SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DELA ZONA NOROCCIDENTAL DE MEDELLÌN, 2010.

Natalia Giraldo Henao

Estudiante de Administración en Servicios de Salud con énfasis en gestión de servicios de salud.

Asesores: Ramón Eugenio Paniagua Suarez

Carlos Mauricio González Posada

Grupo de investigación de Salud Mental

Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez"

Universidad de Antioquia

Medellín, Septiembre de 2010

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- La depresión es el trastorno mental más común que se da en la población en general, es la patología con uno de los diagnósticos clínicos más discapacitante, y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo, apenas superada por las enfermedades cardiovasculares(1).
- Es una enfermedad sub - diagnosticada y sub - tratada. Estudios recientes (2,3) han sugerido que un 70% de las personas depresivas no reciben tratamiento, la mitad nunca buscan ayuda y sólo un 20 - 25% son diagnosticados y tratados, pero de estos menos del 10% reciben tratamiento adecuado.
- Según el estudio nacional de salud mental realizado por la fundación FES indica que 4 de cada 10 colombianos han presentado algún trastorno mental alguna vez en la vida.de igual forma considera el trastorno depresivo mayor como el problema de salud mental más común en las mujeres de Colombia (4).

1. Keller MB. Long – Term Treatment of Recurrent and Chronic Depression. J Clin Psychiatry 2001; 62 (suppl): 3-5.
2. Dávila C., Rojas J., Moreno M. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. Rev. Colomb. Psiquiat., 2008; 30 (4:538-563).
3. . Greden JF. (2002) Unmet Need: What Justifies the Search for a New Antidepressant? J ClinPsychiatry 2002; 63 (suppl): 3-6.
4. Ministerio de la Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Organización Mundial de la Salud, Universidad de Harvard, Fundación FES- Social. Estudio Nacional de Salud Mental [sitio de Internet]. Colombia: Ministerio de la protección social; 2003 Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=14822&IDCompany=3 [acceso 13 de noviembre de 2009].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- Uno de cada ocho adolescentes y uno de cada treinta y tres niños experimentará depresión (5). Está afecta negativamente su crecimiento y desarrollo, su rendimiento escolar, al igual que las relaciones familiares, incentiva el consumo de drogas, la violencia y pueden llevar al suicidio. Su presencia se atribuye a los cambios físicos, afectivo-emocionales, sociales e intelectuales (6).
- Un estudio de prevalencia de depresión realizado en Medellín reveló que el 26,5 % de una población de 44 803 adolescentes escolarizados de la zona nororiental padecen algún síntoma de depresión, de ellos el 9,9 % presentó síntomas altos y el 16,5 % síntomas moderados; esto significa que unos 4 435 padecerían de síntomas significativos de depresión y unos 7 437 algún tipo de síntoma depresivo (7).

5. psicología.com. La depresión como problema de salud mental en los adolescentes mexicanos. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Ciencias de la Conducta [sitio de Internet] disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/150/22781/?++interactivo consulta: 15 de agosto de 2009.
6. Behrman R. Nelson Tratado de Pediatría.17ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
7. Vergara C. prevalencia de depresión en adolescentes escolarizados en la zona nororiental de Medellín, 2006. Trabajo de grado (administrador en salud). Universidad de Antioquia. Facultad de salud pública.

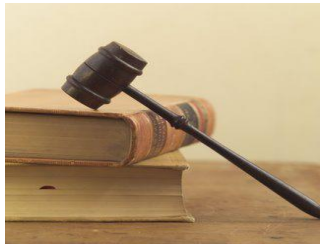
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- la Ley 100 de 1993, pocos recursos destinados directamente a los programas de salud mental, programas que en muchos lugares pasan a incluirse dentro de los Planes de Atención Básica (8).
- privilegia la atención en los programas de Hospital Día y excluye las curas de reposo, los tratamiento psicoterapéuticos mayores de 30 días y la psicoterapia individual, la cual se contempla solo durante la fase aguda e inicial de la enfermedad. se observa una tendencia a que los tratamientos se reduzcan al manejo de crisis, con frecuencia hay ausencia tanto en el apoyo a las familias como en una continuidad en el tratamiento (9).
- enfocándose en la zona Noroccidental de Medellín en donde se han identificado problemas de salud mental, pertinentes de intervención como: conflictos en las funciones familiares, menor en situación irregular, impunidad, violaciones de los derechos humanos, presencia de grupos armados ilegales, depresión, estrés, realidades que generan duelo (desplazamiento, violencias familiares), sexualidad insegura (10); esta investigación responderá:

  - **¿Cómo es la distribución de la sintomatología de depresión y la oferta de servicios de salud mental en adolescentes escolarizados de la zona noroccidental de Medellín, 2010?**

8. Colombia, Congreso de la República. Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 (Sistema de Seguridad Social Integral). Diario Oficial 1993; 148 (41) 1-42.
9. Dávila C., Rojas J., Moreno M. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. Rev. Colomb. Psiquiat., 2008; 30 (4:538-563).
10. Gutiérrez, L. Sistematización de intervenciones psicosociales de las zonas nororiental y noroccidental de Medellín, 2003 – 2004. monografía para optar por el título de administrador en salud. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. 2005.

JUSTIFICACIÓN



- Esta investigación partió de la necesidad de abordar la depresión en la adolescencia desde un enfoque de salud pública y caracterizar la problemática para la ciudad en general, los datos obtenidos se constituyeron en un insumo para la formulación de políticas publicas en salud que permitan favorecer el acceso a los servicios de salud mental así como para estrategias de prevención e intervención dirigidas a la población adolescente.

  la encuesta de la OMS (Proyecto ATLAS del 2002), ha revelado que:

- Mas de un 40% de los países carecen de una política de salud mental
- Mas del 30% de los países carecen de una programa de salud mental
- Mas del 25% de los países carecen de medicación psiquiátrica básica en la atención primaria de salud.

JUSTIFICACIÓN

- Además, pretende sustentar ante los sectores de salud y ante la comunidad en general que es necesario tomar medidas preventivas tempranas y generar alternativas de atención que promuevan la salud mental y el bienestar de los adolescentes.
- Otro factor de interés de esta investigación está relacionado con la intención de comparar los resultados obtenidos de la zona nororiental con los resultados que puedan arrojar la presente investigación debido a que el estudio sobre experiencias de intervención psicosocial en Medellín plateaba como problemas prioritarios la depresión en donde se considera pertinente su intervención.

OBJETIVOS

- **General:** Determinar la distribución de la sintomatología depresiva y la oferta de servicios de salud mental en adolescentes escolarizados de la zona noroccidental de Medellín, 2010, Con el fin de mejorar el acceso a servicios de salud mental en la población adolescente de esta zona de la ciudad.

