



Barreras de acceso a los servicios de salud de las personas con
discapacidad psicosocial, según la producción académica generada a nivel
internacional 2013 - 2023
Monografía.

Aura Vanessa Zamudio Quiceno.
Ana Isabel Lopera Patiño.

Propuesta de Trabajo de Grado para optar al título profesional de Administración en
Salud con énfasis en Gestión de Servicios en Salud.

Asesora.
Sara Milena Ramos Jaraba.
Administradora en Salud con énfasis en Gestión de Servicios en Salud.
Mg en Salud Colectiva

Universidad de Antioquia.
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez.
Medellín
2023

Cita	Zamudio Quiceno y Lopera Patiño (1)
Referencia	(1) Zamudio Quiceno AV, Lopera Patiño AI. Barreras de acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad psicosocial, según la producción académica generada a nivel internacional 2013 – 2023.
Estilo Vancouver/ICMJE (2018)	[Trabajo de grado profesional]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2023.



Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes

Decano/director: José Pablo Escobar vasco

Jefe departamento Ciencias Específicas: Mónica Lucía Jaramillo

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria.

Agradecemos a Dios por permitirnos alcanzar un logro más en nuestras vidas, Por darnos las fuerzas necesarias cada vez que sentíamos que ya no éramos capaz, y por haber puesto en nuestro camino a todas y cada una de las personas que en él se han cruzado. También a nuestra familia y amigos por estar ahí en cada momento, en cada triunfo y en cada fracaso, para brindarnos el amor y las palabras adecuadas para continuar adelante, por sus sacrificios, por confiar en nosotras y enseñarnos a creer, para continuar, levantarnos cada día con una meta, acostarnos con un sueño. Y sobre todo por enseñarnos a no sólo pensar en grande sino ¡ser grandes!

A la Universidad de Antioquia específicamente a la Facultad Nacional de Salud Pública y al equipo de docentes por aportarnos a nuestra formación académica profesional, por permitirnos adquirir grandes conocimientos, por reafirmarnos la importancia que tiene el sector público para la sociedad, por el apoyo incondicional en nuestro proceso de formación, por el acompañamiento, la paciencia, disposición y respeto, por brindarnos su confianza, compartir sus anécdotas y conocimientos, por mostrarnos como debe ser el liderazgo.

Ha sido un camino difícil de batallar, pero que también nos ha demostrado que con esfuerzo y perseverancia podemos obtener todo aquello que nos proponemos.

Hoy somos ganadoras, no de lo que finaliza, sino de los retos que comienzan. El camino hacia el éxito acaba de empezar.

Tabla de contenido.

1. Planteamiento del Problema.	11
2. Justificación.....	16
3. Objetivos.	20
3.1 Objetivo General.....	20
3.2 Objetivos Específicos.....	20
4 Marco de Referencia.	21
4.1 Estado del Arte.	21
4.2 Marco Teórico.	24
4.3 Marco Conceptual.	33
4.4 Marco Legal.....	36
5 Metodología.....	45
5.1 Tipo de Investigación.	45
5.2 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	45
5.3 Instrumentos y Técnicas de Recolección de Información.	46
5.4 Estrategia de Búsqueda.....	46
5.5 Fases de la Revisión.	46
5.6. Sesgos.....	48
5.6.1. Sesgo de Idioma.....	48
5.6.2. Sesgo de Publicación	48
5.6.3. Sesgo de Duplicación.....	48
5.7 Consideraciones Eticas	48
6 Resultados.	49
6.1 Características generales de los estudios analizados.	50

6.2. Barreras de acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad psicosocial.	54
6.3. Oportunidades y estrategias que contribuyan al mejoramiento del acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad intelectual.	62
7. Discusión.....	66
8. Conclusiones.....	71
9. Recomendaciones.....	73
10. Referencias.....	75

Índice de tablas.

Tabla 1. Normatividad a nivel Internacional.....	34
Tabla 2. Normatividad a nivel Nacional.	35
Tabla 3. Filtro.....	44
Tabla 4. Análisis de características generales de los estudios analizados.....	47
Tabla 5. Características de los estudios sobre barreras.....	49
Tabla 6. Análisis de contenido de las barreras de acceso.....	51

Índice de figuras.

Figura 1. Proceso de selección de los artículos	46
Figura 2. Modelo teórico-conceptual en acceso efectivo a servicios de salud en la lógica del derecho a la salud y justicia social.....	67

Siglas, acrónimos y abreviaturas.

OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PcD.	Personas con Discapacidad
UdeA	Universidad de Antioquia.
(DeCS).	Descriptores en Ciencias de la Salud

Resumen.

Propósito: Esta revisión de la literatura tuvo como objetivo analizar las barreras de acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad psicosocial, según la producción académica generada a nivel internacional desde el año 2013 al 2023.

Método: Se realizaron búsquedas en bases de datos bibliográficas y repositorios universitarios, las cuales correspondieron a artículos originales de revistas científicas, tesis, informes empresariales y gubernamentales publicados después de 2013. Sobre la base de criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 10 artículos para la revisión. Las barreras señaladas en los artículos se identificaron y clasificaron de acuerdo con su tipo.

Resultados: Se identificaron 6 barreras principales: dentro de las cuales se identifican

1. Barreras económicas es decir aquellos obstáculos en los que se dificulta el acceso de servicios de salud debido a las limitaciones financieras.
2. Barreras geográficas, es decir los obstáculos que enfrentan las personas con discapacidad psicosocial debido a la ubicación de los servicios de salud mental.
3. Barreras administrativas que aluden a los obstáculos que las personas con discapacidad psicosocial pueden encontrar debido a trámites burocráticos, políticas, normativas y regulaciones relacionadas con el acceso a los servicios de salud mental.
4. Barreras de oferta, que se relacionan con los obstáculos de disponibilidad y la calidad de los servicios de salud.
5. Barreras culturales, que surgen debido a las diferencias culturales y creencias de los proveedores de servicios de salud.
6. Barreras emocionales/actitudinales las cuales surgen debido a actitudes negativas, prejuicios, estereotipos y emociones que las personas con discapacidad psicosocial o sus cuidadores enfrentan.

Conclusión: Se resaltó la importancia de abordar las barreras de acceso a los servicios de salud para personas con discapacidad psicosocial. Es fundamental trabajar en la

reducción del estigma, mejorar la disponibilidad de servicios de salud mental, proporcionar formación adecuada a los profesionales de la salud con el fin de mejorar la calidad en la atención y en los servicios, abarcando una visión global del acceso a la atención en salud y aumentar la conciencia y la información sobre los servicios disponibles. Al superar estas barreras, se puede mejorar significativamente el acceso a servicios de salud de calidad para esta población y promover una médica más equitativa y compasiva.

Palabras clave: Discapacidad Psicosocial, Persona con Discapacidad, Barreras de acceso a los servicios de salud, Accesibilidad en salud (DeCS), Monografía.

1. Planteamiento del Problema.

Se calcula que 1300 millones de personas, es decir, 1 de cada 6 personas en todo el mundo sufren una discapacidad [1]. Esta cifra está aumentando debido al crecimiento de las enfermedades no transmisibles y al envejecimiento poblacional, de igual manera se presentan diferencias entre regiones, género, etnia, edad y situación económica, por lo cual existen desigualdades en relación con la salud y la atención de la discapacidad [1]. El último informe mundial sobre la discapacidad evidencia que la población más vulnerable es la más afectada, siendo la prevalencia más alta en los países de bajos ingresos, las personas en el quintil más pobre, las mujeres y las personas mayores [2].

La discapacidad es considerada como un hecho social multidimensional complejo, resultante de la interacción de las personas con el entorno y si bien ha estado históricamente asociada a términos de enfermedad, curación y tratamiento, hace un poco más de una década se ha empezado a concebir no solo como enfermedad, desde el enfoque individual, sino localizada en las características estructurales y fuerzas de la sociedad [3]. De acuerdo con esta nueva forma de conceptualizar la discapacidad, la OMS en 2001 la define, como: “un término genérico que engloba las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones para la participación; y que indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo y el contexto [4]”, eliminando el término de minusvalía. Es de anotar que, pese a los avances en materia de conceptualización, las personas con discapacidad (PCD) siguen sufriendo discriminación y siguen siendo excluidas de la participación en diversos ámbitos, como: la accesibilidad en el entorno físico, la tecnología, los servicios de salud, la recreación y el trabajo decente [5].

Continuando con lo anterior, existen cada vez más estudios que muestran que también existen diferencias en el acceso a servicios y al goce de los derechos de acuerdo con el tipo de discapacidad que se aborda, siendo la discapacidad psicosocial una de las menos estudiadas y más estigmatizadas actualmente [6]. Es de anotar que su abordaje es relativamente reciente, puesto que es solo hasta la convención internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en 2008 [7], que se realiza una distinción

entre discapacidad intelectual y mental argumentando características diferentes a las demás discapacidades. Hasta entonces las personas con deficiencias, trastornos o problemas mentales, no eran consideradas personas con discapacidad sino “enfermas mentales”, que de manera inespecífica quedaban en una amplia categoría, a veces denominada “discapacidad mental” y otras “discapacidad intelectual”, que indiferenciadamente agrupaba a ambas [7].

La discapacidad psicosocial surge de la interacción entre individuos con limitaciones (alteraciones en el pensamiento, percepciones, emociones, sentimientos, comportamientos y relaciones, consideradas como señales y manifestaciones teniendo en cuenta su duración, coexistencia, intensidad y efecto en la función) y las obstrucciones en su entorno que impiden su participación plena y efectiva en la sociedad. Estas obstrucciones se originan en las restricciones impuestas por diversas culturas y sociedades en el comportamiento humano, así como en el estigma social y actitudes de discriminación. Para lograr mayor autonomía funcional, estas personas principalmente necesitan apoyo médico y terapéutico especializado según sus necesidades. De manera similar, para protegerse y participar en actividades personales, educativas, de desarrollo, deportivas, culturales, sociales, laborales y productivas, podrían requerir la asistencia de otra persona [8]. Como sugiere el término, la discapacidad psicosocial contiene aspectos tanto psicológicos como sociales de competencia, habilidades y funcionamientos reducidos y comprometidos de la vida individual y colectiva, impidiéndole su participación plena en el marco social. [9]

El desconocimiento sobre esta discapacidad para la sociedad, proveedores de atención en salud, médicos, familias y hasta las mismas personas que la padecen crea aún más estigma y discriminación y empeora la búsqueda de ayuda [10]. Algunos estudios advierten que el buscar ayuda para el cuidado de la salud mental favorece la percepción de estigmatización, por considerarse fuente de vergüenza y temor de ser considerado “loco”, Esto impide el uso de los servicios de salud mental, la búsqueda de un profesional y la consecución de un tratamiento apropiado [10]. Un estudio realizado en la India mostró una prevalencia del 4,8% de discapacidad psicosocial y necesidades insatisfechas de

acceso en todos los servicios: empleo, salud, educación y comunitarios, en comparación de las personas sin esta discapacidad [3].

Con relación a barreras de acceso a servicios de salud, una revisión publicada en 2017 en países en desarrollo mostró que existen barreras de oferta, relacionadas con la disponibilidad de provisión de servicios, información, los costos y movilidad y las barreras de demanda, que tienen que ver con la estigmatización, las barreras de comunicación y de instalaciones inaccesibles [11]. En Australia, un país con un Plan de Seguro de Discapacidad (NDIS), y casualmente con pocas personas con discapacidad psicosocial en este, encontraron que las desigualdades sociales actúan como barreras para la aplicación; el estigma, el trauma y las experiencias negativas previas, dificultando la aplicación de las personas al plan [12]. De acuerdo con el estudio de Pérez [13], para el año 2020, se logró tomar una muestra de 528 personas con diagnóstico de discapacidad psicosocial, en donde se registró que el 89.7% de la población eran hombres y tan sólo el 10,2% mujeres. Concluyendo, que los hombres tienden a padecer mayores afectaciones a nivel global en discapacidad psicosocial que las mujeres. [13],

La salud es un derecho fundamental que, además de jugar un papel muy importante por su valor, cumple una función significativa en el desarrollo humano y social. En las personas con alguna discapacidad psicosocial es imprescindible que este servicio sea de alta calidad y que se realice educación y sensibilización a la población general para evitar el estigma internalizado y favorecer la búsqueda de ayuda. Es de anotar, que los países se verán cada vez más enfrentados a la necesidad de ampliar la oferta de servicios de salud mental, pues hay un crecimiento importante de trastornos de salud mental, estimando que 1 de 4 personas lo padecerán en algún momento de la vida. [14]

En el contexto colombiano, son múltiples las barreras que se reportan para acceder a los servicios de salud [15], en el caso de las personas con discapacidad se empeoran, por lo cual esta revisión se hace necesaria para generar evidencia y algunas recomendaciones que puedan ser tenidas en cuenta y mucho más ahora cuando se está pensando una reforma a la salud en 2023.

La situación actual en Colombia frente a la producción académico-científica de las Barreras de acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad psicosocial para acceder a los servicios de salud son diversas y, lamentablemente, se agravan para las personas con discapacidad. Por esa razón, es importante detallar algunas barreras que suelen reportarse en los procesos de atención a personas con discapacidad. Entre ellas encontramos:

- Barreras económicas: Muchas personas no pueden costear los servicios de salud debido a la falta de recursos económicos. Esto es especialmente problemático para las personas con discapacidad, ya que pueden requerir atención médica y terapias especializadas que son costosas. [9]
- Acceso geográfico: En áreas rurales y apartadas, el acceso a los servicios de salud puede ser limitado. Esto afecta tanto a la población en general como a las personas con discapacidad que pueden tener dificultades para desplazarse largas distancias. [9]
- Barreras arquitectónicas: La falta de accesibilidad en instalaciones de salud, como hospitales y clínicas, puede dificultar el acceso físico para las personas con discapacidad. [9]
- Estigmatización y discriminación: Las personas con discapacidad a menudo enfrentan estigmatización y discriminación en el sistema de salud, lo que puede hacer que eviten buscar atención médica. [9]
- Falta de servicios especializados: La escasez de servicios de rehabilitación y terapias especializadas para personas con discapacidad limita su capacidad para recibir la atención adecuada. [9]
- Trámites burocráticos: Los procedimientos administrativos pueden ser complicados y lentos, lo que dificulta el acceso oportuno a los servicios de salud.

- Falta de información: La falta de información sobre los derechos de las personas con discapacidad y los servicios disponibles también puede ser una barrera importante. [9]

Para concluir, las barreras para el acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad psicosocial son poco investigadas, lo que limita su derecho a la atención médica y a una vida digna. Se requiere una mayor sensibilización y capacitación del personal de salud, así como políticas públicas que promuevan la inclusión y la igualdad de oportunidades para esta población vulnerable.

La pregunta de investigación a la cual se dará respuesta en este trabajo es: ¿Cuáles son las barreras de acceso a los servicios de salud, de las personas con discapacidad psicosocial, según la producción académica generada a nivel internacional desde el año 2013 al 2023?

