



**UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN,
CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

Decreto Ejecutivo 575 del 21 de julio de 2004

Acreditada mediante Resolución No. 15 del 31 de octubre de 2012

CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

**Análisis de la participación de las patologías mentales en los
dictámenes de invalidez proferidos por la Junta Regional de
calificación de invalidez de Risaralda en los años 2016 Y 2017**

**Trabajo presentado como requisito para optar al grado de Magister en
Salud Ocupacional**

Sandra Pimentel Murillo

Nelson Parada Medina

Panamá, junio, 2020

Contenido

	Pág.
Resumen	7
Abstract.....	8
Introducción	9
1. Contextualización del Problema	12
1.1 Descripción de la Problemática.....	12
1.2 Formulación de la Pregunta de Investigación	17
1.4 Objetivos de la Investigación	17
1.4.1 Objetivo General	17
1.4.2 Objetivos Específicos.....	17
1.5 Justificación e Impacto.....	18
2. Fundamentación Teórica de la Investigación	25
2.1 Bases Teóricas, Investigativas, Conceptuales y Legales	25
2.1.1 Bases Teóricas.....	25
2.1.2. Bases Investigativas	34
2.1.3 Bases Conceptuales.....	44
2.1.4 Bases Legales	53
2.2 Definición Conceptual y Operacional de las Variables	56
2.3 Operacionalización de las Variables	58
3. Aspectos Metodológicos de la Investigación	62
3.1 Paradigma, Método y/o Enfoque de Investigación	62

3.1.1 Paradigma de la investigación.....	62
3.1.2 Método de la investigación	63
3.1.3 Enfoque de la investigación	64
3.2 Tipo de Investigación.....	64
3.3 Diseño de la Investigación	65
3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección	65
3.4.1 Técnicas.....	65
3.4.2 Instrumentos.....	66
3.5 Población y Muestra con su respectiva fórmula	68
3.5.1. Población y/o Descripción del Escenario de Investigación	68
3.5.2. Muestra y/o Descripción y Criterios de Selección de los Informantes Clave	68
3.6 Procedimiento de la investigación	69
3.7 Validez y Confiabilidad	69
3.7.1 Validez	69
3.7.2 Confiabilidad.....	70
3.8 Consideraciones Éticas.....	70
4. Análisis e Interpretación de los Resultados y Hallazgos	73
4.1 Técnicas de Análisis de Datos o Hallazgos	73
4.1.1 Perfil sociodemográfico	74
4.1.2 Estadísticas asociadas al proceso de calificación.....	78
4.1.3 Calificaciones iguales o superiores a 50% de PCL	79
4.1.4 Calificaciones de PCL menor a 50%	79

4.1.5 Calificaciones con PCL mayor o igual al 5% y menor del 50% de origen laboral.....	80
4.1.6 Resumen de posibles prestaciones	80
4.1.7 Calificaciones de invalidez igual o superior al 50%	81
4.2 Análisis de los Datos.....	83
4.3 Discusión de los Resultados.....	88
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	93
5.1 Conclusiones	93
5.2 Recomendaciones.....	98
Bibliografía	100

Lista de Tablas

Pág.

Tabla 1. Encuestas nacionales de salud mental en Colombia	33
Tabla 2. Indicadores de acceso en población colombiana entre 18 y 44 años	58
Tabla 3. Junta Nacional de Calificación de Invalidez 2007-2014	59
Tabla 4. Orígenes de las patologías.....	83
Tabla 5. Patologías según el tipo de prestación	85
Tabla 6. Total Patologías.....	86
Tabla 7. Semaforización de los indicadores de salud mental de la RIA de problemas y Trastornos Mentales y del Comportamiento y Epilepsia. Colombia, 2015-2016	90

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Total calificaciones.....	73
Figura 2. Rango de edad.....	74
Figura 3. Estado civil	74
Figura 4. Nivel de escolaridad	75
Figura 5. Tipo de usuario	75
Figura 6. Participación según EPS.....	76
Figura 7. Participación según ARL.....	76
Figura 8. Participación de AFP	77
Figura 9. Afiliaciones a Sisben	77
Figura 10. Motivo de calificación	78
Figura 11. Instancia actual	78
Figura 12. Inválidos – No inválidos.....	79
Figura 13. Calificados entre el 5 y el 49.99%.....	79
Figura 14. Calificaciones entre 5 y 49.99 laborales	80
Figura 15. Prestaciones	80
Figura 16. Total inválidos 2016.....	81
Figura 17. Inválidos 2017	81
Figura 18. Casos de invalidez	82
Figura 19. IP	82
Figura 20. Síndrome de Burnout.....	84
Figura 21. Tendencia de la enfermedad mental 2016-2017	87

Resumen

La enfermedad mental se considera un evento que altera psiquiátricamente a un paciente y, por lo tanto, puede dar lugar a una incapacidad de cualquier índole. Los sistemas de seguridad social no han dado una respuesta adecuada a los trastornos mentales. Existe un abismo entre la necesidad de tratamiento y la prestación de servicios en salud mental; por esta razón, es que este estudio busca analizar cuantitativamente la participación de la enfermedad mental en los dictámenes de invalidez proferidos por la Junta Regional de calificación de invalidez de Risaralda en los años 2016 y 2017; para ello se utilizó una metodología de exploración o primer acercamiento; para el análisis estadístico de la información se utilizó el apoyo de programas computacional, los cuales permitieron analizar la información cuantitativa. Los hallazgos permitieron presentar un aumento estadísticamente significativo de la participación de la enfermedad mental en los dictámenes de invalidez proferidos por la Junta regional de calificación de invalidez de Risaralda en los años 2016 y 2017, aproximado del 17% en los diferentes periodos, entre otros hallazgos importantes.

Abstract

Mental illness is considered an event that psychiatric alters a patient and, therefore, can lead to disability of any kind. Social security systems have not provided an adequate response to mental disorders. There is a chasm between the need for treatment and the provision of mental health services; for this reason, it is that this study seeks to quantitatively analyze the participation of mental illness in the invalidity opinions issued by the Risaralda Regional Board of disability qualification in the years 2016 and 2017; for this, an exploration or first approach methodology was used; for the statistical analysis of the information, the support of computer programs was used, which allowed analyzing the qualitative or quantitative information. The findings allowed us to present a statistically significant increase in the participation of mental illness in disability opinions issued by the Risaralda Regional Invalidation Qualification Board in 2016 and 2017, approximately 17% in the different periods, among other findings. important.

Introducción

La enfermedad o trastorno mental se considera un evento que altera psiquiátricamente a un paciente y, por lo tanto, puede dar lugar a una incapacidad de cualquier índole.

La discapacidad psiquiátrica se define por la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA por sus siglas en inglés) como un "impedimento mental que limita sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida de una persona; un registro de impedimento; o se considera que tiene dicho impedimento".

Esto quiere decir, que se incluye cualquier trastorno mental o psicológico, como enfermedad mental o emocional. La discapacidad psiquiátrica, o enfermedad mental, describe una amplia gama de condiciones mentales y emocionales. Igualmente, otras patologías psíquicas, de la enfermedad mental gestará el evento para acceder a una pensión por incapacidad, dependiendo de las secuelas y síntomas que presente. Asimismo, tendrá lugar una invalidez permanente absoluta cuando la enfermedad mental padecida sea grave y afecte a su concentración, memoria y ritmo de trabajo.

En el tercer mundo, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%. El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados. (OMS, Trastornos mentales - World Health Organization, 2018).

Es por ello que en la presente investigación se hace el cuestionamiento si ¿La participación de la enfermedad mental en los dictámenes de invalidez proferidos por la Junta Regional de calificación de invalidez de Risaralda en los años 2016 y 2017 registra un aumento y una gran variedad de trastornos mentales?

Y es por ello que, el primordial objetivo de este estudio es analizar cuantitativamente la participación de la enfermedad mental en los dictámenes de invalidez proferidos por la Junta Regional de calificación de invalidez de Risaralda en los años 2016 y 2017.

Para lo anterior la investigación se dividirá en seis capítulos, donde en el primero se mostrará la Contextualización del Problema, con los objetivos propuestos, el motivador del estudio, con los cuestionamientos y la definición de la hipótesis. Después se mostrará el sustento teórico, legal y las variables. En el tercer capítulo se tocará el conjunto de métodos que se siguen en esta investigación científica, que comprende la aplicación sistemática que se hizo durante todo el proceso de investigación, para alcanzar los resultados teóricamente válidos. En el siguiente capítulo se entrelazan los datos y resultados que se encontraron en la investigación con base en los datos o información del marco teórico, junto con los antecedentes y la interpretación de este resultado de la investigación. El último capítulo se mostrarán los hallazgos de la investigación, lo que se encontró que resulta relevante, es decir, la reflexión final acerca de la investigación, que contiene los elementos necesarios y suficientes para dejar claros los resultados obtenidos en el proyecto, el procedimiento seguido para su desarrollo, el cumplimiento de los objetivos y se le deja claridad al lector de las características generales de la investigación realizada.

CAPÍTULO 1

1. Contextualización del Problema

1.1 Descripción de la Problemática

La enfermedad mental ha sido siempre un tema difícil de enfrentar en los mundos de la medicina y el trabajo a causa del estigma y de los temores asociados, los limitantes en la participación social, la atención insuficiente y la escasa sensibilización de la comunidad; en general han disminuido relevantemente su favorable manejo y evolución en los pacientes que tienen este tipo de padecimiento.

En un reportaje efectuado por la OIT en Ginebra, el Dr. Shruti Singh afirmó:

En la mayoría de los casos, ofrecer apoyo a los trabajadores afectados para permitirles conservar su empleo o regresar a su trabajo si toman una licencia o se ausentan, es una solución mucho mejor que excluirlos del lugar de trabajo y dejarlos enfermos o recibiendo para siempre prestaciones por discapacidad, explicó el Dr. Shruti Singh, economista del trabajo en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE. (OIT, 2014)

EL Dr. Singh continuó diciendo:

En promedio, alrededor de 20 por ciento de la población en edad de trabajar en un país de la OCDE sufre de un trastorno mental en algún momento dado, según el Dr. Singh. “Esto implica que el riesgo de experimentar una enfermedad mental durante una carrera profesional es alto para todos”. (OIT, 2014)

Posada (2013) en la Editorial de la Revista Biomédica, expresa que: “La encuesta del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica, fue un trabajo integrado de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Harvard University, University of Michigany 38 países”, los cuales usaron métodos que generaron información, fuente invaluable para los dominios de la salud pública como de la salud mental, y Colombia aporta datos e información para este gran esfuerzo conjunto a nivel internacional (p.1).

Las proyecciones estadísticas muestran que las condiciones psiquiátricas y neurológicas en el mundo se incrementarán de 10,5 % del total de la carga de la enfermedad a 15 % en el año 2020, lo cual equivale a un incremento proporcional mayor que para las enfermedades cardiovasculares. (Arango, Rojas, & Fernández, 2008)

Identificar los trastornos mentales como la depresión y ofrecer un apoyo precoz es fundamental. Pero es también uno de los pasos más difíciles, porque la enfermedad mental con frecuencia es ocultada y porque las causas pueden ser diversas: problemas personales en el hogar, traumas infantiles, o estrés relacionado con el trabajo. (OIT, 2014)

Retomando la entrevista hecha al Dr. Singh, respecto al tema de la discapacidad agregó:

Además, el temor de ser rechazados o estigmatizados por la empresa o los colegas hace que sea muy difícil para las personas con enfermedades mentales hablen sobre el problema con sus superiores, explicó Stefan Tromel, especialista en discapacidad de la OIT. “Muchos trabajadores que

experimentan trastornos mentales no toman la licencia por enfermedad cuando realmente la necesitan. Como resultado, su productividad disminuye y esto se convierte en un problema para la empresa”. (OIT, 2014)

Las personas con trastornos mentales comunes tienen 2-3 veces más probabilidades de estar desempleadas que las personas que no los tienen. El desempleo por largo tiempo es un problema frecuente que les causa desaliento y, con el tiempo, se retiran del mercado laboral. (OIT, 2014)

Stefan Tromel respecto al tema de la discapacidad afirmó:

Es fundamental estimular a las personas a que regresen al trabajo en vez que dependan del subsidio durante años, cuando una persona necesita dejar de trabajar porque está demasiado enferma para continuar, la empresa debería ser estimulada a mantenerse en contacto con ella y a buscar una solución para reintegrarla una vez que se recupera. (OIT, 2014)

Pero la falta de sensibilización no se limita al mundo del trabajo, ya que los sistemas de protección social con frecuencia están demasiado prontos a clasificar a un solicitante de subsidio por enfermedad mental como incapaz de trabajar. (OIT, 2014)

Una opción mucho mejor sería reevaluar la situación periódicamente para ayudarlos a salir del régimen de invalidez, cuando se restablecen o encuentran un empleo compatible con su discapacidad.

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás; sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales; como las

políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad.

Existen otros factores que pueden ocasionar trastornos mentales como el estrés, la alimentación, la exposición a riesgos ambientales, las infecciones perinatales, la herencia genética, entre otros.

Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás; entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo.

Los sistemas de seguridad social desde el ámbito de la salud, todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo.

En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%. El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados. (OMS, 2018)

Además de la ayuda que prestan los servicios de salud, las personas que presentan enfermedades mentales necesitan apoyo y atención social; a menudo necesitan que se les ayude a participar en programas educativos que satisfagan sus necesidades, así como a encontrar un empleo y una vivienda que les permitan vivir y mantenerse activos en su entorno social.

UNRECHT

1.2 Formulación de la Pregunta de Investigación

¿Cuál es la participación de las patologías mentales en los procesos de calificación de pérdida de capacidad laboral y ocupacional realizados por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Risaralda en los años 2016 y 2017?

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

Analizar cuantitativamente la participación de la enfermedad mental en los dictámenes de calificación de pérdida de capacidad laboral y ocupacional proferidos por la Junta regional de calificación de invalidez de Risaralda en los años 2016 y 2017.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Cuantificar las patologías calificadas en los años 2016 y 2017, relacionadas en el Decreto 1477/14 en el Grupo IV “Trastornos mentales y del comportamiento”.
- Identificar cuántas de estas patologías han sido calificadas de Origen Común o Laboral.
- Identificar el porcentaje de participación de estas patologías en Pensiones de Invalidez.
- Identificar la tendencia de estas patologías calificadas entre los años 2016 y 2017.

1.5 Justificación e Impacto

Es pues, no solo justificado, sino necesario iniciar un estudio que permita cuantificar la participación de la enfermedad mental en los procesos de calificación de invalidez, con el fin de generar el impacto referido previamente y potencializar soluciones concretas, que desde la política pública fortalezcan la prevención y atención de la salud mental en el Departamento de Risaralda y todo el territorio nacional colombiano.

Este proyecto permitirá tener cifras reales del impacto económico y social que está generando en la región la falta de prevención, intervención y monitoreo de la salud mental; contribuyendo con el fortalecimiento de los programas de promoción, prevención, rehabilitación funcional, profesional y social, que deben realizar los actores involucrados como ARL, EPS, IPS y el Estado, y el cumplimiento de los empleadores de la normatividad en materia de prevención de factores de riesgo psicosocial.

Lo anterior promoverá la desestigmatización de los trastornos mentales en la sociedad, y la formación o especialización de profesionales en la prevención y rehabilitación integral de la salud mental de la población colombiana.

Por otra parte, el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS, que fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2013, reconoce que la salud mental es un elemento esencial para el bienestar de todas las personas. (OMS, Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, 2013)

Este Plan tiene los cuatro objetivos siguientes:

- Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental;
- Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta;
- Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;
- Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental en Colombia.

El Programa de acción de la OMS para superar la brecha en salud mental, presentada en 2008, utiliza orientaciones técnicas, instrumentos y módulos de capacitación basados en evidencias para ampliar la prestación de servicios en los países, especialmente en entornos con escasos recursos. Dicho programa se centra en una serie de afecciones prioritarias y, hecho importante, dirige la capacitación hacia los profesionales sanitarios no especializados con un enfoque integrado que fomenta la salud mental en todos los niveles asistenciales.

Así las cosas, la problematización que se plantea en el presente proyecto encuentran su fundamento en la situación actual y real de la enfermedad mental en las consideraciones de invalidez que en Colombia se encuentran vigentes y la falta de abordaje en el contexto socio-laboral.

Según el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia, en el año 2013:

El 40,1 % de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico diagnosticado. De estos, se detecta el 16 % en el último año y el 7,4 %, en el último mes. Los trastornos de ansiedad encabezan la lista (19,5 %); luego siguen los trastornos del estado de ánimo (13,3 %), los trastornos por control

de impulsos (9,3 %) y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (9,4 %). (Posada, 2013)

Al comparar la prevalencia de los trastornos mentales en Colombia con otros 14 estudios homólogos de otros países desarrollados y en desarrollo, se encuentra que Colombia ocupa los cinco primeros puestos en algunas enfermedades mentales: segundo puesto en el trastorno por control de impulsos; cuarto puesto en los trastornos de ansiedad y en los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas como en cualquier otro trastorno, como el de ansiedad de separación en la infancia, trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante, trastorno de ansiedad de separación del adulto y bulimia nerviosa, y el quinto puesto en los trastornos del estado de ánimo.