- **Específicos**
  - Describir las características sociodemográfica de una muestra de adolescentes escolarizados de la comuna noroccidental de Medellín.
  - Determinar la prevalencia de depresión por sexo, por grupo etáreo (11-14 y 15-19) y por comuna en una muestra aleatoria de adolescentes.
  - Comparar los resultados del estudio de prevalencia de depresión realizado en la zona nororiental con los resultados obtenidos de la zona noroccidental.
  - Identificar la oferta habilitada institucional de servicios de salud para atender la depresión en la zona noroccidental de Medellín.
  - comparar la oferta habilitada de talento humano con la requerida para atender la depresión en la zona noroccidental de Medellín.

¿QUE ES LA ADOLESCENCIA?

- La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia con los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales.
- De acuerdo con los conceptos convencionales aceptados por la organización mundial de la salud la adolescencia es la etapa que transcurre de los 10 a los 19 años, con dos fases adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a19 años (11).

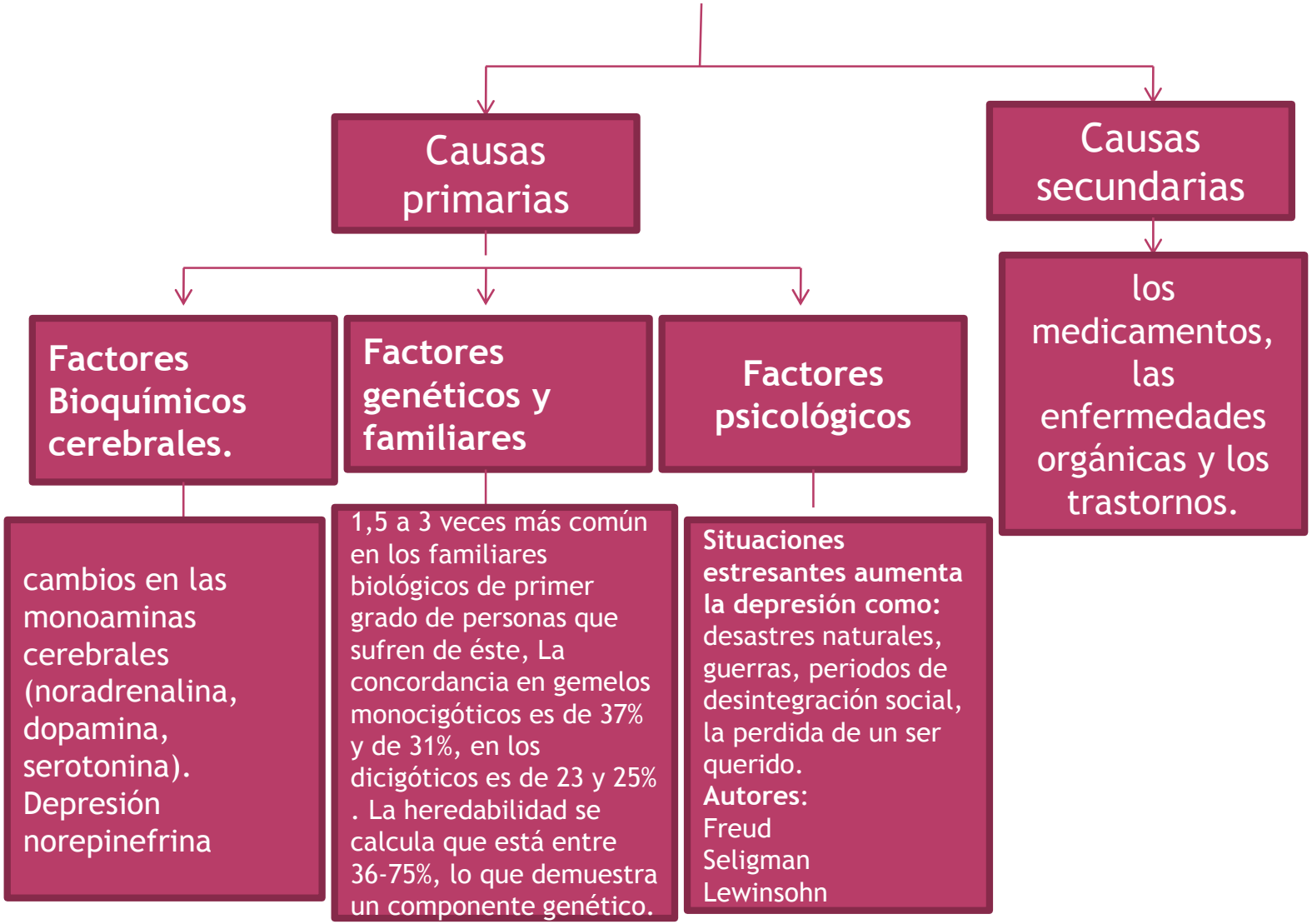
11. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Salud para la atención del adolescente.

¿QUE ES DEPRESIÓN?

- un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. (proviene del latín depressus, que significa 'abatido', 'derribado') (12).

12. Alarcón R, Muñoz R, Molinello H, Umaña C, González C, Holguín J, Et al. Depresión y educación reconocimiento y abordaje por el médico general: Experiencia colombiana. rev. Colomb psiquiatr. 2001; 30(3): 249-260.

DEPRESIÓN MULTICAUSALIDAD



Yepes L. trastornos depresivos. En: Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Fundamentos de medicina psiquiatría. 4ta edición. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas; 2004.P.152-171.

TIPOS DE DEPRESION Y TRANSTORNOS

El trastorno depresivo mayor: Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10, por lo menos cinco de los síntomas siguientes se presentan durante al menos dos semanas:

- Estado de ánimo triste,
- Anhedonia, Disminución o aumento del peso o del apetito , Insomnio o hipersomnio , Astenia , Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa, Disminución de la capacidad intelectual, Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Trastorno distímico: Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.

Trastorno adaptativo: síntomas en respuesta a un acontecimiento vital estresante, mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante. Mayor a tres meses.

trastorno bipolar (a veces, también denominado "enfermedad maníaco depresiva") es otra afección depresiva que involucra períodos de depresión mayor combinados con períodos de manía.

13. Araya M, Madariaga C, Ureta C, Bustos C. La depresión mayor como nuevo factor de riesgo en la cardiopatía coronaria en Chile. Rev. Méd. Chile.2002; 130 (11) :1249-1256.

LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

- Se entiende como la Capacidad de producir servicios se mide a través de Indicadores de Cantidad (producción, productividad, rendimiento) y de Calidad (capacidad de respuesta, calidad humana, cortesía, etc.)

garantiza la atención a una problemática en trastornos de salud y en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (14).

14. Otero J. glosario de auditoría en salud. revista virtual gerencia en salud [sitio de internet] disponible en: http://www.gerenciasalud.com/art09.htm **consulta: 18 de Enero 2009.**

ASPECTOS GEO-DEMOGRAFICOS DE LA ZONA NOROCCIDENTAL.

- Extensión aprox.= 1778.34 hectáreas
- Habitada por 509.996 personas
  - Robledo 33.89%
  - Castilla 28.78%
  - Doce de octubre 37.33%
- Esta zona tiene en total 48 barrios.
- En relación con el estrato socioeconómico:
  - Se ubica en el
    - estrato 1 2.9%
    - estrato 2 29.3%
    - estrato 3 51.8%
- Esta zona cuenta con un total de 52 IPS.

Anuario Estadístico de 2006

MARCO LEGAL Y NORMATIVO SOBRE LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA:

- **Constitución política de Colombia de 1991:** los artículos 1, 2, 11, 44, 47, 48, 49, 64, 79, 95 numeral 8º, 365, 366, que regulan la protección de la salud mental como derecho esencial y colectivo frente a factores que la afectan, como bien de interés público, como deber del Estado, la Sociedad, los particulares y la familia; y como objetivo fundamental y social del Estado y componente del orden público esencial para la convivencia ciudadana.
- **Ley 100/93:** Por la cual se crea el Sistema general de seguridad social en salud que tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.
- **Ley 1122 de 2007,** la cual reforma el sistema de salud, libro 2 de la ley 100.

MARCO LEGAL Y NORMATIVO SOBRE LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA:

- **Decreto 3039 de 2007**: Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, en donde se establece como una de las prioridades nacionales la salud mental y en el cual se adopta unas estrategias para garantizarla.
- **Resolución 2358 de 1998:** la cual resuelve Adoptarse a la Política Nacional de Salud Mental, además dice Que es función del Sistema General de Seguridad Social en Salud dar cumplimiento a las disposiciones constitucionales que consagran el derecho a la vida, la salud integral y la seguridad social de los individuos. que garanticen a los usuarios calidad en la atención y regulen las actividades de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales y las conductas adictivas.
- **Resolución 4288 de 1996:** define y caracteriza el Plan de Atención Básica – PAB, fija sus componentes y las competencias territoriales para su aplicación. Además desarrollará acciones de promoción de conformidad con las competencias del sector salud.

METODOLOGÍA

- **Tipo de estudio:** Estudio descriptivo, de corte transversal que utiliza un método mixto, fundamentado en un diseño de investigación multimétodo por componentes; el instrumento cuantitativo fue dirigido a adolescentes matriculados en básica secundaria y media vocacional, en instituciones educativas tanto públicas como privadas, mientras el cualitativo fue dirigido a profesionales de salud de cargos directivos de las instituciones de salud.
- **Muestra:** cada comuna de la zona noroccidental se considera un estrato desde el punto de vista administrativo y en él se toma una muestra aleatoria de 200 estudiantes. **La muestra total para el estudio fue de 605 estudiantes.**
- **Instrumento de recolección:** el CDI-LA (El children's Depression Inventory Latinoamérica).
- Se compone de cinco áreas básicas de medición: Cada elemento de la prueba consta de tres alternativas de respuestas con valores de 0,1 y 2. Donde la mayor calificación indica mayor grado de severidad, la calificación total tiene un rango entre 0 y 54 puntos.

VARIABLES DEL INSTRUMENTO

Variable	Nivel de medición			Categoría
Ánimo negativo	Cuantitativa	Continua	Razón	0 ausencia del síntoma, 1 síntoma ligero, 2 síntoma definido.
Problemas interpersonales	Cuantitativa	Continua	Razón	0 ausencia del síntoma, 1 síntoma ligero, 2 síntoma definido.
Inefectividad	Cuantitativa	Continua	Razón	0 ausencia del síntoma, 1 síntoma ligero, 2 síntoma definido.
Anhedonia	Cuantitativa	Continua	Razón	0 ausencia del síntoma, 1 síntoma ligero, 2 síntoma definido.
Autoestima negativa	Cuantitativa	Continua	Razón	0 ausencia del síntoma, 1 síntoma ligero, 2 síntoma definido.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Variable	Nivel de medición			Categoría
Edad	Cuantitativa	Continua	Intervalos	1 (10-14), 2 (15-19)
Sexo	Cualitativa	Discreta	Nominal	1 Hombre, 2 Mujer
Comuna	Cualitativa	Discreta	Nominal	1 Robledo, 2 Castilla, 3 Doce de octubre.
Estrato socioeconómico	Cualitativa	Discreta	Nominal	Estrato 1, 2, 3 y 4

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiante adolescente de cualquier sexo, matriculado en el momento del estudio, en cualquiera de las instituciones educativas de básica secundaria y nivel media que funcionan en la zona noroccidental de Medellín.
- Fue seleccionado aleatoriamente entre las posibles unidades de observación. No se aceptaron voluntarios.
- Están en condiciones físicas y mentales de responder la encuesta utilizada como instrumento de observación.
- Aceptaron libremente la invitación a responder el instrumento.
- Tienen el rango de edad, objeto de estudio.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Análisis de la información obtenida de fuentes secundarias sobre el tema de depresión, el cual se desarrollo permanentemente durante el estudio.
- Se realizo una convocatoria, selección, capacitación y contratación de encuestadores (3) y digitador (1).
- Para el proceso de sensibilización del estudio y solicitud de permisos para la aplicación de la encuesta en la zona se logro por medio de entrevistas personales y contactos telefónicos con los directivos docentes y para mirar la oferta de servicios de salud mental se realizaron varias entrevistas.
- Recolección de información mediante la aplicación de las 605 encuestas, 200 para cada comuna distribuidas proporcionalmente en las instituciones de acuerdo al número de estudiantes en secundaria.
- Sobre la parte de oferta de servicios de salud, se recolecto información mediante la aplicación de 5 entrevistas a los centros hospitalarios, hospitales y la secretaria de salud municipal de la zona, y se utilizo como herramienta una grabadora, para luego poder transcribir las entrevistas.
- Finalmente se digitaron las encuestas aplicadas en la zona, al igual que las entrevistas realizadas en los centros de salud y hospitales de la zona.