2. Justificación.

El marco de la política pública para la atención de las personas con discapacidad (PcD) a nivel internacional está basado en diversos instrumentos y acuerdos que buscan promover la igualdad de derechos y oportunidades para las personas con discapacidad en todas las esferas de la sociedad. Teniendo como eje principal los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas, especialmente de las personas con discapacidad. [16]

Los esfuerzos se centran en garantizar el respeto de los derechos humanos, la igualdad de oportunidades, la inclusión social y la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad. Cada país puede adaptar estos marcos a sus realidades y contextos específicos, pero todos comparten el objetivo común de promover la igualdad y la inclusión para las personas con discapacidad.[16]

Por esa razón, es importante formular una Política Sectorial para la atención de personas con discapacidad, el acceso a servicios, incluyendo salud y la incorporación de la inclusión social en el reconocimiento de la diversidad y el desarrollo de las capacidades. Con el fin, del mejoramiento de la calidad de vida y el goce efectivo de los derechos de la población vulnerable como resultan ser las personas con discapacidad (PcD). [16]

Lo anterior, en cumplimiento de los compromisos internacionales de Derechos Humanos de los estados en el desarrollo de los lineamientos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD): Adoptada en 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas [17], esta convención es un tratado internacional que establece los derechos y principios fundamentales de las personas con discapacidad. La CDPD reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derechos y enfatiza la inclusión, la no discriminación y la participación en la sociedad.[17]

Así mismo la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Aprobada en 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas [18], la Agenda 2030 incluye el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número 10, que busca reducir las desigualdades dentro y entre los países, incluyendo aquellas relacionadas con la discapacidad.

Por otra parte, la estrategia Mundial sobre Salud de la OMS: La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado una estrategia para el período 2021-2030 que tiene como objetivo mejorar la salud de las personas con discapacidad y garantizar la cobertura de salud universal, asegurando que las PcD tendrá acceso a servicios de salud integrales y de calidad.

Así mismo, la declaración de Incheon y Marco de Acción de Educación 2030: Adoptado en 2015 en la Conferencia Mundial de Educación [19], este marco establece el compromiso de garantizar una educación inclusiva y equitativa para todas las personas, incluidas las personas con discapacidad.

Por último, la estrategia europea en Favor de las Personas con Discapacidad 2021-2030: La Unión Europea ha desarrollado una estrategia para el período 2021-2030 con el objetivo de garantizar la plena inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad europea. [20]

Definitivamente, las medidas de atención integral en la garantía de acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad psicosocial a nivel internacional son necesarios y urgentes. Como tema de salud pública, derechos humanos y compromiso de inclusión con calidad y equidad enmarca la forma en que interactúa el ente prestador de servicios, la población beneficiada y el territorio situado dentro del marco de cumplimiento del derecho a la salud.

Así mismo, se requiere de la articulación de redes de atención integral tanto institucionales como comunitarias en la consideración de vulnerabilidad social y económica en el que se puedan encontrar las personas con discapacidad psicosocial y la necesidad de implementar programas y políticas públicas que propenden por la mitigación de su estigmatización y la promoción de sus derechos. [21]

Por ello, desde los planteamientos de la OMS, las personas con discapacidad psicosocial tienen mayores dificultades para acceder a servicios como educación, trabajo, salud, transporte, entre otros espacios de participación en la garantía de derechos humanos. [21]. Dificultades en la denegación del acceso que se potencian en los asuntos de calidad,

coordinación e inclusión en la oferta del servicio de salud para las personas con discapacidad (PcD) y que afecta considerablemente el aumento de la gravedad de la situación en temas de salud pública. [21]

La salud pública desempeña un papel crucial en abordar las dificultades en el acceso a los servicios de salud para personas con discapacidad psicosocial. Es fundamental plantear las dificultades en el acceso a los servicios de salud que viven las personas con discapacidad psicosocial, para garantizar una atención equitativa e inclusiva con igualdad de acceso a servicios de salud y una atención médica de calidad para quienes históricamente han enfrentado desigualdades y barreras para acceder a servicios de salud adecuados. De igual forma, es posible desempeñar la salud pública para abogar por la eliminación de estigmas y discriminación en la sociedad, lo que contribuye a un mayor acceso y participación de las personas con discapacidad en todos los aspectos de la vida.

Así mismo, la OMS, expone que las personas con discapacidad no tienen el acceso integral a los servicios de asistencia sanitaria, haciendo que exista desatención, o alguna clase de estigmatización, discriminación, o servicios de calidad deficientes. Todo ello, implica la necesidad de generar estudios de todo tipo, que contribuyan a mitigar dicha problemática. [21]

La falta de acceso integral a los servicios de asistencia sanitaria para las personas con discapacidad puede estar en parte relacionada con la falta de conciencia y comprensión de los profesionales en salud y la sociedad en general. Dentro de la presente monografía, es relevante comprender e identificar las necesidades y barreras de acceso a los servicios de salud, que posteriormente, soporta la promoción de inclusión y protección de derechos a personas con discapacidad psicosocial. [22]

Por ende, el presente análisis busca constituirse en un aporte académico significativo, brindando un panorama inclusivo sobre la realidad de la situación de las medidas de atención integral en la garantía de acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad psicosocial a nivel internacional. [22]

Además, de ofrecer herramientas de tipo teórico, conceptual y metodológico. Incluyendo, el marco normativo y la política pública para la atención de personas con discapacidad a nivel internacional. Contribuyendo, desde la literatura científica a generar escenarios de equidad, inclusión y calidad en el restablecimiento de derechos, la producción de conocimiento científico que implementa acciones garantes en la atención integral y el acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad psicosocial. [22]

Para abordar estas barreras y mejorar el acceso a la salud en Colombia, es crucial que se realice una revisión exhaustiva y que se generen recomendaciones específicas. Esto contribuirá a asegurar que las necesidades de las personas con discapacidad sean atendidas de manera adecuada en el marco de cualquier reforma de salud que se esté considerando en 2023. [23]

Actualmente en Colombia para abordar las barreras de acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad psicosocial se basa en el reconocimiento de los derechos humanos, la legislación vigente, el enfoque de inclusión y la promoción de la salud mental. El país está comprometido en garantizar que todas las personas, independientemente de su condición, tengan igualdad de acceso a la atención médica. [23]

Así mismo, el enfoque de Inclusión está adoptando un enfoque de inclusión en todas las políticas y servicios relacionados con la salud. Esto implica considerar las necesidades específicas de las personas con discapacidad psicosocial y adaptar los servicios para satisfacer esas necesidades. [23]

Por último, las Acciones para Eliminar Barreras debe el Gobierno y las organizaciones trabajar juntos para identificar y eliminar las barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud para las personas con discapacidad psicosocial. Esto incluye la capacitación de profesionales de la salud y la adaptación de las instalaciones y servicios. [23]

3. Objetivos.

3.1 Objetivo General.

Analizar las barreras de acceso a los servicios de salud, de las personas con discapacidad psicosocial, según la producción académica generada a nivel internacional desde el año 2013 al 2023.

3.2 Objetivos Específicos.

- Caracterizar las fuentes documentales en las que se presenta la información sobre el tema de discapacidad psicosocial.
- Identificar a partir de la literatura escrita las barreras de acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad psicosocial.
- Identificar según la producción académica generada oportunidades y estrategias que contribuyan al mejoramiento del acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad psicosocial.
- Describir a partir de la literatura escrita las barreras de acceso a servicios de salud en personas con discapacidad psicosocial, utilizando un modelo para su análisis o teniendo en cuenta los elementos que comprenden la accesibilidad (determinantes - barreras)

4 Marco de Referencia.

4.1 Estado del Arte.

Son diversas las investigaciones académicas que han abordado la temática de la atención en salud de las personas con discapacidad psicosocial. No obstante, se evidencia la necesidad de continuar estudiando el tema desde las diferentes miradas, argumentos y disciplinas fomentando el desarrollo de políticas públicas en la garantía de derechos, acceso a servicios.

Dentro del marco de antecedentes, se denotan las siguientes investigaciones:

A nivel internacional, el estudio de Trigueros denominado *Análisis del concepto de discapacidad psicosocial que tiene el personal docente de educación especial del centro de Enseñanza Especial de Heredia* [24], aplicó técnicas de recolección de la información, recopilación de bibliografías y aplicación de cuestionarios a 46 docentes del CEEH. Dentro de los resultados, se logró evidenciar la población con enfermedades psicosociales, con aspectos de trastornos mentales y psiquiátricos, demostrando que la salud mental es fundamental y está relacionado directamente con la funcionalidad de las personas y su desempeño en las labores que ejecuta. El estudio concluye, que es determinante brindar un enfoque de derechos en el sector de salud pública para así dar un reconocimiento a la diversidad de los seres humanos y su perspectiva social en discapacidad, y así garantizar la participación social de las personas en un ambiente sano pleno de bienestar. [24]

En el marco nacional, la investigación de Melo y Osorio, titulada; *Percepción sobre discapacidad psicosocial de un grupo de profesionales de las ciencias humanas y de la salud en Ibagué, Tolima* [25], desarrollada desde el enfoque de tipo descriptivo, buscó comprender el conocimiento que tiene el cuerpo docente de los profesionales del área de las ciencias humanas y de la salud sobre la discapacidad psicosocial, como técnica para la recolección de la información tuvo en cuenta la entrevista y la encuesta. Dentro de los resultados significativos, lograron identificar que existen debilidades en los conceptos, sin

embargo, hay una claridad sobre la relación que existe entre las enfermedades mentales y la discapacidad psicosocial. Con dicho estudio, los autores aseguran la importancia de generar estudios que puedan fomentar con claridad la información y así, mitigar y disminuir la estigmatización social que existe frente al diagnóstico. [25]

A nivel local, el estudio de Suárez y Chalarca nombrado *Concepciones de discapacidad psicosocial: Análisis de los procesos académicos y trayectoria estudiantil desde la educación superior inclusiva en la UDEA* [26], introduciendo la temática desde el aspecto pedagógico en la búsqueda de nuevas alternativas y, por ende, descubrir nuevas problemáticas que evidencian el desconocimiento existente sobre la discapacidad psicosocial. Abordó, en el marco pedagógico, temas de índole políticos y legales respecto al derecho y el bienestar de las personas. Siendo de gran importancia el aporte de la investigación en las transformaciones académicas y sociales de la universidad. El estudio fue de tipo cualitativo desde un marco hermenéutico crítico, delimitado desde la investigación acción, referente a los procesos de formación y acompañamiento pedagógico. Las técnicas de recolección de información de la investigación fueron la observación, la entrevista, y el diario de campo. Dentro de las conclusiones, se hace énfasis en el poco conocimiento que existe sobre la discapacidad psicosocial, evidenciando una invisibilización por parte del cuerpo docente, de conceptos fundamentales que dan claridad de la temática, teniendo como consecuencia, discriminación, exclusión, estigma, y auto estigma. El estudio recomienda continuar con proyectos pedagógicos que permitan mitigar el desconocimiento del diagnóstico. [26]

La producción académica internacional, las principales barreras de acceso a los servicios de salud para personas con discapacidad psicosocial son la discriminación y estigmatización por parte de los profesionales de la salud, la falta de capacitación y sensibilización de los mismos, la falta de accesibilidad física y comunicacional en los centros de salud, la falta de información y recursos sobre los servicios de salud disponibles, y la falta de participación y empoderamiento de las personas con discapacidad psicosocial en su propio cuidado de salud. [27]

En Colombia muy particularmente, en un contexto que se asemeja al de alguno de sus vecinos como México y Chile, en las ciudades capitales, donde se han podido identificar, abundan marcadas barreras físicas, de acceso y de atención en los servicios de salud, sobre todo a poblaciones altamente vulnerables; Así lo indican los estudios revisados con el interés de identificar en la literatura, expresiones y experiencias de barreras de acceso a la salud. Enfermedades de alto costo, discapacidad física y de los sentidos, discapacidades de orden cognitivo y mental se han constituido en poderosos dramas humanos, de los que más allá, de la huella que deja la experiencia de uso de facilitadores y recursos técnicos, financieros, jurídicos y de capital propios, no se documentan, a través de la investigación. [27]

Por otro lado, las principales barreras de acceso están ligadas a aspectos económicos que impactan directamente en las finanzas de las cuidadoras, al incurrir en gastos de bolsillo, como la compra de insumos y medicamentos no autorizados por la EPS y de vital importancia para los tratamientos de los hijos (as) en condición de discapacidad; de igual manera los traslados tanto al interior como exterior de la ciudad en aras de acceder a los servicios, debido en ocasiones por la oferta limitada de servicios, así mismo, la deficiencia organizativa y administrativa, disminuye el poder adquisitivo de cuidadoras y familias. Las barreras descritas en este estudio, coinciden con estudios realizados con anterioridad en otras regiones del país, así mismo, las cuidadoras se valen del poder judicial en aras de eludir los obstáculos para acceder efectiva y oportunamente a los servicios de salud que garanticen los derechos de sus hijos (as). [27]

En general, la producción académica internacional mencionada anteriormente que abordar las barreras de acceso a los servicios de salud para las personas con discapacidad psicosocial es un desafío global que requiere un enfoque multidisciplinario y una colaboración entre gobiernos, organizaciones de la sociedad civil y profesionales de la salud mental. Además, se destaca la importancia de la investigación continua y la implementación de políticas efectivas para mejorar la situación y garantizar un acceso equitativo y de calidad a la atención de salud mental para esta población. [27]

4.2 Marco Teórico.

Teorías sobre discapacidad psicosocial.

En lo que corresponde a la función de analizar el tema planteado desde las bases del marco teórico, se sitúa las teorías existentes que fundamentan el argumento precisado de la discapacidad.