Los trastornos mentales en Colombia afectan especialmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes, situación que empeora en gran medida el pronóstico, la productividad académica y económica de la población y, en últimas, el capital global, que incluye los factores personales, simbólicos, culturales y relacionales. Estos trastornos se inician entre los 9 y los 23 años. La mediana en la edad para las primeras manifestaciones de los trastornos afectivos, como el episodio depresivo mayor, se sitúa en los 24 años, para la manía, en los 20 años, y para la hipomanía, en los 27 años. (Arango, Rojas, & Fernández, 2008)

La edad de inicio de los trastornos de ansiedad se encuentra entre los 7 y los 28 años, con un promedio a los 17 años, y la de los trastornos por uso de sustancias, entre los 20 y los 27 años, con un promedio a los 22 años. La edad de inicio de otros trastornos, como el de ansiedad de separación en la infancia, el de déficit de atención, el de conducta, el negativista desafiante, el de ansiedad de separación del adulto y la bulimia nerviosa, se encuentra entre los 8 y 20 años, con un promedio a los 11 años. (Arango, Rojas, & Fernández, 2008)

En relación con los correlatos demográficos, se sabe que las mujeres tienen una mayor probabilidad de presentar trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad, mientras que los hombres tienen mayor probabilidad de sufrir trastornos relacionados con el control de impulsos. Además, los hombres jóvenes y no casados tienen más probabilidades de presentar trastornos por uso de sustancias. Las personas encuestadas de hogares con ingresos clasificados como de promedio bajo, que nunca se habían casado y que no tenían educación secundaria, tuvieron mayores probabilidades de tener una enfermedad moderada o grave. (Posada, 2013)

La salud mental, definida por la OMS como un estado de bienestar en el que la persona afronta el estrés usual de la vida en familia y en comunidad o como el desarrollo de las potencialidades de la persona, es parte integral de la salud pública. Esto significa que la promoción de la salud, así como la prevención de los problemas y trastornos mentales, debe trascender la tradicional separación de la salud mental como si esta fuera un campo aparte de la salud en general. La salud pública mental como componente de la salud pública, es un campo en permanente desarrollo que no ha logrado todavía acciones coordinadas en el ámbito de la salud general y, en Colombia, esto no es la excepción.

La salud mental es fundamental para la salud pública y hay muchas razones para que sea así: los trastornos mentales son frecuentes, afectan a dos de cada cinco personas adultas en nuestro país, ningún nivel socioeconómico o área geográfica es inmune a ellos; son costosos tanto económica como emocionalmente para la persona, la familia y la sociedad, y la coexistencia de enfermedades físicas y trastornos mentales es muy frecuente.

Se hace necesario trabajar un abordaje de salud pública en la promoción de la salud mental y la prevención de los problemas y trastornos mentales, y una estrategia para

promover la resiliencia y el bienestar emocional en los individuos, familias y comunidades.

Hay evidencias en la literatura científica de que estas intervenciones son costo-efectivas. Además, la promoción de la salud mental es vital en países en desarrollo como Colombia, abocados a graves problemáticas psicosociales, teniendo en cuenta el largo conflicto armado interno y las frecuentes situaciones de emergencias complejas y desastres que en los últimos años han afectado al país.

Innovación, adaptación y evaluación, movilizadas por un cabildeo efectivo, son necesarias para integrar la promoción de la salud mental en la agenda de la salud pública. Los estudios requieren colaboración entre médicos, psicólogos, epidemiólogos, bioestadísticos, antropólogos, genetistas y profesionales de otras disciplinas, para incrementar el conocimiento de factores que contribuyen a los problemas y trastornos mentales y promover la investigación de causas y tratamientos.

La OMS se refiere a los trastornos mentales como uno de los principales desafíos de la salud pública. La reciente resolución de esta organización establece sobre la necesidad de una respuesta integral y coordinada al manejo de los trastornos mentales desde la salud y los sectores sociales a nivel de país, fue reforzada por el Plan de acción en salud mental 2013-2020, adoptado por la Asamblea Mundial de Salud. No podemos continuar manteniendo la separación entre los aspectos biológicos, mentales y sociales de la salud. (OMS, Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, 2013)

El desafío para la salud pública es jugar un papel de liderazgo en los esfuerzos sociales para manejar la salud mental como una parte integral de este mandato. Los problemas son amplios y nos afectan a todos directa o indirectamente. La nueva salud

pública debe ayudarnos a encontrar una mejor atención (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación) en este campo.

Todo esto requiere una plataforma legal, que en nuestro medio ya se apoya como ventana de oportunidad con la Ley 1616 del 21 de enero de 2013, que, si es adecuadamente reglamentada y aplicada, permitiría empezar a pagar una deuda de siglos con las personas que en Colombia sufren trastornos mentales, y, por otro lado, permitiría hacer aportes sustanciales al desarrollo del país en el logro de un capital humano y social acorde con los merecimientos de todos los colombianos.

CAPÍTULO 2

2. Fundamentación Teórica de la Investigación

2.1 Bases Teóricas, Investigativas, Conceptuales y Legales

2.1.1 Bases Teóricas

“Invertir en salud mental no es sólo una cuestión ética, social o una forma de aumentar el bienestar de las naciones, es también una cuestión de sostenibilidad económica en los países desarrollados”. (OMS, 2013)

Los economistas ya lo han advertido: no hay progreso sin salud mental. Por tanto, es necesario seguir avanzado en la investigación focalizada en las enfermedades de salud mental, especialmente sobre los mecanismos y procesos que explican y mantienen estos problemas, como eje básico para el desarrollo de nuevas estrategias, tanto para la prevención, el tratamiento o la promoción de la salud mental dentro del marco de la salud pública.

Los procesos de atención en salud mental, representan el trasfondo teórico y conceptual de los procesos desde la salud pública.

Así pues, se considera que el conocimiento de la influencia social de este tipo de patologías es clave para el avance en la atención en salud mental.

Como ya se ha dicho antes, aunque en los últimos tiempos se ha avanzado notablemente en la comprensión de los trastornos mentales, se está aún muy lejos de la situación óptima en Colombia y los países latinoamericanos. Por ello, se considera

esencial incrementar el conocimiento acerca de, al menos, cuatro grandes cuestiones que guardan relación entre sí.

En primer lugar, sobre cuáles son los factores de vulnerabilidad y protección – tanto disposicionales como contextuales, tanto a nivel micro como macro (Chen E. y Miller, 2013)– que hacen más o menos probable que acaben desarrollándose o no problemas de salud mental en una determinada población.

Los modelos psicopatológicos de vulnerabilidad-estrés están incluyendo en las últimas décadas, más allá de los aspectos que se consideran de riesgo para la emergencia de diferentes trastornos mentales, otros elementos importantes como lo son las fortalezas y resiliencias que sirven de factores protectores ante el posible desarrollo de dichas alternaciones, y que juegan un papel importante en la promoción de la salud mental, que no implica solamente ausencia de trastorno o de enfermedad.

Aunque resaltan los aspectos de vulnerabilidad, ha sido de gran valor en la comprensión y prevención de los trastornos mentales, se ha puesto menos énfasis a la investigación en los factores de protección, analizando las posibles razones por las que un elevado porcentaje de personas vulnerables no terminan, afortunadamente, desarrollando un trastorno mental.

En esta misma línea, cabe destacar los planteamientos actuales de intervenciones como la psicología social y las herramientas conceptuales que se han comenzado a aportar desde la salud pública. Probablemente estos planteamientos permitan operativizar, por fin y de un modo más contundente, la vieja idea de entender la salud mental como el desarrollo óptimo de las capacidades de los individuos y las comunidades en su trayectoria vital.

La idea de promover fortalezas psicológicas (Peterson R. y Seligman, 2004) desde programas de protección psicosocial y de poder definir y evaluar el bienestar psicológico con una perspectiva sólida (Hervás, 2013) puede ayudar a superar las insuficiencias de los modelos tradicionales de salud-enfermedad.

Teniendo en cuenta que la salud, no es sólo la ausencia de síntomas, sino tener una vida lo más plena posible, lo que también es conocido como prosperar en una comunidad activa laboralmente y este es sin duda un objetivo legítimo y deseable para las ciencias de la salud, tanto en lo que respecta a los individuos como a las comunidades. (Biswas-Diener, 2011)

Por otro lado, los modelos de prevención hallan fundamentación adicional en la actual reformulación del concepto de “riesgo” genético en psicopatología.

Así, el modelo de “sensibilidad diferencial” propone que los genes tradicionalmente considerados de “riesgo” confieren en realidad una mayor “plasticidad” o sensibilidad al efecto de los factores ambientales, produciendo una mayor vulnerabilidad a la psicopatología en situaciones de adversidad, así como mayor probabilidad de fortalecimiento personal, mejoría clínica o respuesta terapéutica en condiciones favorables. (Tortella-Feliu, y otros, 2016)

Un segundo aspecto que es importante destacar es el del estudio de las trayectorias evolutivas de las manifestaciones de trastornos mentales o psicopatológicos (Beesdo, 2009); esto es, el de saber más sobre cuál es el curso natural de esos problemas a lo largo del tiempo evolutivo. Ese es un conocimiento esencial para poder tomar decisiones informadas sobre si intervenir y en qué momento es más oportuno. Son muchas las voces que claman que la única vía para reducir de forma sustancial los costes relacionados con la alta prevalencia y las consecuencias perniciosas de los

trastornos mentales es mediante la mejora y extensión de las intervenciones de carácter preventivo. (Tortella-Feliu, y otros, 2016)

La edad de aparición del 70% de los problemas mentales en su conjunto es previa a los 25 años de edad, mientras que la mayor parte de los trastornos físicos comienzan a tener las mayores cifras de morbilidad a partir de los 45 años de edad. (The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 2012)

Además, algunos de estos problemas que tienen su inicio en etapas tempranas de la vida tienden, si no se interviene a tiempo o se previenen eficazmente, a cronificarse y a convertirse en una gran posibilidad de discapacidad permanente por sus ciclos recurrentes y el ser un factor de riesgo para padecer otras alteraciones, además de relacionarse con otros problemas como el bajo rendimiento escolar o laboral que impide una adecuada inserción social.

Por lo tanto, se debe atender mucho más en la actualidad a la prevención y la intervención temprana, aunque solamente se podrá avanzar sustancialmente en ese ámbito con un incremento sustancial de los conocimientos y la investigación sobre las trayectorias evolutivas de las manifestaciones potencialmente patológicas en la salud mental.

Un tercer punto que debe ser prioritario es el de la investigación sobre los procesos y mecanismos psicológicos implicados en diferentes manifestaciones psicopatológicas (Belloch, 2012); es especialmente relevante dirigir la atención a esos factores transdiagnósticos y no tanto al análisis específico de trastornos concretos circunscritos a una visión nosológica estrecha y posiblemente caduca, atendiendo a las evidencias crecientes de que las aproximaciones transdiagnósticas pueden mejorar la investigación psicopatológica y también favorecer el desarrollo de nuevas intervenciones psicológicas. (Tortella-Feliu, y otros, 2016)

No obstante, el número importante de tratamientos eficaces en diversos trastornos mentales, según (Mc Nally, 2007), se ha llegado a un “parón terapéutico”, puesto que por años no se ha logrado incrementar la eficacia en los tratamientos ya existentes, ni tampoco se ha conseguido con los nuevos tratamientos que han ido apareciendo (a menudo nombres nuevos para técnicas conocidas, o combinaciones más o menos ocurrentes de técnicas ya existentes en la idea). Es por esta razón que tanto la investigación como el desarrollo tecnológico se deben dirigir a una serie de aspectos que potencialmente puedan hacer salir de ese parón terapéutico a la asistencia de los trastornos mentales. (Tortella-Feliu, y otros, 2016)

Una de esas vías, aunque no la única, tiene que ver con el desarrollo de nuevas aproximaciones al tratamiento que se dirijan a los procesos comunes a diferentes trastornos psicológicos específicos, que se hayan aislado como especialmente relevantes en la instauración o mantenimiento de dichas alteraciones; sesgos cognitivos en los trastornos emocionales o modos de procesamiento, como la rumiación o recuerdos demasiado generales en problemas depresivos y de ansiedad.

Para estas disfunciones cognitivas se han empezado a proponer estrategias novedosas consistentes en la corrección de los deterioros cognoscitivos como los desbalances atencionales, de memoria o de interpretación, con la idea de cambiar los sesgos y, obviamente, reducir los síntomas. No obstante, estos intentos innovadores tienen, de momento, una eficacia muy modesta y muy poco considerada por las diferentes entidades prestadoras de salud.

En estrecha relación con la idea de que las dianas terapéuticas sean los procesos comunes a diversos trastornos psicológicos específicos, diferentes autores defienden con fuerza que se trabaje en la traslación de los conocimientos procedentes del ámbito de la neurociencia cognitivo-afectiva y comportamental al diseño de tratamientos psicológicos más eficaces que posibiliten una verdadera rehabilitación que se

exteriorice a una vinculación e inclusión social efectiva y también para obtener mayor detalle de por qué y cómo funcionan los tratamientos psicológicos a través de los cambios supervisados de los diagnósticos y posibles pronósticos favorables con sus respectivos seguimientos.

En definitiva, se trataría de dar pasos hacia una verdadera síntesis teórica de las perspectivas psicológica y neurobiológica para alcanzar una ciencia unificada de la psicología clínica – psiquiatría, terapéutica como énfasis de la asistencia de las entidades que prestan servicios de salud.

Por último, es esencial que más allá de la acumulación de datos procedentes de diversas líneas de investigación, se den pasos para reunir estos conocimientos en un modelo verdaderamente integrador de la psicopatología y su afectación para los diferentes niveles de complejidad, tipos de problemas, síntomas y relevancia social.

El avance en los conocimientos de los trastornos mentales, permitiría, además, poder fundamentar y tomar decisiones informadas sobre cuestiones relacionadas con los objetivos y contenidos de los programas de prevención, intervención temprana y tratamiento de las manifestaciones psicopatológicas, el momento evolutivo en que puede ser más oportuna la intervención y las dianas fundamentales a las que deben dirigirse dichas intervenciones.

Hablando de cuestiones centradas en los trastornos mentales, no se puede obviar que nos encontramos en estos momentos en medio de un debate de gran importancia para la investigación, que atañe a la fiabilidad y validez de los sistemas diagnósticos existentes.

Esta polémica va más allá del uso de un sistema clasificatorio específico y se centra en la reflexión sobre si las categorías diagnósticas conocidas deben articular la investigación y el conocimiento sobre la salud mental.

Sin duda, hay una crisis epistemológica profunda sobre el modelo DSM/CIE y su escasa fundamentación teórica, lo que posiblemente lo convierte en estos momentos en un lastre para avanzar en el conocimiento.

Las críticas se han vuelto cada vez más intensas y provienen tanto de antiguos promotores de este sistema como de detractores que intentan crear un modelo alternativo más basado en las neurociencias o en la conducta.

Mención aparte merecerían las discrepancias sobre los modelos de referencia para la descripción y clasificación de los trastornos de personalidad en el DSM-5. Resulta llamativo y algo paradójico que las voces críticas unánimes contra este modelo diagnóstico han llegado desde posiciones antagónicas. (Tortella-Feliu, y otros, 2016)

Estas críticas no sólo se están quedando en el papel, sino que se están concretando en acciones específicas.

Por ejemplo, el del Instituto Nacional para la Salud Mental de los EUA ha reorientado sus prioridades a financiar estudios que no contemplen las categorías del DSM, para impulsar como alternativa, el proyecto *Research Domain Criteria (RDoC)*. (Tortella-Feliu, y otros, 2016)

Muy a grandes rasgos, esta iniciativa pretende generar un nuevo marco para promover la investigación sobre la patofisiología, especialmente en genómica y neurociencias, que vaya poniendo las bases de lo que debería ser el nuevo esquema de clasificación de los trastornos mentales.

Es decir, que de momento no se trata de ninguna propuesta nosológica o de diagnóstico, sino de un programa de investigación a largo plazo que, en última instancia, pueda dibujar las líneas maestras para ese sistema nuevo clasificatorio de base etiológica y mayor capacidad heurística.

Se impulsa desde la convicción de que sabemos tan poco sobre los trastornos mentales, tal y como se han concebido hasta ahora – al menos de parte de las clasificaciones al uso –, que es necesario volver a empezar con un nuevo enfoque que permita una más fácil integración de los datos procedentes de la creciente investigación en genética, neurociencia y las ciencias de la conducta.

Los trastornos mentales se conciben, desde ese marco, como disfunciones en los circuitos neurales implicados en diferentes dominios de la cognición, la emoción y el comportamiento. A pesar de que dicha iniciativa no está exenta de críticas y riesgos su potencialidad es enorme. Quizá lo que más reservas despierte es que se trata de un sistema explícitamente biológico, aunque sin excluir en modo algunos factores etiológicos ambientales.

Pero también hay que resaltar que los propios proponentes afirman sin ambigüedades que “en la neurociencia nada tiene sentido si no es bajo el prisma de la conducta” (Tortella-Feliu, y otros, 2016). En cualquier caso, los conocimientos sobre las causas de la mayoría de trastornos mentales siguen siendo escasos y porque los esfuerzos previos para desarrollar alternativas al DSM basadas en factores etiológicos, como son las propuestas psicodinámicas o las analítico-funcionales, han tenido poco éxito, probablemente, porque la investigación sobre la que se asientan es insuficiente para sostener lo construido.

Con todo, las críticas sobre los sistemas clasificatorios al uso ponen sobre el tapete un dilema de muy difícil solución: se trata de dilucidar acerca de la

conveniencia del uso de etiquetas diagnósticas para orientar la investigación o si, por el contrario, ésta debe orientarse más por el análisis de mecanismos y procesos alterados, dificultades en regulación emocional o en inhibición de pensamientos repetitivos o bien en síntomas de anhedonia o alucinaciones, que pueden converger o no en algunas de las etiquetas, tal y como las conocemos actualmente. (Bentall, 2006)

Este es un debate de gran importancia para el manejo de los trastornos mentales o la Psicopatología en particular, y para la salud en general, un debate para el que, desgraciadamente, no hay respuestas unívocas. Aunque parece que los sistemas de clasificación son relativamente poco usados en la práctica clínica, si bien hay diferencias entre países y también entre profesiones, no lo es tanto en el ámbito de la investigación. Y lo que se está planteando es si se trata de un modelo ya agotado para seguir impulsando la investigación y el conocimiento de los factores psicológicos y neurobiológicos que contribuyen a la aparición de desajustes psicológicos.