ANÁLISIS

- Los datos obtenidos fueron digitados en el software Access 2003 y con el paquete estadístico SPSS versión 17.0 se realizada las cruces de variables y elaboración de tablas y también se utilizó el Epiinfo versión 6.0 para el análisis de las variables.
- Se inició con un análisis univariado en cada comuna en el cual para las variables cualitativas se construyeron tablas de frecuencia con el porcentaje en cada categoría; para las variables cuantitativas se hizo un análisis de los estadísticos de resumen dependiendo de si se ajusta o no a una distribución normal. Se tomaron primero las variables de persona, lugar y tiempo y luego las variables del cuestionario.
- Se continúo con un análisis bivariado utilizando tablas de contingencia o tablas cruzadas en cada comuna entre cada una de las variables: sexo, estrato socioeconómico, grupos de edad de 11- 14 y 15-19 años y las variables más importantes de cada indicador de salud mental que reflejan el nivel de bienestar de los adolescentes.

ANÁLISIS

- Se construyeron luego, cuadros comparativos de las comunas a partir de las tablas construidas anteriormente y luego se produce un análisis a partir de la siguiente forma:
- Para cada comuna un análisis general para todos los estuantes de la muestra, un análisis para cada sexo, un análisis para cada grupo de edad de 10-14 años y 15-19 años. De igual forma se procedió para el análisis de la zona.
- Para el análisis de las entrevistas, se realizó una codificación de cada pregunta con las palabras claves de cada una de las entrevistas realizadas a los centros de salud de la zona, hospitales y a la secretaria de salud.
- Luego con las palabras claves se formaron unos diagramas que generalizaban las respuestas de los cetros de salud, hospitales y secretaria frente a cada pregunta y se sustentaron con frases textuales de cada entrevista.

RESULTADOS

- Distribución de frecuencia del nivel de sintomatología depresiva del adolescente escolarizado en la muestra de adolescentes de la zona noroccidental de Medellín, 2010

	Porcentaje	Total, A
Alta	12,0	5192
Moderada	20,0	8653
Ninguna	68,0	29418
Total	100	43263

- Total, A = 43263*p(%)

- El 32% de los adolescentes posee alguna sintomatología depresiva, lo que significa que en esta zona 13 845 estudiantes presentan esta problemática.

RESULTADOS

Cruce del nivel de sintomatología depresiva con el sexo del adolescente escolarizado en la muestra de adolescentes de la zona noroccidental de Medellín, 2010

		Hombre	Mujer	Total
Ninguna	Total, A	15996	13426	29418
	% del total	73,8	62,2	68,0
Moderada	Total, A	3143	5507	8653
	% del total	14,5	25,5	20,0
Alta	Total, A	2536	2655	5192
	% del total	11,7	12,3	12,0
Total	Total, A	21675	21588	43263
	% total	100	100	100

- Total, A = 43263*p (% del total)
- La sintomatología depresiva alta es más frecuente en hombres y la diferencia es estadísticamente significativa con las mujeres. La existencia de alguna sintomatología se presenta por igual en ambos sexos.

RESULTADOS

Cruce del nivel de sintomatología depresiva con el grupo de edad al que pertenece el adolescente escolarizado en la muestra de adolescentes de la zona noroccidental de Medellín, 2010

		11-14 años	15-19 años	Total
Ninguna	Total, A	16464	12980	29449
	% del total	66,0	70,9	68,1
Moderada	Total, A	5359	3242	8597
	% del total	21,5	17,7	19,9
Alta	Total, A	3119	2093	5217
	% del total	12,5	11,4	12,1
Total	Total, A	24948	18315	43263
	% total		100	100

- La presencia de sintomatología depresiva alta es más frecuente en el grupo de 15 a 19 años. La existencia de alguna sintomatología se presenta por igual en ambos grupos de edad.

RESULTADOS

- Cruce del nivel de sintomatología depresiva con la comuna donde está ubicado el colegio al que pertenece el adolescente escolarizado en la muestra de adolescentes de la zona noroccidental de Medellín, 2010

		Castilla	Doce de Octubre	Robledo	Total
Ninguna	Total, A	10985	7461	10972	29417
	% del total	69,3	61,4	71,8	68,0
Moderada	Total, A	3045	1964	3636	8645
	% del total	19,2	16,2	23,8	20,0
Alta	Total, A	1815	2717	668	5204
	% del total	11,5	22,4	4,4	12,0
Total	Total, A	15845	12142	15276	43263
	% total	100	100	100	100

-

COMPARACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LAS DOS ZONAS

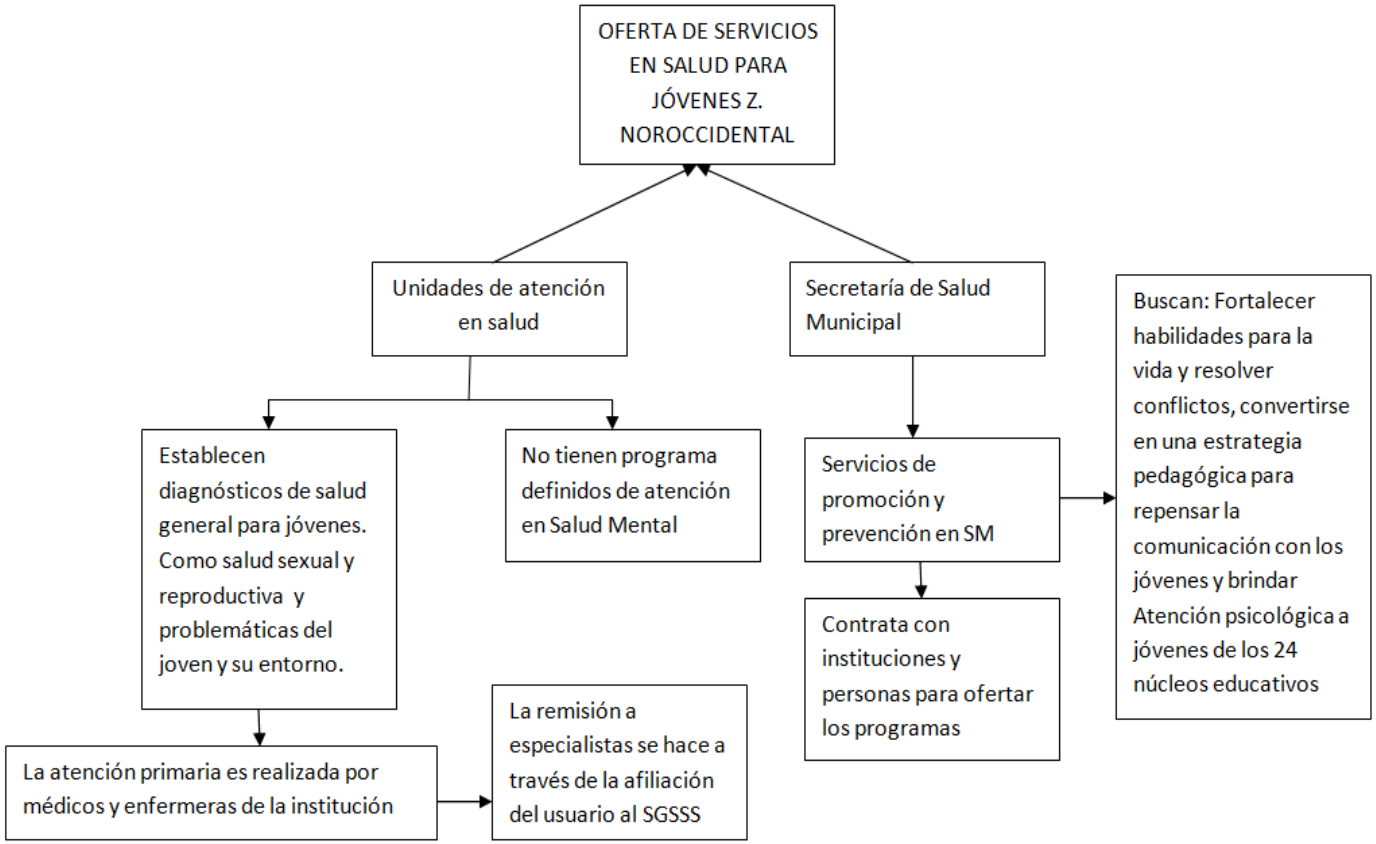
- Distribución de frecuencia de la sintomatología depresiva en las zonas nororiental y noroccidental de Medellín.