Para Judith Cook. Su teoría se centra en entender la recuperación y promover la inclusión de personas con enfermedades mentales graves. A través de sus estudios e investigaciones, ha contribuido significativamente a la comprensión de cómo las personas pueden recuperarse y llevar una vida significativa y satisfactoria a pesar de enfrentar desafíos de salud mental.[28]

La teoría y enfoque principal de Judith Cook se basa en el concepto de "recuperación". Según su perspectiva, la recuperación en salud mental es un proceso individual y personalizado que involucra el logro de una vida plena y significativa, incluso después de haber experimentado episodios de enfermedad mental grave. Esta visión es opuesta al modelo tradicional que vio la enfermedad mental como una condición crónica y sin posibilidad de mejoría. [28]

Cook ha promovido la noción de recuperación como un proceso posible y realista, destacando la importancia de la esperanza, el empoderamiento y la autoeficacia en el proceso de recuperación. Para ella, la recuperación no significa, no obstante, la eliminación completa de los síntomas, sino más bien el logro de una vida significativa y satisfactoria, con sentido y propósito, a pesar de vivir con una enfermedad mental. [28]

Además de enfocarse en la recuperación individual, Judith Cook también ha investigado y abogado por la inclusión social de las personas con discapacidad psicosocial. Su trabajo ha contribuido a crear conciencia sobre la importancia de eliminar el estigma y la discriminación asociados con la enfermedad mental y promover la participación activa y plena de estas personas en la sociedad. [28]

En resumen, la teoría de Judith Cook se basa en la recuperación en salud mental y la inclusión de personas con discapacidad psicosocial. Su enfoque ha sido fundamental para cambiar la forma en que se entiende y aborda la enfermedad mental, destacando la

posibilidad de una vida significativa y satisfactoria para las personas que enfrentan estos desafíos. Sus contribuciones han tenido un impacto significativo en el campo de la salud mental y han proporcionado esperanza y oportunidades para muchas personas. [28]

Por otro lado, para Marianne Farkas es una destacada psicóloga clínica y profesora en la Escuela de Medicina de Harvard, reconocida por su trabajo en el campo de la rehabilitación psicosocial y la recuperación de personas con discapacidad psicosocial. Su enfoque se ha centrado en desarrollar estrategias y programas que promueven la recuperación y la inclusión social de las personas que enfrentan enfermedades mentales graves. [29]

La teoría y enfoque principal de Marianne Farkas se basa en el concepto de "rehabilitación psicosocial". Esta perspectiva aborda la recuperación de las personas con discapacidad psicosocial desde un enfoque holístico que incluye aspectos médicos, psicológicos, sociales y culturales. Se enfoca en brindar apoyo y recursos para que las personas puedan alcanzar su máximo potencial y llevar una vida significativa y satisfactoria, a pesar de los desafíos que puedan enfrentar debido a su enfermedad mental. [29]

La rehabilitación psicosocial se basa en el respeto a la autonomía y la dignidad de las personas, reconociendo su capacidad de tomar decisiones sobre su propio proceso de recuperación. Se busca promover la participación activa de los individuos en su propio proceso de recuperación, lo que implica tener en cuenta sus metas personales, intereses y preferencias. [29]

Además, la teoría de Farkas enfatiza la importancia de la inclusión social y la participación en la comunidad como elementos esenciales para la recuperación de las personas con discapacidad psicosocial. Se reconoce que el aislamiento y la distinción pueden ser barreras significativas para la recuperación y, por lo tanto, se busca promover una mayor comprensión y aceptación en la sociedad para entornos más inclusivos. [29]

A lo largo de su carrera, Marianne Farkas ha sido una defensora activa de la rehabilitación psicosocial y la recuperación en salud mental. Su trabajo ha influido en el desarrollo de políticas y programas que promueven la inclusión y mejoran la calidad de vida de las personas con discapacidad psicosocial. Su enfoque integral y humanista ha tenido un impacto

significativo en el campo de la salud mental y ha proporcionado esperanza y oportunidades para muchas personas que enfrentan enfermedades mentales graves. [29]

Por último, la teoría principal asociada con Mike Slade, profesor de Psiquiatría en el King's College de Londres, se basa en el concepto de "Recuperación en Salud Mental". Slade es conocido por su trabajo pionero en el campo de la recuperación y su enfoque en promover la inclusión social y comunitaria de personas con discapacidad psicosocial. [30]

La teoría de Recuperación en Salud Mental se basa en la idea de que las personas con enfermedades mentales graves pueden lograr una vida significativa y satisfactoria, más allá de los síntomas y las limitaciones asociadas con su condición. Slade aboga por un cambio en el enfoque tradicional de la salud mental, que se centraba en la remisión de los síntomas y la certeza, hacia un enfoque más amplio que ponga énfasis en la recuperación personal y la inclusión social. [30]

Los principios clave de la teoría de Recuperación en Salud Mental incluyen:

- Esperanza y autoestima: La teoría enfatiza la importancia de mantener la esperanza y la autoestima, alentando a las personas con discapacidad psicosocial a establecer metas realistas y alcanzables para su recuperación.
- Empoderamiento y participación activa: Slade destaca el papel activo que deben tener las personas en su propio proceso de recuperación. Se busca empoderar a las personas para que tomen decisiones informadas y participen en su tratamiento y plan de cuidados.
- Apoyo social y comunitario: La inclusión social y la conexión con la comunidad son consideradas fundamentales para la salud mental. Slade promueve la importancia del apoyo social, la interacción con otros y la participación en actividades comunitarias.
- Enfoque en fortalezas y recursos: Se valora el enfoque en las fortalezas y recursos individuales de cada persona en lugar de solo enfocarse en sus deficiencias y síntomas.

- Autonomía y toma de decisiones: La teoría de Recuperación en Salud Mental aboga por respetar la autonomía y la capacidad de tomar decisiones de las personas con discapacidad psicosocial, incluso en situaciones en las que pueden necesitar apoyo.

El enfoque de Mike Slade en la recuperación en salud mental ha tenido un impacto significativo en la forma en que se entiende y aborda la atención de personas con discapacidad psicosocial. Su trabajo ha influido en la práctica clínica y en el desarrollo de políticas de salud mental, promoviendo una visión más esperanzadora y centrada en el individuo para la recuperación y la inclusión social. [27]

Por otro lado, Muñoz, Pérez y Crespo, consideran que el estigma se deriva a partir de tres factores; el primero relacionado con los estereotipos sociales que generalizan a la población, ignorando las características y los estados diagnósticos de cada persona. El segundo aspecto, referido al prejuicio social, expuesto a través de las emociones y valoraciones sociales y el tercer aspecto, es la discriminación efectiva la cual comprende todas aquellas actitudes que generan rechazo y sitúan a las personas con discapacidad psicosocial en condición de detrimento tanto a nivel social como emocional. [31]

López y Colaboradores manifiestan que, la estigmatización de la discapacidad psicosocial ha sido determinada por todo un conjunto de creencias que predisponen emocionalmente las situaciones de discriminación, estigmatización y violencias relacionadas con la falta de atención de calidad e integral en los servicios de salud para dicha población. [32]

Y desde otra mirada, Leturia manifiesta que existen consecuencias en la falta de atención a la discapacidad psicosocial en los servicios de salud, generando mayor deterioro del estado de salud de la persona. Además, de profundizar en las limitaciones y las restricciones de su participación social, acentuando las malas condiciones del bienestar y la calidad de vida de las personas. Siendo, diversas las situaciones que enfrentan las personas con discapacidad psicosocial, ya que se les dificulta acceder a las oportunidades laborales y de educación, entre otras, y su participación en el tejido social como aspectos que impiden su desarrollo a nivel económico, social y personal. [33]

Así mismo, para Vélez, González y Velásquez, 2016, las Barreras de acceso a los servicios de salud para personas con discapacidad psicosocial se basa en el reconocimiento de los obstáculos y desafíos que enfrentan estas personas para acceder a una atención médica adecuada y equitativa. La discapacidad psicosocial se refiere a las limitaciones que experimentan las personas en su funcionamiento mental, emocional y social debido a condiciones de salud mental, como trastornos psiquiátricos, problemas emocionales y trastornos del comportamiento. Así mismo se presentan algunos elementos clave que constituyen una teoría de esta barrera:

Estigma y discriminación: Las personas con discapacidad psicosocial se enfrentarán al estigma y discriminación en la sociedad, lo que puede llevar a la exclusión social y dificultar su acceso a los servicios de salud. El estigma puede provenir de la falta de comprensión sobre las enfermedades mentales, mitos y prejuicios arraigados en la sociedad. [9]

Barreras de comunicación: La falta de comunicación efectiva entre el personal médico y las personas con discapacidad psicosocial puede dificultar la comprensión de sus necesidades de salud y el cumplimiento de los tratamientos. La estigmatización también puede llevar a la pérdida de confianza en los profesionales de la salud. [9]

Falta de recursos adecuados: En muchos, los servicios de salud mental pueden ser limitados o inexistentes, lo que dificulta el acceso a diagnósticos precisos y tratamientos adecuados. Esto puede ser especialmente relevante en áreas rurales o en países con sistemas de salud insuficientes. [9]

Barreras financieras: Las personas con discapacidad psicosocial pueden enfrentar dificultades económicas, lo que les impide acceder a servicios de salud mental o medicamentos necesarios. Los costos asociados con la atención médica pueden ser una barrera significativa para esta población. [9]

Falta de formación del personal de salud: Muchos profesionales de la salud no están debidamente formados en el manejo de personas con discapacidad psicosocial. La falta de formación puede llevar a una atención inadecuada o inapropiada, lo que agrava la situación de la persona. [9]

Desconocimiento de derechos: Las personas con discapacidad psicosocial no pueden estar al tanto de sus derechos a la atención médica y, por lo tanto, no pueden buscar o recibir el apoyo necesario para acceder a los servicios de salud. [9]

Barreras arquitectónicas y de transporte: La accesibilidad física a los servicios de salud también puede ser un problema para las personas con discapacidad psicosocial, especialmente cuando las instalaciones de atención médica no están adaptadas a sus necesidades. [9]

Para abordar estas barreras, es esencial promover una mayor conciencia sobre la discapacidad psicosocial, reducir el estigma asociado con las enfermedades mentales y mejorar la capacitación del personal de salud en el manejo adecuado de estas condiciones. Además, se debe trabajar en la expansión de los servicios de salud mental y en la promoción de políticas inclusivas que garantizan el acceso equitativo a la atención médica para todas las personas, independientemente de su condición de salud mental. [9]

Modelos sobre acceso a servicios de salud en perspectiva de discapacidad

En este apartado es importante resaltar las diferentes teorías y modelos que explican las barreras de acceso a los servicios de salud para personas con discapacidad psicosocial. A continuación, se presentan algunos de los modelos más relevantes:

Modelo Social de la Discapacidad: Este modelo sostiene que la discapacidad no es simplemente una condición inherente de la persona, sino que es una interacción entre la limitación funcional de la persona y las barreras sociales y ambientales que dificultan su participación plena en la sociedad. En el contexto de acceso a los servicios de salud, este modelo enfatiza que las barreras que enfrentan las personas con discapacidad psicosocial no son solo por sus condiciones de salud, sino también por la falta de adaptación de los servicios y la estigmatización que enfrentan. [34]

Cabe resaltar, que el Modelo Social de la Discapacidad es una perspectiva teórica que busca entender la discapacidad no solo como una característica individual de la persona, sino como

el resultado de las barreras sociales, culturales y ambientales que limitan la participación plena y la igualdad de oportunidades para las personas withdisability. Fue desarrollado como una alternativa al Modelo Médico de la Discapacidad, que se centraba únicamente en las deficiencias y limitaciones individuales de la persona. [34]

De igual manera, el Modelo Social de la Discapacidad ha sido fundamental para impulsar la legislación y políticas que promueven los derechos y la inclusión de las personas con discapacidad en diversos entornos de la sociedad, incluidos el acceso a la educación, el empleo y los servicios de salud. Al adoptar este enfoque, se busca eliminar las barreras que dificultan la plena participación de las personas con discapacidad y crear una sociedad más inclusiva y equitativa para todos. [34]

En consecuencia, este modelo aboga por un enfoque más inclusivo y centrado en los derechos humanos. Se trata de eliminar las barreras sociales y ambientales para que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos y participar activamente en la comunidad. Esto implica no solo adaptar los servicios de salud, sino también promover una mayor sensibilización y comprensión en la sociedad para eliminar la estigmatización y la discriminación. [34]

Modelo de Estigma y Etiquetado: Esta teoría se centra en cómo el estigma asociado con las enfermedades mentales y las etiquetas negativas pueden afectar la forma en que las personas con discapacidad psicosocial son percibidas y tratadas en el sistema de salud. El estigma puede llevar a la discriminación y al miedo de buscar ayuda, lo que resulta en barreras para acceder a los servicios de salud mental. [35]

En resumen, el Modelo de Estigma y Etiquetado enfatiza la importancia de comprender cómo el estigma social puede afectar a las personas con enfermedades mentales o discapacidades, y cómo las etiquetas negativas pueden influir en su percepción y tratamiento en la sociedad. La concienciación, la educación y la promoción de una actitud más inclusiva son esenciales para abordar estos problemas y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. [35]

Modelo de Determinantes Sociales de la Salud: Este enfoque considera cómo los factores sociales, económicos y culturales influyen en la salud de las personas. Las personas con

discapacidad psicosocial pueden enfrentar condiciones socioeconómicas desfavorables, falta de acceso a educación y empleo, lo que puede afectar negativamente su acceso a la atención médica. [36]

En teoría busca explicar cómo los factores sociales, económicos, culturales y ambientales influyen en la salud de las personas y las comunidades. Este enfoque reconoce que la salud no solo está determinada por factores biológicos o de estilo de vida individual, sino que también está moldeada por las condiciones sociales en las que las personas viven, trabajan y se desenvuelven. [36]

Lo que resalta, la importancia de los factores sociales, económicos, culturales y ambientales en la determinación de la salud de las personas y comunidades. Al abordar estos determinantes, se busca promover la equidad en la salud y mejorar el bienestar de toda la población. [36]

Por esa razón, es importante mencionar que la falta de acceso a la educación puede afectar negativamente la salud de las personas con discapacidad psicosocial de varias maneras. La educación es un factor importante para el desarrollo personal y social, lo que puede tener un impacto positivo en la autoestima y la calidad de vida de las personas con discapacidad psicosocial. Además, la educación puede proporcionar habilidades y conocimientos necesarios para el cuidado personal y la gestión de la salud. La falta de acceso a la educación también puede limitar las oportunidades de empleo, lo que puede llevar a condiciones socioeconómicas desfavorables y dificultades para acceder a la atención médica adecuada. En resumen, la falta de acceso a la educación puede tener un efecto negativo en la salud y el bienestar de las personas con discapacidad psicosocial. [36]

Modelo de Atención Centrada en el Paciente: Este modelo destaca la importancia de considerar las necesidades y características individuales de los pacientes al brindar atención médica. En el contexto de la discapacidad psicosocial, esto significa adaptar los servicios de salud mental para abordar las necesidades específicas de cada persona, fomentar la participación activa del paciente en su propio cuidado y fomentar la colaboración entre el paciente y el profesional de la salud. [37]

Es importante resaltar que el Modelo de Atención Centrada en el Paciente es una perspectiva teórica que coloca al paciente en el centro de la atención médica, reconociendo su papel activo en la toma de decisiones sobre su salud y bienestar. Este enfoque busca comprender y atender las necesidades, preferencias y valores únicos de cada paciente, promoviendo una relación de colaboración entre el profesional de la salud y el paciente. [37]

En conclusión, este modelo busca colocar al paciente en el corazón de la atención médica, reconociendo su autonomía y sus necesidades individuales. Al adoptar este enfoque, se busca mejorar la calidad de la atención médica, aumentar la satisfacción del paciente y promover mejores resultados de salud. [37]

Modelo de Acceso a la Atención Médica: Este modelo examina los múltiples factores que influyen en el acceso a la atención médica, incluidos los factores geográficos, económicos, culturales y estructurales. Para las personas con discapacidad psicosocial, esto puede implicar superar las barreras geográficas y económicas, así como asegurar que los servicios sean culturalmente apropiados y accesibles.[38]

Lo que nos conlleva a que es una teoría que busca entender y abordar los factores que influyen en la capacidad de las personas para obtener atención médica adecuada y oportuna. Este enfoque se centra en identificar y superar las barreras que pueden dificultar el acceso a los servicios de salud. [38]

Lo que puede implicar la implementación de políticas y programas que reduzcan las barreras económicas y culturales, la expansión de servicios de salud en áreas desatendidas, el aumento de la conciencia sobre la importancia de la atención médica preventiva y la promoción de servicios de salud inclusivos y culturales sensibles. Al hacerlo, se espera mejorar la salud de la población y reducir las disparidades en el acceso a la atención médica. [38]

Por último, es importante tener en cuenta que estas teorías no son exhaustivas y que el acceso a los servicios de salud para personas con discapacidad psicosocial es un tema complejo y multidimensional. La combinación de estas teorías puede ayudar a comprender

mejor las barreras y desarrollar estrategias efectivas para mejorar el acceso a la atención médica para esta población. [38]

4.3 Marco Conceptual.

En la necesidad de precisar los conceptos básicos que se citan en el análisis del tema, se define el siguiente marco conceptual a manera de glosario de términos claves con la finalidad de brindar elementos argumentativos sobre el tema de accesibilidad al sistema de salud y la discapacidad psicosocial.