Salud mental y su realidad en Colombia: Las estadísticas de las encuestas nacionales de salud mental en Colombia, elaborada por Minsalud, reflejan el incremento en la prevalencia de vida de morbilidad sentida.

Tabla 1. Encuestas nacionales de salud mental en Colombia

Año	No. Personas encuestadas	% Prevalencia de vida de morbilidad sentida
1993	25.135	7.9
1997	15.408	30
2003	4.426	40
2015	15.351	9.1

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, PontificiaUnivesidad Javeriana, Datos, Procesos y Tecnologías S.A.S., 2015)

2.1.2. Bases Investigativas

2.1.2.1 Antecedentes Históricos

La magnitud y el impacto que caracterizan las enfermedades de salud mental no se corresponden con los recursos que se dedican a su investigación y atención.

Aunque se ha avanzado notablemente en su comprensión y en la eficacia de los tratamientos multidisciplinarios que intentan intervenirlos, está aún lejos de la situación óptima.

Este proyecto de investigación se centra en uno de los retos y una de las necesidades que se considera fundamental, el incremento de la investigación focalizada en el seguimiento de la psicopatología, especialmente sobre los mecanismos y procesos que explican y mantienen estos problemas, como eje básico para el desarrollo de nuevas estrategias e intervenciones desde las posibilidades de salud pública, tanto para la prevención como para el tratamiento, promoción e inclusión de las personas con vulnerabilidad en su salud mental.

El objetivo es promover la discusión entre los agentes implicados y reflexionar sobre las líneas de trabajo que son prioritarias.

En los últimos años se han ido sucediendo, en diferentes lugares del mundo, manifiestos y propuestas de agendas de trabajo centradas en reflexionar hacia dónde deberían encaminarse las políticas, las prácticas y las prioridades de investigación en salud mental (Elfeddali et al., 2014). Buena parte de esos planteamientos no son de por sí especialmente innovadores, ya que abordan cuestiones que han sido objeto de debate e investigación, más o menos intensos, desde hace años. (Tortella-Feliu, y otros, 2016)

Lo verdaderamente novedoso es la coincidencia entre la necesidad de impulsar y priorizar cuestionamientos que permitan mejorar sustancialmente la comprensión de los factores relacionados con la salud mental en general y de su incidencia en la realidad social y laboral a nivel nacional.

El objetivo reiterado de todas estas declaraciones es que ese avance revierta en estrategias de prevención, tratamiento e inclusión socio laboral de las personas que padecen de enfermedades psicopatológicas; en reducir los elevadísimos costes en términos personales, económicos y sociales a los que estos problemas dan lugar, y en mejorar el bienestar general de la población colombiana.

El presente proyecto investigativo pretende, también, contribuir al impulso de la investigación en el ámbito de la salud mental, con la propuesta de las evidencias que corroboran el requerimiento de iniciar grandes retos y necesidades en el ámbito de la investigación en salud mental, promoviendo la discusión entre los distintos agentes implicados (investigadores, juntas de calificación, especialistas, gestores políticos y pacientes) contribuyendo a situar a la salud mental en el centro del debate público, a orientar las líneas de investigación que desde los puntos de vista de esta investigación son fundamentales e incidir de alguna manera en las decisiones de los gestores implicados en la salud pública de Colombia.

La magnitud y el impacto que suponen las enfermedades mentales no se corresponden con los recursos que se dedican a su investigación y atención. Una de cada cuatro personas (en Europa, el 27% de la población adulta) ha presentado un trastorno mental en el último año (OMS, 2014), constituyendo el 13% de la carga global de enfermedades, por encima incluso del cáncer y los trastornos cardiovasculares (OMS, 2008).

“Los costes económicos asociados a problemas de salud mental se han duplicado en Europa en los últimos 10 años” (Sobocki et al., 2006). En 2010 se estimaba un coste de 136.300 millones de euros, cantidad que sigue aumentando (Gustavsson A., 2011). Se trata de un importante problema que resulta muy perjudicial para la economía, ya que da lugar a casi el 50% de todas las bajas laborales por enfermedad.

Además, casi la mitad de las personas que reciben ayudas por discapacidad lo es por padecer una enfermedad mental, pero, más allá del problema económico, se trata fundamentalmente de un problema ético.

Sin un tratamiento adecuado y la oportunidad de una inclusión social efectiva, las consecuencias de padecer algún trastorno mental resultan muy graves, tanto para el individuo como para la sociedad y, en último término, se convierten en una fuente de desigualdad y desventaja sociales. (Pickett, 2010)

Se ha insistido en que dicho sufrimiento resulta mucho mayor que los problemas de salud física (a excepción del dolor crónico continuado) y que la pobreza. (Layard R., 2014)

Si además del sufrimiento se evalúa la satisfacción en la vida, los efectos de los problemas psicológicos son también importantes. Se ha observado que el impacto de los problemas mentales sobre la satisfacción vital de la gente es significativamente mayor que el ocasionado por los problemas físicos, (Vázquez C., 2015) lo que obviamente no se corresponde con los recursos prestados a los ciudadanos con problemas mentales, que según la Red Europea de Economía en Salud Mental (MHEEN) en España supone solo el 5% del gasto sanitario público, bastante por debajo de la media europea.

Por tanto, los problemas mentales tienen efectos muy graves en todos los órdenes para los millones de personas que los experimentan y son una de las fuentes de mayor injusticia y desigualdad, existentes en estos momentos en el mundo industrializado. Intentar resolverla ayudará a que muchas personas estén mejor y a que nuestra sociedad sea también mejor.

Aunque en las últimas décadas se ha avanzado mucho en el tratamiento de la salud mental, el avance no ha sido en absoluto suficiente, en buena medida porque todavía quedan importantes lagunas en la comprensión de los trastornos mentales.

El presente proyecto resalta la tremenda transcendencia que tiene la salud mental y cómo los trastornos mentales conllevan un gran impacto y muchas consecuencias a diferentes niveles (personal, social, económico, político, etc.).

La presencia de trastornos mentales en la sociedad colombiana está alcanzando cifras alarmantes y las previsiones indican que irán en aumento. Es, por tanto, cuanto menos paradójico y muy llamativo que se dediquen tan escasos recursos a esta problemática.

Por lo tanto, resulta prioritario colocar la salud mental en el debate público y reflexionar, hablar y contar con todos los agentes implicados. Obviamente, en este trabajo se procura abordar otras muchas cuestiones que también tienen gran importancia y relevancia, empezando por las dificultades de diseminación de los tratamientos psicológicos eficaces por la continua problemática de las entidades prestadoras de salud, la mejor comprensión de los mecanismos de acción de los tratamientos psicológicos y el desarrollo de nuevas intervenciones; pero también otros aspectos sustanciales como son la financiación y la priorización de la investigación en salud mental, la formación de los profesionales a todos los niveles que ejercen su trabajo en contextos clínicos (incluyendo la necesidad de la formación continua y los cauces para el acceso a la profesión); la formación de los profesores

universitarios que imparten docencia en disciplinas relacionadas con estos temas, las exigencias y/o los requisitos para poder seguir formando parte de la profesión, las relaciones entre los distintos profesionales de la salud mental.

2.1.2.2 Antecedentes Investigativos

- Antecedentes Internacionales

Título: Factores psicológicos y salud asociados con un nuevo perfil de jubilados. (Lizaso, Sánchez, & Reizábal, 2008)

Autor: Izarne Lizaso; Manuel Sánchez de Miguel; Luixa Reizábal. Universidad del País Vasco (Madrid)

Resumen: Conforme a los cambios sociales y económicos, la tipología y definición del jubilado va siendo modificada en las últimas décadas. Hoy por hoy no existe un amplio consenso para definir a la persona jubilada como hasta ahora tradicionalmente se había hecho. Así, en diferentes estudios aparecen nuevos términos: nuevo perfil de jubilados (Canes y García, 1989), nueva vejez (Bazo, 1992; 1996; 2000) y nuevos jubilados (De Zayas, 1996). El objetivo principal de esta investigación ha sido analizar el grado de interacción que pudieran tener determinadas variables sociales, psicológicas y de salud en la tipología de un posible nuevo perfil del jubilado. Participaron en este estudio un total de 161 jubilados (mayores de 55 años) sin deterioro cognitivo. Un modelo de ecuaciones estructurales (SEM) muestra que algunas variables de tipo social, psicológicas y de salud (por ejemplo, niveles bajos de ansiedad y depresión, buenas relaciones sociales,

actividad física, buena salud y recursos económicos) participan de esa interacción con lo que podríamos denominar un nuevo perfil del jubilado, de especial interés en el ámbito de las organizaciones. (Lizaso, Sánchez, & Reizábal, 2008)

Título: Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. (Loinaz, Echeburúa, & Irureta, 2011)

Autor: Ismael Loinaz¹, Enrique Echeburúa¹ y Mayalen Irureta. Universidad del país vasco (España).

Resumen: Muchos estudios analizan el riesgo de conducta violenta en personas con trastornos mentales (TM). Sin embargo, su riesgo de victimización es un tema al que se ha prestado poca atención. Este sesgo en la investigación contribuye a mantener estereotipos sobre los trastornos mentales y a perpetuar la estigmatización y el aislamiento social de quienes los padecen. Según los estudios analizados, las personas con TM corren un riesgo de victimización violenta significativamente superior al de la población general, especialmente en períodos de sintomatología activa. Este artículo teórico analiza la otra cara de la relación entre trastorno mental y violencia, centrándose en la epidemiología del problema, los factores de riesgo más relevantes (victimización previa, consumo de drogas, exclusión social, comorbilidad/gravedad de los síntomas y trastornos del desarrollo) y algunas formas de victimización frecuentes (suicidio, violencia contra la pareja, violencia sexual, acoso escolar y abuso infantil). Se espera contribuir a una mejor comprensión de los riesgos de victimización en estas personas, lo que puede traducirse en unas estrategias más adecuadas de prevención y de tratamiento. (Loinaz, Echeburúa, & Irureta, 2011)

- Antecedentes Nacionales

Título: Caracterización de factores relacionados con la reclamación y aprobación de pensiones de invalidez por enfermedad común en población trabajadora colombiana entre 2006-2011. (Yepez, Henao, Montoya, & Montoya, 2018)

Autor: Yepes-Delgado CE, Henao-Nieto DE, Montoya-Jaramillo M, Montoya-Echeverry L. Universidad de Antioquia

Introducción: mientras la discapacidad afecta hasta el 12 % de la población de un país según fuentes oficiales en Colombia, a pesar del sub registro, tendrá un comportamiento creciente en los próximos años. Las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) están encargadas del manejo eficiente del fondo para el riesgo pensional en Colombia.

Objetivo: caracterizar la reclamación de pensiones de invalidez por enfermedad común y los principales factores relacionados con su aprobación entre 2006 y 2011 en una AFP colombiana.

Materiales y métodos: la fuente secundaria de la información fue la AFP a través del Manual Único para la Calificación de Invalidez. Estudio descriptivo y exploratorio inferencial de factores relacionados con los desenlaces de invalidez, y aprobación de la solicitud pensional.

Resultados: ser declarado inválido estuvo asociado con ser hombre, el máximo nivel de estudio, y la deficiencia dada por las causales de solicitud: enfermedades poco prevalentes pero muy incapacitantes. Tener soporte social disminuye la probabilidad de ser declarado inválido.

Discusión y conclusión: los factores aquí relacionados con la invalidez acorde con otros estudios deben considerarse en la formulación de políticas públicas que puedan impactar en la prevención de este desenlace y el bienestar de la población trabajadora. (Yepez, Henao, Montoya, & Montoya, 2018)

Título: Reconocimiento de la pensión de invalidez en Colombia: debates presentes en la normatividad que la regulan. (Pamplona, 2019)

Autor: Pamplona Chaparro, Jaime Hernando. Universidad Católica de Colombia

Resumen: El Sistema General de Seguridad Social y Salud en Colombia, prevé la existencia de condiciones por medio de las cuales, un trabajador, por factores asociados a una enfermedad o accidente, de origen común o laboral, puede caer en un estado de invalidez que puede ser parcial o total, de carácter temporal o permanente, lo anterior según circunstancias otorga derecho a pensión de invalidez. El reconocimiento de esta pensión deviene del cumplimiento de una serie de requisitos normativos, entre los cuales se encuentra la calificación de la invalidez por parte de una Junta Médica, lo anterior dispuesto por el Decreto 1507 de 2014 que cabe señalar de entrada, no es claro sobre la calificación integral, En este sentido, el actual documento avanza en identificar, sobre la base de lo que se determina calificación integral para fijar la invalidez de una persona. (Pamplona, 2019)

Título: Pensiones para las personas con discapacidad en el Sistema de Seguridad Social Colombiano. (Palacio-Velásquez, 2014)

Autor: Cristina Palacio Velásquez.

Resumen. Con el fin de cumplir con las normas internacionales en materia de protección a las personas con discapacidad, en Colombia se han creado diferentes pensiones que tienen como finalidad, brindarles una especial protección y garantizarle el derecho a una vida digna. Por esta razón y teniendo en cuenta que algunas de estas prestaciones no son muy conocidas, en este artículo se estudia la legislación existente en la materia, se analizan cada una de las pensiones y el desarrollo jurisprudencial que han tenido y se hace una micro comparación con la regulación existente en algunos países de Latinoamérica. (Palacio-Velásquez, 2014)

- Antecedente Locales

Título: Imaginarios sobre enfermedad mental de la población general que asiste a los grupos de apoyo en salud mental, Pereira-Colombia 2013. (Hoyos, López, & Tabima, 2015)

Autor: Valentina Hoyos Soto, Jorge Mario López Mahecha, Diomedes Tabima García

Resumen: Introducción: los imaginarios son construcciones mentales subjetivas/personales; pertenecen a los seres humanos, constituyen su manera de ver y entender el mundo y pueden ser explorados durante foros de Grupos de Autoayuda en Salud Mental (GAASM). Este trabajo tiene como objetivo describir los imaginarios sobre enfermedad mental, en participantes de GAASM, Pereira-2013. (Hoyos, López, & Tabima, 2015)

Métodos: estudio cualitativo basado en Teoría Fundada; análisis comparativo mediante observación participante en dos debates dirigidos: muestreo teórico e interrogatorio sistemático. A la codificación abierta, le siguió la codificación axial, resaltando los códigos más sobresalientes y contrastándolos con la literatura.

Resultados: en la codificación abierta, se encontraron las categorías: Médicos Inquietudes-Barreras; la codificación axial por medio de triangulación de cotejo arrojó cuatro componentes: Esperanza-Afrontamiento-Búsqueda-Culpabilidad.

Conclusiones: es necesario generar estrategias que potencien la renovación continua de la esperanza y la persistencia de la búsqueda y afrontamiento, liberando de culpa y recuperando el autocontrol perdido en el proceso de sanación mental. (Hoyos, López, & Tabima, 2015)

Título: Vulnerabilidad de las historias clínicas para la calificación de pérdida de capacidad laboral en Risaralda. (Cardozo & Cano, 2013)

Autor: Armando Cardozo Vargas, Felipe Cano Aguirre. Universidad Libre de Pereira.

Introducción: La asistencia de los pacientes a la EPS, Régimen Subsidiado y ARL tanto hospitalizados como ambulatorios de consulta externa, genera una serie de información médica, paraclínica y administrativa sobre los usuarios del Sistema de Seguridad Social. Dicha información se registra en varios documentos como son el registro de Médicos Generales, Médicos Especializados y Reportes Tecnológicos de exámenes, siendo el conjunto de estos los documentos que constituye la historia clínica. Se analizó la

importancia de unificar de una manera sistematizada la historia clínica y paraclínica entre las entidades comprometidas en la evaluación y calificación de la pérdida de capacidad laboral, ya que en la actualidad cualquier persona o interesado puede manipular estas historias que tiene reserva por resolución y así incidir en conceptos técnico-médicos que afectan el sistema de seguridad social. La ganancia secundaria por presentación de estos conceptos médicos y paraclínicos de forma no responsable ni ética, hacen que se dé un desequilibrio en las prestaciones económicas ya que las obtienen pacientes que no lo merecen, sin una correlación clínica y paraclínica se alteran porcentajes de Pérdida de Capacidad Laboral en Risaralda. De suma relevancia manejar los soportes de historia clínica, con reserva y en forma sistematizada, sin mediar manipulación de esta por parte de los interesados. (Cardozo & Cano, 2013)

2.1.3 Bases Conceptuales

Es dar el significado a partir de categorías teóricas o bien establecer cómo se entenderá la propia definición del término de análisis, los conceptos relevantes, principales, expresiones o variables incluidas en el problema; precisando contenido, sentido y significado de los términos utilizados para su comprensión y contextualización dentro de la investigación. Dichas definiciones deberán ser de fuentes científicas. (SEMAR, 2016)

De acuerdo a la anterior definición se procede a definir algunos términos relevantes para la comprensión de la presente investigación.

UNRECHT

2.1.3.1 Salud Mental

El artículo 3 de la ley 1616 de 2013 (Ley de salud mental), define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad” Para la OMS, salud mental es “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017)

De acuerdo a esta definición la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona afronta el estrés usual de la vida en familia y en comunidad o como el desarrollo de las potencialidades de la persona, es parte integral de la salud pública.

Esto significa que la promoción de la salud, así como la prevención de los problemas y trastornos mentales, debe trascender la tradicional separación de la salud mental como si esta fuera un campo aparte de la salud en general. La salud pública mental como componente de la salud pública, es un campo en permanente desarrollo que no ha logrado todavía acciones coordinadas en el ámbito de la salud general y, en Colombia, esto no es la excepción. (Posada, 2013)

La salud mental debe ser motivo de atención, puesto que un cuerpo saludable puede prevenir ciertas enfermedades, como afecciones cardíacas y diabetes, y ayudar al ser

humano a mantener su independencia a medida que envejece. La salud mental es igual de importante que la salud física, y no hay que descuidarla.

Un trastorno de salud mental puede afectar la capacidad para mantener relaciones personales o familiares, funcionar en entornos sociales, desempeñarse en el trabajo o en la escuela, aprender a un nivel acorde a la edad e inteligencia, participar en otras actividades importantes.

Muchas personas manifiestan problemas de salud mental de vez en cuando. Pero un problema de salud mental se convierte en una enfermedad mental cuando los signos y los síntomas se hacen permanentes, causan estrés y afectan la capacidad de funcionar normalmente.

2.1.3.2 La Depresión

La depresión Según la OMS, “la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Cuando una persona está triste, no necesariamente se encuentra deprimida; “la depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana”. (Ministerio de Salud, 2017, p. 2)

La depresión se ha convertido en un problema de salud pública por la discapacidad que produce, que en muchos de los casos lleva al suicidio. Se calcula que en el mundo hay 350 millones de personas que se encuentran afectadas por la depresión; el

peor desenlace de la enfermedad es el suicidio. Se estima que cada año se suicidan 800.000 personas en todo el mundo y el grupo de edad más afectado es el de las personas entre 15 y 29 años.

Es una enfermedad que puede volverse crónica y disminuir la capacidad de las personas de trabajar, estudiar, socializar o ejecutar algunas de sus actividades cotidianas; dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas que sufren de depresión grave necesitan tratamiento; ellas pueden pensar, intentar o lograr suicidarse. Si la depresión es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos. (Ministerio de Salud, 2017, p. 2)

La depresión clínica, es una enfermedad grave y común que afecta a la persona física y mentalmente en su modo de sentir y de pensar; puede provocar deseos de alejarse de su familia, amigos, trabajo, y escuela. Puede además causar ansiedad, pérdida del sueño, del apetito, y falta de interés o placer en realizar diferentes actividades.

Existen muchos desencadenantes de la depresión como:

- Sexo, las mujeres sufren dos veces más de depresión que los hombres. Aunque las razones no son claras, existen diferencias genéticas y hormonales que pueden contribuir a la depresión.
- Antecedentes familiares, cuando algún miembro de su familia padece de depresión severa, hay el doble de posibilidades para adquirirla. Aunque puede ocurrir en personas que no tienen parientes con depresión.

- Uso de ciertas medicinas, algunos medicamentos con o sin receta médica pueden causar depresión clínica.
- Cambios o dificultades en la vida, tales como divorcio, jubilación, la muerte de un ser querido, pérdida del trabajo, cambio de país y estilo de vida, crecientes presiones en el trabajo o incremento en la pobreza.
- Sentimientos de pérdida de control sobre nuestras vidas. Aquellas personas a menudo sienten que perdieron el control y pasan mucho tiempo lamentándose por ello, tienen mayor probabilidad de desarrollar una depresión mayor.
- Presencia de otras enfermedades tales como Alzheimer, cáncer, diabetes, afecciones al corazón, desórdenes hormonales, mal de Parkinson o trombosis. Así como también otros trastornos mentales como la ansiedad y trastornos de la alimentación.
- Abuso del alcohol o drogas, cuando se tiene problemas de consumo de alcohol y otras drogas se tiene mayor probabilidad de desarrollar una depresión mayor. (MHA, 2020)

Las maneras más comunes de tratar la depresión clínica son suministrando medicamentos, psicoterapia, o una combinación de ambos. La elección del tratamiento depende de: la severidad de los síntomas, los antecedentes de la enfermedad, la preferencia de la persona.

La depresión es una de las enfermedades médicas más tratables en donde de cada 10 personas, más de 8 se sentirán mejor con ayuda profesional, por lo cual es

recomendable que el sistema de salud en Colombia se encamine a ayudar a las personas que la padezcan.

2.1.3.3 Trastorno Afectivo Bipolar TAB

El trastorno afectivo bipolar (TAB) ha sido descrito como una enfermedad crónica, física y clínicamente compleja, que se expresa por alteraciones de los procesos cognoscitivos, del afecto y del comportamiento (1), y que, además, tiene un gran componente hereditario. A lo largo de las últimas décadas aumentó el énfasis en las descripciones de casos de TAB de comienzo temprano, lo que ocasiona dos retos para el psiquiatra: el primero es la diferencia en la expresión sintomatológica del cuadro del TAB de los adultos, y el segundo, el dilema del diagnóstico diferencial con otras patologías comunes, como lo son el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el trastorno oposicionista y desafiante (TOD). (Estrada, Zapata, Tamayo, Botero, & Palacio, 2009)

El TAB es una enfermedad del cerebro caracterizada por la presencia de alteraciones anímicas ya sea de tipo depresivo o exaltado o irritable, asociados a algunos síntomas neurovegetativos y trastornos del pensamiento.

Si bien durante mucho tiempo se le ha considerado una enfermedad recurrente hay evidencia que favorece su consideración como enfermedad crónica.

La detección temprana del TAB es importante no sólo por la severidad del trastorno y su compromiso sobre el funcionamiento del paciente en su proceso de desarrollo, sino también, por las posibilidades de disminuir la morbilidad y mortalidad (2,3). (Estrada, Zapata, Tamayo, Botero, & Palacio, 2009)

La detección de un paciente con cambios de estado en su ánimo y comportamiento es un gran reto para el pediatra, neurólogo o psiquiatra. Hay factores que precipitan la sintomatología temporal de depresión o TAB y que se deben considerar en todas las edades, algunos son el maltrato físico y el abuso sexual; estos se deben sospechar especialmente en los pacientes con conductas sexualizadas, o conductas sexuales inapropiadas para la edad. (Estrada, Zapata, Tamayo, Botero, & Palacio, 2009)

El TAB se caracteriza por la presencia alternante de episodios depresivos, maníacos, hipomaníacos y mixtos (combinación de síntomas depresivos y maníacos), y se intercala con períodos de retorno a una estabilidad relativa del ánimo. Cuando el TAB se presenta interfiere de manera importante con el desarrollo de la vida social, familiar, académica o laboral, y menoscaba la calidad de vida (4). (Estrada, Zapata, Tamayo, Botero, & Palacio, 2009)

Dependiendo del tipo de síntomas predominantes estos cuadros son clasificados como depresión, manía, hipomanía y estados mixtos. De ahí la importancia de hacer una historia clínica cuidadosa para poder identificar una elevación patológica del ánimo o una irritabilidad significativa susceptible de cumplir con los criterios para manía, hipomanía o episodio mixto.

Conocida en un principio como depresión maniaca, el trastorno bipolar es una enfermedad mental en la cual se producen cambios extremos del estado de ánimo con picos altos emocionales (manía o hipomanía) y bajos emocionales (depresión).

El episodio de depresión: Durante dos o más semanas el paciente presenta disminución de la energía, ánimo depresivo, pierde el interés en casi todas las actividades, incapacidad para experimentar placer, inhibición psicomotora, su

pensamiento se vuelve lento y presenta lenguaje, sentimientos y pensamientos sobrevalorados o delirantes de minusvalía, desesperanza, incapacidad, culpa, ruina e hipocondría, así como ideas suicidas. Se presentan también trastornos del apetito, del deseo sexual y del sueño, así como variadas molestias somáticas. Todos estos síntomas por su severidad pueden causar disfunción social, escolar o familiar. En los niños se pueden presentar cuadros enmascarados por quejas somáticas inespecíficas, o trastornos de ansiedad de separación en los menores; y, por otra parte, cuadros de irritabilidad y de aburrimiento constante en los escolares. Los primeros signos pueden ser la disminución en el rendimiento académico, o los problemas en la socialización. (Estrada, Zapata, Tamayo, Botero, & Palacio, 2009)

Episodio maníaco: Éste es definido como un período de más de una semana de duración, en el que se presenta ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo, eufórico, irritable u hostil, en compañía de una autoestima elevada, fuga de ideas, logorrea, distractibilidad, aumento de la actividad, disminución de la necesidad de dormir, desinhibición, y la búsqueda o participación excesiva en actividades placenteras, con un alto riesgo de consecuencias dolorosas o peligrosas (1,5). En los niños, más que la presentación de una manía eufórica clásica, se encuentran cuadros caracterizados por cortos y frecuentes períodos de labilidad emocional e irritabilidad (6). (Estrada, Zapata, Tamayo, Botero, & Palacio, 2009)

El episodio maniaco es un periodo delimitado y persistente, durante el cual hay un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable, menos frecuente que el depresivo y relativamente fácil de detectar. Los síntomas maníacos pueden incluir: Autoestima excesivamente alta. Disminución de la necesidad de descansar y dormir. Aumento de la capacidad de distracción e irritabilidad.

Hipomanía: Se refiere a la presencia de un estado de ánimo expansivo, alegría excesiva, inquietud motora, oposicionismo, irritabilidad ante mínimas frustraciones, alteración del sueño (insomnio), alteración del apetito (aumento o disminución) y locuacidad. En la hipomanía los cambios son de menor intensidad que la manía (1,5). No hay una descripción específica sobre las diferencias entre los niños y los adultos, pero, posiblemente, sea caracterizada por periodos muy cortos y frecuentes de labilidad emocional e irritabilidad (6). (Estrada, Zapata, Tamayo, Botero, & Palacio, 2009)

Es un período delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos 4 días. La hipomanía es un estado de ánimo que se caracteriza por una excitación o euforia que se presenta de manera más leve que en la manía. En otras palabras, se trata del caso moderado de esta última; que no suele afectar gravemente la funcionalidad de la persona.

2.1.4 Bases Legales

Con el fin de ahondar en la normatividad en salud mental en Colombia, la salud mental ha sido la cenicienta en las políticas públicas en el país.

Con la Ley 100 de 1993 se señalaron los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral y calidad en la atención en salud, esta ley privilegió la atención en los programas de hospital día y excluyó la hospitalización prolongada, la psicoterapia por más de un mes y la psicoterapia individual, esta última solo en la fase inicial de la enfermedad.

En 1998 se formuló la Política Nacional de Salud Mental, mediante la resolución 2358-13, cuya ejecución y cobertura fueron limitadas por falencias en el plan obligatorio de salud.

Las deficiencias en la atención en salud mental obligaron en la década del 90 a que numerosas personas recurrieran a las tutelas para procurar una atención integral. Se destaca la Sentencia No. T-013 de enero 17 de 1995, en la que la Corte Constitucional reitera “...el derecho a la salud y la obligación de la atención integral de los enfermos mentales” y desde entonces han sido numerosas las tutelas sancionadas por la Corte Constitucional.

Estas presiones dieron lugar a la elaboración de nuevos lineamientos en salud mental, favoreciendo la inclusión en los planes territoriales de salud del 2005, que dieron origen a la Ley 1122 de 2007, que incluyó la intervención de población vulnerable desde el punto de vista psicosocial.

El decreto 3039 de 2007 adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y declara la salud mental como prioridad, si bien lo incluido en el plan obligatorio de salud no garantizaba la atención integral y diferenciaba los regímenes de atención en contributivo y subsidiado.

Las denuncias por la falta de atención de los enfermos mentales y las presiones jurídicas ejercidas por la Corte Constitucional, a través del fallo de tutelas motivaron, siete años después, la resolución 5521 de 2013, que derogó los acuerdos 029/11, 031 y 034 de 2012, que actualiza los medicamentos y procedimientos del plan obligatorio de salud con el objetivo de brindar tratamientos más integrales a esta población.

Estos ajustes tampoco dieron los resultados esperados y las quejas por parte de los pacientes, familiares y profesionales de la salud, sumados a la presión de la Corte

debido a las tutelas, suscitan la promulgación de la ley 1616 de 2013, Ley de salud mental, cuyo objetivo es “garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, declarando que la salud mental es de interés y prioridad nacional, es un derecho fundamental y un tema prioritario de salud pública”.

De forma paralela, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 incluye la convivencia social y la salud mental como prioridades. Esto fue considerado positivo por profesionales, académicos e instituciones de salud mental, quienes esperaban un cambio sustancial para la salud mental del país. Sin embargo, el acceso al servicio continuó limitado y no por ausencia de leyes y planes, sino por variables actitudinales, sociales y estructurales propias del sistema de salud, que no dieron los frutos esperados.

Los remedios no solucionaron los problemas de atención en salud mental; cinco años después de la Ley 1616, los cambios no han sido sustanciales. La falta de coherencia entre la norma y la realidad, ratifican el pensamiento general de que en Colombia se escriben muy bien las leyes en el papel, pero no tienen la fuerza para transformar un sistema de salud fragmentado y en crisis.

Lo cierto es que la resolución 5521 de 2013, aunque establece los mismos servicios para el régimen contributivo y subsidiado, no mejoró la salud del paciente con enfermedad mental. Es más, redujo las posibilidades de beneficio en salud mental para los dos regímenes del sistema, vulnerando a los más pobres.

Respecto a la prevención y promoción, el impacto es escaso o nulo debido a que los lineamientos son muy generales, poco coherentes con las necesidades territoriales, desarticulados a nivel gubernamental y poco conocidos por la comunidad.

De otro lado, la actualización del plan obligatorio de salud con el ingreso de algunos medicamentos para determinados diagnósticos psiquiátricos, se constituyó en un

nuevo absurdo por la escasez de los medicamentos en las farmacias, la demora para su autorización, la restricción a unos diagnósticos específicos aprobados por el Instituto Nacional de Alimentos y Medicamentos (Invima) 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 como esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y retraso mental.

Adicionalmente, existen barreras de acceso a los servicios de salud mental, en parte explicadas por la escasez de psiquiatras y su concentración en las grandes ciudades y la imposibilidad de acceder a terapias psicológicas específicas (cognitiva-comportamental, interpersonal, de pareja, de familia y grupal), debido a que los profesionales con esta formación no son contratados por las instituciones de salud.

Otros servicios que no se ofrecen son: grupos de apoyo, terapias para la readaptación social y ocupacional, y programas de reinserción laboral, a pesar de que la ley 1616 y el Plan Decenal de Salud Pública plantean la rehabilitación social y laboral como un derecho.

2.2 Definición Conceptual y Operacional de las Variables

El desarrollo de este trabajo permitió establecer variables sociodemográficas, variables asociadas al proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral y a las prestaciones económicas que de ellos se generan, dichas variables posibilitaron hallazgos relevantes en el “Análisis de la participación de las patologías mentales en los dictámenes de invalidez proferidos por la Junta Regional de calificación de invalidez de Risaralda en los años 2016 y 2017”.

Para el presente estudio es importante resaltar los siguientes indicadores de acceso a la población colombiana entre 18 y 44 años presentados por la ONSM.

Tabla 2. Indicadores de acceso en población colombiana entre 18 y 44 años

Indicadores	Hombre		Mujer		Total	
	Media	IC95 %	Media	IC95 %	Media	IC95 %
Días de incapacidad en los últimos 30 días por patología mentalida por patología mental	28,7	25,6-31,7	*	*	12,6	5,5-19,7
Días con disminución de las actividades diarias por patología mental en los últimos 30 días	23,5	13,3-33,6	*	*	8,8	2,9-14,6
Promedio de veces que solicitó atención por patología mental	*	*	*	*	23,5	0-64,5
Promedio del tiempo (hora) requerido para acceder al servicio de salud mental	*	*	*	*	32,3	7,3-57,3

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y no se publican tener un CVE mayor al 20%.

Fuente: Guía Metodológica para el observatorio nacional de salud mental ONSM

2.3 Operacionalización de las Variables

La trazabilidad de los hallazgos encontrados en este proyecto de investigación, permiten identificar de forma más tangible la participación de las patologías o trastornos mentales en las calificaciones de pérdida de capacidad ocupacional y laboral conforme al decreto 1507 de 2014, y a lo señalado en el artículo 44 del Decreto-ley 1295 de 1994, la determinación de los grados de incapacidad permanente parcial, invalidez o invalidez total, originadas por lesiones debidas a riesgos profesionales, se hará de acuerdo con el “Manual de Invalidez” y la “Tabla de Valuación de Incapacidades” y que esta Tabla deberá ser revisada y actualizada por el Gobierno Nacional, como mínimo una vez cada cinco años. Que mediante el Decreto número 692 de 1995 se adoptó el Manual Único para la Calificación de la Invalidez, norma que fue derogada por el Decreto número 917 de 1999, a través del cual se adoptó un nuevo Manual Único para la Calificación de Invalidez, siendo luego derogado por el Decreto 1507 de 2014 enunciado anteriormente.

Que, en armonía con los desarrollos normativos, médicos, baremológicos y metodológicos recientes, resulta necesario adoptar un Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, que proporcione un lenguaje unificado y estandarizado para el abordaje de la valoración del daño, con un enfoque integral.

Tabla 3. Junta Nacional de Calificación de Invalidez 2007-2014

Diagnóstico	Número de casos	%
Patología OM	104	94.5
Patología mental	2	1.8
Patología infecciosa	1	0.90
Patología respiratoria	1	0.90
Patología dérmica	2	1.8

Fuente: EPS años 2010 a 2018

- 78.920 reclamaciones correspondientes a 44.954 personas
- 22.655 casos: accidente de trabajo o enfermedad laboral, correspondientes a 13.890 personas
- El mayor porcentaje de EL corresponde a las mujeres 52 %
- Enfermedades laborales:
- 90% de los casos: enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo (35% CL)
- **4% trastornos mentales y del comportamiento**
- 4 % enfermedades del oído y la apófisis mastoides, hipoacusia
- 2% Enfermedades del sistema respiratorio.

- Menos del 1% Enfermedades del sistema nervioso, del ojo y sus anexos, de la piel y neoplasias

CAPÍTULO 3

3. Aspectos Metodológicos de la Investigación

Este capítulo muestra la naturaleza de la investigación realizada, las técnicas de recolección de datos, los instrumentos de medición empleados y la determinación de la muestra de estudio.

Básicamente se trata de una exploración o primer acercamiento que permite las posibilidades de nuevas investigaciones la cuales contribuyan a diversos enfoques de análisis de la temática determinada en este proyecto de investigación.

Para el análisis estadístico de la información obtenida se utilizó el apoyo de programas computacional, los cuales permitieron analizar la información cualitativa o cuantitativa.

3.1 Paradigma, Método y/o Enfoque de Investigación

3.1.1 Paradigma de la investigación

En la actualidad existen dos planteamientos paradigmáticos; en el campo de la investigación, que son los estudios cuantitativos y cualitativos. De acuerdo con Bello, Villalobos y Vélez (s/f), sostienen que un paradigma, es un conjunto de creencias y actitudes, una visión del mundo que implica explícitamente una metodología determinada; como fuente de métodos, problemas y normas de resolución aceptados por una comunidad científica;

que señalan las teorías, hipótesis que deben ser contrastadas, el método y la instrumentación necesarios para la contrastación. (SEMAR, 2016)

El planteamiento paradigmático de la presente investigación corresponde a un estudio cuantitativo, como lo expresa el título de la misma “Análisis de la participación de las patologías mentales en los dictámenes de invalidez proferidos por la Junta Regional de calificación de invalidez de Risaralda en los años 2016 y 2017”; puesto que se cuantificarán los datos con análisis estadísticos y se utilizan números para exponer datos, generaliza los resultados, establece relaciones y comparaciones entre los datos recolectados; el producto es la información y confiabilidad; toma grandes muestras. Ejemplos: descriptivos, correlacionales, experimentales.

3.1.2 Método de la investigación

Es importante que, para cada método de investigación seleccionado, se mencione el nombre del método seleccionado y una descripción detallada del método que está siendo desarrollado, tratando de responder ¿por qué este método fue seleccionado? ¿Por qué es aplicable en este estudio? ¿Por qué es elegido en comparación con otros métodos que podrían ser aplicados? ¿Cuáles son las suposiciones para la aplicación de este método? (SEMAR, 2016)

El método utilizado para la presente investigación será el Inductivo: “Es propio de los empiristas, va de lo particular a lo general, toma en cuenta la observación y la experiencia de la realidad para llegar a la construcción de leyes generales; es útil para generar conocimiento nuevo” (SEMAR, 2016).

Para la realización de este método se partirá de la observación directa de los hechos para su registro; se clasificará y estudiará la información; se hará la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización y, finalmente se hará la contrastación. Información que se tomará de la estadística de los dictámenes de invalidez proferidos por la junta regional de calificación de invalidez de Risaralda en los años 2016 y 2017, mediante su clasificación exhaustiva que permite establecer las especificaciones de trastornos mentales evidenciados para la calificación de pérdida de capacidad ocupacional y laboral.

3.1.3 Enfoque de la investigación

El enfoque de la investigación es la forma en la que el investigador se aproxima al objeto de estudio. Es la perspectiva desde la cual aborda el tema, que variará dependiendo del tipo de resultados que espera encontrar. Para tal efecto en la presente investigación, el enfoque a utilizar es el método cuantitativo cuyo objetivo es medir con precisión las variables de estudio propuestas.

3.2 Tipo de Investigación

El presente trabajo adopta la forma de una investigación; este tipo de estudio se centra en analizar e investigar aspectos concretos de la realidad que aún no han sido analizados en profundidad en el país; teniendo en cuenta la gran relevancia que se atribuye cada día más a las enfermedades mentales, por las diferentes características del contexto nacional, su vulnerabilidad social y demás factores que inciden en una

problemática, que debe fundamentarse con investigaciones que posibiliten el entendimiento de estas circunstancias para su posible solución.

3.3 Diseño de la Investigación

Basado en la concepción holística (enfoque cuantitativo), de acuerdo al problema planteado y según los objetivos de estudio propuestos, referidos para el “Análisis de la participación de las patologías mentales en los dictámenes de invalidez proferidos por la Junta Regional de calificación de invalidez de Risaralda en los años 2016 y 2017”, el presente trabajo se concibe como un proyecto apoyado por una investigación de naturaleza cuyo análisis sistemático del problema, permite visualizar la realidad, con el propósito de entender su relevancia según la interpretación de sus factores constituyentes.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección

3.4.1 Técnicas

Las técnicas de investigación, son acciones para recolectar, procesar y analizar información, será pertinente comenzar por mencionar que son las fuentes de información.

Las fuentes de información proporcionan datos e información sobre hechos, fenómenos, sucesos o conocimientos de un área del conocimiento, de tipo empírico, teórico, cuántico, cualico, trascendental, etcétera; pueden ser escritos, sonoros, etc.; públicos o privados. (SEMAR, 2016)

Conociendo que las técnicas son los pasos de la búsqueda de la información, en la presente investigación se utilizará la Técnica de investigación documental, puesto que se indagará y analizará información documental, tomada del reporte de la participación de la enfermedad mental en los dictámenes de invalidez para los años 2016-2017 proferidos por la Junta Regional de Risaralda.

3.4.2 Instrumentos

Se basa en un estudio que permite la participación real, desde el mismo lugar donde ocurren los hechos, el problema, la fenomenología en consideración, en este caso sobre la realidad de la salud mental según los determinantes de invalidez en Colombia, según el reporte de las calificaciones de los años 2016 y 2017, a través de esta modalidad, se busca establecer las relaciones entre la causa y el efecto de la dimensión asistencial y su efecto socio laboral sobre la predecible ocurrencia de los casos para su análisis.

Por sus características, este tipo de investigación no parte de teorías muy detalladas, sino que trata de encontrar patrones significativos en los datos encontrados en los dictámenes de invalidez proferidos por la junta regional de calificación de invalidez de Risaralda en los años 2016 y 2017, que deben ser analizados para, a partir de interacción de sus variables y resultados, crear las primeras explicaciones completas sobre lo que ocurre.

Los principales instrumentos utilizados fueron la observación directa de los dictámenes de invalidez proferidos por la Junta Regional de calificación de invalidez de Risaralda en los años 2016 y 2017. En el siguiente capítulo se explica de manera sucinta la manera en que esta técnica fue empleada.

UNRECHT

3.5 Población y Muestra con su respectiva fórmula

3.5.1 Población y/o Descripción del Escenario de Investigación

La Población objeto de este estudio son todas las personas que acudieron a la Junta Regional de calificación de invalidez durante los años 2016 y 2017, por vía directa (interés particular) o remitidos por alguna de las personas interesadas descritas en el artículo 2°. (Decreto 1352, 2013)

Consecuente con lo anterior, la población total objeto de estudio es de 2.853, de los cuales 1.215 personas (42,59%) solicitaron proceso de calificación de invalidez en el año 2016 y 1.638 personas (57,41%) lo hicieron el año 2017.

3.5.2 Muestra y/o Descripción y Criterios de Selección de los Informantes Clave

De la totalidad de los casos objeto de estudio, se extrajeron solo aquellos casos correspondientes a personas que en sus dictámenes de calificación de invalidez en Título Primero Valoración de las Deficiencias se les hubiesen considerado **PATOLOGÍAS ASOCIADAS A TRASTORNOS MENTALES** y del comportamiento conforme al Capítulo 13 del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, lo cual arrojó una población objeto de 737 casos para analizar en este estudio.

3.6 Procedimiento de la investigación

Mediante la observación directa, se recopilaron datos relacionados con el estado de las enfermedades mentales, así como de los elementos geográficos y de relevancias demográficas que conforman su entorno, con el fin de obtener información de primera mano que permitiera valorar su estado real; sin que la información existente o que pudiera existir sobre él, en diversos medios de difusión, modificara o distorsionara su estado verdadero. Asimismo, y con el empleo de las técnicas estadísticas se complementó la información con el fin de:

- Realizar un inventario de los casos evidenciados que integran en su totalidad los dictámenes calificados en los años 2016 y 2017.
- Mostrar las peculiaridades del entorno demográfico en que se encuentra la relevancia clínica.

3.7 Validez y Confiabilidad

3.7.1 Validez

En cuanto a la validación del estudio, de acuerdo (Hernández, 1991) para ser validado un determinado instrumento, se debe atender a los criterios de validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo, que sumados generan lo que se conoce como validez total. Ahora bien, estos tipos de validez, pueden explicarse de la siguiente forma:

Validez de criterio. Se obtuvo la validez de criterio, porque se comparó la validez del presente estudio, con el criterio del estudio realizado por el Ministerio de Salud colombiano.

3.7.2 Confiabilidad

En la investigación se tomó en cuenta, que la confiabilidad del cuestionario está representada por la capacidad de obtener idénticos resultados cuando se aplican las mismas preguntas en relación a los mismos fenómenos (Ander, 1987), es decir, la validez de los instrumentos, de medición de datos, utilizados en este estudio, se midieron como el grado en que las diferencias de puntuación reflejan congruentes diferencias entre individuos, grupos o situaciones; además, el instrumento ha sido utilizado previamente en otra investigación, se puede afirmar que el mismo, cumple con el criterio de confiabilidad, puesto que, ya ha sido utilizado por otro investigador.

3.8 Consideraciones Éticas

Para el desarrollo de esta investigación, se respetaron los principios de la Junta Regional de calificación de invalidez de Risaralda, y se procuraron las condiciones para proteger la confidencialidad y el respeto, y actuar en beneficio de los participantes.

Además, se revisó la normatividad internacional, siguiendo los principios éticos que allí se establecen, consentimiento informado y respeto por la libertad del individuo, en el Reporte Belmont: Respeto por las personas, beneficencia, y justicia, en las pautas CIOMS: principios éticos que deben regir la ejecución de la investigación en

seres dadas las circunstancias socioeconómicas, leyes, reglamentos y sus disposiciones ejecutivas y administrativas.

Asimismo, la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993: por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Título II: de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I: de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos: en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (Artículo 5).

CAPÍTULO 4

4. Análisis e Interpretación de los Resultados y Hallazgos

4.1 Técnicas de Análisis de Datos o Hallazgos

Procesamiento de los datos

En el periodo objeto de estudio se calificaron 2.853 casos de enfermedad mental en los dictámenes de invalidez proferidos por la Junta Regional de calificación de invalidez de Risaralda, de los cuales el 42,59% fue en el 2016 y el 57,41% en el 2017, denotando un incremento del 35% entre los dos años.

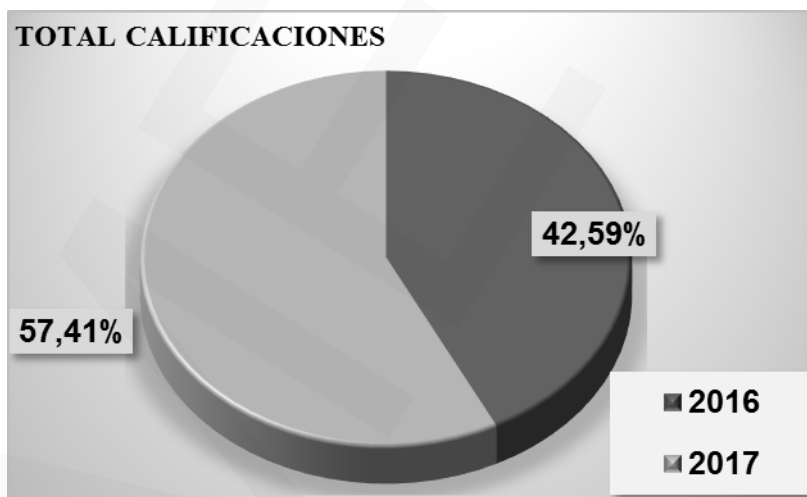


Figura 1. Total calificaciones

4.1.1 Perfil sociodemográfico

Del total de calificaciones el 54,16% corresponde a personas entre 41 y 60 años, de ellos el 21,69 está entre 41 y 50 años y el 32,49 entre 51 y 60 años.

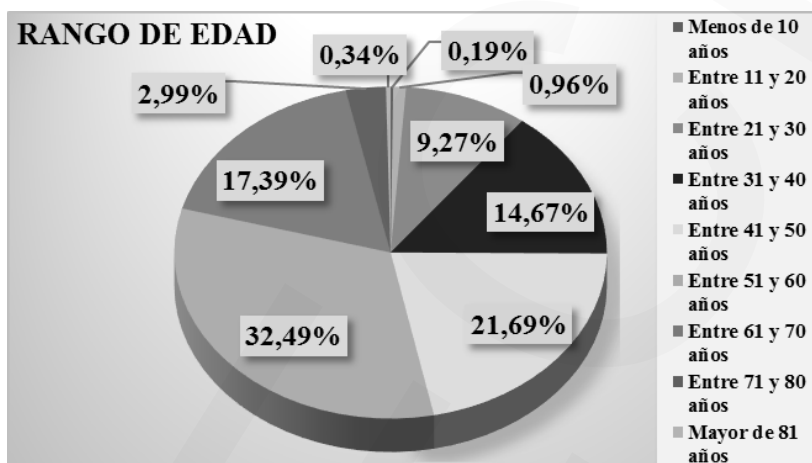


Figura 2. Rango de edad

Del total de calificaciones el 57,16% corresponde a personas con relación de pareja (32,18% casado y 24,98% unión libre), y el 30,42 % es soltero.

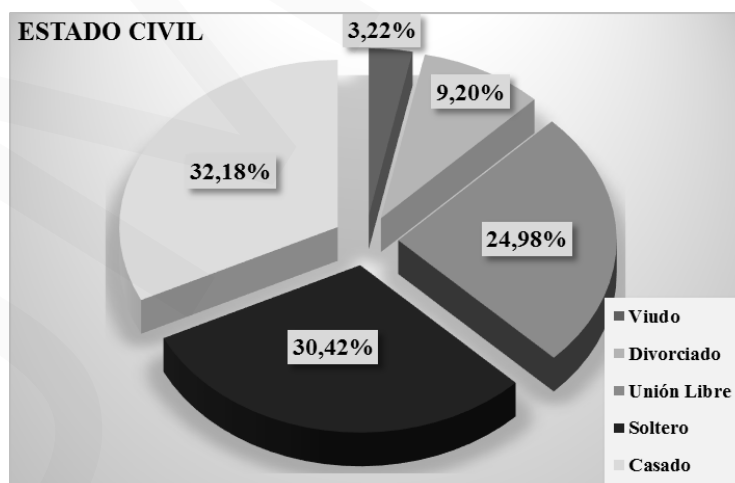


Figura 3. Estado civil

Del total de calificaciones el 72% corresponde a personas con muy bajo nivel de escolaridad (36,02% no escolarizado y 35,98% con básica primaria).

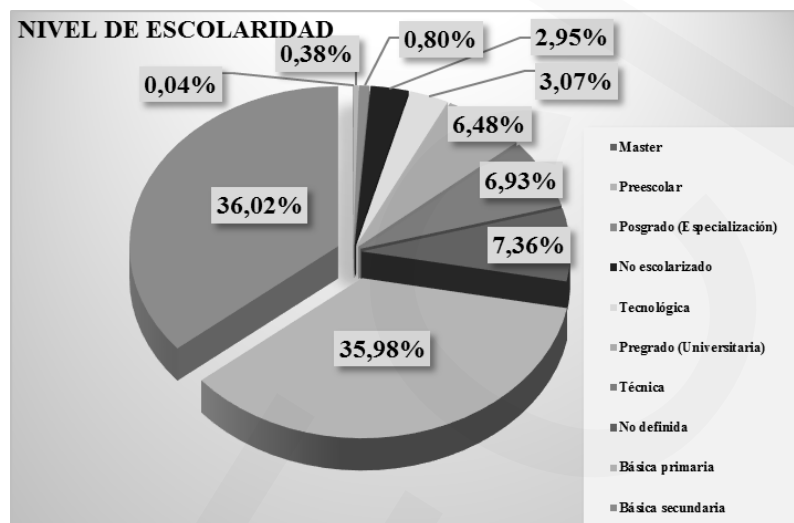


Figura 4. Nivel de escolaridad

Del total de calificaciones el 99,39 % corresponde a régimen contributivo (cotizante).

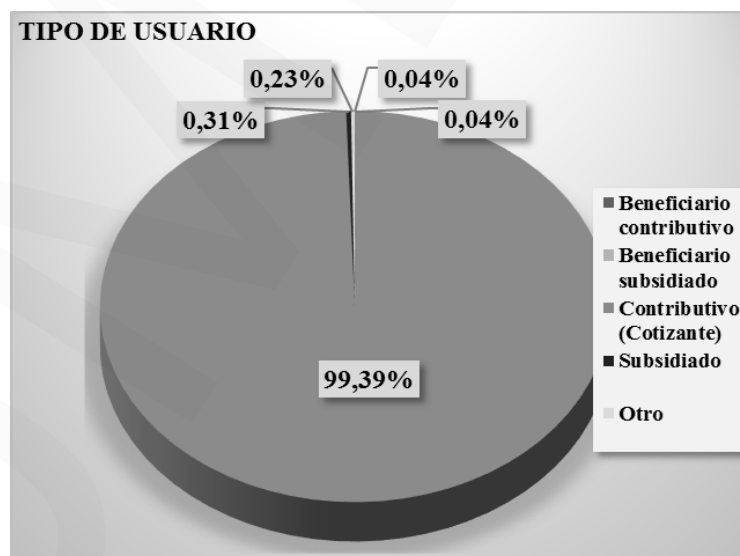


Figura 5. Tipo de usuario

Del total de calificaciones el 74,36% está distribuido entre 5 EPS así: 26,70% en Cafesalud, 14,33% en Medimas, 11,99% en Coomeva, 11,34% en Nueva Eps, 10% en Salud Total.

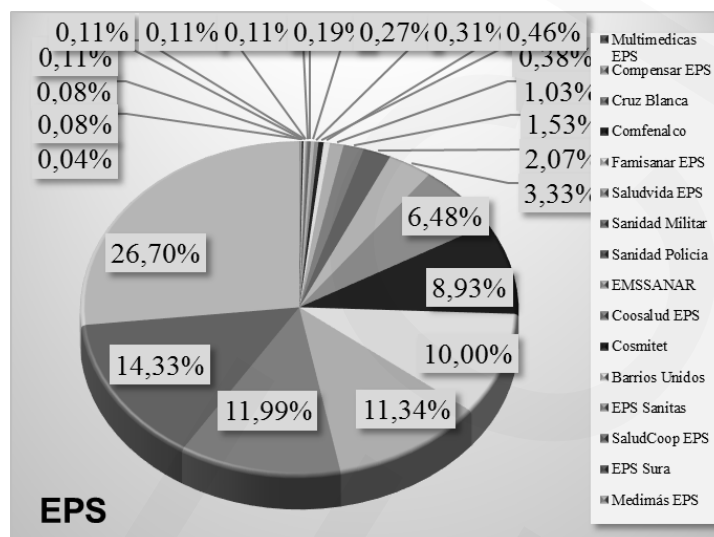


Figura 6. Participación según EPS

Del total de calificaciones el 51,42% no está afiliado a ninguna ARL, el 14,25% afiliado a Arl Sura y el 13,75% a Arl Positiva y el 10,23% a Arl Seguros de Vida Colpatria S.A.

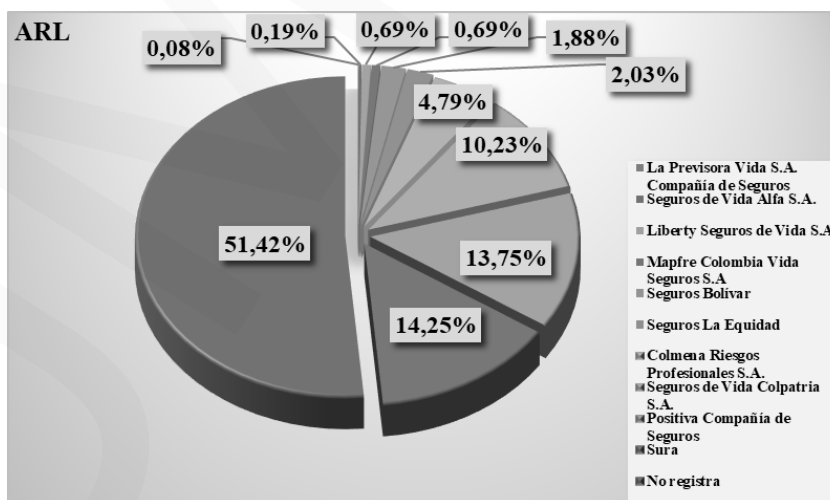


Figura 7. Participación según ARL

Del total de calificaciones, el 49,66% está afiliado a Colpensiones.

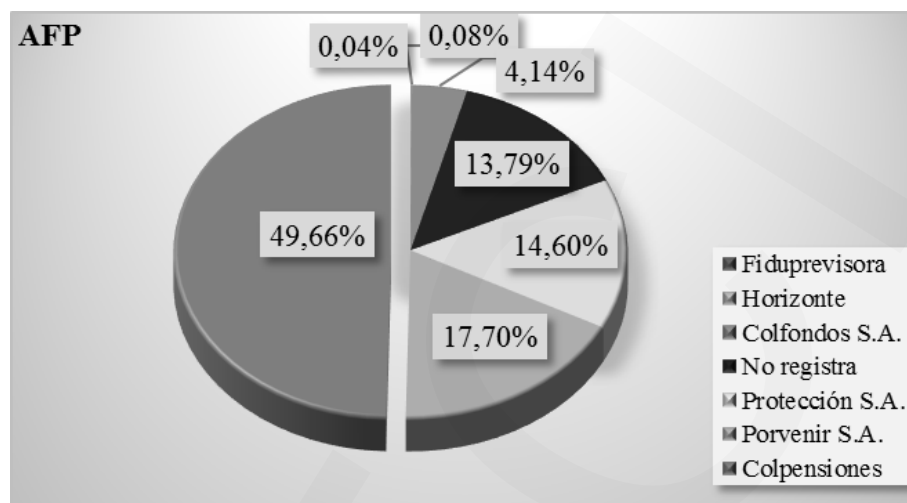


Figura 8. Participación de AFP

Del total de calificaciones solo el 0,68% está Sisbenizado, de ellos el 0,57% está en Sisben 1 y el 0,11% en Sisben 2.

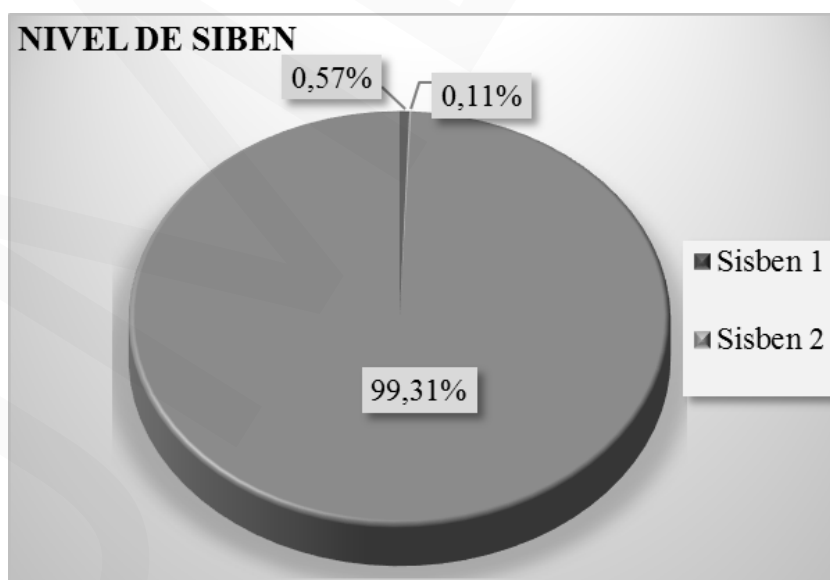


Figura 9. Afiliaciones a Sisben

4.1.2 Estadísticas asociadas al proceso de calificación

Del total de calificaciones, el 80,23 % es por motivo de definición de pérdida de capacidad laboral, seguido del 12,99% para definir origen.

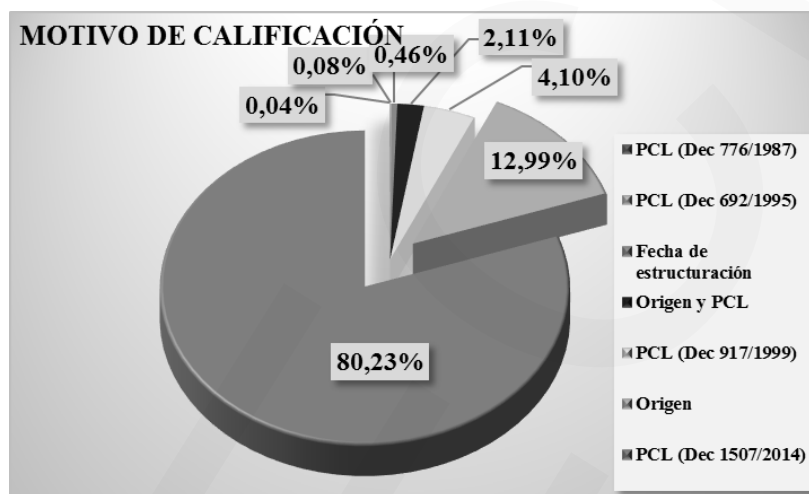


Figura 10. Motivo de calificación

Del total de calificaciones el 81,99 % está en primera instancia en la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Risaralda.

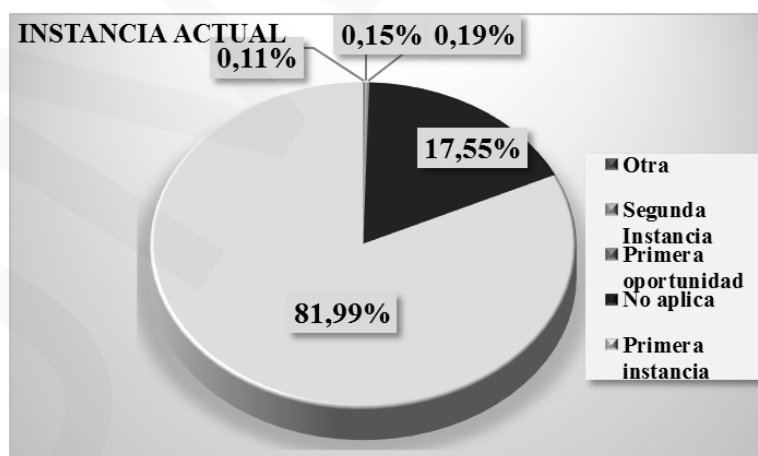


Figura 11. Instancia actual

4.1.3 Calificaciones iguales o superiores a 50% de PCL

Del total de las calificaciones el 30,14% obtuvo PCL igual o superior a 50%, y el 69,86% obtuvo PCL menor a 50%.

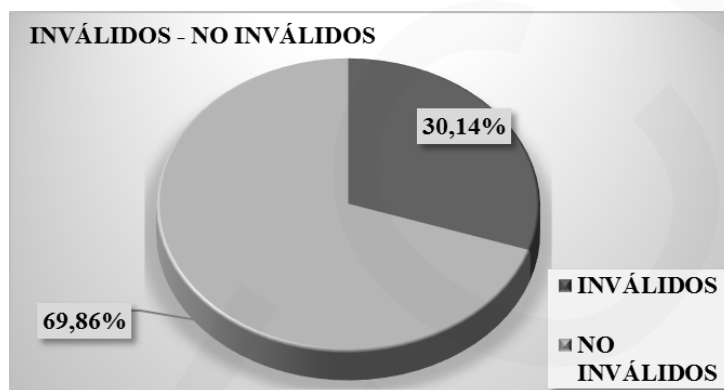


Figura 12. Inválidos – No inválidos

4.1.4 Calificaciones de PCL menor a 50%

Del total de las calificaciones, 1308 obtuvieron PCL inferior al 50%, de ellas el 43,50% corresponde al 2016, y el 56,50% al 2017.

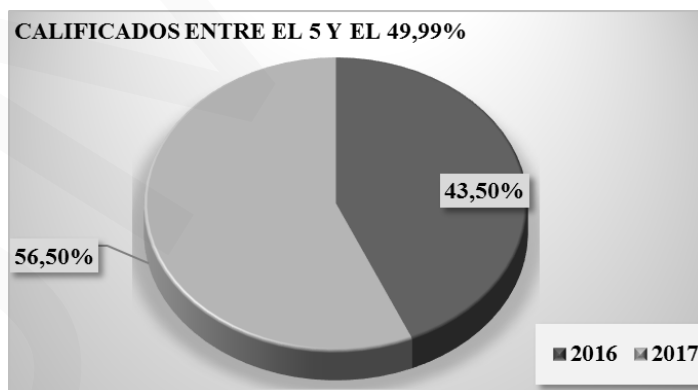


Figura 13. Calificados entre el 5 y el 49.99%

4.1.5 Calificaciones con PCL mayor o igual al 5% y menor del 50% de origen laboral

Del total de las calificaciones, 308 obtuvieron PCL mayor o igual al 5% e inferior al 50% y fueron de origen laboral, de ellas el 40,79% corresponde al 2016, y el 59,21% al 2017.



Figura 14. Calificaciones entre 5 y 49.99 laborales

4.1.6 Resumen de posibles prestaciones

EL 56,54 % de las calificaciones no dieron lugar a Prestaciones como Pensión de Invalidez o Indemnización por pérdida permanente de capacidad laboral.

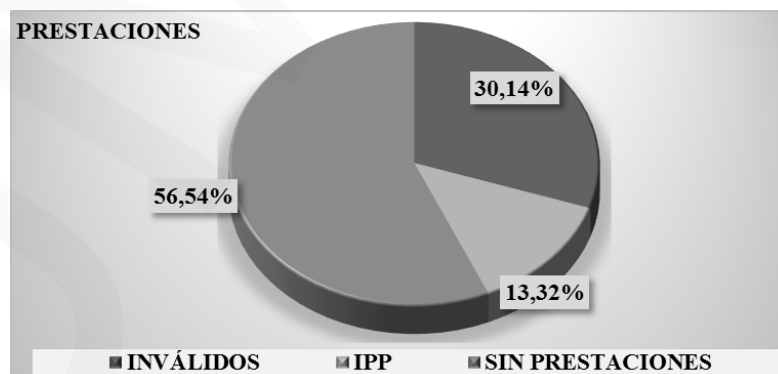


Figura 15. Prestaciones

4.1.7 Calificaciones de invalidez igual o superior al 50%

De las calificaciones realizadas en el año 2016, 399 obtuvieron porcentaje igual o superior a 50% de PCL, y de ellas el 95,24% fueron de origen común.

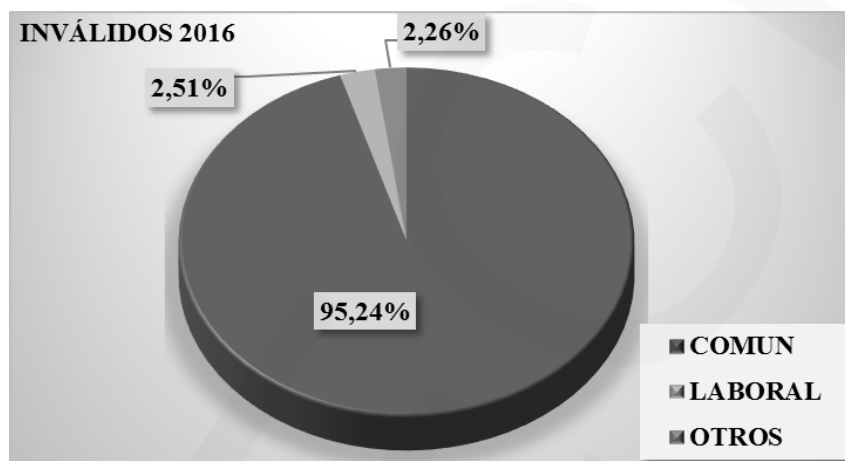


Figura 16. Total inválidos 2016

De las calificaciones realizadas en el año 2017, 461 obtuvieron porcentaje igual o superior a 50% de PCL, y de ellas el 95,44% fueron de origen común.

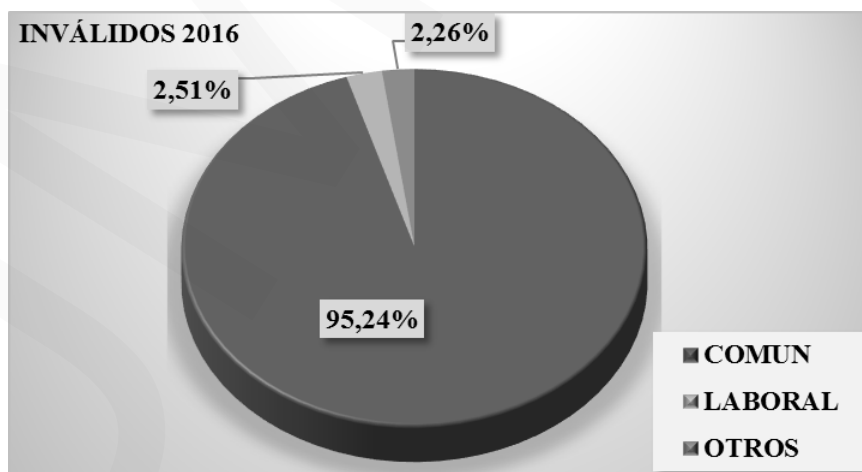


Figura 17. Inválidos 2017

De las calificaciones realizadas entre 2016 y 2017 solo 19 obtuvieron porcentaje igual o superior a 50% de PCL, de las cuales 10 fueron en 2016 y 9 en 2017.

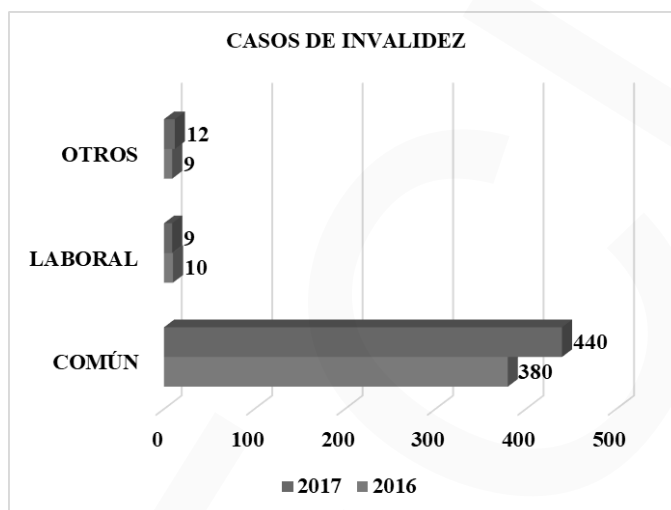


Figura 18. Casos de invalidez

De las calificaciones realizadas en el año 2016, 380 obtuvieron porcentaje de PCL entre igual o superior al 5% y menor a 50% de PCL, y de ellas el 40,79% fueron en 2016 y 59,21% en 2017 y todas eran de origen laboral, por lo cual podrían dar lugar al reconocimiento de una indemnización permanente parcial en aquellos casos en los cuales hubiese quedado en firme el dictamen.