	Nororiental		Noroccidental	
	%	Total, A	%	Total, A
Alta	9,9	4416	12,0	5192
Moderada	16,6	7437	20,0	8652
Ninguna	73,5	32950	68,0	29420
Total	100	44803	100	43263

- Es más probable presentar sintomatología depresiva en la zona noroccidental que en la zona nororiental y la diferencia es estadísticamente significativa

OFERTA DE SALUD MENTAL

OFERTA DE SERVICIOS EN SALUD PARA JÓVENES DE LA ZONA NOROCCIDENTAL DE MEDELLÍN, 2010



RESULTADOS

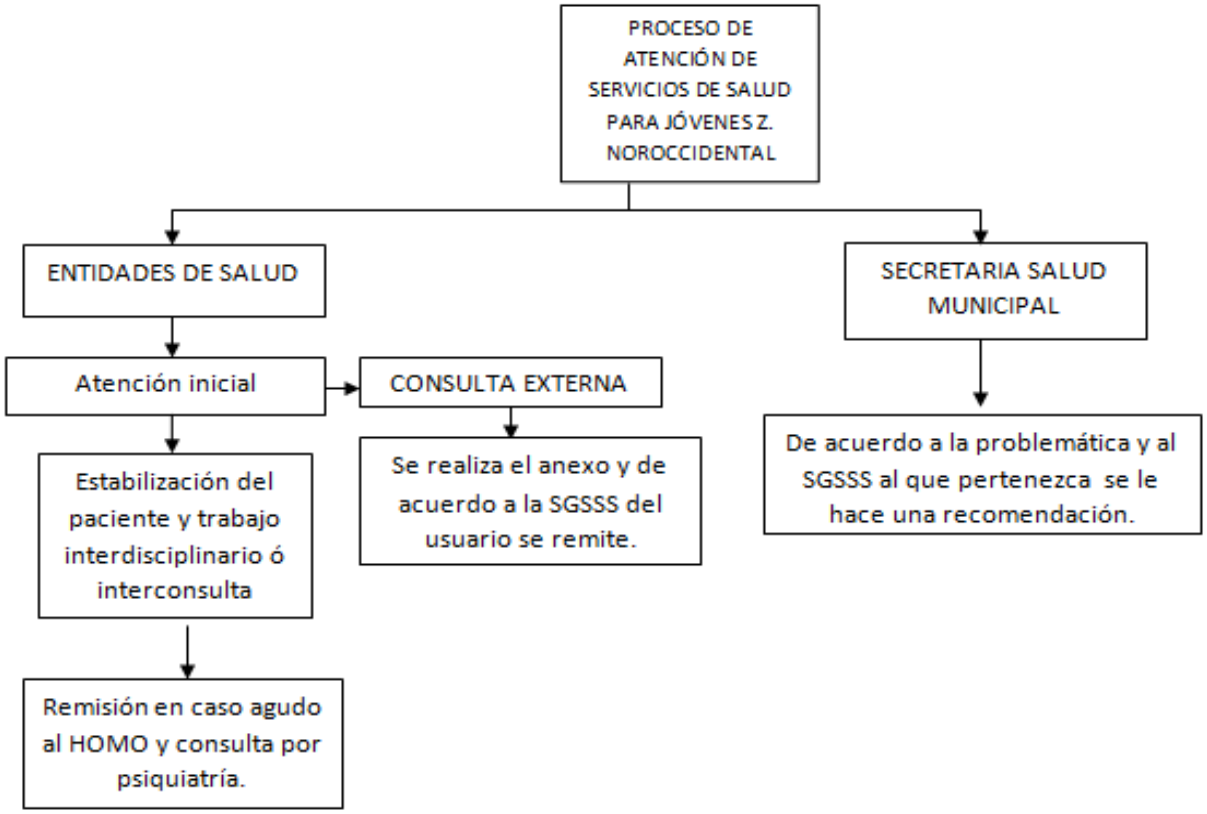
- Los centros de salud de la zona, no tienen definido programa de salud mental, se capta al joven a través de la consulta y se establecen diagnósticos de salud general, En caso de requerir remisión se realiza por medio de la seguridad social del paciente. Y los programas de promoción y prevención que se manejan son dirigidos a la planificación familiar, crecimiento y desarrollo, control de diabetes y de hipertensión. Como se sustenta a continuación:
- ***se apoya un poquito esa parte como de salud mental, pero… pero es como apoyo, pero si vamos a decir que hay programa establecido o servicios de salud mental como tal no, no lo hay… porque por decir algo aquí llegan intentos de suicidio, o enfermos mentales que a los médicos y a la trabajadora social, les corresponde hacer ese abordaje inicial y… porque muchas veces esas remisiones a especialistas son difíciles y demoradas" (CS12).***
- ***"Nosotros directamente como servicio de salud mental no lo prestamos, si, si no que está inmerso dentro de otros programas. Hay un programa que se llama servicios amigables para jóvenes, ese programa de servicio amigables para jóvenes están digamos como objetivo primordial, es atender las usuarias necesitadas en planificación familiar, se les brinda asesoría y consejería en métodos anticonceptivos, también asesoría y consejería en proyectos de vida y dentro de ese perfil bio- psicosocial de los usuarios se empieza a interrogar sobre el estado de salud mental , sobre los hábitos, y dentro del formato de historia clínica de estos usuarios, se insiste mucho en los estados psicológicos del usuario, en el formato de historia clínica, es decir que necesariamente esas preguntas relacionadas con esto."(CSC).***