Accesibilidad al sistema de salud.

La accesibilidad al sistema de salud se define en la búsqueda de garantías para la población, en la satisfacción de requerimientos de atención médica y en la disponibilidad de centros de atención, servicios de salud, talento humano y conocimiento de las necesidades de la población [39]

De acuerdo con la OMS, la accesibilidad al sistema de salud comprende condiciones como la distancia a centros médicos, horarios de atención asequibles para la población y oportunos, dotaciones que respondan a las necesidades de las personas usuarias y las cualidades individuales para demandar los servicios. [39]

De tal manera que, la accesibilidad se puede trabajar a partir de tres factores fundamentales:

- Como parte del proceso de implementación de la política pública.
- Como un componente de la política pública integral de salud.
- Como el eslabón que une los procesos de oferta y demanda.

Los anteriores temas serán ampliados a partir del desarrollo teórico de la accesibilidad como proceso (en el cumplimiento de la atención médica oportuna) y como producto (en la atención efectiva y garante). Teniendo en cuenta, además que la accesibilidad por sí

misma está sujeta al vínculo de aspectos sociales, jurídicos, políticos, económicos, culturales, geográficos y de contexto.

Es decir, que más allá del derecho de las personas con discapacidad (PcD) para recibir atención en salud se sitúa la disponibilidad institucional para conseguirla.

Discapacidad Psicosocial.

La discapacidad psicosocial, en sus diferentes tipologías (depresión, ansiedad, trastorno bipolar, esquizo-afectivo y-o dual, esquizofrenia) se define desde el planteamiento de CONADIC, como una limitación de las funciones de la mente, lo cual genera disfunciones a corto o largo plazo, poniendo en riesgo la realización de actividades sociales y personales del individuo. [40]

Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud, la discapacidad se define desde el enfoque social. La discapacidad psicosocial, se refiere a una restricción de la psique, causada por factores sociales y por los procesos tardíos de diagnóstico y tratamientos que puedan prevenir dicha condición. Las personas que han padecido trastornos mentales han sufrido de estigmatización, discriminación y exclusión, escenarios que dificultan y ponen en mayor riesgo su salud mental. [41]

Finalmente, la OMS considera que el trastorno mental, desde la perspectiva médica, se trata de un patrón de comportamiento que presentan las personas a través de pensamientos, emociones, conductas, relaciones sociales anormales, como lo refleja el trastorno del neurodesarrollo, espectro de la esquizofrenia, demencia, trastorno bipolar, depresivo, de personalidad y de ansiedad, entre otros, trastornos relacionados con el estrés y traumas. [42]

La discapacidad psicosocial surge como consecuencia de la interacción entre el estado psicoafectivo de una persona y las barreras de actitud y ambiente creadas por la sociedad. Estas barreras, fundamentadas en el estigma, el temor y la falta de

conocimiento, restringen la capacidad de involucrarse plenamente en igualdad de términos con los demás. [43]

Existen diversos tipos de discapacidad psicosocial entre ellos tenemos:

- Depresión mayor
- Esquizofrenia, trastorno esquizo-afectivo
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno de ansiedad
- Trastorno de pánico con estrés postraumático
- Trastorno bipolar
- Trastornos generalizados del desarrollo (autismo y asperger)
- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Trastorno fronterizo
- Trastornos alimentarios (anorexia y bulimia)
- Trastorno dual (cualquiera de estas disfunciones, pero acompañada de una o más adicciones a sustancias psicoactivas). [44]

A diferencia de la discapacidad psicosocial, la discapacidad mental implica la limitación o falta (causada por una deficiencia) de la habilidad para llevar a cabo una actividad en la forma o en el rango considerado típico para un ser humano. Ejemplos de esto incluyen el Síndrome de Down, el Síndrome de X Frágil, el Síndrome de Wesn y la Fenilcetonuria. [45]

Las habilidades cognitivas de individuos con este tipo de discapacidad son inferiores a lo que se anticipa para su edad o grupo. Estas discrepancias pueden surgir debido a diversos elementos como factores genéticos, ambientales o metabólicos durante la gestación. Contrariamente, en el caso de la discapacidad psicosocial, los puntos de referencia no están ligados a la edad de la persona sino a los aspectos sociales. [45]

Algunas características de la población con discapacidad psicosocial son: [46]

1. Muestran pensamientos delirantes, experiencias de alucinaciones, desorganización en el lenguaje (frecuentes desviaciones o falta de coherencia), conductas catatónicas o significativamente desordenadas, así como síntomas negativos (embotamiento emocional, alogia o abulia).
2. Son individuos que utilizan los servicios de atención mental y que enfrentan cambios en su estado de ánimo, episodios de miedo, percepciones auditivas o visuales, crisis o situaciones complicadas en el ámbito de la salud mental y la psicosis.
3. Experimentan transformaciones sustanciales en su personalidad, costumbres o hábitos. Este cambio no se origina únicamente en factores individuales como "debilidades personales o falta de carácter o personalidad". En realidad, su origen es resultado de una combinación de diversos elementos vinculados, tales como factores genéticos, sociales, culturales, económicos, entre otros.
4. Cuando las características clínicas son leves o moderadas, con la apropiada atención de un profesional, la persona puede llevar a cabo sus actividades cotidianas con autonomía e independencia. [46]

4.4 Marco Legal.

El marco legal que se encuentra a continuación describe la normatividad vigente con mayor relevancia a nivel nacional e internacional que conforma Bloque de constitucionalidad.

Tabla 1. Normatividad a nivel Internacional

INSTRUMENTO JURIDICO INTERNACIONALES	ANOTACION
Constitución Política de Colombia.	Artículos; 12, 13, 47, 54 y 68.
Declaración Universal de los Derechos Humanos	ONU, 1948.
Convención Interamericana para la Eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad	OEA, 1999.
Declaración de Cartagena de indias,	1992.
Convención de las Personas con Discapacidad –	ONU, 2006.
Declaración de los Derechos de las Personas con retardo mental.	ONU, 1971.
Declaración de los Derechos de los impedidos.	ONU, 1975.
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -	-1976.
Programa de acción mundial para las personas con discapacidad -	-ONU, 1982.
Atención a salud mental.	Resolución 46/119 ONU, 1991-
Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad –	ONU, 1993.
Declaración de Copenhague	ONU, 1995.
Declaración de Panamá,	2000.
Declaración de Caracas	2001.
Declaración de Cartagena	2002.
Declaración de Panamá	2007.
Resolución 62/127	ONU, 2008.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Normatividad a nivel nacional.

INSTRUMENTO JURIDICO NACIONALES	ANOTACION
Ley 762 2002	Por medio de la cual se aprueba la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”, Guatemala, (1999). Esta Convención fue ratificada por Colombia el 12 de abril de 2003.
Ley 1098 2006	Código de Infancia y Adolescencia, artículos 36, 43, 44, 46 y 142 de la protección de los menores con discapacidad. La Ley 1878 de 2018 “Por medio de la cual se modifican algunos artículos de la ley 1098 de 2006, por la cual se expide el código de la infancia y adolescencia.
Ley 1257 2008	Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Art. 20, 30,31.
Ley 1306 2009	Por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación de las personas con discapacidad mental absoluta. Art. 13.
Ley 1346 2009	Por medio de la cual se aprueba la Convención de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Organización de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.
Ley 1448 2011	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.

	Respecto a las personas con discapacidad se refiere en Art. 13. Sobre enfoque diferencial. Art 51. Medidas en materia de educación. Art. 114. Atención preferencial. Art. 123. Medidas de restitución en materia de vivienda y Art. 136 sobre programas de rehabilitación.
Ley Estatutaria 1618 2013 Artículo 10	Por la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los Derechos de las Personas con discapacidad. Garantía de atención en salud a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS.
Ley 1752 2015	Por medio de la cual se modifica la Ley 1482 de 2011, para sancionar penalmente la discriminación contra las personas con discapacidad. Eleva a delito la discriminación por motivos de discapacidad.
Ley 1753 2015	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país". Los referentes técnicos pedagógicos deberán contener estándares de inclusión y accesibilidad dando cumplimiento al artículo 11° de la Ley 1618 de 2013 y acorde al artículo 24° de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y sus ajustes razonables.
Ley 1145 2007	Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad.
Ley 60 1993 Artículos 2, 3, 4 y 5.	prestación de servicios de salud de competencia municipal, departamental distrital y nacional y es deber garantizar directamente o a través de contratos con entidades oficiales o privadas, teniendo en cuenta los principios de complementariedad y subsidiariedad.
Ley 100 1993	Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y

	la comunidad para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, y brinda beneficios especiales a las personas con discapacidad.
Ley 383 1997	Normas de lucha contra la evasión del contrabando determinando un porcentaje de recursos para desarrollar programas para el mejoramiento de las instituciones de salud mental y la atención a población con discapacidad. Artículo 62 Numeral 6º.
Ley 643 2001	Se fija el régimen rentístico propio de juegos de suerte y azar con un porcentaje de los recursos recaudados a la vinculación al régimen subsidiado a los discapacitados, limitados visuales y salud mental. Artículo 42 Parágrafo 1 literal d).
Ley 715 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357. Acto legislativo 01 de 2001 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Ley 1122 2007	Por medio de la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y determina como objetivo la atención de los factores de riesgo y condiciones de vida saludables. Artículo 29. Del pasivo prestacional de las empresas sociales del Estado. Se pagarán pensiones de invalidez y sustituciones pensionales, causadas en las ESE al finalizar la vigencia de 1993.
Ley 1438 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, En su artículo 66. Determina que las acciones de salud deben incluir la garantía a la salud

	de las personas con discapacidad, mediante una atención integral y una implementación de una política nacional de salud con un enfoque diferencial con base en un plan de salud del Ministerio de la Protección Social.
Ley 1751 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. En el artículo 11 establece como sujetos de especial protección a la población con discapacidad. Declarada exequible por la Corte Constitucional mediante sentencia C634 de 2015.
Ley 1996 2019	Por medio de la cual se establece el Régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad. En su artículo 6 señala expresamente que “Todas las personas con discapacidad son sujetos de derecho y obligaciones, y tienen capacidad legal en igualdad de condiciones, sin distinción alguna e independientemente de si usar o no apoyos para la realización de actos jurídicos”. Añade, además, que “En ningún caso la existencia de una discapacidad podrá ser motivo para la restricción de la capacidad de ejercicio de una persona”. [18, p. 6]
Decreto 4800 2011	Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones. Respecto a las a personas con discapacidad.
Decreto 2381 1993	Por el cual se declara el 3 de diciembre de cada año como el día nacional de las personas con discapacidad.
Decreto 19 2012	Obligación de las entidades del Estado de generar mecanismos de atención preferencial a personas con

	discapacidad. Art. 13 No discriminación a las PcD en Art. 26.
Decretos 2226 y 1152 1996 y 1999	Se asigna al Ministerio de Salud la función relacionada con la dirección, orientación, vigilancia y ejecución de los planes y programas incluye “minusválidos y discapacitados”
Decreto 806 1998	Por medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.” Determina lo relacionado con la afiliación al sistema de población con discapacidad.
Decreto 3039 2007	Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.
Decreto 4747 2007	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.
Resolución 848 2014	Mediante la cual se establecen lineamientos, criterios y tablas de valoración diferenciales para el hecho victimizante de lesiones personales, físicas y psicológicas.
Resolución No.1516 2016	Se aprueba el "Lineamiento técnico para la atención de niños, niñas, adolescentes y mayores de 18 años con derechos inobservados, amenazados o vulnerados, con discapacidad", el cual en su página 42 promueve el registro de los beneficiarios de las modalidades de atención de población con discapacidad en el RLCPD.
Resolución 7155 2016	Por la cual se modifica la Resolución 5929 de 2010 que aprueba los lineamientos técnico-administrativos

	de ruta de actuaciones y modelo de atención para el restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes y mayores de 18 años con discapacidad, con sus derechos amenazados, inobservados o vulnerado.
Resolución 3165 1996	Adopta lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías.
Resolución 1841 2013	Por el cual se adopta, asigna responsabilidades, implementa y monitorea el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
Resolución 2626 2019	Por la cual se modifica la Política de Atención en Salud –PAIS y se adopta el Modelo de Atención Integral Territorial -MAITE.
Acuerdo 415 2004	Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Artículo 6. Sobre Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadora, se eximen usuarios inscritos en programa especiales de atención integral para patologías específicas. En el Artículo 7º. Servicios sujetos al cobro de copagos, con excepción de Enfermedades catastróficas o de alto costo.
Conpes 161 2013	Incluye lo ordenado para el sector salud en la Ley 1257 de 2008, en particular en lo relacionado con la reglamentación para la implementación de las medidas de atención (Art 19) se incluyó como beneficiarias a las mujeres con discapacidad víctimas de violencia, su cuidador o cuidadora, así como a sus hijos e hijas mayores de edad con discapacidad.
Conpes 166 2013	Define los lineamientos, estrategias y recomendaciones que, con la participación de las

	instituciones del Estado, la sociedad civil organizada y la ciudadanía, permitan avanzar en construcción e implementación de la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social - PPDIS, que se basa en el goce pleno en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las Personas con Discapacidad.
--	--

Fuente: Elaboración propia

5 Metodología.

5.1 Tipo de Investigación.

Se realizó una monografía de corte descriptivo y compilativo, pues a partir de un tema ya estudiado, se recopiló la información bibliográfica y se analizó para luego presentar los puntos más importantes, partiendo de unos objetivos y otras delimitaciones. Para esta monografía el tema seleccionado estuvo alrededor de la atención en salud de las personas con discapacidad psicosocial. [47].

Las monografías se basan en la recopilación documental e implican un trabajo sistemático, objetivo, producto de la lectura, análisis y síntesis de la información producida por otros, para dar origen a una nueva información, con el sello propio de quién la realiza [48]. El análisis y la presentación sobre el tema seleccionado busca establecer relaciones, diferencias y posturas, abordando el estado del arte en los problemas de carácter teórico.

5.2 Criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión para la aceptación de documentos pertinentes para la construcción del presente proyecto obedecieron a artículos originales de revistas científicas, artículos originales en revistas profesionales, tesis, informes empresariales y gubernamentales, bajo criterios de búsqueda como: el acceso y la atención en los servicios de salud de las personas en condición de discapacidad psicosocial; en idioma inglés o español que no excedieron los 10 años de antigüedad.

Además, se excluyeron documentos que, a pesar de cumplir con los criterios de búsqueda, se encontraban en idiomas diferentes al inglés o español, excedían los 10 años de publicación y se cataloguen como revisiones de literatura o revisiones sistemáticas.