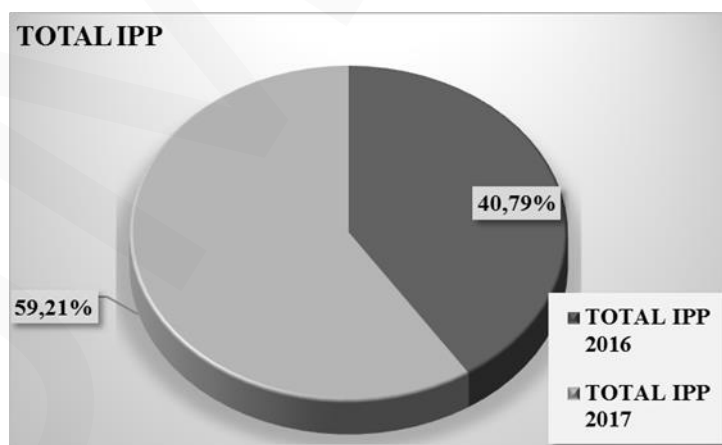


Figura 19. IP

4.2 Análisis de los Datos

Tabla 4. Orígenes de las patologías

PATOLOGÍA	AÑO	ORIGEN				
		COMÚN		LABORAL		
		INVALIDEZ	NO INVALIDOS	INVALIDEZ	IPP	SIN PRESTACIÓN
Trastorno de ansiedad	2016		1		1	
	2017				1	1
Trastorno de adaptación	2016	16	10	0	2	0
	2017	8	18	0	4	1
Trastorno mixto de ansiedad o depresión	2016	6	7		2	2
	2017	5	6		2	2
Trastorno depresivo	2016	100	82	3	4	
	2017	126	81	2	6	2
Síndrome mental orgánico	2016	4				
	2017	8				
Trastorno de pánico	2016	1	2			1
	2017	2	1			1
TOC	2016					
	2017		2			
Estrés postraumático	2016	1	6			
	2017	3	5	1	1	1
Burnout	2016		1		1	
	2017				1	1
Totales		280	222	6	25	12

Fuente: Elaboración propia

El síndrome del trabajador quemado (burnout) figurará en la próxima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema asociado al empleo o al desempleo. Este trastorno, asociado al estrés crónico en el trabajo, ya estaba en la anterior edición del catálogo (de 1990), pero en un epígrafe más inconcreto (problemas relacionados con dificultad en el control de la vida), pese a ello vemos como en la región ha sido diagnosticado y calificado, dos (2) en el 2016 uno de origen común y el otro de origen laboral; en el 2017 se calificaron dos de origen laboral.

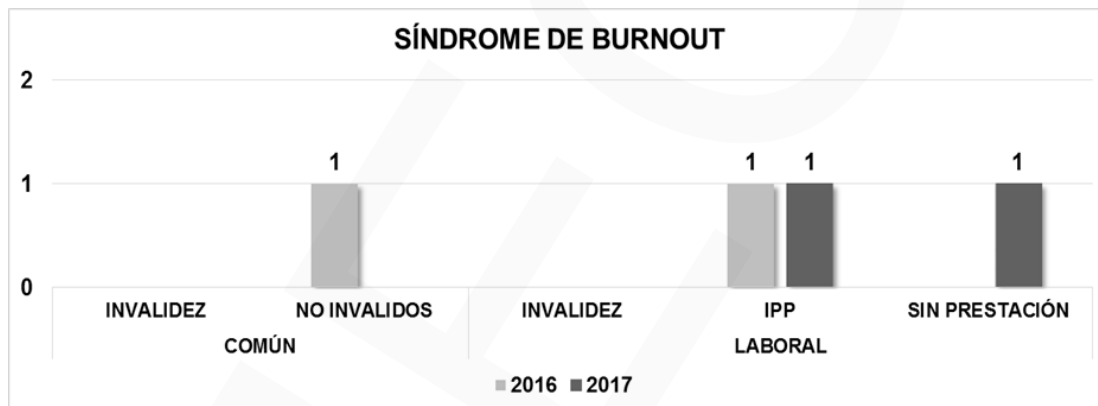


Figura 20. Síndrome de Burnout

Tabla 5. Patologías según el tipo de prestación

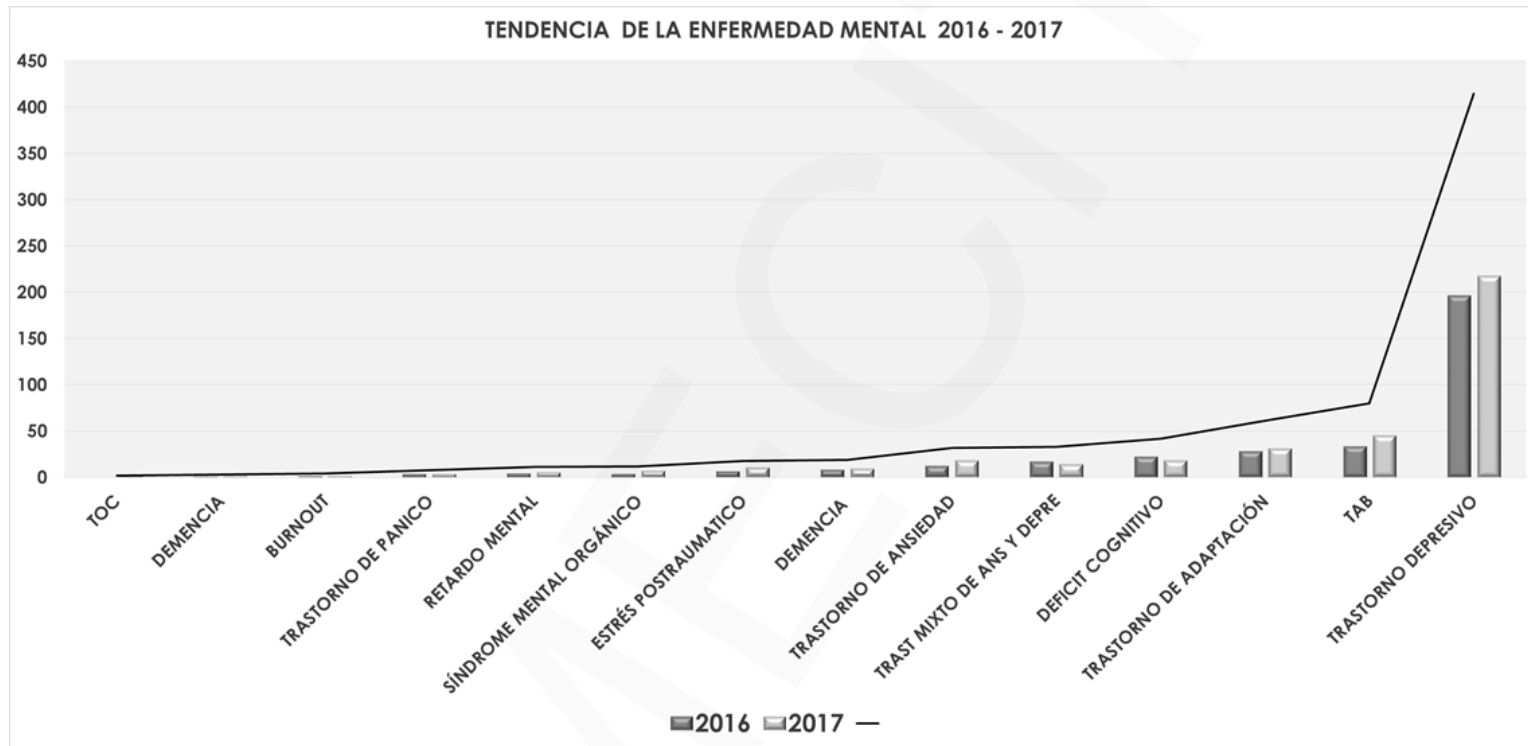
PATOLOGÍA		CANTIDAD	TOTAL PATOLOGÍAS
DEMENCIA	2016	1	3
	2017	2	
	VARIACIÓN %	100%	
DEFICIT COGNITIVO	2016	23	42
	2017	19	
	VARIACIÓN %	-17%	
RETARDO MENTAL	2016	5	11
	2017	6	
	VARIACIÓN %	20%	
ESQUIZOFRENIA	2016	8	16
	2017	8	
	VARIACIÓN %	0%	
TRASTORNO DE ANSIEDAD	2016	13	32
	2017	19	
	VARIACIÓN %	46%	
TRASTORNO DE ADAPTACIÓN	2016	29	61
	2017	32	
	VARIACIÓN %	10%	
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	2016	18	33
	2017	15	
	VARIACIÓN %	-17%	
TRASTORNO DEPRESIVO	2016	197	415
	2017	218	
	VARIACIÓN %	11%	
TAB	2016	34	80
	2017	46	
	VARIACIÓN %	35%	
SINDROME MENTAL ORGÁNICO	2016	4	12
	2017	8	
	VARIACIÓN %	100%	
TRASTORNO DE PANICO	2016	4	8
	2017	4	
	VARIACIÓN %	0%	
TOC	2016	0	2
	2017	2	
	VARIACIÓN %	200%	
ESTRÉS POSTRAUMATICO	2016	7	18
	2017	11	
	VARIACIÓN %	57%	
BURNOUT	2016	2	4
	2017	2	
	VARIACIÓN %	0%	
DEMENCIA / ESQUIZOFRENIA	2016	9	19
	2017	10	
	VARIACIÓN %	100%	
Total			737

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Total Patologías

PATOLOGÍA	AÑO / VARIACIÓN	COMÚN			LABORAL				No AT			SOAT			X			Total	TOTAL PATOLOGÍAS
		INVALIDEZ	NO INVALIDOS	TOTAL	INVALIDEZ	IPP	SIN PRESTACIÓN	TOTAL	SIN PRESTACIÓN	CON PRESTACIÓN	TOTAL	NO INVALIDOS	SIN PRESTACIÓN	TOTAL	INVALIDEZ	NO INVALIDOS	TOTAL		737
DEMENCIA	2016	1		1														1	3
	2017	2		2														2	
	VARIACIÓN %	100%		100%						3								100%	
DEFICIT COGNITIVO	2016	12	4	16								3	4	7				23	42
	2017	14	2	16								1	2	3				19	
	VARIACIÓN %	17%	-50%							32		-67%	-50%	-57%				-17%	
RETARDO MENTAL	2016	5		5														5	11
	2017	4	2	6														6	
	VARIACIÓN %	-20%	200%	20%						11								20%	
ESQUIZOFRENIA	2016	4	4	8														8	16
	2017	5	3	8														8	
	VARIACIÓN %	25%	-25%							16									
TRASTORNO DE ANSIEDAD	2016	2	5	7	3	1	2	6										13	32
	2017	6	11	17		2		2										19	
	VARIACIÓN %	200%	120%	143%				-67%		32								46%	
TRASTORNO DE ADAPTACIÓN	2016	16	10	26		2		2								1	1	29	61
	2017	8	18	26		4	1	5	1		1							32	
	VARIACIÓN %	-50%	80%			100%	100%	150%	100%	59	100%						-100%	10%	
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	2016	6	7	13		2	2	4								1	1	18	33
	2017	5	6	11		2	2	4										15	
	VARIACIÓN %	-17%	-14%	-15%						32								-17%	
TRASTORNO DEPRESIVO	2016	100	82	182	3	4		11								4	4	197	415
	2017	126	81	207	2	6	2	10							1		1	218	
	VARIACIÓN %	26%	-1%	14%	-33%	50%	100%	-9%		410								11%	
TAB	2016	19	13	32											1	1	2	34	80
	2017	20	24	44												2	2	46	
	VARIACIÓN %	5%	85%	38%						76					-100%	100%		35%	
Síndrome mental orgánico	2016	4		4														4	12
	2017	8		8														8	
	VARIACIÓN %	100%		100%						12								100%	
TRASTORNO DE PANICO	2016	1	2	3			1	1										4	8
	2017	2	1	3			1	1										4	
	VARIACIÓN %	100%	-50%							8									
TOC	2016																		2
	2017		2	2														2	
	VARIACIÓN %		200%	200%						2								200%	
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	2016	1	6	7														7	18
	2017	3	5	8	1	1	1	3										11	
	VARIACIÓN %	200%	-17%	14%						18								57%	
BURNOUT	2016		1	1		1		1										2	4
	2017					1	1	2										2	
	VARIACIÓN %		-100%	-100%			100%	100%		4									
DEMENCIA / ESQUIZOFRENIA	2016	5	4	9														9	19
	2017	7	3	10														10	
	VARIACIÓN %	100%		100%						19								100%	

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Figura 21. Tendencia de la enfermedad mental 2016-2017

4.3 Discusión de los Resultados

El Ministerio de Salud en Colombia, con el propósito de consolidar y proveer información relacionada con la salud mental de la población, en el año 2016 dio inicio a la reestructuración y reactivación del Observatorio Nacional de Salud Mental (ONSM); esto dio como resultado que en julio de 2017 este espacio estuviera disponible en línea para el público, con 99 indicadores de salud mental.

Es por eso que, en el presente estudio, se hace la discusión frente a este documento emitido por el gobierno colombiano, ya que es uno de los estudios más completos, puesto que muestra indicadores de morbilidad de los problemas y trastornos mentales y del comportamiento; indicadores de carga de la enfermedad de los trastornos mentales y del comportamiento e indicadores de servicios en salud mental y oportunidad en la prestación de Servicios.

Los hallazgos del estudio realizado por el investigador del presente trabajo, señalan que durante el periodo 2016 hubo un 42.49% de casos calificados por enfermedad mental, en relación al periodo 2017, donde se encontraron un total de 57,41% de casos calificados, presentando un aumento aproximado del 17% en los diferentes periodos.

Como se puede apreciar en la Tabla 7, en el año 2016, la tasa de mortalidad por lesiones y suicidio fue de 6.21, comparado con la tasa de intento de suicidio fue de 6.30 en el 2015, presentando un aumento de 0.9 de un año a otro. Lo cual coincide con aumento aproximado en casos calificados por enfermedad mental del 17% en los periodos 2016, 2017 en el estudio propio.

Estos resultados se pueden homologar, porque se trata de enfermedades mentales en los dos casos y en periodo de tiempos similares; por otra parte, en el estudio del

Ministerio de Salud, se encontró que en 2016 la tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento en Colombia fue de 1,53 por 100.000 habitantes, con un rango de resultados entre 0 y 2,73 por 100.000 habitantes. El 21,6% de las entidades territoriales (8) tuvieron cifras por encima de la medida nacional, estas diferencias no fueron significativas.

Lo cual es coherente con la conceptualización de la situación de salud mental en el país, resaltada en el estudio propio, como parte importante de la salud pública en la medida en que se ha venido observando el incremento de la carga de enfermedad por los problemas y trastornos mentales y del comportamiento y la epilepsia, los años de vida potencialmente perdidos por el suicidio, la prevalencia de consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, las elevadas cifras relacionadas con las diferentes formas de violencia y otros factores que inciden en el bienestar y la calidad de vida de las personas y su comunidad.

De acuerdo al estudio ONSM la Tasa ajustada de mortalidad por suicidio de 2016 en Colombia es de 5,07 por 100.000 habitantes. De las 37 entidades territoriales analizadas, 19 (51,3%) tienen tasa por encima de la nacional, sin embargo, solo 2 departamentos (5%): Arauca (11,67 por 100.000 hab.) y Vaupés (12,21 por 100.000 hab.) tienen tasas con una diferencia relativa de la tasa nacional que es estadísticamente significativa. Putumayo (9,22) y Guainía (9,15) se encuentran muy cerca del límite estadístico que separa las cifras altas de las similares a la media nacional. Las tasas más bajas las tuvieron San Andrés, Providencia y Santa Catalina (0,95), Chocó (2,11) y Vichada (2,16).

De igual manera se puede apreciar en el estudio citado que el porcentaje de personas hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento, del año 2015, en Risaralda es de 3.89%, relativamente cerca del más alto, que es Quindío con 6.15%.

Tabla 7. Semaforización de los indicadores de salud mental de la RIA de problemas y Trastornos Mentales y del Comportamiento y Epilepsia. Colombia,

Entidad territorial	Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio) 2016	Tasa de intento de suicidio (2015)	Porcentaje de personas atendidas por Trastornos mentales y del comportamiento (2015)	Tasa ajustada de mortalidad por epilepsia (2016)	Tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento (2016)	Porcentaje de personas atendidas por epilepsia (2015)	Porcentaje de personas hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento (2015)
Amazonas	8.37	1.31	1.26	0	0	0.37	1.1
Antioquia	6.02	5.28	4.66	1.43	1.75	0.6	3.03
Arauca	1.72	4.57	1.43	1.45	1.21	0.43	1.08
Atlántico	3.48	2.03	4.55	0.91	0.43	0.52	1.62
Barranquilla DT	3.43	2.54	4.83	0.87	0.32	0.5	1.63
Bogotá D.C.	4.24	2.06	4.88	1.22	2.18	0.56	2.39
Bolívar	3.01	2.67	3.72	1.27	0.94	0.56	2.99
Boyacá	6.07	3.21	2.42	2.27	0.86	0.7	1.95
Buenaventura	3.01	1.0	1.85	0.81	0.38	0.33	2.07
Caldas	6.95	4.76	7.41	1.48	2.42	0.75	6.5
Caqueta	4.09	7.33	1.91	1.71	1.47	0.46	1.94
Cartagena DT	3.14	3.79	5.43	1.29	1.04	0.61	3.66
Casanare	4.8	2.81	2.21	2.32	0	0.44	1.98
Cauca	6.43	5.95	2.2	2.06	0.53	0.62	1.9
Cesar	4.74	2.82	2.8	1.07	1.12	0.44	1.26
Chocó	2.11	1.0	1.29	2.21	0.32	0.28	1.36
Córdoba	2.53	3.04	1.69	0.63	0.45	0.48	1.36
Cundinamarca	4.77	4.07	3.89	1.76	1.38	0.66	3.05
Guaviare	9.15	4.82	1.05	1.79	0	0.54	0.4
Guaviare	5.62	1.80	1.46	2.78	0	0.58	0.76
Huila	7.94	11.08	1.86	1.88	2.51	0.58	1.33
La Guajira	2.67	4.07	1.32	0.45	0.23	0.26	0.53
Magdalena	3.43	2.06	1.95	1.18	0.56	0.36	1.48
Meta	6.32	1.56	2.88	1.26	2.45	0.45	1.54
Nariño	6.64	10.38	3.7	1.76	0.68	0.7	3.91
Norte de Santander	5.21	3.10	2.48	1.39	0.89	0.62	2.32
Putumayo	9.22	14.48	2.57	2.17	0.45	0.5	3.41
Quindío	8.07	3.89	5.08	2.01	2.26	0.79	6.15
Risaralda	6.21	6.30	5.89	0.96	0.92	0.6	3.89
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0.95	0.00	1.6	0	0	0.2	0.61
Santander	5.21	3.20	4.8	1.2	0.45	0.58	3.21
Santa Marta DT	2.71	1.45	3.28	0.83	0.84	0.44	2.32
Sucre	5.28	3.17	3.1	1.2	0.74	0.74	2.61
Tolima	7.38	4.69	4.81	1.16	1.8	0.59	2.26
Valle del Cauca	4.48	4.6	3.94	1.17	2.73	0.47	2.3
Vaupés	12.21	2.29	1.52	1.66	0	0.36	1.06
Vichada	2.16	0	0.45	1.21	0	0.24	0.73
Colombia	5.87	4.12	3.94	1.34	1.53	0.57	2.42

2015-2016

Fuente: (Ministerio de Salud, 2018)

Los anteriores resultado también se ajustan a los hallazgos obtenidos en el presente estudio, donde, se calificaron 2.853 casos de enfermedad mental en los dictámenes de invalidez proferidos por la Junta Regional de calificación de invalidez de Risaralda, de los cuales el 42,59% fue en el 2016 y el 57,41% en el 2017, denotando un incremento del 35% entre los dos años, lo cual se identifica con el índice de personas

hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento, que es de los más altos del país de acuerdo con el estudio ONSM y con la tendencia al incremento.

La anterior discusión demuestra que existe concordancia entre el informe científico realizado en el presente estudio, frente a un gran estudio ONMS a nivel nacional, lo cual lleva a la pregunta de investigación: ¿La participación de la enfermedad mental en los dictámenes de invalidez proferidos por la Junta Regional de calificación de invalidez de Risaralda en los años 2016 y 2017 registra un aumento y una gran variedad de trastornos mentales?

La respuesta definitivamente es si porque, los pacientes de trastornos mentales y del comportamiento, junto con las que presentan adicciones al alcohol u otras sustancias psicoactivas, tienen mayor probabilidad de presentar conducta suicida, igualmente la exposición eventos críticos, pérdidas de un ser querido, del empleo, conflictos, peleas con los padres, separación, rompimiento con la pareja, cambio de vivienda, madre con trastornos mentales (principalmente en adolescentes), historia familiar de suicidios, maltrato, desastres, violencia y abuso sexual. Lo anterior genera, como lo dicen las cifras un aumento en la invalidez por psiquiatría proferidos por la Junta Regional de calificación de invalidez de Risaralda.

CAPÍTULO 5

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

Se establece que durante el periodo 2016 hubo un 42.49% de casos calificados por enfermedad mental, en relación al periodo 2017, donde se encontraron un total de 57,41% de casos calificados, presentando un aumento aproximado del 17% en los diferentes periodos.

Lo cual es coherente con la conceptualización de la situación de salud mental en el país, como parte importante de la salud pública, en la medida en que se ha venido observando el incremento de la carga de enfermedad por los problemas y trastornos mentales y del comportamiento y la epilepsia, los años de vida potencialmente perdidos por el suicidio, la prevalencia de consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, las elevadas cifras relacionadas con las diferentes formas de violencia y otros factores que inciden en el bienestar y la calidad de vida de las personas y su comunidad.

Colombia ha invertido grandes esfuerzos y recursos en diferentes estudios de prevalencia de eventos en salud mental, entre ellos las encuestas nacionales de salud mental, realizadas en 1993, 1997, 2003 y 2015 y el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia de 2008, 2013, así como en las Encuestas de Salud Mental de 1993 y 1997, también se recolectó información sobre el consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 (ENSM), (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) es un estudio descriptivo, de corte transversal, realizado a nivel país, con representatividad de las regiones Atlántica, Oriental, Central y

Pacífica; la muestra incluyó los 32 departamentos y el distrito de Bogotá, tanto a nivel urbano como rural. Se visitaron 1.9564 hogares en el mismo; de igual manera se visualiza el incremento de las enfermedades de salud mental como consecuencia de factores sociales como desplazamiento y conflicto armado. Todo lo anterior fundamentando de manera cuantitativa por registros estadísticos el incremento de casos reportados a nivel nacional.

Evidencias de perfil sociodemográfico de la investigación: De la población calificada por enfermedad mental en los rangos de edad, se aprecia mayor porcentaje entre los 50 y 60 años con un 32,49%, seguido de edades entre los 41 y 50 años con un 21,69%. Sin dejar de resaltar que, entre menores de 10 años hasta adulto entre los 40 años, se establece un porcentaje del 0,19% al 14,67. Indicando así que el total de la población calificada tiene un rango de afectación circunstancial, que puede fundamentarse en múltiples causalidades según la población calificada con pérdida de capacidad ocupacional y laboral.

En cuanto al estado civil de la población calificada, la mayor afectación por enfermedad mental se presenta en personas casadas con un porcentaje del 32,18%, seguido de solteros con el 30,42% y unión libre en el 24,98%.

Se encontró que, dentro de los niveles de escolaridad en la población encuestada, los casos cuyo reporte de ausencia de escolarización y nivel educativo de básica primaria muestran los índices de mayor alteración en enfermedad mental con 36,05% y un 35,98%. Lo cual es coincidente con diferentes apreciaciones y conclusiones, la investigación ha puesto en evidencia la relación entre el estado de salud, las condiciones socio-educativas y el entorno social.

Existen estudios que afirman que los estados depresivos o de ansiedad o ciertos síntomas de agresividad y problemas cognoscitivos que requieren de intervenciones

por parte del personal sanitario, se presentan con mayor relevancia en las personas que viven solas, las que están poco escolarizadas, las que no tienen trabajo, las que se encuentran aisladas, los refugiados, los inmigrantes privados de apoyo de su comunidad de origen y las mujeres.

Así mismo, es dos veces más frecuente en personas desfavorecidas económicamente que aquellas que consideran sus ingresos suficientes, lo cual solo podría evitarse con oportunidades académicas que permitan mejorar sus condiciones vitales, los factores explicativos de «la comprensión de la salud mental» y como los factores que la influyen han evolucionado mucho en el curso de los últimos años.

Los informes más recientes ponen en evidencia el carácter dinámico de la salud mental; dicho carácter resulta de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Los estudios del comité de la salud mental, subrayan la constante evolución de dichos factores, así como el hecho de que la salud mental está relacionada tanto con los valores dominantes de un medio cualquiera como los valores propios de cada persona.

Además, la salud mental está influenciada por factores múltiples e independientes tales como las condiciones económicas, sociales, culturales, educativas, medioambientales y políticas. Lo que significa que toda condición que perjudique la adaptación recíproca entre las personas y su entorno, por ejemplo, la pobreza o la discriminación y la escasa escolarización constituye un obstáculo para la salud mental.

Por el contrario, toda condición que facilite dicha adaptación recíproca, por ejemplo, la distribución equitativa de la riqueza colectiva, el acceso a una educación de calidad o un entorno sano, favorece la salud mental.

Según los registros de la población encuestada, se logra obtener que la entidad prestadora de salud Medimas es el mayor receptor de casos con reporte de enfermedades mentales, con un 26,70%, seguido por Comfenalco 14;36% y Enssanar 11,99%. Sin dejar de resaltar entidades como Sanidad policía, sanitas, salud vida, Famisanal encontrando porcentajes entre 6,48% y 11,34%.

Cabe resaltar que en el Boletín de salud mental Oferta y Acceso a Servicios en Salud Mental en Colombia (Ministerio de Salud, 2018) se estableció que en todos los rincones del territorio nacional habrá una red articulada de prestación de servicios en salud mental como parte integral de los servicios generales de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Las modalidades y servicios disponibles deberían ser:

Atención ambulatoria, atención domiciliaria, atención prehospitalaria, centro de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia, centro de salud mental comunitario, grupos de apoyo de pacientes y familias, hospital de día para adultos, hospital de día para niñas, niños y adolescentes, rehabilitación basada en comunidad (RBC), unidades de salud mental y urgencia de psiquiatría. (Ministerio de Salud, 2018)

Sin embargo, la crisis de la salud y sus prestadores de servicios dejan toda la complejidad comprometida en una encrucijada diaria que agota todas las posibilidades de acceso al paciente y su familia para la adquisición de intervenciones, tratamiento y seguimientos efectivos para sus patologías, lo cual incrementa significativamente la cronicidad y la imposibilidad de una rehabilitación favorable.

Actualmente el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ofrece “según la normatividad” un conjunto de servicios incluidos en el Plan de Beneficios

en Salud – PBS, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC); el cual ha tenido varias actualizaciones desde la expedición de la Ley 100 de 1993. Los cuales también resultan ineficientes para contrarrestar todo el impacto de las enfermedades mentales reportadas en las entidades prestadoras de salud.

Se encuentra que de la población encuestada no registra calificación durante los periodos encuestados con un 99,31%, estando los niveles 1 y 2 entre un 0,11% y 0,57% de casos calificados.

De total de la población calificada el 30,14% cuenta con prestación de invalidez, seguido 13,32% con IPP, haciendo que en el mayor de los casos de esta población no cuenten con prestación haciendo un total de 56,54%.

Dentro de las calificaciones realizadas en este periodo se establece que los casos de mayor invalidez se presenta por enfermedad común con un 95,24%.

En cuanto a los calificados en el año 2017, dentro de las calificaciones realizadas en este periodo se establece que los casos de mayor invalidez se presentan por enfermedad común con un 95,44%.

En relación a lo anteriores podemos establecer que el índice porcentual encontrado para ambos periodos, no muestra ningún tipo de corrección y/o disposición para el debido manejo.

De los casos evaluados con reporte de invalidez, durante el 2016, tenemos que 380 personas presentan enfermedad común. A diferencia del periodo 2017 donde se encontraron un total de 440 casos.

Para el periodo 2016 se estableció un total de 40,79% con 155 casos y en el año 2017 se establecieron un total de 225 casos con un 59,21%. De las calificaciones por origen laboral, se encontraron una tasa porcentual del 40,79% equivalente a 155 casos en el año 2016; a diferencia del periodo 2017 donde se establecieron 225 casos para un total del 59,21%.

5.2 Recomendaciones

Los especialistas en Psiquiatría, Psicología y Neuropsicología del país, deben incluir en su ejercicio herramientas sencillas y confiables, con fines diagnósticos, terapéuticos y pronósticos, que permitan determinar de manera objetiva el compromiso funcional y mental de los pacientes y facilitar los planes de rehabilitación integral en aras de favorecer su recuperación e integración socio-laboral.

Fortalecer mecanismos que permitan buscar, aplicar y dar a conocer escalas de evaluación funcional – mental para determinar el verdadero impacto de las patologías asociadas a trastornos mentales, desde la perspectiva del paciente.

Fortalecer estrategias y/o acciones dirigidas a favorecer entornos laborales saludables y detección temprana de problemas y trastornos mentales en el lugar de trabajo, desde las áreas o las actividades de salud ocupacional de las organizaciones que tienen a su cargo, según lo definido por la Ley 1616 del 2013: “... monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores”, y lo exigido en la Resolución 2646 de 2008, con la participación directa de las aseguradoras de riesgos laborales a través de “programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental”.

Correlacionar estudios de consumo de sustancias psicoactivas a estos resultados, y a otros estudios de salud mental para explorar posibles factores de riesgo y protección, que permitan identificar la incidencia de la problemática de consumo de sustancias en los trastornos mentales y su impacto en el sistema de seguridad social.

Realizar intervenciones de promoción de la salud e intervenciones de prevención tempranas desde temprana edad en comunidades, entornos familiares y el fortalecimiento de estas acciones en los ambientes educativos.

Fortalecer las redes de referencia de salud mental y dotar al sector salud de más personal capacitado en detección de estos problemas.

Fortalecer programas de educación comunitaria frente a salud mental, problemas y trastornos mentales, que favorezca la demanda inducida a las acciones promocionales y preventivas de detección, minimizando el estigma y discriminación que existe frente a la Salud Mental.

Integrar las redes de salud mental a otras de enfermedades crónicas que permitan establecer estrategias comunes e integrar los componentes físico, mental y social.

Bibliografía

- A. –E. (1987). *Técnicas de Investigación Social*. Buenos Aires.: Editorial Humanista.
- Arango, C., Rojas, J., & Fernández, M. (2008). Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- Beesdo, e. a. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 483-524.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 295-311.
- Bentall, R. (2006). Madness explained: why we must reject the Kraepelinian paradigm and replace it with a 'complaint-orientated' approach to understanding mental illness. *Medical Hypotheses*, 2020-33.
- Biswas-Diener, e. A. (2011). Positive psychology as a force for social change. *Designing positive psychology*, 410.
- Bush, G. H. (1990.). *Remarks of President George Bush at the Signing of the Americans with Disabilities Act*. Washington : Equal Employment Opportunity Commissio.
- Cardozo, A., & Cano, F. (2013). *Vulnerabilidad de las historias clínicas para la calificación de pérdida de capacidad laboral en Risaralda*. Pereira: Universidad Libre de Pereira.
- Chen E. y Miller, G. (2013). Socioeconomic status and health: mediating and moderating factors. *Annual Review of Clinical Psychology*, 723-49.
- Decreto 1352, Artículo 2o (Ministerio del Trabajo 2013).

- Elfeddali et al., 2. E. (2014). Priorities in clinical mental health research: Results of a consensus-based ROAMER expert survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. *Horizon 2020*.
- Estrada, S., Zapata, A., Tamayo, L., Botero, D., & Palacio, J. (2009). Trastorno afectivo bipolar en niños. *Revista Colombiana de Psiquiatría* Vo. 38.
- Gustavsson A., S. M. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 718-79.
- Hernández, R. (1991). *Metodología de la Investigación*. México D.F. México.: Mc – Graw- Hill.
- Hervás, G. y. (2013). Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: The Pemberton Happiness Index. *Health and Quality of Life Outcomes*, 66.
- Hoyos, V., López, J., & Tabima, D. (2015). Imaginarios sobre enfermedad mental de la población general que asiste a los grupos de apoyo en salud mental, Pereira-Colombia 2013. *Revista Investigaciones Andina* Vol. 17 (31) <https://doi.org/10.33132/01248146.543>.
- Layard R., C. D. (2014). *hrive. The power of evidence-based psychological therapies*. Allen Lane: Penguin Books.
- Lizaso, I., Sánchez, M., & Reizábal, L. (2008). Factores psicológicos y salud asociados con un nuevo perfil de jubilados. *Revista de Psicopatología del Trabajo y de las Organizaciones* Vo. 24 (3).
- Loinaz, I., Echeburúa, E., & Irureta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual* Vol. 19 (2), 421-438.
- Mc Nally, R. (2007). Mechanisms of exposure therapy: How neuroscience can improve psychological treatments for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 750-759.
- MHA. (17 de Mayo de 2020). ¿Qué es la depresión? *Mental Health America*. Obtenido de <https://www.mhanational.org/que-es-la-depresion>

- Ministerio de Salud. (2018). *Boletín de salud mental Oferta y Acceso a Servicios en Salud Mental en Colombia*. Bogotá: Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Observatorio Nacional de Salud Mental ONSM Colombia. Guía Metodológica*. Bogotá: Minsalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social, C. P. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana, Datos, Procesos y Tecnologías S.A.S. (2015). *Encuesta Nacional Mental*.
- Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa Guía Didáctica*. Neiva: Universidad Surcolombiana.
- OIT. (31 de Octubre de 2014). *Reportaje. La enfermedad mental en el lugar de trabajo: que no predomine el estigma*. Obtenido de https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_317010/lang--es/index.htm.
- OMS. (2013). *Invertir en salud mental*. Obtenido de World Health Organization: https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf.
- OMS. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Obtenido de https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/.
- OMS. (2018). *Trastornos mentales -World Health Organization*. Obtenido de <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Palacio-Velásquez, C. (2014). Pensiones para las personas con discapacidad en el Sistema de Seguridad Social Colombiano. *Diálogos de Derecho y Política* Número 14 Año 6, 1-27.
- Pamplona, J. (2019). Reconocimiento de la pensión de invalidez en Colombia: debates presentes en la normatividad que la regulan. *Repositorio Institucional Universidad Católica de Colombia*.
- Peterson R. y Seligman, M. (2004). *Character, Strengths, and Virtues. A Handbook and Classification*. Washington, DC: APA Press and Oxford University Press.

- Pickett, W. y. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. Londres: Penguin.
- Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*.
- SEMAR. (2016). *Metodología de la investigación*. Universidad Naval.
- Sobocki et al., 2. S. (2006). Cost of Depression in Europe. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 87-98.
- The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. (2012). *How mental illness loses out in the NHS. The London School of Economics and Political Science*.
- Tortella-Feliu, M., Baños, R., Barrantes, N., Botella, C., Fernández, F., García, J., . . . Vásquez, C. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud versión* <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.02.001>.
- Vázquez C., R. J. (2015). A national representative study of the relative impact of physical and psychological problems on life satisfaction. *Journal of Happiness Studies.*, 135.48.
- Yepez, C., Henao, D., Montoya, M., & Montoya, L. (2018). Caracterización de factores relacionados con la reclamación y aprobación de pensiones de invalidez por enfermedad común en población trabajadora colombiana entre 2006-2011. *Iatreia*. 2018 Jul-Sept;31(3). DOI 10.17533/udea.iatreia.v31n3a03 , 248-261.