RESULTADOS

- Hospitales
- ***"Nosotros atendemos cuando por la patología de base, algún medicamento conlleve un efecto depresivo en el paciente, si el médico considera que necesita evaluación por psiquiatría se hace el anexo y se va para psiquiatría." (LM).***
- secretaria de salud se tienen definidos tres programas de promoción y prevención que los ejecuta por medio de la contratación con otras instituciones que son: CINE- ENSEÑANZA que busca Fortalecer habilidades para la vida y resolver conflictos, el segundo es RETOMEMOS que el objetivo es repensar la comunicación con los jóvenes y por último un programa con la red UNIRES el cual brinda Atención psicológica a jóvenes de los 24 núcleos educativos.

PROCESO DE ATENCIÓN REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

PROCESO DE ATENCIÓN PARA JÓVENES DE LA ZONA NOROCCIDENTAL DE MEDELLÍN, 2010



RESULTADOS

- *"Normalmente esos pacientes pueden ingresar por el servicio de urgencias, y ya le toca al médico hacer una atención pues inicial, una estabilización, y se puede hacer un trabajo interdisciplinario, con el médico, la enfermera y la trabajadora social, y ya lo que se hace es, más que todo, es sedar al paciente, controlarlo y ya de acuerdo a su patología en ese momento, se remite pues al usuario como tal".(cs12)*

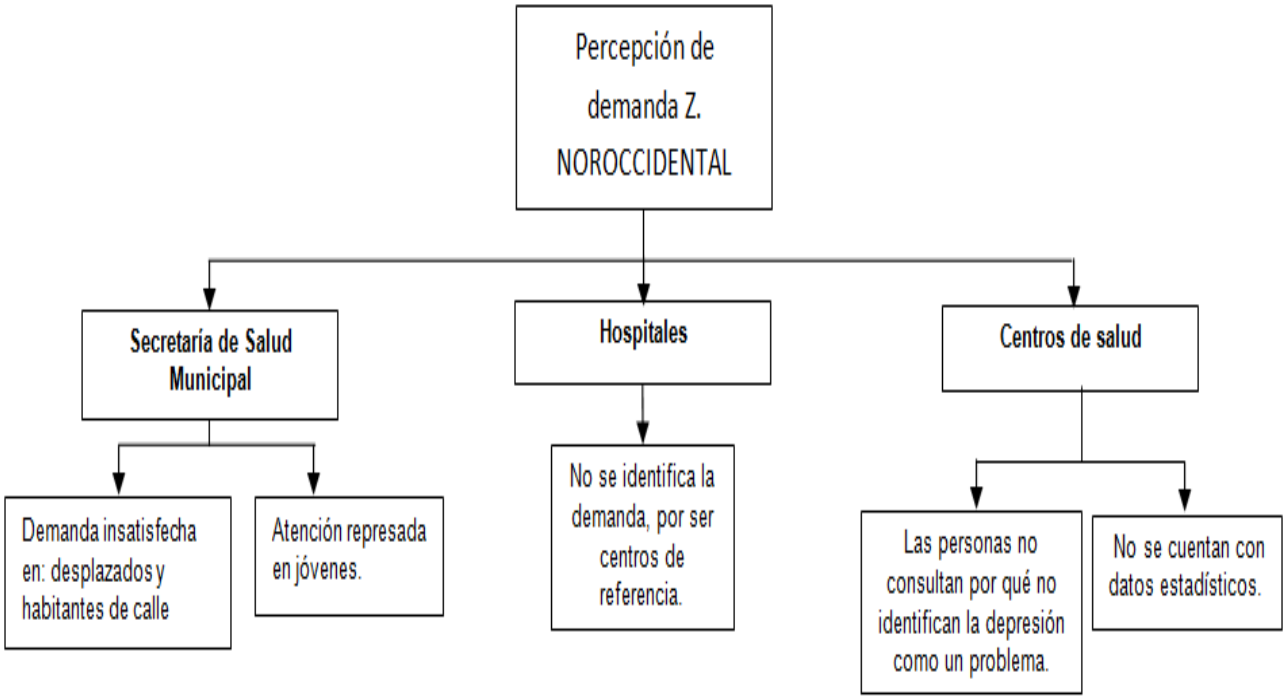
- *"También, puede existir la consulta espontanea directa del usuario por la consulta médica general y se hace remisión. Depresión, generalmente los direccionamos al Hospital Mental de Antioquia al HOMO" (csc).*

- *"En pacientes hospitalizados se solicita interconsulta o la autorización por parte de la EPS y la remisión es inmediata, la atención es estos casos después de la remisión no demora más de 24 horas" (Lm).*

- *"Cuando es un problema de salud mental, entonces de acuerdo al régimen que tenga en salud, si es vinculado o subsidiado, entonces, si es un subsidiado se puede digamos, sisbenizados, se les dice: "consulte a sus Unidades de consulta, hablen con el médico" (SS).*

PERCEPCIÓN DE LA DEMANDA

¿CUAL ES LA PERCEPCIÓN DE DEMANDA QUE TIENEN LAS INSITUCIONES DE SALUD DE LA ZONA NOROCCIDENTAL DE MEDELLÍN, 2010



RESULTADOS

- *"El hospital es de referencia y no tenemos población asignada. Por eso no le puedo decir si la gente consulta o no". (LM)*

- *"Esas personas como problema para ellos, no se ve, no reflejan lo que uno ve con los que, con los usuarios que vienen a consulta" (csc)*