5.3 Instrumentos y técnicas de recolección de información.

Se utilizaron fuentes secundarias de información, estas consisten en utilizar datos tomados por otras investigaciones para someterlos a una profundización y así dar autenticidad y validez a conclusiones previas de otros estudios. Para efectos del estudio solo se incluyeron artículos científicos en idioma inglés y español. Se seleccionaron bases de datos disponibles en la Universidad de Antioquia con usuario y clave como estudiantes.

5.4 Estrategia de búsqueda

Los términos de búsqueda DeCS y MeSH empleados fueron en inglés: “psychosocial disability” “mental disability”, “Barriers for Healthcare”, “Access to care”, Accessibility.

En español fueron: discapacidad psicosocial, discapacidad mental, barreras de acceso en salud, acceso. Posteriormente con estos términos se construyó una ecuación de búsqueda, acompañado de diversos operadores booleanos. Esta ecuación tuvo variaciones en diversas bases de datos, sin embargo, la que mejor resultados tuvo fue: (((“psychosocial disability”) OR (“mental disability”)) AND (Barriers for Healthcare)) últimos 10 años y free full text.

5.5 Fases de la revisión.

La investigación monográfica se desarrolló en tres (3) fases:

Primera fase: Fue el punto de partida de esta monografía, en ella se recopiló la información en bases de datos científicas y sitios web especializados tales como Science Direct, Pubmed, Scielo, Lilacs, repositorio Universidad de Antioquia, Universidad Nacional y Universidad Javeriana. También se hizo consulta en el motor de búsqueda Scholar Google, utilizando los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente.

Tabla 3. Resultado de la Búsqueda por fuente consultada

Base de datos	Resultado	Incluidos
Science Direct	5	1
PubMed	6	4
SciELO	5	0
Lilacs	1	0
Google Académico	18	4
Repositorios (Universidad de Antioquia, Universidad Javeriana, Universidad Nacional)	5	1
Total	40	10

Fuente: Elaboración propia

Segunda fase: En esta fase, la lectura y análisis de la bibliografía seleccionada, donde se diseñó una matriz en Excel para recopilar puntos en común de los diferentes artículos, incluyendo artículos en inglés, los cuales tuvieron su respectiva traducción exclusivamente para la investigación. Esta matriz (Anexo 1), contenía en las columnas los datos de identificación del artículo, como son: título, año, autor, grupos de investigación o afiliación de los autores, palabras clave, metodología, clasificación de barreras, oportunidades encontradas, categorías emergentes, país, base de datos, idioma y observaciones y en las filas cada artículo seleccionado.

Tercera fase: Buscando la síntesis de la información y organización de la misma, se realizó una clasificación y conteo de las barreras en una tabla en Excel, reportadas en cada artículo. Se utilizaron algunas técnicas propuestas por el análisis de contenido. Esta es definida como es “una herramienta de investigación utilizada para determinar la presencia de ciertas palabras, temas o conceptos dentro de algunos datos cualitativos dados (es decir, texto). Mediante el análisis de contenido, los investigadores pueden cuantificar y analizar la presencia, los significados y las relaciones de determinadas palabras, temas o conceptos” [48]. Esta técnica permitió tener una lectura global de la información y establecer cuáles barreras se presentaban con mayor frecuencia y como se describían dentro de los artículos.

5.6. Sesgos.

5.6.1. Sesgo de idioma

En la selección de datos para la investigación, se encontraron variedad de artículos en otros idiomas de acuerdo con diferentes países en donde fueron realizados. Por eso, teniendo en cuenta las principales lenguas que fueron escogidas (español, inglés), se excluyeron de la selección y de la recopilación de datos aquellos que se encontraban en otros idiomas.

5.6.2. Sesgo de publicación

Se obtuvieron algunas búsquedas las cuales dieron resultados positivos y conclusiones poco convenientes, por lo cual no se continuó con la recopilación de sus datos dado que la pregunta de investigación del presente proyecto abarca el tema de barreras de acceso a servicios de salud en discapacidad psicosocial.

5.6.3. Sesgo de duplicación

Durante la búsqueda en cada base de datos se llevó un control de los títulos, que posteriormente fueron comparados, buscando duplicaciones, para efectos de esta investigación se encontraron dos artículos repetidos.

5.7 Consideraciones éticas

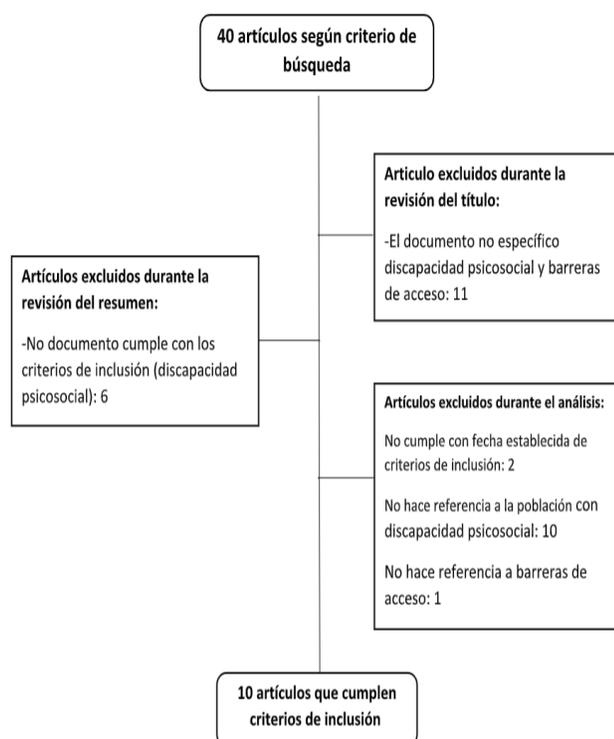
Según la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, se determina que esta investigación no tiene ningún tipo de riesgo para la población objeto cómo lo son las personas con discapacidad psicosocial, teniendo en cuenta que la técnica y metodología del estudio que se basó en la recolección de información por medio de otras literaturas documentales y los derechos de autor [49].

Además, se utilizaron fuentes secundarias de información donde todas las bases de datos son de acceso libre, ninguna requirió permiso de acceso también a través biblioteca de la Universidad de Antioquia, donde se ingresó con la clave propia.

6 Resultados.

Al realizar el proceso de búsqueda y selección inicial, se lograron identificar un total de 40 resultados. Dentro de los cuales se excluyeron 11 por revisión de título posteriormente se excluyeron 6 por la revisión de resumen, y 13 artículos por análisis. A lo que finalmente se aplicaron criterios de elegibilidad y se encontraron 10 artículos que abordan el tema de barreras de acceso a los servicios en salud en personas con discapacidad psicosocial.

Figura 1. Proceso de selección de los artículos



Fuente: Elaboración propia

6.1 Características generales de los estudios analizados.

De los 10 documentos incluidos, 6 corresponden a artículos originales, 3 son informes de investigación y 1 es un trabajo de grado de pregrado. De acuerdo con la metodología utilizada, 6 son cuantitativos y 3 cualitativos y 1 estudio mixto. Con relación a los países donde se ha investigado el tema, se encontró: 2 en Australia, 3 en América Latina, 1 en África, 2 en América del norte, 1 en Asia y 1 es multicéntrico. La población de 2 de los 10 estuvo focalizada en padres de familia con niños de discapacidad mental, 1 enfocado en adolescentes inmigrantes, 1 en profesionales de la salud, 1 en estudiantes universitarios y 4 en población adulta mayor de 18 años y 1 en víctimas del conflicto armado en Colombia.

Tabla 4. Análisis de Características generales de los estudios analizados

variable	Categoría	No.
Año	2013	1
	2015	1
	2018	1
	2019	4
	2021	1
	2022	1
	2023	1
	Total	10
	Latinoamérica (Brasil y Colombia)	3

Región	África (Namibia y Ghana)	2
	Oceanía (Australia)	2
	Norteamérica (Estados Unidos)	2
	Multicéntrico (Australia, Bélgica, Alemania, México, Irlanda del Norte, Sudáfrica, España y Estados Unidos)	1
	Total	10
Idiomas	Inglés	8
	Español	2
	Total	10
Base de datos	Science Direct	1
	Pubmed	4
	Google Scholar	4
	Literatura gris	1
	Total	10
Tipos de estudio	Informe	1
	Cuantitativo	6
	cualitativo	2
	Mixto	1
	Total	10

Fuente: Elaboración propia

Los estudios se caracterizaron por abordar acceso a servicios de salud mental, barreras de acceso a los servicios de salud, discapacidad psicosocial y salud mental. Las técnicas de recolección más frecuentemente utilizadas en los estudios cuantitativos fueron las encuestas (3), entrevistas (2), grupos focales (1) y en los cualitativos las entrevistas (1) y grupos focales (1) en el estudio mixto la información se recolectó a través de encuestas y revisión bibliográfica y por último en el informe, se recolectó a través de puntos de vista colectivos. Los estudios se desarrollaron entre 2013 y 2023. Sus principales características se presentan a continuación.

Tabla 5. Características de los estudios sobre barreras.

Autor (Año publicación)	País (Área Geográfica)	Periodo de Estudio	Tipo de estudio (cuantitativo o cualitativo)	Número de participantes	Técnica de recolección de información	Aspectos estudiados de las barreras
Biblia S. Cha, Laura E. Enriquez, Annie Ro	California, Estados Unidos	2019	Estudio cuantitativo	30 estudiantes	entrevistas	Barrera Administrativa, barrera de oferta, barreras emocionales/ actitudinales.
Bruno M. Coelho, Geilson L. Santana, Maria C. Viana, Yuan-Pang Wang, Laura H. Andrade	Brasil	2021	Estudio cuantitativo de cohorte transversal	2.942 adultos	entrevistas cara a cara dentro de una encuesta de probabilidad transversal	Barreras económicas, barreras de oferta, culturales, emocionales/ culturales.
Eunice C. Wong, Rebecca L. Collins, Jennifer L. Cerully, Elizabeth Roth y Joyce Marks	Estados Unidos	2015	Estudio cuantitativo	2.395 adultos	Encuesta telefónica de seguimiento a los participantes	Barrera cultural, emocional/ actitudinal

David Daniel Ebert, Philippe Mortier, Fanny Kaehlke, Ronny Bruffaerts, Harald Baumeister, Randy P. Auerbach, Jordi Alonso, Gemma Vilagut, Kalina u. Martinez, Christine Lochner, Pim Cuijpers, et al.	Multicentrico	2019	Estudio cuantitativo	13.984 adultos	encuestas de autoinforme basadas en la web.	Barrera emocional/ actitudinal, administrativa/ servicio y económicas
Lina María González B, Ana María Ortiz Hoyos. Santiago López, Alejandro A. Díaz O, Óscar Gómez. María del Pilar Otero, Edgardo Luis Ortega.	Colombia	2019	Investigación cualitativa de carácter interpretativo y explicativo	19 grupos focales	entrevistas con grupos focales; entrevistas a profundidad	Barrera emocional/ actitudinal, barrera cultural.
Jennifer Paola Salazar Núñez	Colombia	2018	Estudio cualitativo	18 personas	Entrevistas	Barreras económicas, administrativa/ servicio, oferta, culturales y emocionales
R A Coomer	Namibia	2013	Estudio cuantitativo	41 personas	Los datos se recolectaron a través de discusiones de grupos focales.	Barreras culturales, geográficas, administrativa, actitudinales
Nicola Hancock, Dr. Damián Mellifont, Debbie	Australia	2022	Estudio mixto	Alrededor de 400 participantes de Encuesta en línea	Encuestas	Barreras administrativa, barreras actitudinales, culturales,

Hamilton, et al.						barreras emocionales
Briony Harden , Leveana Gyimah , michelle funk , Natalie Drew-Bold , et al.	Ghana	2023	Estudio cuantitativo	3599 participantes	Encuestas	Barreras actitudinales, culturales, sociales
Australian Government Department of Social Services	Australia	2019	Informe		Puntos de vista colectivos	Barreras administrativas, barrera económica, barrera cultural

Fuente: Elaboración propia

6.2. Barreras de acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad psicosocial.

En general, las barreras se refieren a cualquier obstáculo, limitación o dificultad que impide o dificulta el acceso, el progreso o el logro de un objetivo determinado. En el contexto de acceso a los servicios de salud mental para personas con discapacidad psicosocial, las barreras pueden ser diversas y pueden variar dependiendo del entorno, las políticas, las actitudes y otras circunstancias específicas. [3]

Para dar respuesta a este objetivo se realizó un análisis de contenido de los artículos seleccionados y fueron clasificadas las barreras en seis tipos: a) económicas, b) geográficas, c) administrativas/servicio, d) oferta, e) culturales f) actitudinales/emocionales, las cuales se describirán con más detalle a continuación:

Tabla 6. Análisis de contenido de las barreras de acceso

Barreras	Descripción	Cantidad	Autores
Económicas	Costo/servicio transporte	4	Bruno M, et al, Ebert D, et al. Commer RA, Salazar J.
	falta de dinero para pagar servicios de salud	4	Bruno M. et al, Gobierno de Australia, Commer RA, Biblia S, et al.
	Total, de documentos	6	
Geográficas	<u>Distancia</u> <u>Clínica/Centro de salud</u>	1	Salazar J
	Total de documentos	1	
Administrativas/servicio	Demora en la programación de citas	1	Ebert D, et al.
	dificultades en el acceso, pertinencia y uso de medicamentos	1	Salazar J
	Necesidad de servicios terapéuticos	1	Coomer RA
	dificultades en la Capacidad instalada en las instituciones de salud	1	Salazar J
	Inoportunidad/negación en la prestación de servicio de salud mental	1	Salazar J
	prestación de servicios deficientes	1	Coomer RA
	comportamientos inadecuados por parte del personal asistencial	2	Hancock N, et al. Salazar J
	falta de cobertura de seguro de salud	2	Biblia S, et al. Bruno M, et al.
	Dificultad al acceso de programas de salud mental	2	Gobierno de Australia, Hancock N, et al.
	El proceso de solicitud no se adapta a las	1	Hancock N, et al.

	enfermedades mentales y discapacidad psicosocial		
	Tratamientos forzados	1	Briony H, et al.
	Discontinuidad en los procesos de atención	1	Salazar J
	Total, de documentos	8	
Oferta	Dificultad para acceder a los medicamentos	1	Salazar J
	falta de oferta de servicios de salud mental	2	Bruno M, et al. Salazar J
	Escases de personal	1	Bruno M, et al.
	poca o nula instalación para el apoyo social y la atención medica	1	Briony H, et al.
	Total, de documentos	4	
culturales	Idioma/ lenguaje	3	Gobierno de Australia, Commer RA
	estigma y discriminación	5	Eunice C, et al. Gonzales LM, et al. Hancock N, et al. Briony H, et al. Salazar J
	Total, de documentos	6	
Emocionales/ actitudinales	Miedo, desesperanza sentimiento negativo	1	Salazar J
	percepción de difícil accesibilidad a los servicios de salud	2	* Biblia S, et al. Ebert D, et al.
	Deseo de manejar el problema por su cuenta	1	Ebert D, et al.
	Sentimiento de inferioridad, vergüenza y decepción, falta de apoyo	3	Eunice C, et al. Ebert D, et al. Gonzales LM, et al.
	percepción de que el servicio de salud mental no ayudará	1	Hancock N, et al.
	Total de documentos	6	

Fuente: Elaboración propia

Descripción de las barreras encontradas en la revisión

Barreras económicas: estas barreras fueron reportadas en 6 de los 10 estudios encontrados dentro de los documentos analizados. Se identificó que los servicios de salud mental pueden ser costosos, y muchas personas con discapacidad psicosocial pueden tener dificultades para acceder a ellos, debido a problemas financieros. La falta de seguro médico o cobertura adecuada puede ser una barrera significativa para recibir atención.

