempre	11	20.8
P10 ¿Me apoyo en el criterio de los profesionales en salud mental para remitir a mis pacientes?		
Nunca	2	3.8
Casi nunca	3	5.7
A veces	18	34
Casi siempre	18	34
Siempre	12	22.6
P11 ¿Considero que los lineamientos de la institución donde laboro me permiten brindar una atención integral?		
Nunca	1	1.9
Casi nunca	10	18.9
A veces	10	18.9
Casi siempre	24	45.3
Siempre	8	15.1
P12 ¿El tiempo que dispongo de consulta me permite detectar problemas emocionales en los pacientes?		
Nunca	7	13.2
Casi nunca	13	24.5
A veces	17	32.1
Casi siempre	14	26.4
Siempre	2	3.8
P13 ¿Remito con completa autonomía a mis pacientes a atención en salud mental?		
Casi nunca	2	3.8
A veces	10	18.9
Casi siempre	19	35.8
Siempre	22	41.5

La tabla 9 muestra las preguntas cerradas de la categoría prácticas y la proporción de

participantes que contestaron a la frecuencia de cada pregunta.

El 94.3% de los participantes expresan que durante la consulta realizan preguntas que les permite comprender el estado actual de sus pacientes (p2), del mismo modo, el 96.2% observa y analiza el comportamiento de sus pacientes para realizar la respectiva remisión (p3). Sin embargo, el 54.7% de los participantes manifiestan que brindan recomendaciones a sus pacientes en lugar de remitirlos a un profesional de psicología (p4); adicionalmente, el 71.7% de los profesionales refieren remitir con mayor frecuencia a psicología en comparación con sus remisiones a psiquiatría (p5).

Con base en las respuestas anteriores, se indaga de manera abierta y complementaria sobre las razones del 28.3% que respondió “No” en la pregunta 5, a lo cual, la mayoría refiere remitir con mayor frecuencia a psiquiatría por la eficacia en sintomatología que ofrece el manejo farmacológico (p5). No obstante, es preocupante evidenciar que el 54.7% no realizan un seguimiento a los pacientes que remiten a psicología (p6); por el contrario, quienes negaron tener un seguimiento de los pacientes, justificaron su respuesta con argumentos alusivos al modelo del sistema de salud como ente limitante, pues el control generalmente se hace con el especialista, además, en raras ocasiones, en consulta externa se atiende al mismo paciente.

Consiguientemente, un 47.2% de los participantes contesta *A veces* ante la afirmación de priorizar los síntomas fisiológicos a los síntomas psicológicos de sus pacientes (p7). Lo anterior concuerda con lo evidenciado en la pregunta 8, en la cual un 43.4% de los participantes *Casi siempre* abordan temas emocionales en la consulta de sus pacientes. Por otro lado, el 39.6% manifiestan *Casi siempre* remitir a salud mental basados en los motivos de consulta de sus pacientes (p9).

Por otra parte, el 34% de los profesionales de la salud refiere que *casi siempre* se apoyan en el criterio de los profesionales en salud mental para remitir a los pacientes y otro 34% *a veces* lo hacen (p10), del mismo modo, el 45.3% de los profesionales refieren que *casi siempre* los lineamientos de las instituciones donde laboran les permiten brindar una atención integral a sus pacientes (p11). No obstante, existe una discrepancia en lo que se refiere al tiempo de consulta asignado para las consultas, pues el 32% manifiestan que a veces el tiempo es suficiente para detectar problemas emocionales en sus pacientes. Ahora bien, referente a la autonomía para remitir a sus pacientes a atención en salud mental, el 41.5% de los profesionales afirmaron *siempre* tener autonomía para remitir. Por otro lado, la mayoría de los participantes no tienen en

consideración el grupo poblacional, es decir la edad de los pacientes, para realizar las derivaciones a consulta de salud mental debido a que tienen presente aspectos como el motivo de consulta y las necesidades de cada paciente, sin embargo, algunos mencionan que algunos grupos etarios tienen mayor prevalencia para ciertas patologías; cabe resaltar que sólo el 2 de los profesionales se refieren a temas relacionados con el sistema de salud, acceso y tiempo.

Finalmente, para dar respuesta al último objetivo, el cual pretende establecer pautas de acción para optimizar las remisiones a los servicios de atención psicológica se realiza un análisis de cada pregunta por variable y de acuerdo a los resultados se discrimina por la escasez de información y/o acción, en ese sentido, llama la atención los siguientes datos (Ver tabla 10).

Tabla 10

Análisis de variables

Variable	Pregunta	Resultado
Conocimientos	P3	El 58% de los profesionales de la salud que participaron en la investigación, no recibieron información sobre los criterios básicos de remisión durante su formación de pregrado.
	P4	Algunos de los criterios que consideran los participantes para remitir a psicología son síntomas de enfermedad mental y/o trastornos emocionales, seguido a temas de adherencia al tratamiento, violencia y petición del paciente.

	P9	El 50.9% no conoce las implicaciones legales de remitir al paciente oportunamente a psicología o psiquiatría.
	P10	El 67,9% no recibe capacitaciones en su contexto laboral sobre la remisión en salud mental.
Creencias	P1	Los participantes consideran como una dificultad psicológica los síntomas relacionados a las alteraciones de ánimo (tristeza, depresión, ansiedad, agresividad, entre otros).
	P6	El 54,7% de los participantes no poseen herramientas para abordar una crisis emocional.
Prácticas	P2	El 94.3% realiza preguntas que permiten comprender el estado actual del paciente.
	P4	El 54.7% de los participantes da recomendaciones sobre temas de salud mental y no remite a psicología.
	P7	El 47,2% de los participantes <i>a veces</i> prioriza los síntomas fisiológicos a los síntomas psicológicos durante la consulta.
	P11	45.3% considera que <i>casi siempre</i> los lineamientos

institucionales donde labora le permiten brindar una atención integral.

P12

32,1% *a veces* no disponen del tiempo para detectar problemas emocionales.

La tabla 10 ilustra las preguntas por categoría que dan cuenta de algunas acciones que en las prácticas y dinámicas del sistema de salud se omiten al momento de brindar una atención integral al paciente. Por consiguiente, cada pregunta-respuesta expresa unas orientaciones que se deben de aplicar y que, posteriormente, se utiliza como base para plantear el plan de acción.

De la variable conocimientos se destaca la falta de formación durante el pregrado sobre los criterios básicos para realizar una remisión, del mismo modo que los profesionales de la salud no reciben capacitaciones en su contexto laboral en asuntos de salud mental, además, el 50% de los participantes desconocen las implicaciones legales de no remitir oportunamente al paciente al profesional de la salud mental. En la variable creencias los participantes consideran como una dificultad psicológica alteraciones del ánimo, sin embargo, más del 50% considera que no cuenta con las herramientas necesarias para abordar a un paciente con crisis emocional. En cuanto a la variable prácticas son 5 preguntas-respuestas orientadas a la acción no sólo del personal de salud sino que también de las instituciones de salud y sistema de salud; en ese sentido, realizar preguntas que permitan comprender el estado actual del paciente, evitar dar recomendaciones sobre salud mental, evitar priorizar los síntomas fisiológicos a los psicológicos y contar con el tiempo necesario como con los lineamientos instituciones para brindar una atención integral es lo que nos vislumbra estas preguntas y respuestas.

DISCUSIÓN

Se presenta a continuación la discusión de los principales resultados obtenidos en la investigación según el objetivo general que se enfocó en comprender cuáles son los conocimientos, creencias y prácticas de los profesionales de la salud pertenecientes a IPS de la ciudad de Cali sobre la atención psicológica de los pacientes. En este apartado, se contrastan las investigaciones revisadas anteriormente con los resultados obtenidos a partir del análisis de las respuestas ante el instrumento construido por las investigadoras denominado COCREP.

Conforme a lo evidenciado en los resultados del primer objetivo de la investigación al identificar los conocimientos que poseen los profesionales de la salud sobre la atención en salud mental se pudo establecer que en más de la mitad de la población evaluada se presenta una ausencia de conocimiento sobre temas referentes a psicología desde la formación académica profesional, así como falencias en la formación sobre criterios básicos de remisión a psicología (58.5%) lo cual concuerda con lo planteado por Murdoch, Gregory y Eggleton (2015) donde demuestran que es posible graduarse de un área de la salud sin capacitaciones mínimas sobre psicología o salud mental, siendo lo anterior motivo de crítica debido a que son los médicos los profesionales que tienen mayor contacto con los pacientes que requieren o buscan este tipo de atención en salud mental y según la ruta de atención en nuestro país, dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), es el médico quien brinda atención a los pacientes desde el primer momento, y a partir de ese contacto inicial, es quien toma la decisión de remitir a psicología.

En concordancia con lo mencionado anteriormente, los participantes que afirmaron haber recibido información sobre psicología durante su formación (45.3%), sólo refieren conocer sobre signos y síntomas de trastornos mentales, tipos de terapia y abordaje en entrevista lo cual resulta insuficiente para brindar una atención integral debido a que no se está dando la importancia que la dimensión emocional de los pacientes se merece, desde la valoración médica inicial, pues los médicos deberían tener en cuenta la integralidad de sus pacientes, donde se consideren todas las dimensiones del ser humano; esto tiene semejanza con los resultados obtenidos por Alarcón (2016) donde se resalta la importancia de un conocimiento integral de perspectivas clínicas y socioculturales en la práctica médica para obtener resultados visibles en la salud de los pacientes y evidencias significativas en la prestación de un servicio integral. De este modo, es menester que se forme a los profesionales en medicina, en todas las instituciones de educación superior,

sobre aspectos básicos de psicología, la dimensión emocional y el manejo integral del ser humano.

Lo anterior evidencia las brechas no solo en el sistema de salud, sino que también en el sistema educativo en Colombia, visto desde la formación académica de los profesionales de la salud, pues los conocimientos que se adquieren en esta fase son los que se aplican en la práctica como profesionales, y el no adquirir los conocimientos básicos y necesarios sobre un área tan importante como la salud mental de los pacientes interfiere o puede interferir en las demás dimensiones de la vida de la persona, limita los alcances de las leyes y normas, las cuales pretenden alcanzar una atención integral por el bienestar de las personas. Esto se relaciona con lo mencionado por Ward et al. (2018), donde hacen un llamado a los profesionales y/o futuros profesionales de la salud a adquirir conocimientos de contenido compartido, en este caso, sobre psicología y salud mental, debido a que esto genera habilidades de colaboración impactando en la reducción de los estereotipos sobre la salud mental.

Del mismo modo, se encuentra que la mayoría de los participantes (54.7%) tampoco recibieron contenidos referentes al área de psicología o capacitaciones dentro del contexto laboral sobre aspectos relacionados con la esfera psicológica o emocional de los pacientes, como menciona Buitrago et al. (2016) donde resalta la falta de capacitación de los médicos para la detección temprana y tratamiento oportuno de los pacientes que requieran atención en salud mental, generando una de las principales falencias dentro del sistema de salud a pesar de la existencia de intervenciones eficaces. Se reconoce que a pesar que el foco de estudio para los profesionales en medicina general no es la salud mental, es de suma importancia que en las entidades de salud se brinden capacitaciones y se informe a los profesionales sobre temas de salud mental, pues los médicos deben tener una visión integral del ser humano y es importante que estos cuenten con los conocimientos necesarios y suficientes sobre la atención psicológica y los factores de riesgo para identificar los pacientes que requieren de atención prioritaria, debido a que son el primer paso de la línea de atención en el sistema de salud en Colombia, y, además, son quienes remiten a los pacientes a otros profesionales de la salud.

Partiendo de lo anterior, conocer sobre aspectos relacionados con psicología y atención psicológica propiamente, trae beneficios en la salud de los pacientes tales como mejora en la calidad de vida, prevención de enfermedades, reducción en el índice de morbilidad en la población y disminución en la saturación del sistema de salud, entre otras. Por otro lado, el

desconocimiento de los profesionales sobre los temas ya mencionados, pueden ocasionar repercusiones, como lo es dar diagnósticos incorrectos, tratamientos farmacológicos innecesarios y remisiones erradas. En cuanto a las repercusiones por omisión, se puede evidenciar dificultades para identificar la sintomatología de enfermedades mentales; adicional a esto, llegar a restar importancia a la terapia psicológica brindando consejos a los pacientes, además de restringir la prestación de una atención integral, pues se tiene una visión de la salud en sus pacientes desde el sentido fisiológico, más no desde un punto de vista holístico.

Teniendo en cuenta lo anterior, se profundizó en los conocimientos en atención primaria, específicamente en los criterios para remitir a sus pacientes a psicología y los pasos que debe seguir un paciente para obtener este tipo de atención. Ante lo cual se obtuvieron respuestas que reflejan el conocimiento básico o general que poseen los profesionales de la salud sobre la atención primaria, basado en la experiencia adquirida durante su práctica como profesionales; también se identificó como principal criterio de remisión la sintomatología que los médicos consideran que caracteriza un trastorno mental, mencionando principalmente síntomas que se relacionan con trastornos como la depresión; además de los pasos que debe seguir un paciente para obtener atención en salud mental, puesto que es primordial la derivación del médico general. Estos aspectos concuerdan con lo planteado por Spagnolo et al. (2018) donde concluye que los médicos tienen una participación activa en el cuidado de la salud mental, sin embargo, presentan debilidades en cuanto a competencia para abordar aspectos de la salud mental, pues es evidente el poco conocimiento que tienen sobre trastornos mentales, su gravedad y el cómo tratar con pacientes que requieren de atención en salud mental, lo cual afecta directamente tanto las remisiones como el bienestar en todas las dimensiones de los pacientes.

Asimismo, en lo que se refiere a los conocimientos de los profesionales de la salud sobre atención primaria Hammer et al. (2019) mencionan que los pacientes que buscan ayuda para la depresión u otro problema relacionado con la salud mental tienen el primer contacto con los médicos de atención primaria en lugar de un psicólogo. Por lo cual, es de suma importancia que el personal de salud que atiende en el primer nivel tenga conocimientos claros sobre la atención en salud mental, la sintomatología de los trastornos con mayor prevalencia y la importancia de su rol en el sistema de salud, esto último, debido a que las decisiones que se tomen en consulta afectan de manera directa la salud integral de los pacientes.

Por lo anterior, es necesario y se sugiere que la atención psicológica se integre en el

sistema de salud desde el primer nivel de atención debido que en la actualidad depende de una estructura burocrática que le exige a un profesional de otra área que identifique sintomatología relacionada, establezca un posible diagnóstico y brinde un tratamiento provisional mientras se genera la derivación al profesional en salud mental. Generando cambios en este trámite administrativo se puede crear beneficios en el paciente a nivel individual, social y económico. Lo anterior, concuerda con lo planteado por Hernández y Sanmartín-Rueda (2018) en donde hacen una crítica al sistema de salud colombiano debido a que la normativa queda a merced del cumplimiento administrativo lo cual afecta tanto a los usuarios y familiares como a los profesionales de la salud, esta barrera de acceso a la salud integral se genera debido a que la salud mental es tratada en el segundo o tercer nivel de atención por ser considerada una enfermedad de mediana o alta complejidad.

Ahora bien, con respecto a los conocimientos que poseen los participantes sobre las implicaciones legales de no remitir oportunamente la mayoría de ellos refiere no conocerlas, con lo cual se asemeja a lo propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social (2017) donde mencionan la importancia de organizar la información basada en normas y leyes, con el fin de generar y optimizar conocimiento que sea útil para el desarrollo del ejercicio profesional de los médicos, lo cual repercute directamente en la toma de decisiones y acciones durante consulta con sus paciente; lo anterior concuerda también con los planteamientos propuestos por Rojas-Bernal et al. (2018) en los cuales menciona la falta de coherencia entre la normativa colombiana y la realidad en donde se presentan restricciones por parte de los entes reguladores junto con un afán de lograr diagnósticos inmediatos.

En relación a las creencias, más de la mitad de los profesionales de salud manifiestan que creen no tener las herramientas para abordar una crisis emocional de sus pacientes (54.7%) a pesar que afirmaron conocer los signos de urgencia en salud mental (92.5%), lo cual se asemeja con lo que mencionan Caplan et al. (2016) quienes encontraron que los profesionales en atención médica presentan un estigma generalizado hacia los pacientes con enfermedades mentales y no se sentían preparados para manejar dichos pacientes en consulta. Complementario a lo anterior, Spagnolo et al. (2018), concluyeron que los profesionales de la salud conocen los síntomas relacionados con trastornos mentales específicos y su abordaje, sin embargo, tienen poco conocimiento, mitos y estigmas hacia los trastornos mentales en general y el consumo de sustancias, esto representa ciertas limitaciones en cuanto a la atención a sus pacientes, pues

puede verse afectada la interacción y el proceso de remisión a profesional pertinente para tratar la situación.

En este orden de ideas, según lo manifestado por los participantes, se evidencia una discrepancia entre lo que dicen conocer y lo que consideran poder brindar a sus pacientes durante consulta, lo cual resulta insuficiente a la hora de prestar un servicio de atención integral. Esto podría ser el resultado de la falta de conocimiento sistémico que se compensa con saberes empíricos adquiridos en medio de la práctica laboral por lo cual no refieren mecanismos de intervención eficaces y existentes en el sistema de salud, para el manejo de dichas crisis, de los cuales pueden hacer uso en medio de una crisis emocional de sus pacientes.

Del mismo modo, gran parte de los participantes refiere brindar una atención integral a sus pacientes durante consulta y encuentran beneficios en las terapias psicológicas, sin embargo, se evidencia una discrepancia debido a que la mayoría ha considerado medicar a su paciente en momentos de crisis emocionales; adicionalmente se encontró que el motivo más frecuente para la derivación a psiquiatría son los beneficios que generan la medicación, similar a lo que encontró Tejedo (2018), mencionando que existe una tendencia a que, al momento de ser derivados los pacientes a psicología, ya se encuentran con tratamiento farmacológico. Lo anterior como resultado de diversos factores, tales como, los conocimientos que tienen a partir de su proceso de formación educativa sobre atención integral y salud mental; el hecho de pretender obtener resultados visibles en la salud de sus pacientes en el menor tiempo posible y el tener una visión enfocada en la sintomatología física, más que una visión integral, donde se intervenga teniendo en cuenta la totalidad de factores que influyen la salud de un individuo. Adicionalmente, en este punto entra en cuestión las prácticas y creencias de los profesionales a la hora de remitir hacia otras disciplinas; debido a que una de las creencias más frecuentes es que dependiendo de la sintomatología, cuando los pacientes están medicados, son más fáciles de tratar.

Por otro lado, en términos de la estigmatización, los participantes consideran la atención en salud mental sigue siendo estigmatizada, refiriendo motivos como la ausencia de conocimiento, la presencia de prejuicios en el mismo paciente y la sociedad. De manera que, lo anteriormente mencionado, no se aleja de lo propuesto por Rodríguez (2011) quien menciona que la atención en salud mental de manera inapropiada, repercute en otras áreas de la salud de las personas limitando la búsqueda de ayuda y alimentando el distanciamiento social que conlleva a la discriminación y fortalecimiento del estigma. Esto se puede ver reflejado en menor acceso a

tratamientos en salud mental oportunos por parte de los usuarios debido a que las competencias de abordaje desde la remisión a atención en salud mental, no brindan información con sustento científico de manera clara y educativa que derribe los mitos sobre los trastornos mentales, lo cual genera que, los mismos pacientes y, hasta la población en general, tengan pensamientos negativos sobre su salud mental y se genere discriminación. Adicionalmente, los estigmas hacia las enfermedades mentales en el país pueden ser un factor que incide en el índice de morbilidad y esto puede reflejarse tanto en los intentos de suicidio como en el suicidio mismo, debido a la presencia de desconocimiento acerca de su situación o posible trastorno.

Ahora bien, de acuerdo al segundo objetivo de la investigación que consiste en describir las prácticas de los profesionales de la salud respecto a la atención psicológica que reciben los pacientes. Se evidencia que los profesionales durante la atención a sus pacientes realizan preguntas y observan/analizan el comportamiento para comprender el estado actual de sus pacientes y saber si remiten o no a psicología, sin embargo, más de la mitad de los participantes en lugar de remitir a profesionales de la salud mental optan por dar recomendaciones y no realizar ninguna remisión a psicología, en concordancia con lo planteado por Murdoch, Gregory y Eggleton (2015) quienes mencionan el uso reiterado de la medicación y ofrecimiento de consejos a los consultantes como solución a las alteraciones emocionales o mentales, por parte de sus médicos tratantes. Debido a la falta de conocimiento sobre la psicología que poseen los profesionales de la salud conlleva a generar creencias erróneas sobre la atención en salud mental, generando como resultado mala praxis que se traduce en prácticas distantes de los lineamientos establecidos por las entidades reguladoras de salud. Por otra parte, los médicos pueden considerar el rol del psicólogo como prescindible en la atención primaria omitiendo la remisión, al ofrecer este tipo de soluciones provisionales sin identificar las repercusiones para los pacientes, tales como afectar su calidad de vida, generar complicaciones en su salud mental o incluso desencadenar resultados fatales para los pacientes como acciones suicidas, las cuales conllevan a acciones legales hacia el profesional.

De acuerdo a las descripción de las prácticas podemos inferir que existen aspectos del sistema de salud en Colombia que puede limitar o generar barreras en el acceso al servicio de salud mental, pues, una mayoría de los participantes refieren no poder realizar un seguimiento a los pacientes derivados (54.7%) debido a la aleatoriedad del sistema para asignar citas, sumado a esto, refieren apoyarse en el criterio de profesionales de la salud mental para remitir, sin

embargo, el sistema dificulta esta interdisciplinariedad por tanto resulta poco efectivo. Lo anterior, se asemeja al estudio realizado por Grenier y Hendrick (2015) en donde mencionan que las estructuras del sistema de salud no facilitan la colaboración entre ambas disciplinas debido a que los médicos expresan que desconocen las situaciones en las que los psicólogos tengan disponibilidad para realizar consultas referentes a temas de sus pacientes. Este tipo de situaciones dificulta el proceso de remisión y contribuye a la utilización de prácticas erradas como las mencionadas con anterioridad.

Por último, abordando las prácticas y la frecuencia con la que estas tienen lugar durante la consulta general, la mayoría de los médicos refieren que casi siempre abordan temas emocionales con sus pacientes, sin embargo, gran parte de ellos menciona que frecuentemente prioriza los síntomas fisiológicos a los psicológicos. Lo anterior tiene similitud con lo planteado por Pérez-Ibañez et al. (2015) donde mencionan que el éxito de la valoración y tratamiento de salud mental radica en el trabajo interdisciplinar, pues el médico es quien brinda un diagnóstico en primera instancia, sin embargo este se centra en el síntoma, mientras los profesionales en psicología tienen en cuenta la evaluación psicodiagnóstica; por lo cual se evidencian diferencias en la manera de abordar a los pacientes que han presentado síntomas relacionados con salud mental. Por tanto, se destaca la importancia del trabajo colaborativo entre ambas disciplinas, para lograr que los pacientes tengan una atención integral y se abarquen tanto la dimensión fisiológica como la esfera psicológica, incluso social de cada paciente. No obstante, las prácticas realizadas en consulta dependen de manera exclusiva del enfoque seleccionado por el médico, es decir, los aspectos que tome en cuenta del paciente, además de los síntomas visibles, para determinar el paso a seguir, realizar la remisión adecuada y que garantice una atención integral a los pacientes.

Finalmente, el tercer objetivo: establecer pautas de acción que permitan optimizar las remisiones a servicios de atención psicológica. En ese sentido, las pautas de acción están enmarcadas en contenidos principalmente de educación hacia el profesional de la salud, ya que, este es el primer receptor en el sistema sanitario para que posteriormente pueda ser aplicado de manera integral en la atención del paciente. Por consiguiente, la propuesta como pauta de acción está conformado por los siguientes pasos (Ver figura 2).

Figura 2

Pautas de acción para optimizar las remisiones a los servicios de atención psicológica.

PAUTAS DE ACCIÓN PARA OPTIMIZAR LAS REMISIONES A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

8 PASOS

- 01 Recibir información sobre los criterios básicos de remisión durante la formación de pregrado.
- 02 Brindar herramientas para realizar preguntas que permitan comprender el estado actual del paciente.
- 03 Conocer sobre los síntomas que deben ser criterio para remitir a psicología.
- 04 Conocer las implicaciones legales de no remitir al paciente oportunamente a psicología o psiquiatría.
- 05 Recibir capacitaciones en su contexto laboral sobre la remisión en salud mental.
- 06 Brindar herramientas para abordar una crisis emocional.
- 07 Conocer y/o crear los lineamientos institucionales que permitan brindar una atención integral en el lugar de trabajo y que abarquen puntos como:
 - a. Disponer del tiempo necesario para detectar problemas biológicos como una presunción psicológica.
 - b. Tener acceso fácil y rápido al sistema de salud.
 - c. Disminuir la estigmatización hacia la salud mental.
 - d. Facilitar el trabajo integral.
- 08 **RECOMENDACIONES**
 - a. Evitar priorizar solamente los síntomas fisiológicos a los síntomas psicológicos durante la consulta.
 - b. Evitar dar recomendaciones sobre temas relacionados en salud mental, sino que, por el contrario, realizar la remisión a los profesionales especializados en salud mental.

Fuente: elaboración propia.

En la figura 2 se puede evidenciar los pasos que se proponen como pautas de acción para mejorar el servicio de remisión de los profesionales de la salud hacia la atención psicológica.

Partiendo de lo anterior, se concluye que los profesionales de la salud, presentan una evidente carencia de conocimientos relacionados con temas sobre salud mental y a esto se suma el desconocimiento sobre aspectos básicos de psicología, como el rol que cumplen los profesionales de esta disciplina, lo cual genera una barrera para alcanzar el ideal propuesto por las leyes que rigen el sistema de salud en Colombia, el cual pretende que cada uno de los ciudadanos reciba una atención integral de calidad. Ahora bien, es preocupante que los profesionales de la salud presentan esta carencia de conocimientos, pues se supone que, desde su proceso de formación académica como profesionales y la propia experiencia, deben adquirir las

herramientas y saberes necesarios para hacer frente a una serie de situaciones a las que están propensos a presenciar en su práctica como profesionales en salud y más cuando dentro del POS son quienes reciben y brindan la primera atención al paciente.

Por otro lado, centrándonos en los conocimientos adquiridos durante la formación académica, se concluye que, a pesar de que los médicos reciben formación sobre temas puntuales en salud mental como algunos trastornos específicos y los síntomas para identificarlos, es necesario que dentro del pensum académico se profundice más sobre estos temas, y se incluya la interdisciplinariedad, pues no se puede hablar de ejercer o brindar servicios de manera integral si no se incluye una dimensión tan importante del ser humano como es la salud mental.

Continuando con la misma idea, los conocimientos que tienen los participantes se relacionan con sus creencias sobre la salud mental; ya que sus ideas han sido generadas a partir de mitos y creencias generalizadas sobre los trastornos mentales, lo cual contribuye a que se estigmatice la salud mental, generando de esta forma diagnósticos errados, remisiones inadecuadas, no adherencia al tratamiento, tratamientos e intervenciones inadecuadas, entre otras consecuencias, como la pérdida de confianza en la relación terapeuta-paciente. Cabe mencionar que todos los conocimientos que poseen los médicos sobre la salud mental predominan tanto en sus decisiones como sus acciones; de esto depende la salud y bienestar de sus pacientes, pues los pacientes observan el comportamiento o trato que las personas con quienes interactúan tienen hacia ellos y, en ocasiones, esto respalda las concepciones que tiene sobre sí mismos y su entorno, propiciando que los pacientes no acudan a ayuda cuando lo necesiten por temor a ser tratados de la misma forma, perdiendo así la confianza en sí mismo y los demás. Teniendo en cuenta lo mencionado, vale la pena resaltar que, tanto los conocimientos como las creencias que posee el personal de salud se ven fuertemente reflejados en su práctica como profesionales, por ende, es de suma importancia reconocer lo esencial y vital del papel que juega la salud mental en la vida del individuo y en ese sentido, impactar en la reducción de los estigmas en la salud mental y aumentar el trabajo interdisciplinar.

A partir de lo anterior, se puede evidenciar que las prácticas son el resultado de los conocimientos y creencias que poseen los profesionales de la salud por lo tanto la atención en salud mental puede variar según el profesional. Si bien es cierto que la formación en medicina enfoca su mirada en la sintomatología fisiológica no se debe olvidar que actualmente los entes reguladores de salud exigen evaluar y tratar a los pacientes desde una mirada integral, sumado a

esto, son los médicos quien deben realizar este trabajo para el cual no reciben la capacitación correspondiente en su formación académica o laboral, se debe orientar a los profesionales para identificar de manera temprana los signos correspondientes a una afección en salud mental. Sin embargo, abordar los conocimientos y creencias en los profesionales de la salud no son suficientes si no se trabaja en el sistema de salud colombiano y la estructura administrativa de las instituciones para la unificación de protocolos con el fin de brindar una atención ecuánime que permita reducir las barreras al acceso de salud integral, la mala praxis, el estigma y, por el contrario, aumente los beneficios en el paciente a nivel individual, social y económico.

Las limitaciones están centradas en la formulación y diligenciamiento del instrumento, en donde los participantes al momento de dar respuesta al cuestionario manifestaron no estar conforme con el número de preguntas, consideraban que eran muchas para el estudio, sin embargo, se recomienda realizar una investigación de tipo cualitativa o mixta para abordar un conocimiento más integral. Otra limitación, está mediada por la situación sanitaria actual del país (Covid-19) no permitió el acompañamiento de manera presencial para resolver dudas a los participantes de tal manera, se anuló una pregunta-respuesta. Se recomienda también realizar un estudio con más profesionales de la salud y previamente contar con un primer acercamiento a la población para facilitar la aplicación del estudio.

A partir de las conclusiones a las cuales se llegó en esta investigación, se plantean una serie de recomendaciones que se deben tener en cuenta diferentes frentes: profesionales, sistema de salud, educativo y social.

En cuanto a los *profesionales*, se recomienda realizar prácticas basadas en estudios científicos y actualizados, es decir, se recomienda que el profesional esté constantemente actualizándose cognitivamente para brindar una atención integral, además de llevar a cabo un trabajo interdisciplinar. Poseer el conocimiento adecuado no sólo lleva a una práctica adecuada, sino que también, permitirá impactar la vida del paciente y familiares al transmitirle su conocimiento para disminuir el estigma e incentivar la búsqueda del bienestar mental.

Sistema de salud, se recomienda y/o propone ver la salud mental no como un servicio de segundo nivel de atención sino de acceso directo sin tantos trámites administrativos, es decir, ver la salud mental como una relación vertical entre el sistema de salud y el acceso a este. Además de contar con estructuras administrativas que faciliten, promocionen y prevengan enfermedades en salud mental e implementación de las pautas de acción para lograr una mejor atención hacia

los pacientes.

Educativo, en este punto se recomienda implementar desde los escenarios educativos de pregrado en medicina como en los contextos laborales de los profesionales en esta área, temáticas sobre salud mental en donde reconozcan las diferencias entre psicología y psiquiatría, el rol del profesional en salud mental, signos y síntomas fundamentales, primeros auxilios psicológicos.

Asimismo, se recomienda que en las facultades de psicología se considere actúe frente a la visibilización del rol del psicólogo en el sistema de salud y se fortalezca la relación interdisciplinar de la psicología con otras profesiones dentro del área de la salud con el fin de afrontar la estigmatización y malas prácticas, buscando impactar en el sistema de salud nacional, mediando una atención integral a la población.

Por otro lado, en cuanto a las recomendaciones para futuras investigaciones sobre la temática abordada en este estudio, se considera:

Profundizar más y puntualizar el tipo de contenidos que reciben los profesionales de la salud sobre psicología y salud mental a lo largo de su formación académica en pregrado. Adicional, en cuanto a las pautas de acción propuestas en el presente estudio, se recomienda enfocar cada punto en dirección a dar respuesta de manera pragmática y puntualizada a dichas pautas. Es decir, que se puedan ajustar y presentar como propuesta educativa tanto en las instituciones de salud como en las facultades de pregrado en medicina, aclarando que cada punto no lleva un orden específico, pero se deben conocer y poner en práctica cada uno de ellos.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. D. (2016). Global Mental Health and systems of diagnostic classification: clinical and cultural perspectives. *Acta bioethica*, 22(1), 15-25.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v22n1/art03.pdf>
- Alloatti, M. (2014). *Una discusión sobre la técnica de bola de nieve a partir de la experiencia de investigación en migraciones internacionales*.
http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8286/ev.8286.pdf
- Ballesteros, M. S. (2016). Profesionales de la salud en el primer nivel de atención de la Argentina: Un análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales. *Geograficando*, 12(2), 015.
http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7670/pr.7670.pdf
- Baxter A. J, Patton G, Scott K. M, Degenhardt L. y Whiteford H. A. (2013). Global Epidemiology of Mental Disorders: What Are We Missing?. *PLoS ONE* 8(6): e65514.
 doi:10.1371/journal.pone.0065514
- Bernuy, C., López, F. y Vela, A. (2013). *Conocimientos y prácticas de medidas preventivas sobre leptospirosis en pobladores del asentamiento humano ciudad jardín del distrito de Belén Iquitos 2012* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Perú.
- Brown, J. S. & Duguid, P. (1998). Organizing knowledge. *California management review*, 40(3), 90-111.
<https://bdbib.javerianacali.edu.co:2519/docview/216139931/fulltextPDF/BFC8022BB7C64D65PQ/5?accountid=13250>
- Bruner, J. S. (2001). *El proceso mental en el aprendizaje*.
<https://books.google.com.co/books?id=DnoolDHNcq8C&printsec=frontcover&dq=teoria+del+conocimiento+bruner&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj3nr-AhqjpAhWCg-AKHdmJBcQQ6AEIKDAA#v=onepage&q&f=true>
- Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., Fernández, M., García, J., Motón, C. y Tizón, J. (2016).

- Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. *Atención Primaria*, 48, 77-97.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301895/pdf?md5=6e50dd3051195d0a7b43461e2726767b&pid=1-s2.0-S0212656716301895-main.pdf>
- Burgoa, L. (2007). *Las creencias un estudio filosófico del conocimiento credencial*.
<https://books.google.com.co/books?id=56uyN-6Wr6wC&printsec=frontcover&dq=creencias&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwib3fr4oZjpAhXPm-AKHcqZCIQQ6AEIODAC#v=onepage&q&f=false>
- Caicedo, S. (s.f). *Aproximación al análisis de la política de salud mental en Colombia*.
http://gyepro.univalle.edu.co/documentos/aproximacion_al_analisis_de_la_politica_de_salud_mental_en_colombia_silvia_cristina_caicedo_munoz.pdf
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., y Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162-167. doi: 10.1016/j.rcp.2014.07.001
- Caplan, S., Little, T. V., & Garces-King, J. (2016). Stigma about mental illness among multidisciplinary health care providers in the Dominican Republic. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 5(3), 192-206.
https://www.researchgate.net/publication/304924920_Stigma_about_mental_illness_among_multidisciplinary_health_care_providers_in_the_Dominican_Republic
- Cárcamo Guzmán, K., Cofré Lira, I., Flores Oyarzo, G., Lagos Arriagada, D., Oñate Vidal, N. y Grandón Fernández, P. (2019). Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación. *Psicoperspectivas*, 18(2).59-69 doi: 10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1582
- Chomienne, M. H., Vanneste, P., Grenier, J. & Hendrick, S. (2015). Collaboration médecine-psychologie: évolution des mentalités en Belgique et évolution du système de soins de santé au Canada. *Santé mentale au Québec*, 40(4), 59–77. doi: 10.7202/1036094ar
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2016 a). *El Tiempo De La Consulta Individual En Psicología: Fundamentos Normativos Y Elementos De Análisis Para El Ejercicio Profesional*.
https://issuu.com/colpsic/docs/concepto_-_respuesta_duraci__n_cons
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2016 b). Salud mental y atención primaria en salud: una

- necesidad apremiante para el caso colombiano.
https://www.colpsic.org.co/aym_image/files/Articulo_MSF_y_ColPsic_14-10-2015_DC_7_final.pdf
- Colón, T., Escobar, A., Santacoloma, A., Granados-García, A., Moreno, S. y Silva, L. (2019). Caracterización psicosocial y de motivos de consulta de la población asistente a 28 Centros de Atención Psicológica Universitarios en Colombia. *Universitas Psychologica*, 18(4), 1-23. doi: 10.11144/Javeriana.upsy18-4.cpmc
- Congreso de la República de Colombia (1993). *Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia (2011). *Ley 1438 del 19 de enero de 2011 Por medio de la cual se reforma el sistema de seguridad social en salud*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia (2013). *Ley 1616 del 21 de enero de 2013 Por medio de la cual se expide la ley de salud mental*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia (2015). *Ley Estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2012 Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.
- Díez, A. (2017). Más sobre la interpretación (II): ideas y creencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 127-143. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242019000200059
- Ebsworth, S. y Foster, J. (2017). Public perceptions of mental health professionals: stigma by association?. *Journal of Mental Health* 26 (5). 431-441.
- Fajardo, A. (2014). *Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de los profesionales de salud, usuarios y cuidadores frente al papel del deporte en el proceso de rehabilitación en la ciudad de Bogotá* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Farmanova, E., Grenier, J., Chomienne, M. H., Hogg, W. & Ritchie, P. (2017). A demonstration study of collaboration in primary care: Insights from physicians and psychologists. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 9, 27-33. doi: 10.1177/0163278717734282

- Fernandes, R., Jiménez Brobeil, S. A., Eulálio, M. C., Almeida, D., do Nascimento, E. C. y Araújo, P. R. (2016). Intervenciones de psicólogos en la salud pública de Brasil, España y Portugal. *Revista de Psicología (PUCP)*, 34(2), 357-386. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472016000200007
- Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M., & Chiochio, F. (2019). Variables Associated With Perceived Work Role Performance Among Professionals in Multidisciplinary Mental Health Teams Overall and in Primary Care and Specialized Service Teams, Respectively. *Work, Activity, and Mental Health* 42(2) 169-195.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V. y Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud pública de México*, 53(2), 144-155. doi: 201.131.57.75
- Hammer, J. H., Spiker, D. A. & Perrin, P. B. (2019). Physician referral to a psychologist: Testing alternative behavioral healthcare seeking models. *Journal of clinical psychology*, 75(4), 726-741. doi: 10.1002/jclp.22729
- Hernández, D. M. y Sanmartín-Rueda, C. F. (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), 1-31. doi: 10.11144/Javeriana.rgps17-35.psmc
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5.ª ed.). Ciudad de México D. F. - México, Editorial Mc Graw Hill Education. https://www.academia.edu/20792455/Metodolog%C3%ADa_de_la_Investigaci%C3%B3n_5ta_edici%C3%B3n_-_Roberto_Hern%C3%A1ndez_Sampieri
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Recolección de los datos cuantitativos: segunda parte. *Metodología de la investigación*. (6.ª ed.), 1-86. Ciudad de México D. F. – México, Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A de CV. https://www.academia.edu/17020325/RECOLECCI%C3%93N_DE_LOS_DATOS_CUANTITATIVOS_SEGUNDA_PARTE
- Herráiz, C. (2014). Crítica de libros. *Revista de Filosofía*, (10), p.173-176. <https://proyectoscio.ucv.es/wp-content/uploads/2015/06/8-Critica-Herraziz.pdf>
- Hume, D. (1999). *Resumen del tratado de la naturaleza humana*. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=llnFxmAhWQC&oi=fnd&pg=PA3&dq=tratado+de+la+naturaleza+humana&ots=xn_UE01kHB&sig=pYCgeTop8xW5L6J3BQdB

- LZjhx1A#v=onpage&q=tratado%20de%20la%20naturaleza%20humana&f=false
- Irarrázaval, M., Prieto, F. y Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta bioética*, 22(1), 37-50.
- Jaramillo, J.C, Espinosa, D., Ocampo, D., Arango, A., Arévalo, M., García, L., Hoyos, L., Rodríguez, V. y Sandoval, C. (2018). Caracterización de la atención psicoterapéutica en la IPS CES Sabaneta, Colombia, 2014-2015. *Revista CES Psicología*, 11(2), 97-110. doi: 10.21615/cesp.11.2.9. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4235/423557504009/html/index.html>
- Kohn, R. Levav, I. Caldas, J. Vicente, B. Andrade, L. Caraveo, J. Saxena, S. y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4). 229-240.: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v18n4-5/229-240/es>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to Access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111-116. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5347358/>
- Martínez, A. y Ríos, F. (2006). Los conceptos de conocimiento, epistemología y paradigma, como base diferencial en la orientación metodológica del trabajo de grado. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (25). 111-121. <https://revistas.uchile.cl/index.php/CDM/article/view/25960>
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.
- Martínez M. A. (2018). Aportes para un médico general desde la psicología y la salud. *Revista Médica Sanitas*, 21(3). 126-130. doi: doi.org/10.26852/01234250.16
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., y Manchego C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: Características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.007
- Miller-Matero, L., Dykuis, K. E., Albujoq, K., Martens, K., Fuller, B. S., Robinson, V. & Willens, D. E. (2016). Benefits of integrated behavioral health services: The physician perspective. *Families, Systems & Health*, 34(1), 51-55.
- Ministerio de la Protección Social., y Fundación FES Social. (2005). Lineamientos de la política de salud mental para Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20-Pol%C3%ADtica%20Salud%20Mental.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (s.f). *Marco Conceptual de Análisis de los Sistemas de Salud. Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud. Informe Final.*

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Marco%20Conceptual%20de%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud-%20CAP%201.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (1994). Resolución número 5261 del 5 de agosto de 1994 Por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud

Ministerio de Salud y de Protección Social. (2012). *Obligación de las empresas sociales del Estado de dar cumplimiento al tiempo mínimo de consulta con médico general.*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%2088030%20Duraci%C3%B3n%20cita%20medica.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 del 15 de marzo de 2012.* Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f) *Rutas integrales de atención en salud. Modelo Integral de Atención en Salud.* Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Perfiles y competencias profesionales en salud.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud mental, ONSM Colombia, guía metodológica.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). *Boletín de salud mental Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio.*

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-onsm-abril-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). Boletín de salud mental Oferta y Acceso a Servicios en Salud Mental en Colombia. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles Grupo Funcional: Gestión Integrada para la Salud Mental.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018c). *La salud es de todos. Rendición de cuentas, informe de gestión 2018*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/rendicion-cuentas-informe-gestion-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018d). *Resolución 4886 del 7 de noviembre de 2018 Por la cual se adopta la política nacional de salud mental*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica*. Neiva, Colombia: Universidad Surcolombiana.
- Moreno, B., Bordallo, A. y Sepúlveda, J. (2018). Estudio psicométrico de un cuestionario sobre las actitudes de los médicos de atención primaria hacia la salud mental: Cuestionario MAPSAM-14. *Anales de Psicología*, 34(2).258-263 doi: 10.6018/analesps.34.2.284721
- Muñoz, I. M., Bernal, J. J., Guarín, N. E., y Arévalo, H. O. (2015). Caracterización de la demanda en servicios de salud mental en una aseguradora de servicios de salud en Colombia, 2012. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(2), 63-80. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5620459>
- Murdoch, D. D., Gregory, A. & Eggleton, J. M. (2015). Why psychology? An investigation of the training in psychological literacy in nursing, medicine, social work, counselling psychology, and clinical psychology. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 56(1), 136-146. doi: 10.1037/a0038191
- Navarro, N. y Trigueros, R. (2019). Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática. *Psychology, Society, & Education*, 11(2). 253-266. doi: 10.25115/psy.v10i1.2268
- Novoa-Gómez, M. (2012). De la salud mental y la salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23). 5-9. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v11n23/v11n23a01.pdf>
- Nueva EPS. (s.f). *Terapias*. <https://nuevaeps.com.co/personas/atencion-complementaria->

pac/servicios-medicos/servicio-apoyo-terapeutico

Oblitas, L. A. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. Universidad Nacional Autónoma de México. *Avances en Psicología*, 16(1), 9-38. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>

Ocampo-Rivera, D., y Arango-Rojas, M. (2016). La educación para la salud: “Concepto abstracto, práctica intangible”. *Universidad y Salud*, 18(1), 24-33. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a04.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.a). Salud Mental. *Temas de salud*. who.int/topics/mental_health/es/#:~:text=La%20salud%20mental%20abarca%20una,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades».

Organización Mundial de la Salud. (s.f.b). *Personal sanitario*. https://www.who.int/topics/health_workforce/es/

Organización Mundial de la Salud. (2008). Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. *Programa de acción para superar las brechas en salud mental [mhGAP]*. https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/151028/A66_R8-sp.pdf

Padilla, K. y Garritz, A. (2014). Creencias epistemológicas de dos profesores-investigadores de la educación superior. *Educación Química*, 25(3), 343-353. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187893X14705506>

Pérez-Ibáñez, O., García-Pedrajas, C., Grases, N., Marsó, E., Cots, I., Aparicio, S., y Ventura, C. (2015). Programa de soporte a la primaria: Un análisis descriptivo y de concordancia diagnóstica entre médico/a de atención primaria y psicólogo/a. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 257-266. doi: 10.4321/S0211-57352015000200002

Piazza, M. y Fiestas, F. (2015). Estudio transversal de uso de servicios de salud mental en cinco ciudades del Perú. *Salud mental*, 38(5), 337-345. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-

33252015000500337

- Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3), 669-679. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a19.pdf>
- Pita, S., y Díaz, S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cadernos de Atención Primaria*, 9, 76-78. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2331095>
- Pozo, J. I. (1989). *Teorías cognitivas del aprendizaje*. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=DpuKJ2NI3P8C&oi=fnd&pg=PA11&dq=teor%C3%ADas+cognitivas+del+aprendizaje+pozo&ots=4h1zG2OAM9&sig=vpCVdpiFGDjpsu-CykcNolOe7c#v=onepage&q=teor%C3%ADas%20cognitivas%20del%20aprendizaje%20pozo&f=false>
- Real Academia Española [RAE]. (2019). Práctico/a. Edición del Tricentenario. [Rae.es. https://dle.rae.es/pr%C3%A1ctico](https://dle.rae.es/pr%C3%A1ctico)
- Rodríguez, J. J. (2011). Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 75(2), 86-96. http://www.spu.org.uy/revista/dic2011/03_rodriguez.pdf
- Rodríguez, M., y Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Revista médica Sanitas*, 21(3), 141-146.
- Rojas-Bernal, L.A., Castaño-Pérez, G. A. y Restrepo-Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Revista CES Medicina*, 32(2): 129-140. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-129.pdf>
- Saar, S. y Trevizan, M. A. (2007). Los roles profesionales de un equipo de salud: la visión de sus integrantes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 106-112. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692007000100016&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Sampieri, R., Collado, C. y Baptista. P. (2010). *Metodología de la investigación*. Editorial McGraw Hill.
- Secretaría de Salud (2018). *Comportamiento de los eventos de vigilancia en salud pública*. Alcaldía de Santiago de Cali. <https://www.cali.gov.co/loader.php?IServicio=Tools2&ITipo=descargas&IFuncion=desc>

argar&idFile=33569

- Segarra, M. y Bou, J. (2004). Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. *Revista de economía y empresa*, 22(52), 175-196. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2274043>
- Spagnolo, J., Champagne, F., Leduc, N., Rivard, M., Piat, M., Laporta, M., Melki, W. & Charfi, F. (2018). Mental health knowledge, attitudes, and self-efficacy among primary care physicians working in the greater Tunis area of tunisia. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(63). 1-15. Página inicial y final <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0243-x>
- Suls, J., Green, P. A. & Boyd, C. M. (2019). Multimorbidity: Implications and directions for health psychology and behavioral medicine. *Health Psychology*, 38(9), 772–782. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31436463/>
- Tejedo, A. (2018). Análisis comparativo de las derivaciones desde atención primaria de salud mental: atención psicológica y atención psiquiátrica. *Informaciones Psiquiátricas*, 232, 23-49. <http://www.informacionepsiquiaticas.com/admin-newsletter/uploads/docs/20181022111158.pdf>
- Wahl, O. & Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 49-62. <https://psycnet.apa.org/record/2010-00057-005>
- Ward, W.; Zagoloff, A.; Rieck, C. & Robiner, W. (2018). Interprofessional Education: Opportunities and Challenges for Psychology. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, (25), 250-266. doi: 10.1007/s10880-017-9538-3

ANEXOS

Anexo A. Validación del Instrumento por jueces expertos.

FORMATO VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR JUECES EXPERTOS

Nombre de los evaluadores:

Ocupación:

Profesión:

Fecha:

Claridad: Hace referencia a la revisión lingüística o construcción gramatical (sintáctica y semántica) de las preguntas que componen el instrumento, en aspectos relacionados como: redacción, puntuación, ortografía, uso de términos adecuados y apropiados de acuerdo con nivel de escolaridad, edad, contexto, adaptación cultural, etc., de la población objetivo de la investigación.

Dónde:

(1) No cumple: El ítem no es claro.

(2) Cumple moderadamente: Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.

(3) Si cumple: El ítem es claro.

Pertinencia / Esencial: Hace alusión al grado de correspondencia o coherencia entre lo que evalúa el reactivo y la categoría a evaluar. Y a la inclusión de la pregunta con relación a la estructura general del cuestionario y su propósito.

Dónde:

(1) No cumple: El ítem no tiene relación con la dimensión.

(2) Cumple moderadamente: El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.

(3) Si cumple: El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.

Ubicación: Se refiere al orden lógico en el que se ubica cada reactivo con relación a las dimensiones.

Dónde:

- (1) No cumple: El ítem no está bien ubicado en la escala.
- (2) Si cumple: El ítem está bien ubicado en la escala.

Suficiencia: Aporte o contribución individual del ítem a la comprensión de la variable a evaluar en cada categoría, de forma que los ítems que la conforman sean suficientes, necesarios y haya equilibrio entre las categorías propuestas para su medición. Puede sugerir preguntas complementarias que midan en mejor forma la característica.

Dónde:

- (1) No cumple: Los ítems no son suficientes para medir la dimensión.
- (2) Cumple moderadamente: Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
- (3) Si cumple: Los ítems son suficientes para medir la dimensión.

		6. Conozco los signos de una urgencia en salud mental.	Sí/No										
		7. La información que tengo sobre salud mental está basada en mi formación de pregrado.	Sí/No										
		8. Durante el pregrado recibí contenidos referentes al	Sí/No										

		8. ¿Qué requiere el sistema de salud para brindar una atención integral?	Abierta									
		9. ¿Considero que la salud mental es estigmatizada en nuestro país? ¿Por qué?	Abierta									
Describir las prácticas de los profesionales de la salud con respecto a la atención	PRÁCTICAS	1. Durante la consulta, ¿priorizo los síntomas fisiológicos a los síntomas	Likert									

		7. ¿Tomo en cuenta la necesidad de mis pacientes para hacer la remisión a atención psicológica?	Likert										
		8. ¿Observo y analizo el comportamiento de mis pacientes para realizar la remisión a psicología?	Sí/No										
		9. ¿Doy recomendaciones a mis pacientes en	Sí/No										

		12. ¿Hago seguimiento a los pacientes que ha remitido a psicología o psiquiatría?	Sí/No									
		13. Considero que los lineamientos de la institución donde laboro me permiten brindar una atención integral.	Likert									
		14. El tiempo que dispongo de	Likert									

Anexo B. Validación integrada del instrumento por parte de jueces expertos.

Nombre de los evaluadores: Diana Morales, Diana Marcela Prieto y Michelle Larmad Delgado.

Ocupación: Médicos generales - consulta externa.

Profesión: Médicos.

Fecha: Mayo 19 del 2020.

FORMATO VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR JUECES EXPERTOS

La revisión realizada por la médica Diana Morales se encuentra en color negro.

La revisión realizada por la médica Diana Marcela Prieto C. se encuentra en color azul.

La revisión realizada por la médica Michelle Larmad Delgado se encuentra en color rojo.

<u>CATEGORÍA</u>	<u>SUBCATEGORÍA</u>	<u>PREGUNTAS</u>	<u>TIPO DE RESPUESTA</u>	<u>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</u>						<u>OBSERVACIONES Y COMENTARIOS</u>		
			<p><u>Likert de frecuencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nunca - Casi nunca - A veces - Casi siempre - Siempre <p><u>Respuesta dicotómica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí - No <p><u>Respuesta abierta</u></p>	<u>Claridad</u>			<u>Pertinencia/ Esencial</u>			<u>Ubicación</u>		
				<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	

Identificar los conocimientos y creencias que poseen los profesionales de la salud en relación la atención psicológica que reciben los pacientes derivados a psicología	CONOCIMIENTOS	1. ¿Qué conozco sobre la Atención Primaria de la Salud?	Abierta			<u>X</u> <u>X</u> <u>X</u>		<u>x</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>	
		2. ¿Cuáles son mis funciones en este nivel de atención?	Abierta			<u>X</u> <u>X</u>		<u>x</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>	
		3. Durante mi formación académica, recibí información sobre los criterios básicos de remisión a psicología	Sí/No			<u>X</u> <u>x</u> <u>X</u>		<u>x</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>	

		(atención en salud mental)										
		4. ¿Cuáles considera son los criterios para remitir sus pacientes a la atención psiquiátrica o psicológica?	Abierta			<u>X</u> <u>x</u> <u>X</u>		<u>x</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>	<u>YO CREO QUE LA PREGUNTA AL INCLUIR PSIQUIÁTRICA PUEDE DESVIARSE DEL PROPÓSITO.</u>
		5. ¿Cuáles son los pasos que debe seguir un paciente para que sea atendido por psicología?	Abierta			<u>X</u> <u>x</u> <u>X</u>		<u>x</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>	

		6. Conozco los signos de una urgencia en salud mental.	Sí/No			<u>x</u> <u>X</u> <u>X</u>		<u>x</u>	<u>XX</u>		<u>XxX</u>	
		7. La información que tengo sobre salud mental está basada en mi formación de pregrado.	Sí/No			<u>X</u> <u>X</u> <u>x</u>		<u>x</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>	
		8. Durante el pregrado recibí contenidos referentes al	Sí/No			<u>X</u> <u>x</u> <u>X</u>		<u>x</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>	

		área psicología.									
		9. Conozco las implicaciones legales de no remitir oportunamente a un paciente a psicología y/o psiquiatría. (Si responde sí, cuáles serían).	Abierta			<u>x</u> <u>X</u> <u>X</u>	<u>x</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>	
		10. He recibido capacitación en lineamientos para la remisión de	Sí/No			<u>x</u> <u>X</u> <u>X</u>	<u>x</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>	<u>NO</u>

		pacientes en salud mental.										
		11. Ha recibido capacitación en primeros auxilios psicológicos.	Sí/No		<u>X</u>	<u>X</u> <u>x</u>		<u>xX</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>	<u>Primeros auxilios? No es claro.</u> <u>NO</u>
Identificar los conocimientos y creencias que poseen los profesionales de la salud en relación la atención psicológica que reciben los pacientes	CREENCIAS	1. ¿Qué indicadores en un paciente me llevan a considerar que tiene una dificultad en su área psicológica?	Abierta		<u>X</u>	<u>x</u> <u>X</u>		<u>x</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>	<u>CREO QUE LA PALABRA INDICADORES HAY QUE CAMBIARLA POR SÍNTOMAS O ALGO ASÍ.</u>
		2. Ante una crisis	Likert			<u>x</u> <u>X</u>		<u>xX</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>	<u>Mejor seria que ayuda o como brindo apoyo</u>

derivados a psicología.	emocional, considero medicar a mis pacientes.										<u>a un paciente con crisis enocional</u>
	3. Considero que cuento con las herramientas para abordar un paciente con una crisis emocional.	Sí/No			<u>X</u> <u>X</u> <u>x</u>		<u>x</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>	
	4. Procuro brindar una atención integral a mis pacientes.	Likert			<u>X</u> <u>X</u> <u>x</u>		<u>x</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>	

		<p>5. Considero que las terapias psicológicas traen beneficio en la salud del paciente.</p>	<p>Likert</p>			<p><u>X</u> <u>X</u> <u>x</u></p>	<p><u>x</u></p>	<p><u>XX</u></p>	<p><u>X</u></p>	<p><u>xX</u></p>	
		<p>6. ¿Cuáles considero que son los beneficios de la atención psicológica?</p>	<p>Abierta</p>			<p><u>X</u> <u>X</u> <u>x</u></p>	<p><u>x</u></p>	<p><u>XX</u></p>	<p><u>X</u></p>	<p><u>xX</u></p>	
		<p>7. ¿En qué ocasiones considero remitir a mis pacientes a psiquiatría y en cuáles a</p>	<p>Abierta</p>			<p><u>X</u> <u>X</u> <u>x</u></p>	<p><u>x</u></p>	<p><u>X</u></p>		<p><u>xX</u></p>	<p><u>ESTA PREGUNTA ESTÁ PARECIDA A LA DE CONOCIMIENTOS Y CREO QUE</u></p>

		psicología?									<u>ENCAJA MEJOR EN CONOCIMIENTOS.</u>
		8. ¿Qué requiere el sistema de salud para brindar una atención integral?	Abierta		<u>X</u>	<u>x</u> <u>X</u>		<u>xX</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>
		9. ¿Considero que la salud mental es estigmatizada en nuestro país? ¿Por qué?	Abierta			<u>X</u> <u>X</u> <u>x</u>		<u>x</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>
Describir las prácticas de los profesionales de	PRÁCTICAS	1. Durante la consulta, ¿priorizo los	Likert			<u>X</u> <u>x</u> <u>X</u>		<u>x</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>

la salud con respecto a la atención psicológica que reciben los pacientes.	síntomas fisiológicos a los síntomas psicológicos del paciente?									
	2. Abordo temas emocionales en la consulta con mis pacientes.	Likert			<u>X</u> <u>X</u> <u>x</u>	<u>x</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>	
	3. Remito a consulta en salud mental con base al motivo de consulta de mis pacientes.	Likert			<u>X</u> <u>X</u> <u>x</u>	<u>x</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>	

		<p>4. ¿Remit o con completa autonomía a mis pacientes a atención en salud mental?</p>	<p>Sí/No Si la respuesta es negativa ampliar razones.</p>			<p><u>X</u> <u>X</u> <u>x</u></p>		<p><u>x</u></p>	<p><u>XX</u></p>	<p><u>X</u></p>	<p><u>xX</u></p>	
		<p>5. Me apoyo en el criterio de los profesionales en salud mental para remitir a mis pacientes.</p>	<p>Likert</p>			<p><u>x</u> <u>X</u> <u>X</u></p>		<p><u>x</u></p>	<p><u>XX</u></p>	<p><u>X</u></p>	<p><u>xX</u></p>	
		<p>6. ¿Realiz o las remisiones a consulta en salud mental</p>	<p>Abierta</p>			<p><u>X</u> <u>x</u> <u>X</u></p>		<p><u>x</u></p>	<p><u>XX</u></p>	<p><u>X</u></p>	<p><u>xX</u></p>	

		según el grupo poblacional al que pertenecen mis pacientes? ¿Por qué?								
		7. ¿Tomo en cuenta la necesidad de mis pacientes para hacer la remisión a atención psicológica?	Likert			<u>X</u> <u>X</u> <u>x</u>	<u>x</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
		8. ¿Observo y analizo el comportamiento de mis pacientes para realizar la remisión a	Sí/No			<u>x</u> <u>X</u> <u>X</u>	<u>x</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>

		psicología?								
		9. ¿Doy recomendaciones a mis pacientes en beneficio a su salud mental en lugar de remitir al profesional de psicología?	Sí/No			<u>X</u> <u>X</u> <u>X</u>	<u>X</u>	<u>XX</u>	<u>X</u>	<u>xX</u>
		10. ¿En mis consultas remito más a psicología que a psiquiatría?	Sí/No Si la respuesta es negativa ampliar razones.	x		<u>X</u> <u>X</u>	<u>x</u>	<u>xX</u> <u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
		11. ¿Realizo preguntas?	Abierta		<u>X</u> <u>X</u>	<u>X</u>		<u>xX</u> <u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>

		que me permitan comprender el estado psicológico del paciente?								
		12. ¿Hago seguimiento a los pacientes que ha remitido a psicología o psiquiatría?	Sí/No	<u>x</u>	<u>X</u> <u>X</u>	<u>x</u>	<u>Xx</u> <u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	
		13. Considero que los lineamientos de la institución donde laboro me permiten	Likert	x	<u>X</u> <u>X</u>	<u>x</u>	<u>Xx</u> <u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	

		brindar una atención integral.									
		14. El tiempo que dispongo de consulta me permite detectar problemas emocionales en los pacientes.	Likert	x		<u>X</u> <u>X</u>	<u>x</u>		<u>Xx</u> <u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>

Anexo C. Instrumento validado para la Prueba Piloto.

PRUEBA PILOTO

Nombre del evaluador: MG

Ocupación: Médica

Profesión: Médica general

Fecha: 01 de Junio del 2020

2/6/2020

LOS CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

LOS CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

El presente formulario tiene como objetivo comprender cuáles son los conocimientos, creencias y prácticas de los profesionales de la salud pertenecientes a IPS de la ciudad de Cali, frente a la atención psicológica de los pacientes.

El instrumento consta de 33 ítems y contiene preguntas abiertas y cerradas. Las preguntas cerradas se presentan en 2 formas: la primera, en escala likert y la segunda, en seleccionar la respuesta de sí o no según corresponda. El tiempo estimado para resolver la encuesta consta de 20 minutos aproximadamente y es de manera individual. Cabe resaltar que no hay respuestas buenas ni malas.

Para contestar esta encuesta, debe ser mayor de 18 años, ser residente de la ciudad de Cali, ser médico general y contar como mínimo 1 año de experiencia laboral en Colombia.

Al finalizar la encuesta, oprima el botón Enviar.

TENGA EN CUENTA QUE:

1. La participación en la investigación es voluntaria.
2. Usted está en la libertad de retirarse de la encuesta si así lo considera pertinente.
3. La información que deriva el cuestionario, sólo será usada para fines de la investigación y siempre se protegerá la identidad de los/as participantes, es decir, que sus respuestas serán anónimas, por lo cual le agradecemos contestar con sinceridad.
4. Con base a lo establecido por la resolución 8430 del Ministerio de salud, la presente investigación no supone ningún riesgo para su salud, ya que, no interfiere en las dimensiones biológicas, psicológicas o fisiológicas.

Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con las investigadoras a cargo a través de los siguientes correos:

Melissa Gallego, melissa9525@gmail.com

Isabel Mafla, isabelmafla44@gmail.com

Lizeth Pillimue, lizethpillimue@gmail.com

Equipo investigador,

Laura Juliana Valderrama Orbegozo

Directora de tesis

Pontificia Universidad Javeriana Cali

2/6/2020

LOS CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Melissa María Gallego Cabezas
Isabel Cristina Maffa Aguilar
Maryl Lizeth Pillimúe Yunda
Estudiantes de psicología

¡Muchas gracias por su participación!

Dirección de correo electrónico *

monicamgh12@gmail.com

Consentimiento



Soy mayor de 18 años y declaro que he sido informado(a) de los objetivos, fines del presente estudio a realizar por las estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Obrando en forma autónoma y consciente, accedo a participar en la investigación

2/6/2020

LOS CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Si contesta desde un teléfono celular, recomendamos que lo ponga en horizontal. Si responde en vertical, tenga en cuenta que alguna opción de respuesta puede quedar no visible a la derecha de la pantalla, si bien la podrá consultar deslizando el dedo.



Datos sociodemográficos

Sexo:

- Mujer
- Hombre
- Otros: _____

Edad:

25 _____

Tiempo de experiencia profesional en meses

20

Conocimientos

1. ¿Qué conozco sobre la Atención Primaria de la Salud?

Es donde nos encargamos de promoción de la salud y prevenir la enfermedad

2. ¿Cuáles son mis funciones en este nivel de atención?

Es promover hábitos de vida saludable para mantener un buen estado de salud de esta me era prevenir las enfermedades crónicas

3. Durante mi formación académica, recibí información sobre los criterios básicos de remisión a psicología(atención en salud mental)

Si

4. ¿Cuáles son los criterios para remitir sus pacientes a la atención psicológica?

Personas con ideas de hacer o hacerse daño, con inestabilidad emocional, dificultad para enfrentar situaciones de la vida, sùelos no resueltos

5. ¿Cuáles son los pasos que debe seguir un paciente para que sea atendido por psicología?

Asistir a consulta con médico general y posteriormente se remite a sicologia

2/6/2020

LOS CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

	SI	No
6. Conozco los signos de una urgencia en salud mental.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. La información que tengo sobre salud mental está basada en mi formación de pregrado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Durante el pregrado recibí contenidos referentes al área psicología?.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9. Conozco las implicaciones legales de no remitir oportunamente a un paciente a psicología y/o psiquiatría.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Dentro de su contexto laboral, ha recibido capacitaciones en cuanto a la remisión a atención en salud mental?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Si responde si en la pregunta 8, ¿qué contenidos?

Si responde Si en la pregunta 9, ¿Cuáles serian esas implicaciones?

2/6/2020

LOS CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

¿Hasta ahora, hay algún comentario por alguna pregunta, en términos de redacción o claridad?

Creencias

1. ¿Qué síntomas en un paciente me llevan a considerar que tiene una dificultad en su área psicológica?

Llanto fácil, poca interacción con el medio, pensamientos de minusvalía o deseos de hacer o hacerse daño

2. Ante una crisis emocional, considero medicar a mis pacientes.

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

3. Considero que cuento con las herramientas para abordar a un paciente con una crisis emocional.

- Sí
- No

2/9/2020

LOS CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
4. Prouro brindar una atención integral a mis pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Considero que las terapias psicológicas traen beneficio en la salud del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Cuáles considero que son los beneficios de la atención psicológica?

Mejor adaptación a los eventos de la vida

7. ¿En qué ocasiones considero remitir a mis pacientes a psiquiatría y en cuáles a psicología?

Pacientes con enfermedad mental psiquiatría, paciente con alteraciones 3mocionales y con lógica en el pensamiento psicología

8. ¿Qué refiere el sistema de salud para brindar una atención integral?

9. ¿Considero que la salud mental es estigmatizada en nuestro país? ¿Por qué?

Si

2/6/2020

LOS CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Prácticas

	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Durante la consulta, ¿priorizo los síntomas fisiológicos a los síntomas psicológicos del paciente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Abordo temas emocionales en la consulta con mis pacientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Remito a consulta en salud mental con base al motivo de consulta de mis pacientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. ¿Remito con completa autonomía a mis pacientes a atención en salud mental?

- Sí
- No

2/6/2020

LOS CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Si la respuesta es negativa ampliar razones.

5. Me apoyo en el criterio de los profesionales en salud mental para remitir a mis pacientes.

Nunca Casi Nunca A veces Casi siempre Siempre

6. ¿Realizo las remisiones a consulta en salud mental según el grupo poblacional(edad) al que pertenecen mis pacientes? ¿Porqué?

No

7. ¿Tomo en cuenta la necesidad de mis pacientes para hacer la remisión a atención psicológica?

Nunca Casi Nunca A veces Casi siempre Siempre

2/5/2020

LOS CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

8. ¿Observo y analizo el comportamiento de mis pacientes para realizar la remisión a psicología?

Sí

No

Sí

No

9. ¿Doy recomendaciones a mis pacientes en beneficio a su salud mental en lugar de remitir al profesional de psicología?

10. ¿En mis consultas remito más a psicología que a psiquiatría?

Si la respuesta es negativa en la pregunta 10, por favor ampliar razones.

11. ¿Durante la consulta, realizo preguntas que me permitan comprender el estado actual de mi paciente?

Sí

2/6/2020

LOS CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

12. ¿Hago seguimiento a los pacientes que ha remitido a psicología?

- Sí
- No

13. Considero que los lineamientos de la institución donde laboro me permiten brindar una atención integral.

Nunca Casi Nunca A veces Casi siempre Siempre

14. El tiempo que dispongo de consulta me permite detectar problemas emocionales en los pacientes.

¿Hasta ahora, hay algún comentario por alguna pregunta, en términos de redacción o claridad?

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Anexo D. Consentimiento informado.**CONSENTIMIENTO INFORMADO****Conocimientos, creencias y prácticas de los profesionales de la salud respecto a la atención psicológica**

Apreciado/a participante:

Agradecemos profundamente la significativa contribución que realiza al proyecto de investigación *Conocimientos, creencias y prácticas de los profesionales de la salud respecto a la atención psicológica*.

Dicho proyecto tiene como objetivo de identificar los conocimientos, creencias y prácticas que poseen los profesionales de la salud, específicamente los médicos, en relación a la atención psicológica de los pacientes derivados.

El instrumento consta de 33 ítems que evalúa los conocimientos, las creencias y las prácticas de los profesionales de la salud por medio de una encuesta vía Google forms, la cual contiene preguntas abiertas y cerradas. Las preguntas cerradas se presentan en 2 formas: *la primera*, en escala likert y *la segunda*, en seleccionar la respuesta de sí o no según corresponda. El tiempo estimado para resolver la encuesta consta de 20 minutos aproximadamente y es de manera individual.

Para ingresar a la encuesta por favor ingrese al siguiente link: <https://forms.gle/X9sXVFCiZqaHVU5X9>

Por esta razón queremos que usted conozca que usted está en total libertad de no aceptar esta solicitud; pero si está de acuerdo en participar de la encuesta tenga en cuenta lo siguiente:

1. La participación en la investigación es voluntaria, es decir, no hay remuneración económica alguna por parte del equipo investigador.
2. Usted está en la libertad de retirarse de la encuesta si así lo considera pertinente.
3. La información que deriva el cuestionario, sólo será usada para fines de la investigación y siempre se protegerá la identidad de los/as participantes, es decir, que se reserva el anonimato en todas las publicaciones realizadas.
4. Con base a lo establecido por la resolución 8430 del Ministerio de salud, la presente

investigación no supone ningún riesgo para su salud, ya que, no interfiere en las dimensiones biológicas, psicológicas o fisiológicas.

Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con las investigadoras a cargo a través de los siguientes correos:

- Melissa Gallego, melissa9525@gmail.com
- Isabel Cristina Mafla, isabelmafla44@gmail.com
- Lizeth Pillimue, lizethpillimue@gmail.com

Nuevamente expresamos nuestro agradecimiento.

Cordialmente,

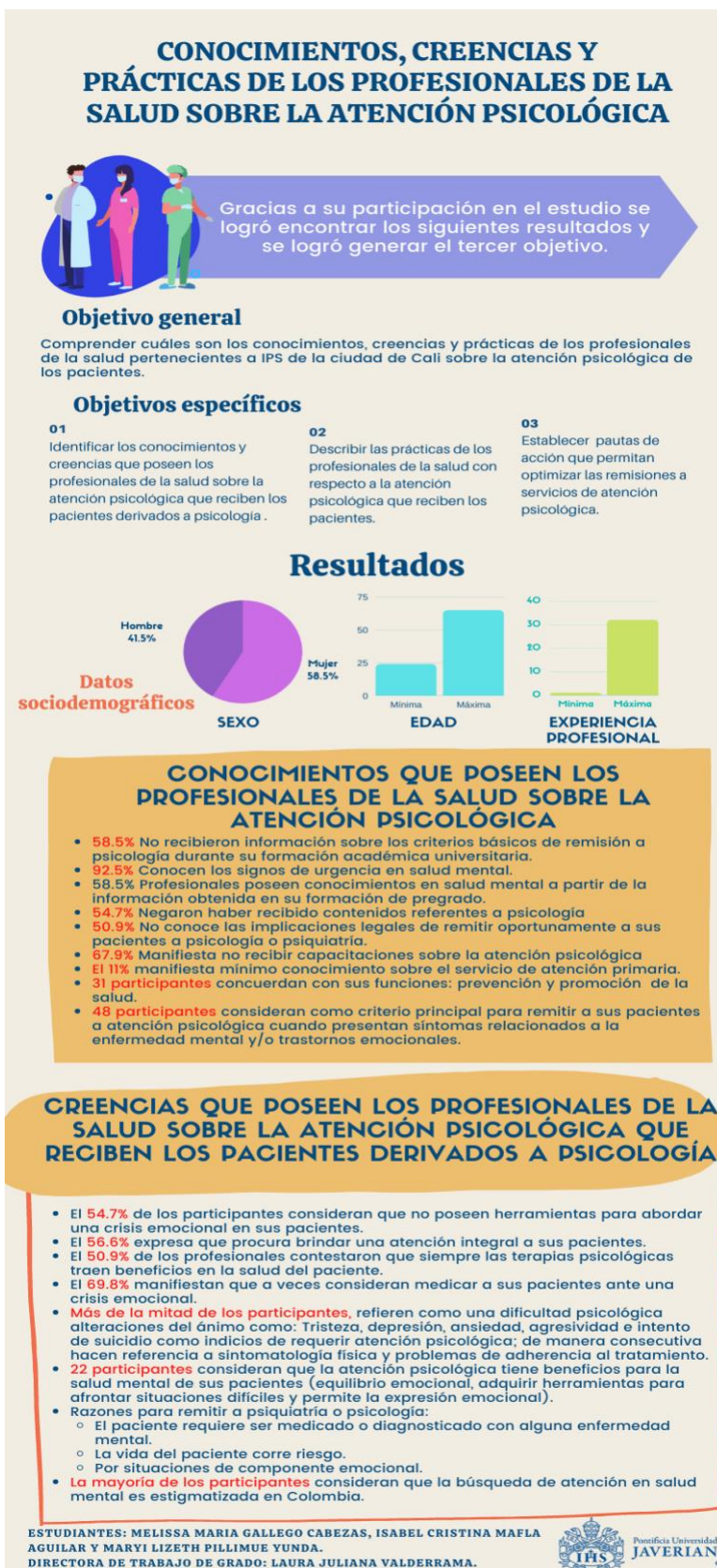
Equipo investigador.

Laura Juliana Valderrama Orbezo
Directora de tesis
Pontificia Universidad Javeriana Cali

Melissa Maria Gallego Cabezas
Isabel Cristina Mafla Aguilar
Maryi Lizeth Pillimué Yunda
Estudiantes de psicología
Pontificia Universidad Javeriana Cali

Ciudad _____, día _____ mes _____ 202 ____.

Anexo D. Infografía dirigida a los participantes del estudio.



PRÁCTICAS QUE TIENEN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA

- El **94.3%** de los participantes expresan que durante la consulta realizan preguntas que les permite comprender el estado actual de sus pacientes.
- El **96.2%** observa y analiza el comportamiento de sus pacientes para realizar la respectiva remisión.
- El **54.7%** de los participantes manifiestan que brindan recomendaciones a sus pacientes en lugar de remitirlos a un profesional de psicología.
- El **71.7%** de los profesionales refieren remitir con mayor frecuencia a psicología en comparación con sus remisiones a psiquiatría.
- **47.2%** a veces prioriza los síntomas fisiológicos a los síntomas psicológicos de sus pacientes.
- Un **43.4%** de los participantes Casi siempre abordan temas emocionales en la consulta de sus pacientes.
- El **39.6%** manifiestan Casi siempre remitir a salud mental basados en los motivos de consulta de sus pacientes.
- El **45.3%** de los profesionales refieren que casi siempre los lineamientos de las instituciones donde laboran les permiten brindar una atención integral a sus pacientes. --> discrepancia, el 32% manifiestan que a veces el tiempo es suficiente para detectar problemas emocionales en sus pacientes.
- El **41.5%** de los profesionales afirmaron siempre tener autonomía para remitir.

Tercer objetivo:

pautas de acción que permitan optimizar las remisiones a servicios de atención psicológica

PAUTAS DE ACCIÓN PARA OPTIMIZAR LAS REMISIONES A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

8 PASOS

- 01 Recibir información sobre los criterios básicos de remisión durante la formación de pregrado.
- 02 Brindar herramientas para realizar preguntas que permitan comprender el estado actual del paciente.
- 03 Conocer sobre los síntomas que deben ser criterio para remitir a psicología.
- 04 Conocer las implicaciones legales de no remitir al paciente oportunamente a psicología o psiquiatría.
- 05 Recibir capacitaciones en su contexto laboral sobre la remisión en salud mental.
- 06 Brindar herramientas para abordar una crisis emocional.
- 07 Conocer y/o crear los lineamientos institucionales que permitan brindar una atención integral en el lugar de trabajo y que abarquen puntos como:
 - a. Disponer del tiempo necesario para detectar problemas biológicos como una presunción psicológica.
 - b. Tener acceso fácil y rápido al sistema de salud.
 - c. Disminuir la estigmatización hacia la salud mental.
 - d. Facilitar el trabajo integral.
- 08 **RECOMENDACIONES**
 - a. Evitar priorizar solamente los síntomas fisiológicos a los síntomas psicológicos durante la consulta.
 - b. Evitar dar recomendaciones sobre temas relacionados en salud mental, sino que, por el contrario, realizar la remisión a los profesionales especializados en salud mental.

Recomendaciones que se deben tener en cuenta diferentes frentes: profesionales, sistema de salud, educativo y social.

- En cuanto a los profesionales, se recomienda realizar prácticas basadas en estudios científicos y actualizados.
- **Sistema de salud**, se recomienda y/o propone ver la salud mental no como un servicio de segundo nivel de atención sino de acceso directo sin tantos trámites administrativos. Además de contar con estructuras administrativas que faciliten, promuevan y prevengan enfermedades en salud mental.
- **Educativo**, se recomienda implementar desde los escenarios educativos de pregrado en medicina como en los contextos laborales de los profesionales en esta área, temáticas sobre salud mental en donde reconozcan las diferencias entre psicología y psiquiatría, el rol del profesional en salud mental, signos y síntomas fundamentales, primeros auxilios psicológicos.