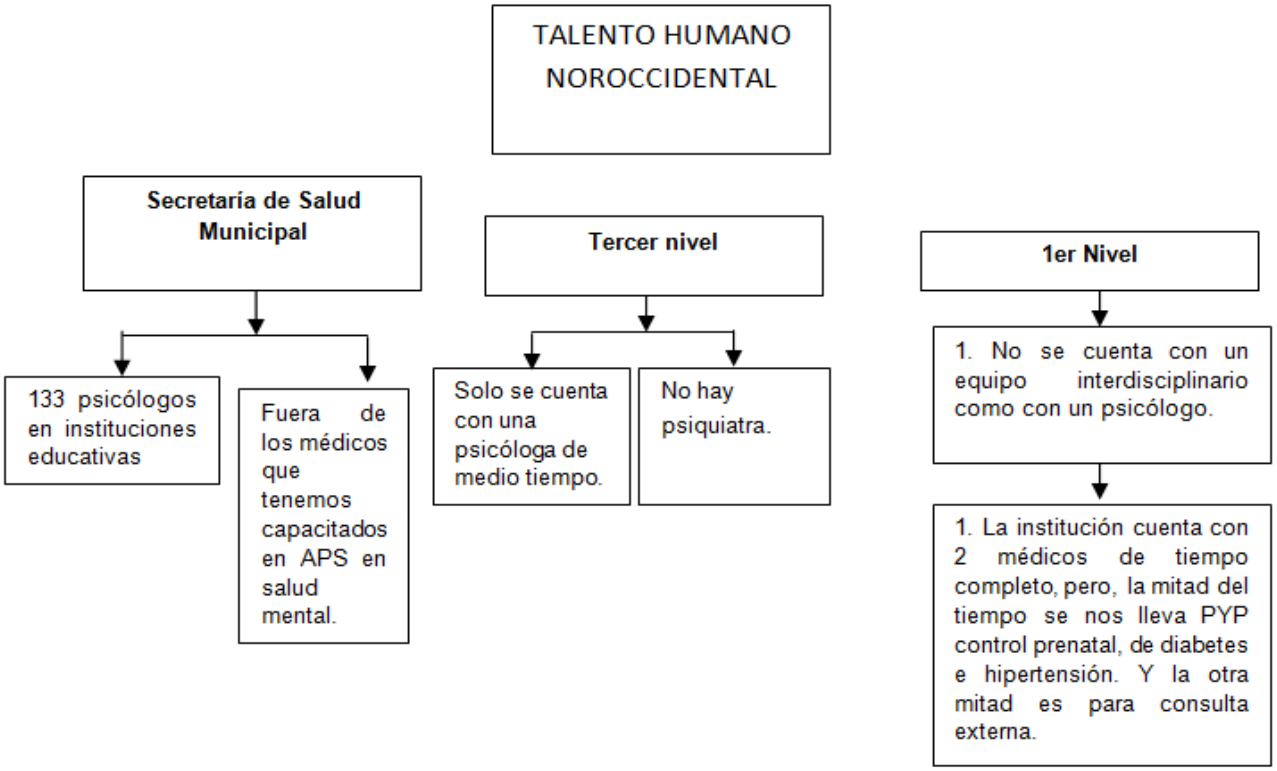
- *"El consumo, la drogadicción es mucha asociada a la depresión y pasan como normales". (CSC)*

- *"Podemos tener un represamiento en (30-35%) treinta - treinta y cinco por ciento de jóvenes todavía esperando atención" (SS).*

- *"Demanda insatisfecha, Los desplazados, los indigentes los de la calle, que eso sino pues no lo tenemos cuantificados, en este momento seria el (100%) cien por ciento". (SS)*

TALENTO HUMANO

TALENTO HUMANO DE LA ZONA NOROCCIDENTAL DE MEDELLÍN, 2010

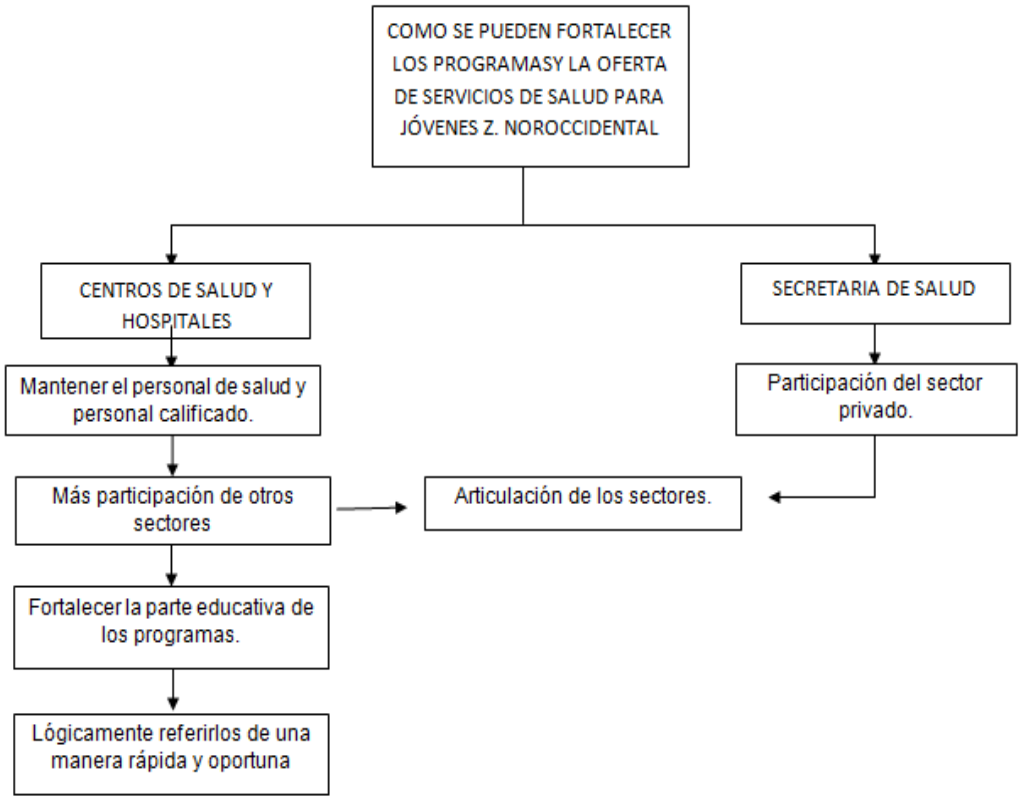


RESULTADOS

- *"En el proyecto UNIRES tenemos 133 psicólogos distribuidos en toda la ciudad, que atienden todas las Instituciones educativas de Medellín, entonces en la Zona noroccidental en las instituciones Educativas de allá oficiales tenemos psicólogos que están haciendo la atención psicológica, que atienden uno, dos o tres días a la semana de acuerdo al volumen que tienen por Institución Educativa."(SS).*
- *"si, hay una psicóloga y medio tiempo, lo que yo si he conseguido es que mis consultas sean de una hora, y me lo han respetado y tengo mucha credibilidad en el equipo de salud y las remisiones de pacientes hospitalizados son muchas en el programa de VIH, todos pasan por aquí, a no ser de que el paciente diga no quiero ir" (LM).*
- *"Actualmente, no se cuenta con el servicio de psiquiatría, porque cuando se tenía la psiquiatra podía pasar una semana sin recibir alguna consulta, debido a que era un servicio especifico de hospitalización" (LM.)*
- *"La institución cuenta con 2 médicos de tiempo completo, pero, la mitad del tiempo se nos lleva P Y P control prenatal, de diabetes e hipertensión. Y la otra mitad es para consulta externa. No se cuenta con un equipo interdisciplinario como con un psicólogo." (CSSC).*
- *"Trabajadora social, 24 médicos, psicólogos no tenemos, psiquiatras no tenemos" (CS12).*
- *"Pienso yo que un paciente depresivo, con una depresión mayor, es también para un segundo nivel de atención, incluso aquí se les puede hacer un seguimiento, también incluso hay fármacos que no son de la competencia nuestra, hay fármacos que no son sino para un segundo nivel de atención y para manejo del psiquiatra" (CSC).*