El estudio de Ra Coomer [47] menciona que dentro de las entrevistas “Los participantes en todos los grupos de discusión también mencionaron que el costo de la atención médica representa un obstáculo, incluso cuando se accede a través del sistema de salud del estado. Indicaron que tienen que pagar N\$15 (US\$1,8) por una consulta en el hospital, que es la tarifa estándar en Namibia, aunque creen que los niños con discapacidades deberían estar exentos de esta tarifa. Sin embargo, desconocen el proceso para obtener dicha exención o qué información se requiere. El informante clave número cuatro hizo comentarios similares, destacando que el dinero puede ser un problema ya que algunos padres podrían no tener los recursos para pagar la tarifa de consulta o costear las citas de seguimiento que sean necesarias para sus hijos.[47]

En los artículos se mencionó que las personas con discapacidad psicosocial dependían en gran medida del transporte público para acceder a los servicios de salud, por lo cual, la falta de este y los costos dificultaban su llegada a las instalaciones de atención.

Dentro de una de las entrevistas de madres de familia con niños y niñas con discapacidad mental, del estudio de Salazar se menciona la barrera del gasto en transporte mencionando que: “Se gastaban una gran cantidad de dinero en desplazamientos diarios, ya que todos los lugares donde atendían al niño en situación de discapacidad mental, estaba lejos. Su gasto mensual solo en transporte ascendía a 400.000 mil pesos. Debido a esta situación, decidieron presentar una tutela” [51]

Barreras geográficas: Esta barrera fue reportada en 1 de los 10 estudios encontrados, Cabe resaltar, que el documento analizado identifica la barrera geográfica como un obstáculo que enfrentan las personas con discapacidad psicosocial debido a la ubicación geográfica de los servicios de salud mental y hace una relación con la barrera de transporte teniendo en cuenta la ubicación geográfica en las áreas remotas incrementando el costo frecuente, lo que dificulta aún más el acceso a los servicios de salud mental.

Salazar en su estudio menciona que “De acuerdo con el análisis del discurso de las madres de familia en cada una de las entrevistas, se evidencia la existencia de una barrera geográfica que se manifiesta en los frecuentes desplazamientos entre distintas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estos desplazamientos son necesarios tanto para obtener medicamentos como para recibir atención médica, lo que indica que la red de servicios de salud aún no se encuentra completamente integrada.[51]

Administrativas/servicio: Esta barrera fue reportada en 8 de los 10 estudios encontrados. A partir de la literatura se describe la barrera administrativa y de servicios haciendo referencia a los obstáculos que las personas con discapacidad psicosocial pueden encontrar debido a trámites burocráticos, políticas, normativas y regulaciones relacionadas con el acceso a los servicios de salud mental. Dentro de los estudios analizados se mencionan las dificultades en el acceso, pertinencia y uso de medicamentos, demora en la programación de citas médicas, necesidad de servicios terapéuticos, dificultad en la capacidad instalada en las instituciones de salud, inoportunidad/ negación en la prestación de servicios de salud mental, prestación de servicios deficientes, comportamientos inadecuados por parte del personal asistencial, falta de cobertura de seguro de salud, dificultad al acceso de programas de salud mental, discontinuidad en los procesos de atención.

“En el estudio de Salazar se basa en el modelo de Tanahashi el cual propone cuatro etapas para lograr una cobertura efectiva de salud, y el texto se enfoca en algunas de ellas. La primera es la disponibilidad, que se refiere a la existencia de servicios, recursos

humanos, equipos e insumos. Sin embargo, una madre menciona que no hay disponibilidad informativa adecuada, lo que causa angustia e incertidumbre.

La segunda etapa es la accesibilidad, que se refiere a los procesos administrativos y requisitos para recibir atención. Algunas madres mencionan la falta de opciones para obtener citas médicas, lo que dificulta el acceso oportuno. [51]

La tercera etapa es el contacto con el servicio, que implica la continuidad y calidad de la atención. Sin embargo, debido a las barreras administrativas, algunos tratamientos se ven interrumpidos, lo que afecta negativamente a los pacientes y sus familias.[51] y la cuarta etapa que alude a aceptabilidad e los servicios la cual depende de la percepción, de las prestaciones influenciada por los factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros:[51]

Concluyendo que, las barreras administrativas afectan el acceso a servicios de salud en Colombia, lo que lleva a las madres a buscar estrategias como tutelas para garantizar el derecho a la salud de sus hijos. Esto genera insatisfacción y agotamiento en las familias y afecta la continuidad y calidad de la atención médica”.[51]

Por otra parte, el estudio de Ra Coomer manifestó “Varios de los participantes expresaron que experimentan una calidad deficiente en la prestación de servicios. Se mencionó frecuentemente que las enfermeras proporcionan un servicio inadecuado y se comportan de manera grosera o difícil al tratar a niños con trastornos de salud mental. Los participantes del primer grupo también señalaron que no tienen un acceso regular a los mismos especialistas médicos; como uno de ellos expresó: "hay muchos cambios con los médicos, y cada vez debes reiniciar tu historia". Uno de los participantes describió la experiencia en el hospital como "estresante", debido a que los médicos no siempre están disponibles, lo que obliga a los padres a hacer viajes repetidos para conseguir una consulta.[50]

Oferta: Esta barrera fue reportada en 4 de los 10 estudios encontrados. Los autores identifican que esta barrera puede surgir por diversas razones y puede afectar

negativamente el acceso adecuado y oportuno a la atención de salud mental. Dentro de las barreras de oferta que se analizaron en los documentos se identificaron los escasos de medicamentos, falta de oferta de servicios de salud mental, escasos de personal, poca o nula instalación para el apoyo social y la atención médica.

El estudio de Bruno M Coêlho^y colaboradores [52] nos enseña que “en la mayoría de los LMIC (Low and middle income countries), la escasez de personal de atención médica y las limitadas instalaciones de salud dificultan el acceso al tratamiento. La distribución desigual y las variaciones regionales en los recursos de atención médica son otras barreras para el tratamiento de los trastornos mentales. Como consecuencia, el enfoque de la planificación regional de la atención de la salud podría influir en los comportamientos de búsqueda de atención médica en medio de la escasez de recursos y la escasez de presupuesto, que son comunes en los LMIC.” [52]

Por otro lado, estudio de Salazar en cuanto al acceso de medicamentos menciona que “Según las madres de familia entrevistadas, acceder a los medicamentos enfrenta distintos obstáculos, uno relacionado con aspectos administrativos y otro vinculado al tipo de medicamento prescrito. A pesar de los esfuerzos realizados, como la actualización del Plan de Beneficios en salud mediante la resolución 5269 y la creación del Mipres, aún persisten dificultades en la obtención oportuna de los medicamentos recetados. Esto lleva a que las madres de familia tengan que realizar movilizaciones amparadas en la constitución para poder recibir dichos medicamentos.” [51]

Culturales: Esta barrera fue reportada en 6 de los 10 estudios encontrados, se identifica la dificultad que enfrentan las personas que hablan un idioma diferente o tienen problemas de comunicación para acceder a servicios y recibir atención adecuada. Se evidencia que los proveedores de servicios de salud mental no están capacitados en la comunicación generando así dificultad en la comunicación efectiva entre los pacientes, a lo que conlleva a tener consecuencias negativas en la calidad y seguridad del cuidado de la salud.

Ra Coomer en su estudio identificó que “varios de los participantes señalaron las dificultades del idioma como una barrera entre ellos y los proveedores de servicios. Explicaron que algunos médicos pueden no estar dispuestos a hablar con los padres o cuidadores en su idioma indígena, incluso si ellos mismos pueden comunicarse en dicho idioma. La razón detrás del costo del transporte como una barrera se relaciona con la mala calidad del servicio que reciben las familias, como se discutió previamente”. [50]

Por otro lado, se identifica el estigma y la discriminación como barreras importantes para el acceso a los servicios de salud en personas con discapacidad psicosocial. Esto puede llevar a la exclusión social, negación de derechos y dificultades para buscar ayuda y tratamiento. La discriminación se manifiesta en falta de accesibilidad y actitudes negativas de algunos profesionales de la salud hacia esta población, resultando en una atención inadecuada y poco sensible a sus necesidades.

En el estudio de Eunice C. Wong y colaboradores [53] se reporta que “La disposición de las personas que enfrentan problemas de salud mental para buscar ayuda puede depender, en parte, de cómo perciben el apoyo que reciben del público hacia aquellos con enfermedades mentales, así como de sus creencias sobre la efectividad del tratamiento y la recuperación de la salud mental. Según los resultados, la mayoría de los encuestados de CWBS (Encuesta de Bienestar de California no siente que el público brinde suficiente apoyo a las personas con problemas de salud mental, sino que experimentan altos niveles de estigma y discriminación.” [53]

De hecho, un 81% de los encuestados de CWBS cree que las personas con enfermedades mentales enfrentan altos niveles de prejuicio y discriminación. Esta cifra es significativamente más alta que las tasas observadas en la población general de California (73%) y más alta que las tasas registradas en Irlanda al inicio de su campaña nacional para reducir el estigma”. [53]

Actitudinales/ emocionales: Esta barrera fue reportada en 6 de los 10 estudios encontrados. Los autores dentro de su investigación resaltan que las barreras

actitudinales y emocionales son obstáculos que surgen debido a actitudes negativas, prejuicios, estereotipos y emociones que las personas con discapacidad psicosocial o sus cuidadores enfrentan. Estas barreras pueden ser muy perjudiciales, ya que pueden afectar la forma en que se trata y se brinda apoyo a estas personas, lo que puede disminuir su acceso a servicios de salud mental y su calidad de vida.

El estudio de David Daniel Ebert y colaboradores menciona “El patrón más evidente en los datos indica que las barreras de actitud son más comunes que las barreras estructurales. Las barreras más mencionadas son la preferencia por afrontar el problema por sí mismos, la tendencia a hablar con amigos o familiares en lugar de buscar ayuda profesional y el sentimiento de vergüenza. De estas tres barreras, la preferencia por enfrentar el problema por cuenta propia y la vergüenza fueron las únicas que se asociaron con una disminución significativa en la probabilidad de informar al menos alguna intención de buscar tratamiento en el futuro para un problema emocional”. [54]

Salazar en su estudio identifica una barrera emocional y menciona que “Las madres enfrentan barreras emocionales debido a la lucha constante y aparentemente interminable para obtener atención adecuada para sus hijos en los servicios de salud mental, lo que a veces conduce a la desesperanza ante la falta de mejoría. Muchas de ellas evalúan negativamente la atención recibida debido a las repetidas solicitudes no satisfechas o la negación del servicio. Esto genera sentimientos de desánimo y desaliento, lo que dificulta su voluntad de llevar a sus hijos a las entidades de salud”. [51]

6.3. Oportunidades y estrategias que contribuyan al mejoramiento del acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad intelectual.

Según los hallazgos encontrados en los documentos seleccionados, a continuación, se describen oportunidades y estrategias con el propósito de contribuir al mejoramiento significativo del acceso y superar las barreras a los servicios de salud de las personas con discapacidad psicosocial.

La investigación de Salazar, 2018, recomienda realizar cambios estructurales en el sistema de salud que contribuyan a mitigar de forma significativa las barreras de acceso, generar políticas que contribuyan a la apertura de nuevos servicios especializados en salud mental de diferentes Instituciones Prestadoras del Servicio, fortalecer los mecanismos de vigilancia y control a entidades prestadoras de servicios de salud, aumentar los programas de promoción y prevención brindados a niños y niñas con alguna dificultad mental [51]. Biblia S. Cha, Laura E. Enríquez, Annie Ro 2019 [55], menciona en su estudio de investigación que, para mejorar el acceso a los servicios de salud mental para estudiantes indocumentados, es necesario implementar estrategias y políticas que fomenten un entorno seguro y de apoyo en el campus. Esto incluye la sensibilización y capacitación del personal académico para entender y responder adecuadamente a las necesidades específicas de estos estudiantes. Así mismo, se requiere un enfoque proactivo para abordar los desafíos financieros y culturales que enfrentan los estudiantes indocumentados al buscar ayuda para su salud mental. Al superar estas barreras, se puede promover el bienestar emocional y académico de estos estudiantes, contribuyendo a su éxito y desarrollo integral en la educación superior.[55]

Bruno M. Coelho, Geilson L. Santana, Maria C. Viana, Yuan - Pang Wang, Laura H. Andrade Vc sugiere que es fundamental llevar a cabo campañas de sensibilización y educación para mejorar la conciencia sobre salud mental y reducir el estigma. Además, se requiere una mayor disponibilidad de servicios de salud mental y medidas para hacerlos más accesibles económicamente. Así mismo, es importante promover una mayor comprensión culturalmente sensible de la salud mental y sus tratamientos para que las personas se sientan más cómodas buscando ayuda y apoyo cuando sea necesario. [52]

David Daniel Ebert, y colaboradores perciben que es fundamental abordar estas barreras a través de la promoción de una mayor conciencia sobre la salud mental, la reducción del estigma, el aumento de la disponibilidad de servicios de salud mental y el fortalecimiento del apoyo social en los campus universitarios. [54]

La investigación realizada por Lina María González B, Ana María Ortiz Hoyos. Santiago López, Alejandro A. Díaz O, Óscar Gómez. María del Pilar Otero, Edgardo Luis Ortega esta investigación sugiere que es fundamental abordar el estigma y la discapacidad psicosocial en el contexto del conflicto armado en Colombia, especialmente en las comunidades indígenas y afrodescendientes. Se requiere una mayor sensibilización y educación sobre salud mental, así como el desarrollo de servicios de salud mental accesibles y culturalmente apropiados para estas poblaciones. Al hacerlo, se puede mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población afectada por el conflicto armado y promover la inclusión y la recuperación en estas comunidades.[56]

Las recomendaciones del estudio de Hancock y colaboradores incluyen Sensibilización y educación: Se destaca la importancia de aumentar la sensibilidad y la educación sobre la discapacidad psicosocial, tanto entre los profesionales de la salud como en la sociedad en general. Esto puede ayudar a reducir el estigma y mejorar la comprensión de las necesidades específicas de las personas con discapacidad psicosocial. [57]

Capacitación del personal: Se sugiere brindar capacitación adecuada a los profesionales del NDIS para comprender y abordar las necesidades de las personas con discapacidad psicosocial de manera efectiva. Esto incluye desarrollar habilidades de comunicación y empatía para una mejor interacción con los solicitantes. Procesos de evaluación más flexibles: Se recomienda que los procesos de evaluación para acceder al NDIS sean más flexibles y comprensivos con las experiencias únicas de las personas con discapacidad psicosocial. Esto puede implicar adaptar los criterios de elegibilidad para reflejar de manera más precisa las necesidades de esta población. [58]

Apoyo a la presentación de solicitudes: Se destaca la necesidad de brindar apoyo y asistencia a las personas con discapacidad psicosocial durante el proceso de presentación de solicitudes al NDIS. Esto puede incluir proporcionar información clara y accesible, así como orientación en cada etapa del proceso. Enfoque en resultados y participación activa: Se enfatiza la importancia de enfocarse en los resultados deseados

por las personas con discapacidad psicosocial y promover su participación activa en la toma de decisiones relacionadas con su atención y apoyo. Mayor coordinación entre servicios: Se sugiere mejorar la coordinación entre los servicios de salud mental y el NDIS para garantizar una transición fluida y una atención integral para las personas con discapacidad psicosocial.[58]

Al adoptar estas recomendaciones, se espera reducir las barreras de acceso al NDIS para las personas con discapacidad psicosocial y garantizar que reciban el apoyo y la atención adecuada para mejorar su bienestar y calidad de vida. [58]

La investigación de Ms Debra Parnell arroja conclusiones y puntos clave que resumen los resultados del informe y destacan la importancia de una colaboración efectiva entre los profesionales de la salud y el NDIS para garantizar un acceso más adecuado y equitativo a los servicios de apoyo para personas con discapacidad psicosocial. También resalta la necesidad de una mayor sensibilización y capacitación para los profesionales de la salud para mejorar la identificación y derivación de personas con discapacidad psicosocial al NDIS. Las recomendaciones proporcionadas tienen como objetivo mejorar el sistema y garantizar que las personas con discapacidad. Psicosocial reciban el apoyo necesario para mejorar su bienestar y calidad de vida. [57].

7. Discusión.

En este estudio se analizaron las barreras de acceso a los servicios de salud, de las personas con discapacidad psicosocial, a partir de 10 documentos que comprenden los años entre 2013 y 2023. Estos estudios se realizaron en países africanos como Namibia y Ghana, en Estados Unidos, Brasil, Colombia y Australia. Las barreras de acceso más frecuentes se clasificaron en seis tipos: a) Económicas, b) Geográficas, c) Administrativas/servicio, d) Oferta, e) Culturales f) Actitudinales/ emocionales. Todas estas hacen referencia a cualquier limitación o dificultad que impide o dificulta el acceso las cuales pueden variar dependiendo del entorno, las políticas, las actitudes y otras circunstancias específicas. En este apartado se desarrollará el último objetivo específico, buscando establecer la relación entre las barreras encontradas y un modelo teórico de accesibilidad.

Bajo el “modelo teórico-conceptual en acceso efectivo a servicios de salud en la lógica del derecho a la salud y justicia social” que propone Arrivillaga y Borrero [59], se realizará el análisis de esta investigación (Figura 1). Las autoras plantean que el derecho a la salud debe ser el marco para la institucionalización y organización de los sistemas de salud, y que se supera el concepto mismo de acceso y se enmarca en principios éticos, de equidad y derecho a la salud. De igual modo apoyándose en lo propuesto por naciones unidas [59], reconocen la vinculación de la garantía del acceso con los determinantes sociales de la salud. a partir de cuatro elementos esenciales tales como: La disponibilidad de servicios de salud se refiere a contar con suficientes bienes y servicios para atender a la población, lo que incluye infraestructura, personal capacitado, tecnología y programas de salud. La accesibilidad, por su parte, garantiza que todos puedan utilizar los servicios de salud sin discriminación, abarcando aspectos físicos, económicos e informativos. La aceptabilidad se relaciona con la adecuación ética y cultural de los servicios de salud. Por último, la calidad implica que los servicios sean apropiados desde una perspectiva técnico-científica. [59]

De acuerdo con los elementos del modelo, la disponibilidad es entendida como la distribución geográfica de servicios de salud en todos los niveles de atención, según necesidades territoriales, infraestructura y tecnologías suficientes, talento humano suficientes y programas de salud pertinentes [59]. Para el caso de los estudios analizados en esta revisión, se encontró que las personas con discapacidad psicosocial encuentran problemas de oferta, pues según lo reportado hay pocos profesionales preparados para atender esta discapacidad especialmente en los niveles más bajos de atención, por otro lado, falta de programas e infraestructura necesaria para atender la demanda; los estudios también reportaron que la oferta está centrada en el entorno clínico y que faltan estrategias enmarcadas en la comunidad. De acuerdo con el departamento de servicio social del gobierno de Australia en su investigación "Health professionals, psychosocial disability and NDIS access FINAL REPORT" (59) establece que las personas con discapacidad psicosocial pueden enfrentar desafíos únicos y específicos en el acceso a servicios de salud y apoyo. por otro lado Bruno M. Coelho, Geilson y colaboradores en su investigación "I don't need any treatment" – barriers to mental health treatment in the general population of a megacity (53) nos hablan de que en investigaciones de salud de países de ingresos bajos y medianos, existe escases de personal de atención para atender esta discapacidad y limitadas instalaciones de salud. La distribución desigual y las variaciones regionales en los recursos de atención médica son otras barreras para el tratamiento de los trastornos mentales.

El elemento de accesibilidad, dentro del que se abordan categorías tales como; mínimos trámites administrativos, atención oportuna y mínimos tiempos de espera, no discriminación en la atención, accesibilidad física, accesibilidad económica, accesibilidad en información, implementación ágil y oportuna de medidas jurídicas para protección del derecho a la salud, para efectos de [59] esta revisión se encontró que las barreras con más frecuencia fueron las relacionadas con el estigma y la discriminación que reciben las personas que tienen discapacidad psicosocial, esto conlleva a que se los traten de manera injusta y sean excluidos para recibir los servicios de salud adecuados, [58] [56] [60] [57] [51].

Los resultados arrojaron, para Hancock, N y colaboradores [57] en su estudio muestran que los usuarios tienen dificultades para ingresar a programas de discapacidad psicosocial, debido a dificultades relacionadas para obtener pruebas requeridas para demostrar que tienen discapacidad psicosocial.

Salazar en su trabajo de investigación "Barreras percibidas por madres de familias de niños y niñas con discapacidad mental frente al acceso y la atención integral de los servicios de salud mental, Medellín 2018" [51] menciona que no existe disponibilidad informativa para guiar a un usuario de forma efectiva conllevando al usuario a un estado de angustia e incertidumbre, por otro lado, se presenta el incumplimiento de la prestación de servicios de salud mental de forma oportuna y ágil.

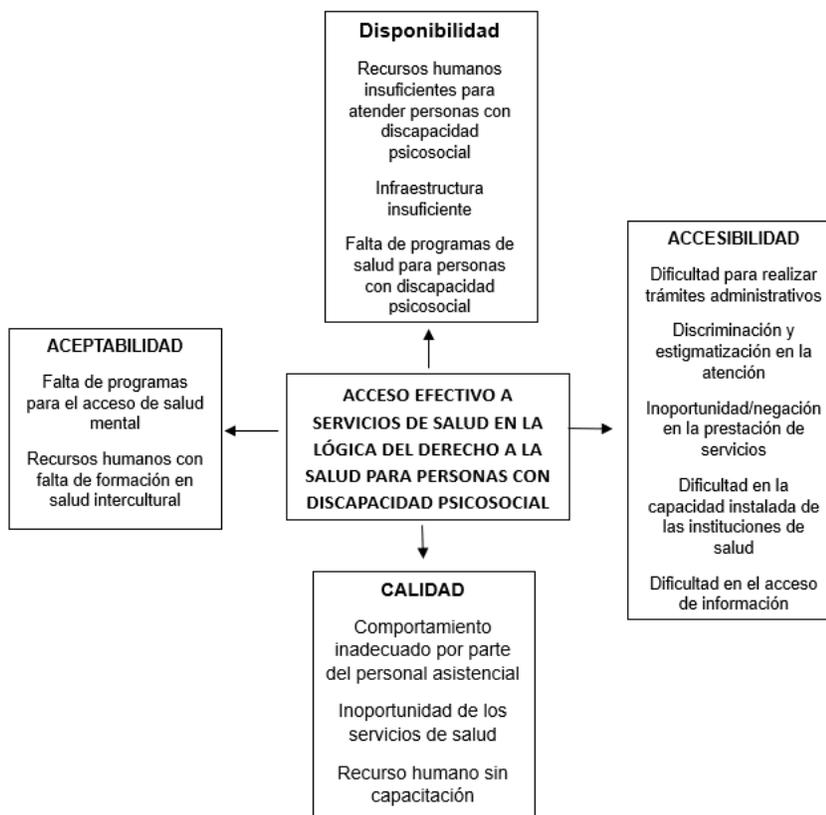
En países como Ghana se considera que tiene poca o nula instalación para el apoyo social y la atención médica de las personas que viven con demencia dentro de la comunidad (61), por último el acceso económico se presenta como una barrera debido a dificultades económicas que presentan las personas para desplazarse desde sus hogares hasta los centros de atención en salud, para recibir la atención que necesitan [52] [54] [53] [51] a esto se suma la falta de dinero para pagar servicios de salud limitando a las personas con discapacidad psicosocial recibir tratamientos, medicamentos y servicios médicos necesarios para abordar su condición de salud [52] [58] [53].

En el elemento de calidad el cual aborda servicios apropiados desde el punto de vista técnico-científico, organización de servicios oportunos, atención humanizada, recurso humano capacitado, gestión y evaluación permanente de procesos administrativos y evaluación de resultados en salud, se evidenció en los resultados comportamientos inadecuados por parte del personal asistencial [59]. Salazar 2018, menciona que hay poca capacitación de muchos médicos para la transmisión de noticias lo cual puede generar alteraciones emocionales tanto el paciente como en la familia. También se ha generado un incumplimiento por la no prestación de servicios causando de esta manera la afectación a los usuarios por la incertidumbre que esto genera a tal punto de desistir del uso de estos. [51]

Kilbourne, et al [61], manifiestan que la calidad de los servicios de salud mental no ha aumentado en la misma medida que la de otras especialidades y que a nivel mundial se identificaron la falta de fuentes de datos estandarizadas basadas en tecnología de la información, evidencia científica limitada para las medidas de calidad de la salud mental, falta de capacitación y apoyo de los proveedores, y barreras culturales para integrar la atención de la salud mental dentro de los entornos generales de salud [61]. También manifiestan que los sistemas de atención de la salud necesitarán una forma válida de estratificar las medidas de calidad, a fin de abordar las brechas potenciales entre las subpoblaciones e identificar los grupos que más necesitan de los servicios de salud mental.

Por último, frente al elemento de aceptabilidad, que se comprende como atención diferencial de grupos diversos con sus modos de vida, programas de atención según diversidad de género, étnicas sociodemográficas y socioculturales y recursos humanos con formación Intercultural [59], se encontró en la revisión que la discapacidad afecta a poblaciones especialmente vulnerables, como son las víctimas de conflicto armado en Colombia, especialmente a quienes pertenecen a comunidades afrodescendientes e indígenas, y en EEUU a inmigrantes, donde además de barreras para la discapacidad psicosocial se encuentran con otras más relativas a su posición de clase, y etnia. Estos documentos manifiestan que personas racializadas o migrantes tienen poca información sobre la salud mental y especialmente se encontraron barreras actitudinales relacionadas con el menosprecio de la salud mental, al considerarse como algo irrelevante, pues a la salud física o el deterioro del cuerpo, se le ha dado mayor lugar en el sistema de atención en salud, sea occidental o tradicional. Dentro de este elemento también se mencionó que los profesionales poco saben sobre las concepciones sobre la salud mental de pacientes indígenas o migrantes, lo cual se convierte en barrera a la hora de atender la necesidad. La creciente ola de inmigración en países de altos ingresos ha puesto de manifiesto la urgencia de diseñar programas o modelos de atención de la discapacidad psicosocial, con enfoque diferencial. [62]

Figura 2. Modelo teórico-conceptual en acceso efectivo a servicios de salud en la lógica del derecho a la salud y justicia social.



Fuente: Elaboración propia adaptada del modelo de Arrivillaga y Borrero [59]

8. Conclusiones.

En general, estas conclusiones resaltan la importancia de abordar las barreras de acceso a los servicios de salud para personas con discapacidad psicosocial. Es fundamental trabajar en la reducción del estigma, mejorar la disponibilidad de servicios de salud mental, proporcionar capacitación adecuada a los profesionales de la salud y aumentar la conciencia y la información sobre los servicios disponibles. Al superar estas barreras, se puede mejorar significativamente el acceso a servicios de salud de calidad para esta población y promover una médica más equitativa y compasiva.

Así mismo, las barreras de estigma y discriminación están asociadas a los trastornos de salud mental puede ser una de las principales barreras para que las personas con discapacidad psicosocial accedan a los servicios de salud. Por otro lado, el miedo al estigma social puede evitar que las personas busquen ayuda y tratamiento, lo que puede tener un impacto negativo en su bienestar y calidad de vida.

Cabe resaltar que la falta de recursos económicos puede limitar el acceso a servicios de salud para personas con discapacidad psicosocial. Los costos asociados con la atención médica, medicamentos y terapias pueden ser prohibitivos para algunos individuos y familias, lo que resulta en una falta de acceso a tratamientos necesarios.

Como también la disponibilidad limitada de servicios de salud mental en algunos lugares, especialmente en áreas rurales o remotas que impiden la accesibilidad, la disponibilidad de servicios de salud mental puede ser limitada. La falta de profesionales de la salud mental y la escasez de centros de tratamiento pueden dificultar el acceso a la atención adecuada.

Por otro lado, la falta de capacitación del personal de salud para atender personas con discapacidad psicosocial es bastante limitada en el desarrollo específico de los

profesionales de la salud que pueden afectar negativamente la calidad de la atención brindada a personas con discapacidad psicosocial. La falta de conocimiento y comprensión sobre los trastornos mentales puede conducir a diagnósticos incorrectos o una atención inadecuada.

De igual manera, las barreras de comunicación: puede ser una barrera importante para el acceso a servicios de salud para personas con discapacidad psicosocial. La falta de comunicación efectiva entre el paciente y el proveedor de atención médica puede dificultar el diagnóstico y el desarrollo de planes de tratamiento adecuado. Por lo que la Falta de información y conciencia: sobre los servicios disponibles y los derechos de las personas con discapacidad psicosocial puede ser una barrera para acceder a la atención médica necesaria.

Se encontraron pocos estudios que cumplieran criterios de inclusión en la búsqueda realizada, se destaca el bajo número en Colombia y otros países latinoamericanos, en los cuales existe ya evidencia de múltiples barreras del sistema de salud, por el contrario, la producción en discapacidad física e intelectual es mayor en este tema. Gran número de estudios abordan la inclusión laboral y educativa.

A partir de las barreras encontradas, hay poca garantía de acceso efectivo a los servicios de salud de las personas con discapacidad psicosocial. Llama la atención que estas barreras si bien están presentes en la mayoría de los sistemas de salud, presentan diferencias entre poblaciones más desfavorecidas, como fueron las víctimas del conflicto y los migrantes, lo cual permite reconocer las complejidades que rodean la salud mental.

Las oportunidades y estrategias que contribuyen al mejoramiento del acceso a servicios de salud en las personas con discapacidad psicosocial son especialmente la educación y sensibilización al personal sanitario, para reducir el estigma. De igual manera la capacitación permite mejorar la identificación y la derivación a servicios de salud mental de forma oportuna.

9. Recomendaciones.

Resaltar la importancia de la salud mental en la vida de las personas y cómo influye en su bienestar emocional, su desempeño, sus relaciones interpersonales, su capacidad para enfrentar situaciones de estrés y adversidad, es de profundo interés actual para la atención temprana, con el fin de prevenir incidencias de demanda en los sistemas de atención de salud que no se encuentran en la capacidad de atender satisfactoriamente. El enfoque en la prevención ayuda a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad psicosocial.

Enriquecer la información referente a investigaciones a nivel mundial sobre la prevalencia de afectaciones en condición psicosocial, en donde se demuestre cómo su situación afecta a individuos y comunidades, así mismo, teniendo en cuenta programas de tratamiento y políticas de salud dirigidas pueden proporcionar datos sólidos para mejorar la calidad de la atención y los servicios abarcando una visión global acerca del acceso a atención en salud.

Ampliar la inversión en salud mental, es un tema relevante y de gran importancia en la sociedad actual, los recursos son indispensables para ofrecer una variedad de servicios terapéuticos y tratamientos en salud mental, siendo una medida que aborda la creciente demanda de atención, para mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan desafíos en su bienestar emocional.

Respecto a la atención en salud, es esencial desarrollar campañas de sensibilización, programas de formación del talento humano en salud en competencias psicosociales, reconociendo que la salud mental y física están estrechamente relacionadas, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y garantizar el acceso a servicios de salud, además de la eliminación de barreras burocráticas y administrativas que dificulten el acceso a la atención y promover una sociedad más saludable y equitativa en términos de bienestar emocional.

Realizar investigaciones en discapacidad psicosocial para evidenciar la problemática a nivel mundial, especialmente lo que refiere al acceso a servicios de salud.

Ampliar la inversión en salud mental, y mejorar la oferta, ante la creciente demanda de atención, es esencial para disminuir barreras.

Es esencial desarrollar campañas de sensibilización y programas de capacitación al personal médico, familias y comunidad.

Crear programas de salud mental o fortalecer los ya existentes con redes de servicios más sólidas, que garanticen oportunidad en la atención.

Rutas de acceso eficaces y con enfoque diferencial para servicios de salud mental

Implementar la estrategia de navegadores de pacientes para disminuir barreras de acceso al sistema de salud en las personas con discapacidad psicosocial

Mejorar el acceso en salud mental desde niveles de baja complejidad.

Gestión de la información sobre discapacidad psicosocial veraz, coherente y basada en la evidencia.

10. Referencias.

- [1] De la salud OM. Discapacidad [Internet]. 7 de mar 2023 [citado el 29 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- [2] Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad. OMS. [internet]. 2011.[citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75356>
- [3] Mathias K, Pant H, Marella M, Singh L, Murthy G, Grills N. Multiple barriers to participation for people with psychosocial disability in Dehradun district, North India: a cross-sectional study. BMJ Open [Internet]. 2018 [citado el 30 de julio de 2023];8(2):e019443. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/2/e019443.abstract>
- [4] De la salud OM. Discapacidad [Internet]. Paho.org. [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>.
- [5] AC de personas con esquizofrenia y sus familias). Discapacidad Psicosocial. Available from: <https://acpef.com/discapacidad-psicosocial/>
- [6] Ayala, S. (2017). Asociación mexicana de psicoterapia y Educación. Disponible en: <https://www.psicoeedu.org/tipo-de-discapacidad-la-discapaci/?V=55f82ff37b55>
- [7] Preámbulo CD. CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS [Internet]. Www.un.org. [citado el 30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- [8] Gov.co. [citado el 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-rbc-pic.pdf>

[9] N. Vélez, C. González y A. Velásquez, Revisión de las barreras de acceso a los servicios de salud de la población con discapacidad en Colombia entre el año 2005 y 2015, vol. 7, 2016.

[10] E. Suárez y E. Chalarca, «Concepciones de discapacidad psicosocial: Análisis de los procesos académicos y trayectoria estudiantil desde la educación superior inclusiva en la UDEA,» Universidad de Antioquia, pp. 1-91, 2019.

[11] Baart J, Taaka F. Barriers to Healthcare Services for People with Disabilities in Developing Countries: A Literature Review. DCID [Internet]. 2018 Mar. 16 [cited 2023 Jul. 30];28(4):26-40. Available from: <https://dcidj.uog.edu.et/index.php/up-j-dcbrid/article/view/276>

[12] Mellifont D, Hancock N, Scanlan JN, Hamilton D. Barriers to applying to the NDIS for Australians with psychosocial disability: A scoping review. Aust J Soc Issues [Internet]. 2023;58(2):262–78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ajs4.245>

[13] B. Pérez, «De la noción de trastorno mental al concepto de discapacidad psicosocial a partir de una intervención situada,» Comunicaciones Independientes, pp. 233-256, 2020.

[14] La salud mental [Internet]. Comunica la Salud Mental. [citado el 30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/>

[15] Pulgarín CLB, Copete 0000-0003-3977-222x Yusi Daneira, Piñeros 0000-0002-9944-5952 Luisa Fernanda. BARRERAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL PROGRAMA HOGAR GESTOR EN LA CIUDAD DE PEREIRA, SEGÚN PERCEPCIÓN DEL CUIDADOR [Internet]. Edu.co. [citado el 30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/854/Art%C3%ADculo%20cient%C3%ADfico%20Barreras%20en%20acceso%20a%20servicio>

s%20de%20salud%2C%20percibidas%20por%20cuidador%20de%20persona
s%20con%20discapacidad%2C%20programa%20hogar%20gestor.pdf?sequen
ce=2&isAllowed=y

[16] Organización panamericana de la salud., «Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud,» IMSERSO, pp. 69-83, 2011

[17] Unidas N. CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD [Internet]. 2014.Ohchr.org. [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en:
https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/CRPD_TrainingGuide_PTS19_sp.pdf

[18] el Caribe CEPAL y. Acerca de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Cepal.org. 2017 [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en:
<https://www.cepal.org/es/temas/agenda-2030-desarrollo-sostenible/acerca-la-agenda-2030-desarrollo-sostenible>

[19] Educación 2030 Declaración de Incheon [Internet]. Mineduc.cl. [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en:
https://bibliotecadigital.mineduc.cl/bitstream/handle/20.500.12365/18066/50_ESP-Marco-de-Accion-E2030.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[20] Unión de la Igualdad: Estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad 2021-2030 - Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión - Comisión Europea [Internet]. Comisión Europea. [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en:
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1484&langId=es>

[21] Organización mundial de la salud, «Discapacidades,» Ginebra: OMS, 2020.

[22] Las discapacidades y la salud [Internet]. Cdc.gov. 2023 [citado el 11 de septiembre de 2023]. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/index.html>

[23] Análisis de la reforma a la salud desde la perspectiva de salud pública [Internet]. Escuela de Gobierno | Uniandes. 2023 [citado el 11 de septiembre de 2023]. Disponible

en: <https://gobierno.uniandes.edu.co/es/noticias/reforma-salud-perspectiva-salud-publica>

[24] E. Trigueros, «Análisis del concepto de discapacidad psicosocial que tiene el personal docente de educación especial del centro de Enseñanza Especial de Heredia,» Comisión del Programa de Posgrado en Estudios Interdisciplinarios sobre Discapacidad., pp. 1-141, 2019.

[25] D. Melo y D. Osorio, «Percepción sobre discapacidad psicosocial de un grupo de profesionales de las ciencias humanas y de la salud en Ibagué, Tolima,» Universidad Nacional Abierta y a Distancia, pp. 1-97, 2018.

[26] Suárez y Chalarca, Concepciones de discapacidad psicosocial: Análisis de los procesos académicos y trayectoria estudiantil desde la educación superior inclusiva en la UDEA. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia, Medellin Colombia , 2019.

[27] Sánchez CC. Orientaciones en salud mental y discapacidad psicosocial para el sistema de Educación Superior Colombiano [Internet]. junio de 2023 [citado el 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.colombiaaprende.edu.co/sites/default/files/files_public/coleccion_material_completo/LB_salud%20mental%20MEN_web%20jun_13.pdf

[28] Judith A. Cook, Et al. Results of a Randomized Controlled Trial of Mental Illness Self-management Using Wellness Recovery Action Planning, Schizophrenia Bulletin , volumen 38, número 4. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr012>

[29] Farkas, M. Restablecimiento (Recovery) y Rehabilitación. La consideración actual de la recuperación: Lo que es y lo que significa para los servicios de atención. Madrid. (2007).

[30] Basset T, Bentall R, Mary Boyle, Cooke A, Cupitt C, Dillon J, Freeman D, Garety P, Harper D, Johnstone L, Kinderman P, Kuipers E, Lavender T, Lea L, Longden L, May R, Morrison T, Meddings S, Onyett S, Peters E, Pilgrim D, Read J, Slade M, Weaver Y,

Wykes T. Comprender la psicosis y la esquizofrenia [Internet]. Consaludmental.org. 2000 [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Comprender-psicosis-esquizofrenia.pdf>

[31] M. Muñoz, S. E. Pérez y M. G. A. Crespo, Estigma y enfermedad mental análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental, España: Editorial Complutense S A, 2009

[32] M. López, M. Laviana, L. Fernández, A. López, A. Rodríguez y A. Aparicio, «La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible.,» Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq, 2010.

[33] D. O. Leturia J, «La atención sanitaria a las personas con discapacidad.,» Rev. Española de Discapacidad, 2014.

[34] J. Maldonado, El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos, vol. 46, 2013.

[35] F. Tapia, W. Castro, C. Poblete y C. Soza, Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones, vol. 38, 2015

[36] Organización Mundial de la Salud, Determinantes sociales de la salud, 2023.

[37] S. Díaz, Modelo de atención centrada en el paciente, 2022

[38] Organización panamericana de la salud, Modelos de atención en salud, 2023.

[39] Owens PL, Hoagwood K, Horwitz SM, Leaf PJ, Poduska JM, Kellam SG, et al. Barriers to children's mental health services. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry

[Internet]. 2002 [citado el 27 de agosto de 2023];41(6):731–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12049448/>

[40] CONADIC, Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad.,» Salud mental y discapacidad psicosocial,, 2020.

[41] Organización Mundial de la Salud (OMS), «Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad.,» Malta, 2011.

[42] Organización Mundial de la Salud., «Tener en cuenta a las personas con discapacidades mentales.,» OMS, 2010.

[43] Discapacidad Psicosocial [Internet]. Acpef. 2020 [citado el 27 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://acpef.com/discapacidad-psicosocial/>

[44] Ayala S. Otro tipo de discapacidad: La Discapacidad Psicosocial [Internet]. Asociación Mexicana de Psicoterapia y Educación | Formación profesional en Psicología, Psicoterapia y Educación. Asociación Mexicana de Psicoterapia y Educación A.C; 2017 [citado el 27 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.psycoedu.org/tipo-de-discapacidad-la-discapaci/?v=55f82ff37b55>

[45] Discapacidad mental [Internet]. Ecured.cu. [citado el 27 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.ecured.cu/Discapacidad_mental

[46] <https://documenta.org.mx/blog-documenta/2018/08/08/personas-con-discapacidad-psicosocial-invisibles-pero-discriminadas/>

[47] Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad [Internet]. Gov.co. [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/informe-mundial-discapacidad-oms.pdf>

[48] Ministerio de desarrollo social. Congreso Internacional de Evaluación Social de Proyectos [Internet]. Cepal.org. 2017 [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/news/files/documento_adjunto_monografias_rev_mds_2.pdf

[49] Ministerio de Salud. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 [Internet]. Gov.co. [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

[50] R A Coomer. The experiences of parents of children with mental disability regarding access to mental health care. [internet]. 2013.[consultado 2023. May.10]. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/ajpsy/article/view/91167/80603>

[51] Salazar J. Barreras percibidas por madres de familias de niños y niñas con discapacidad mental frente al acceso y la atención integral de los servicios de salud mental, Medellín 2018. [tesis de pregrado]. Medellín. Universidad de Antioquia; Colombia 2018.

[52] Coêlho BM, Santana GL, Viana MC, Wang Y-P, Andrade LH. “I don’t need any treatment” - barriers to mental health treatment in the general population of a megacity. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2021 [citado el 29 de julio de 2023];43(6):590–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1448>

[53] Wong EC, Collins RL, Cerully JL, Roth E, Marks J. Stigma, discrimination, and well-being among California adults experiencing mental health challenges. Rand Health Q. 2015;5(2):11.

[54] Ebert DD, Mortier P, Kaehlke F, Bruffaerts R, Baumeister H, Auerbach RP, et al. Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student

Initiative. Int J Methods Psychiatr Res [Internet]. 2019 [citado el 29 de julio de 2023];28(2):e1782. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/mpr.1782>

[55] Cha BS, Enriquez LE, Ro A. Beyond access: Psychosocial barriers to undocumented students' use of mental health services. Soc Sci Med [Internet]. 2019;233:193–200. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953619303259>

[56] L. Gonzalez, A. Ortiz, A. Diaz, O. Gomez, P. Otero y L. Ortega, Estigma y discapacidad psicosocial en el marco de los resultados en salud mental del conflicto armado en Colombia., Saldarriaga Concha, S.f.

[57] Hancock, Nicola, Mellifont, Damian, Scanlan, Justin Newton, Hamilton, Debra, Smith-Merry, Jennifer. Breaking down Barriers: Co-designed recommendations to reduce stakeholder identified NDIS access barriers for people with psychosocial disability. [internet].[consultado 2023. May 10].Disponible en: <https://ses.library.usyd.edu.au/handle/2123/29557>

[58] Australian Government Department of Social Services. Health professionals, psychosocial disability and NDIS access FINAL REPORT.mhaustralia.org.[internet]; 2019.[consultado. 2023. May 10]. Disponible en: [health-professionals-psychosocial-disability-and-ndis-access-w-attachments.pdf](https://www.mhaustralia.org/health-professionals-psychosocial-disability-and-ndis-access-w-attachments.pdf)

[59] Arrivillaga M, Borrero YE. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. Cad Saude Publica [Internet]. 2016 [citado el 31 de julio de 2023];32(5):e00111415. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/csp/2016.v32n5/e00111415/>

[60] Harden B, Gyimah L, Funk M, Drew-Bold N, Orrell M, Moro MF, Cole C, Ohene SA, Baingana F, Amissah C, Ansong J, Tawiah PE, Brobbey K, Carta MG, Osei A. Attitudes towards persons with mental health conditions and psychosocial disabilities as rights holders in Ghana: a World Health Organization study. BMC Psychiatry. 2023.

[internet].2023. [consultado. 2023. May 10]. Disponible en. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-023-04620-3>

[61] Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Rublee B, Ramanuj P, O'Brien RW, Tomoyasu N, et al. Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World Psychiatry* [Internet]. 2018;17(1):30–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20482>

[62] Jose JP, Cherayi S, Sadath A. Conceptualizing psychosocial disability in social exclusion: A preliminary discourse. *Contemp Voice Dalit* [Internet]. 2016;8(1):1–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/2455328x16628770>