FORTALECER LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL

¿CÓMO SE PUEDEN FORTALECER LOS PROGRAMAS DE P y P y LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD PARA JÓVENES DE LA ZONA NOROCCIDENTAL DE MEDELLÍN, 2010?



RESULTADOS

- *"Falta participación de otro sectores, de otras fuerzas para tener unos programas que tengan un significado importante" (CS 12).*

- *"La salud mental un problema de ciudad en donde involucrarse la familia, la industria, la banca y el comercio" (SS).*
- *"El sector privado debería tener más participación en la oferta de servicios de salud mental" (SS).*

- *"Nosotros tenemos programados charlas educativas a otros grupos, a otros grupos objeto, digamos, de nosotros, que con el hipertenso, el diabético, la materna, depronto cambiar esas charlas, ampliar charlas educativas referente a los estados de salud, óptimos estados de salud mental, a la detección de usuarios al interior de la familia con problemas de salud mental"(csc).*

- *"Yo pienso que esos grupos extramurales, si la gente no nos está llegando acá, ellos desde su actividad, debería digamos priorizar la atención en salud mental y la detección precoz de esos estados, entonces inducir esa demanda ó incluso brindar ellos direccionamiento adecuado y oportuno a esos pacientes" (csc)*

DISCUSIÓN

- Falta de articulación de los centros de salud con la secretaria de Salud
- La secretaria de salud está supliendo los programas que se deberían manejar desde los centros de Salud
- Alta sintomatología depresiva y poca consulta sobre estas patologías, falta programas para captar población con esta patología.
- Solo se esta tratando la depresión en el manejo de la crisis hay una atención integral cuando se esta hospitalizado o en urgencias vitales por esta causa.

REFERENCIAS

1.Keller MB. Long – Term Treatment of Recurrent and Chronic Depression. *J* Clin Psychiatry 2001; 62 (suppl): 3-5.
2.Dávila C., Rojas J., Moreno M. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. Rev. Colomb. Psiquiat., 2008; 30 (4:538-563).
3.Greden JF. (2002) Unmet Need: What Justifies the Search for a New Antidepressant? J ClinPsychiatry 2002; 63 (suppl): 3-6.
4.Colombia, Conggreso de la República. Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 (Sistema de Seguridad Social Integral). Diario Oficial 1993; 148 (41) 1-42.
5.Prieto Rodríguez A. Salud mental: situación y tendencias. Revmed. 2002; 4 (1) :65-69.
6.Ministerio de la Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Organización Mundial de la Salud, Universidad de Harvard, Fundación FES-Social. Estudio Nacional de Salud Mental [sitio de Internet]. Colombia: Ministerio de la protección social; 2003 Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=14822&IDCompany=3 [acceso 13 de noviembre de 2009].
7.psicología.com. La depresión como problema de salud mental en los adolescentes mexicanos. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Ciencias de la Conducta [sitio de Internet] disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/150/22781/?++interactivo consulta: 15 de agosto de 2009.
8.Behrman R. Nelson Tratado de Pediatría.17ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
9.Vergara C. prevalencia de depresión en adolescentes escolarizados en la zona nororiental de Medellín, 2006. Trabajo de grado (administrador en salud). Universidad de Antioquia. Facultad de salud pública.
10.Gutiérrez, L. Sistematización de intervenciones psicosociales de las zonas nororiental y noroccidental de Medellín, 2003 – 2004. monografía para optar por el título de administrador en salud. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. 2005.
11.Organización Panamericana de la Salud. Manual de Salud para la atención del adolescente.
12.Alarcón R, Muñoz R, Molinello H, Umaña C, González C, Holguín J, Et al. Depresión y educación reconocimiento y abordaje por el médico general: Experiencia colombiana. rev. Colomb psiquiatr. 2001; 30(3): 249-260.
13.Yepes L. trastornos depresivos. En: Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Fundamentos de medicina psiquiatría. 4ta edición. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas; 2004.P.152-171.
14. Araya M, Madariaga C, Ureta C, Bustos C. La depresión mayor como nuevo factor de riesgo en la cardiopatía coronaria en Chile. Rev. Méd. Chile.2002; 130 (11) :1249-1256.

REFERENCIAS

15. Otero J. glosario de auditoría en salud. revista virtual gerencia en salud [sitio de internet] disponible en: http://www.gerenciasalud.com/art09.htm consulta: 18 de Enero 2009.
16. Alcaldía de Medellín, secretaria de salud. Situación de salud en Medellín, indicadores básicos 2006.
17. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. Santa Fe Bogotá D. C.: La Asamblea; 1991.
18. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 100 de 1993, Diciembre 23, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993.
19. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1122 de 2007, Enero 9**,** por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 2007.
20. Congreso de la Republica de Colombia. Decreto 3039, Agosto 10, Por la cual se adopta el plan nacional de salud pública 2007- 2010. Bogotá: El Congreso; 2007.
21. Congreso de la Republica de Colombia. Resolución 2358, julio 13, Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Bogotá: El Congreso; 1998.
22. Congreso de la Republica de Colombia. Resolución 4288, noviembre 20, por la cual se define y caracteriza el Plan de Atención Básica – PAB, se fija sus componentes y las competencias territoriales para su aplicación. Además desarrollará acciones de promoción de conformidad con las competencias del sector salud. Bogotá: El Congreso; 1996.
23. Kovacs, M. *Children's Depression Inventory: profile report.* USA : Multi-health Systems, 2004.
24. Posada A.C, Rua C.M. validación del instrumento (CDI) para detección de sintomatología depresiva en adolescentes, Medellín1996. Medellín, 1996: tesis (Magister en salud pública con énfasis en salud mental) Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública.