

PsYcœspacios

ISSN-e: 2145-2776

Vol. 16, Nº 29, julio-diciembre 2022



La psicología clínica como disciplina de entrada y articuladora de las rutas en salud mental en Colombia

Clinical psychology as an entry and liaison discipline for mental health pathways in Colombia

ANDRÉS CAMILO DELGADO REYES A

Universidad de Manizales, Colombia

<https://orcid.org/0000-0003-1781-808X>

ANDRÉS FELIPE AGUDELO HERNÁNDEZ

Universidad de Manizales, Colombia

<https://orcid.org/0000-0002-8356-8878>

Recibido: 29 agosto 2022 • Aceptado: 2 noviembre 2022 • Publicado: 3 diciembre 2022

Cómo citar este artículo: Delgado Reyes, A. C. y Agudelo Hernández, A. F. (2022). La psicología clínica como disciplina de entrada y articuladora de las rutas en salud mental en Colombia.

Psicoespacios, 16(29). <https://doi.org/10.25057/21452776.1485>

^A Autor de correspondencia: acdelgado58718@umanizales.edu.co

Resumen

Pese al aumento en los indicadores de depresión y otros problemas de salud mental, el abordaje de los problemas y trastornos afectivos sigue siendo deficiente, incluso cuando se cuenta con un marco legislativo nacional y con orientaciones basadas en la evidencia científica. Esto se ha relacionado con algunas dificultades del personal de psicología clínica para trabajar en el primer nivel de atención, por ejemplo, las rutas de atención en salud que no consideran esta disciplina como un paso inicial para ingresar al sistema de salud.

El objetivo de este artículo es señalar la importancia de la psicología clínica en el primer nivel de atención, más allá del logro de los resultados clínicos, en procesos de continuidad del cuidado en salud, de clima laboral y en términos económicos. Se exponen algunas cifras relacionadas con la depresión y su abordaje. Se proponen, finalmente, argumentos para incluir, desde el sistema de salud colombiano, la psicología clínica como una de las disciplinas articuladoras y puerta de entrada a la ruta de atención en salud mental.

Palabras clave: atención integral de salud, modelos de atención en salud, psicología, sistemas de salud, salud mental.

Abstract

Policies to address depression and affective disorders remain inadequate, despite the increase in indicators of depression and other mental health problems, even when a national legislative framework and evidence-based guidelines are in place. Some difficulties for clinical psychology personnel to work at the first level of care have been related to this, for example, healthcare pathways that do not consider this discipline as an initial step to enter the healthcare system.

This article aims to highlight the importance of clinical psychology at the primary care level, beyond the achievement of clinical outcomes, in the processes of continuity of care, the work environment and in economic terms. We present some figures related to depression and its approach. Finally, we propose arguments to include, from the Colombian health system, clinical psychology as one of the articulating disciplines and gateway to the mental health care pathway.

Keywords: integrated health care, health care models, psychology, health systems, mental health.

Introducción

La salud mental es una dimensión trascendental para el adecuado desarrollo humano y social, ya que se relaciona con la estructuración de sociedades más pacíficas, el capital social, la calidad de los vínculos y la productividad (Patel et al., 2018). En este sentido, Colombia ha logrado consolidar un marco normativo y jurídico que beneficia de manera progresiva la atención integral en el sector salud, y define la salud mental como

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [MinSalud], 2013)

Las importantes brechas en la prestación de servicios de salud mental y psicología, que ya se presentaban antes de la pandemia, y el aumento de las necesidades psicosociales desde que esta comenzó, han tenido un impacto negativo en la vida de muchas personas que buscan ayuda en el primer nivel de aten-

ción (Marks, 2022). De igual forma, estas entidades se asocian a las causas más frecuentes de años de vida perdidos por discapacidad en todos los grupos de edad, especialmente en adolescentes y jóvenes (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018). En un estudio de *Mind* (2018), el 40 % de los médicos informó que no tenía suficiente tiempo, capacitación o apoyo para atender problemas de salud mental, lo que además contribuyó a un aumento en la carga laboral y en el uso excesivo de tiempo identificando dónde acceder a la ayuda adecuada para estos pacientes.

Las Rutas Integrales de Atención en Salud desarrollan ampliamente

la atención integral, desde la búsqueda activa en población con riesgo y a partir de la resolutivez en el componente primario, vinculado con el componente complementario de la red de prestación de servicios de salud, articulando acciones con otros sectores y actores sociales. (MinSalud, 2018, p. 3)

En el documento que «especifica los lineamientos en términos de organización, operación y gestión del prestador primario de servicios de salud» para Colombia (MinSalud, 2018, p. 6), se menciona la conformación y organización del prestador primario con una capa de atención comunitaria que

implica acciones extramurales relacionadas con participación social en salud y seguimiento de determinantes, que según MinSalud (2016) deben ser:

Brindadas por diferentes conformaciones de personal, de acuerdo con el tipo de ámbito territorial (urbano, rural, disperso) y las condiciones específicas de la comunidad, el territorio y el comportamiento epidemiológico; con una capa de atención básica que incluye todas las capacidades de consulta externa médica general, enfermería, nutricional, urgencia de primer nivel, atención de parto, farmacia y pruebas rápidas; y con una capa de consulta especializada de nivel primario, la cual es orientada a partir de la capacidad de medicina familiar y disponibilidad de especialidades médicas básicas. (p.11)

MinSalud (2016) menciona que, en los planes de cuidado primario familiar, se debe definir la necesidad y realizar la intervención en coordinación con el servicio de psicología del prestador primario o de otro prestador de la red, inicialmente en las familias caracterizadas como de alto riesgo y luego de la valoración familiar integral. Así, la atención integral en salud, entendida desde la promoción de la salud y la gestión integral del riesgo y de la salud pública, se desarrolla

a través de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, siguiendo las orientaciones del Plan Decenal de Salud Pública vigente, la política Nacional de Salud Mental y la Política Integral para la prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas. (p. 15)

Pese a ello, en Colombia la salud mental es punto de inicio para la atención en el sistema de salud, la consulta ambulatoria por medicina general, medicina familiar, pediatría y ginecoobstetricia (MinSalud, 2018). Aunque, amparándose en un marco legal, normativo y de política pública, que orienta a atenciones sistemáticas e integrales por psicología, estas orientaciones son poco implementadas en los

territorios (Agudelo-Hernández, y Rojas-Andrade, 2021). Por eso, Hernández Holguín y Sanmartín Rueda (2018), descubrieron que los entrevistados no perciben para Colombia una dirección clara del sistema de salud en términos de salud mental, sino lo que definen como «un cúmulo de directrices, evidentes, implícitas y contradictorias que hacen presencia de diferentes formas».

En este sentido, la Política Nacional de Salud Mental se basa «en enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital, todo ello con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud» (p. 2), este último, además, orienta los ejes de acción de esta política (MinSalud, 2018).

Una de las acciones principales de esta política es la estrategia El Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP), que, según Sapag et al. (2021) surgió:

En 2008 para enfrentar el déficit en el acceso a servicios de calidad en salud mental en el mundo. Este programa busca fortalecer el compromiso de las autoridades nacionales y la asignación de recursos para ampliar la cobertura de las intervenciones científicamente validadas (p. 2)

Con respecto a esta estrategia, en los últimos años se ha llevado a cabo un proceso de capacitación progresiva en el sector público del sistema de salud colombiano, incluyendo especialmente médicos generales y psicólogos. Desde las bases de este programa, se considera que tener un psicólogo clínico integrado, que trabaje en colaboración con los médicos generales del primer nivel de atención, podría generar impactos en los resultados de salud y mejorar las condiciones laborales de los médicos generales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008; OMS, 2017).

Muchas de las necesidades en salud mental se abordan desde el primer nivel, con los servicios de salud existentes; sin embargo, algunos tienen condiciones no controladas a largo plazo o quejas físicas persistentes que podrían ser atendidas de manera más efectiva con un enfoque psicológico y, en muchos casos, hay una superposición entre estos grupos. Los médicos de cabecera y otro personal de atención primaria, en particular aquellos que son nuevos en su función, pueden sentirse inseguros al manejar el contenido psicológico de muchas consultas de medicina general (Mark, 2022).

La atención en salud mental debe fortalecerse para abordar las crecientes demandas insatisfechas de servicios (Mark, 2022). Se reconoce que, incluso antes de la pandemia, los servicios de salud mental no habían podido abordar las necesidades de quienes acuden al primer nivel de atención, y que existen brechas significativas, particularmente entre los diferentes servicios y modalidades de atención en salud (Naylor et al., 2020), lo que causa que estos procesos de recuperación tengan poca continuidad, baja calidad, alto costo al aumentar las atenciones del prestador complementario, con impacto en los resultados en salud y en la calidad de vida de las personas con problemas y trastornos mentales.

Depresión y dolor: llamado a fortalecer el sistema de salud colombiano con psicología

En Colombia, los problemas neuropsiquiátricos producen 35 % de los años de vida perdidos por discapacidad. En orden de importancia, la depresión corresponde a un 8.2 %, y la ansiedad a un 5.3 %, lo que constituye las principales causas de discapacidad, seguidas de los trastornos de inicio habitual en la infancia y la adolescencia (2.7 %), esquizofrenia (1.8 %), trastorno bipolar (1.7 %), suicidio

y autolesión (1.4 %), trastornos por consumo de alcohol (1.0 %) y trastornos por consumo de sustancias (0.9 %) (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018).

La última Encuesta Nacional de Salud Mental, realizada en 2015, reporta que la prevalencia de vida de trastornos mentales en adultos corresponde a 9.1 %, con mayor presencia en mujeres. La prevalencia de trastornos mentales en los últimos 12 meses es de 4 %, con mayor afectación también en mujeres, especialmente en cuanto a depresión y ansiedad, lo que constituye las principales alteraciones mentales a nivel nacional (Gómez-Restrepo et al., 2016).

En cuanto al dolor crónico y las alteraciones mentales, en los países de ingresos bajos y medianos, un metaanálisis, que incluyó 119 estudios (47 133 individuos), demostró tasas de prevalencia conjuntas: el 20 % de personas con artritis, migraña y dolor pélvico presentan depresión, dos a tres veces más que en la población general; el 50 % de personas con dolor en la unión temporomandibular, fibromialgia y dolor abdominal crónico presentan ansiedad (Kohrt et al., 2018). De igual forma, se mostró una concurrencia entre dolor crónico y consumo problemático de SPA del 27 al 87 % de personas con dolor, y un 28 al 48 % de personas con dolor crónico y conducta suicida.

Frente al abordaje de la depresión, se cuenta a nivel nacional con una Guía de Práctica Clínica, que recomienda que los episodios depresivos leves pueden ser manejados en atención primaria (Recomendación fuerte a favor de la intervención), con citas de seguimiento hasta cada 15 días por tres meses consecutivos (MinSalud, 2015). Asimismo, en cuanto a los tratamientos de la depresión en fase aguda, plantea intervenciones farmacológicas, intervenciones psicológicas y psicosociales, y otras intervenciones terapéuticas.

Lo anterior, se basa en la Guía NICE, la cual recomienda «el uso de monoterapia (psicoterapia o manejo antidepresivo) en pacientes con síntomas depresivos subclínicos persistentes o trastorno depresivo leve a moderado que no hayan respondido a las intervenciones psicosociales de baja intensidad» (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010, p. 245). Mientras que, en el caso de trastorno depresivo moderado a severo, la guía recomienda «la terapia combinada:

antidepresivo más intervención psicológica (terapia cognitivo conductual o terapia interpersonal)» (MinSalud, 2015, p. 98).

A pesar de esto, se han encontrado los indicadores señalados en la tabla 1, que relaciona el número de atenciones prestadas en los servicios de salud por diagnóstico principal, con problemas afectivos, según procedimientos seleccionados a partir de consultas en salud mental, en Colombia de 2018 a 2021 (MinSalud, 2022).

Tabla 1

Procedimientos de primer nivel de atención 2018-2021 para problemas o trastornos afectivos en Colombia

Procedimiento para problemas mentales o depresión	2018	2019	2020	2021	Total
Atención domiciliaria, por psicología	508	457	892	647	2504
Consulta de primera vez por psicología	64 166	99 829	84 979	90 804	339 778
Consulta de primera vez por especialista en psiquiatría	141 731	174 155	123 652	140 514	580 052
Consulta de primera vez por psiquiatría pediátrica	5510	4856	4149	3247	17 762
Consulta de control o de seguimiento por psicología	52 498	74 037	78 329	75 523	280 387
Consulta de control o de seguimiento por psiquiatría	104 634	166 551	199 689	169 879	640 753
Consulta de control o de seguimiento por psiquiatría pediátrica	1619	3648	5396	6338	17 001
Procedimiento para trastornos depresivos	2018	2019	2020	2021	Total
Atención [visita] domiciliaria, por psicología	135	222	457	389	1203
Consulta de primera vez por psicología	41 972	72 852	55 332	67 116	237 272
Consulta de primera vez por psiquiatría	76 373	106 295	74 148	90 442	347 258
Consulta de primera vez por psiquiatría pediátrica	3207	3901	2687	2950	12 745
Consulta de control o de seguimiento por psicología	27 591	42 284	35 014	37 465	142 354
Consulta de control o de seguimiento por psiquiatría	55 632	84 870	81 674	88 338	310 514
Consulta de control o de seguimiento por psiquiatría pediátrica	989	2430	2424	3054	8897
Consulta de control o de seguimiento por otras especialidades de psicología	27	90	125	209	451

Nota. Elaboración propia con datos del Registro Especial de Prestadores de Salud de MinSalud.

En la tabla 1 se evidencia un número significativamente menor de atenciones por psicología que por psiquiatría. De hecho, en 2021 solo el 40.11 % de aquellas personas que reci-

bieron una consulta de psiquiatría o psiquiatría pediátrica, por depresión mayor, han tenido un seguimiento por psicología, como lo indica la Guía de Práctica Clínica de Depresión.

Psicología en el primer nivel de atención

Según la Sociedad Británica de Psicología, los grupos de personas y las situaciones que podría abordar psicología, y que contribuyen a una proporción importante de los motivos de consulta en el primer nivel de atención son:

- Personas cuyos problemas de salud mental son complejos y se encuentran entre el primer nivel de atención y la atención complementaria.
- Personas con molestias físicas persistentes que acuden con frecuencia a atención primaria y también acceden a urgencias y fuera de horario, pero obtienen poco beneficio.
- Personas con condiciones de salud física a largo plazo no controladas donde su atención puede dividirse entre diferentes consultores y diferentes proveedores.
- Personas que dependen de analgésicos recetados; a pesar de la orientación de que esto causa más daño a largo plazo.
- Niños y jóvenes con problemas de salud mental. Específicamente durante la pandemia, los médicos de cabecera han experimentado un aumento de jóvenes que presentan problemas de alimentación/autismos.
- Personas con diagnóstico dual de problemas de salud mental y adicciones.
- Aquellas personas con problemas relacionados con el trastorno del espectro autista. (Marks, 2022, p. 8)

En este sentido, aparte de los beneficios que podría traer en la continuidad en la calidad de los servicios y en los resultados en salud, se ha documentado que la atención psicológica en el primer nivel de atención podría mejorar indicadores económicos. Una evaluación realizada por Bestall et al. (2017), en el primer año de su funciona-

miento de un programa con psicología en el primer nivel de atención, encontró que se redujo el uso de los servicios de salud de alta complejidad y en nueve meses había reducido el costo de la intervención en un 30 %, aunque sin incluir otros indicadores como atenciones extras y prescripción de medicamentos. Otros estudios señalan un ahorro en 22 meses del 34 %, en el primer nivel de atención (principalmente menos consultas al médico) y los ahorros en atenciones especializadas del 66 % (menos urgencias y consultas externas y estancias hospitalarias) (Adair et al., 2005).

Por otra parte, en países de Latinoamérica se han encontrado dificultades en términos de la continuidad de la atención, entendida como un proceso que involucra una atención ordenada, un movimiento ininterrumpido de personas entre los diversos elementos del sistema de prestación de servicios (Parsonage et al., 2014). Esto se asocia con la fragmentación funcional de los sistemas de salud mental y resulta como uno de los elementos centrales en el mejoramiento de los sistemas de salud, especialmente frente a la transición de la atención hacia la atención primaria en salud y la comunidad (Jamison et al., 2018). Es así como se ha descrito un mayor gasto en hospitalizaciones psiquiátricas en los países que designan menos recursos para la salud mental, mostrando que los países tienen menos hospitalizaciones psiquiátricas, mientras mayor sea la inversión en servicios de base comunitaria y en el primer nivel de atención (Diez-Canseco et al., 2020).

Un enfoque de atención primaria en salud que reconozca la continuidad del cuidado como indicador y la participación de varias disciplinas en este proceso, reconoce una visión de la persona en su totalidad y podría alinear los objetivos de la recuperación con los de un desarrollo global sostenible (NHS England, 2019; Patel et al., 2018).

Conclusión

La psicología clínica integrada al primer nivel de atención puede generar mejores resultados para las personas, mediante la atención de la salud física y la salud mental de manera integrada, vinculando con la salud la experiencia pasada, los acontecimientos de la vida y las relaciones; permite un acceso más fácil a un servicio para países complejos que se encuentran en la brecha entre el primer nivel de atención en salud y complementaria; permite el acceso a asesoramiento para médicos generales y personal de atención primaria sobre el manejo de personas con problemas de salud mental más complejos.

Aparte de lo anterior, también daría mejores resultados y gestión eficaz de los recursos para personas con molestias físicas persistentes; podría proveer intervenciones más tempranas para prevenir el deterioro y promover el bienestar emocional; apoyaría a todo el sistema para mejorar el acceso a la provisión adecuada de servicios de salud mental especializada, que conduzca a una mejor participación, con menos posibilidades de que los pacientes vayan de servicio en servicio de forma discontinua; podría ayudar a otro personal de salud a desarrollar sus habilidades psicológicas y relacionarse con pacientes con los que, de otro modo, tendrían dificultades de abordar; ayudaría a promover la comprensión de las dificultades de las personas atendidas en el contexto de su experiencia y entorno, y su posible respuesta a las opciones de tratamiento; podría promover el bienestar del personal y el funcionamiento saludable del equipo de salud para procesar el impacto emocional del trabajo e intervenciones o desarrollo organizacional para resolver problemas interpersonales y del sistema; podría promover el liderazgo y las comunicaciones compasivas, lo que conduciría a un entorno psicológicamente seguro (Marks, 2022), además de promover el cui-

dado de sí mismos entre los profesionales de salud mental.

El nuevo Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 plantea acciones para gestionar los determinantes (protección social, cultura para la salud y el bienestar, salud ambiental, atención integral en salud) mediante una atención integral de salud mental, incluyendo servicios de psicología en la baja complejidad del sistema de salud (MinSalud, 2022). Como resultados en salud de esta prioridad, se contará con personas y familias con continuidad en la atención integral en salud mental en servicios de baja complejidad, incluyendo la atención psicológica.

La psicología como puerta de entrada a la ruta de atención en salud mental, reforzando su presencia en el primer nivel de atención, sería fundamental para lograr mejor adherencia a las recomendaciones en el abordaje de problemas o trastornos mentales, basadas en evidencia, dadas en lineamientos o en guías de práctica clínica y, de esta forma, mejorar los resultados en salud mental. Se reafirma entonces que, para hacer frente a la crisis global de la salud mental, la presencia de los profesionales de psicología clínica en el inicio y en los puntos de articulación de las rutas de atención se hace cada vez más urgente.

Referencias

- Agudelo Hernández, F. y Rojas Andrade, R. (2021). Ciencias de la implementación y salud mental: un diálogo urgente. *Revista Colombiana de Psiquiatría* <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.001>
- Adair, C.; McDougall, G.; Mitton, C.; Joyce, A.; Wild, T.; Gordon, A.; Costigan, N.; Kowalsky, L.; Pasmeny, G. & Beckie, A. (2005). Continuity of Care and Health Outcomes among Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 56(9), 1061-1069. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1061>
- Bestall, J.; Siddiqi, N.; Heywood-Everett, S.; Freeman, C.; Carder, P.; James, M.; Kennedy,

- B.; Moulson, A. & House, A. (2017). New Models of Care: a Liaison Psychiatry Service for Medically Unexplained Symptoms and Frequent Attenders in Primary Care. *BJPsych bulletin*, 41(6), 340-344. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.055731>
- Congreso de Colombia. (2013). *Ley 1616 de 2013*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Diez-Canseco, F.; Rojas-Vargas, J.; Toyama, M.; Mendoza, M.; Caverro, V.; Maldonado, H.; Caballero, J. y Cutipé, Y. (2020). Qualitative Study of the Implementation of the Continuity of Care and Rehabilitation Program for People with Severe Mental Disorders in Peru. *Pan American Journal of Public Health*, 44(69), 1-8. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.169>
- Gómez Restrepo, C., Aulí, J., Tamayo Martínez, N., Gil, F., Garzón, D. y Casas, G. (2016). Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(suplemento 1), 39-49. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.010>
- Hernández Holguín, D. y Sanmartín Rueda, C. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 43-56. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.psmc>
- Jamison, D., Nugent, R., Gelband, H., Horton, S., Jha, P., Laxminarayan, R. y Mock, C. (2018). *Prioridades para el control de enfermedades*. Compendio de la 3ª edición. Banco Mundial. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29392>
- Kohrt, B.; Griffith, J. & Patel, V. (2018). Chronic Pain and Mental Health: Integrated Solutions for Global Problems. *Pain*, 159(Suppl 1), S85-S90. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001296>
- Marks, L. (2022). *Clinical Psychology in Primary Care – how can we afford to be without it? Guidance for Clinical Commissioners and Integrated Care Systems*. The British Psychological Society. <http://www.infocoonline.es/pdf/Clinical-Psychology-in-Primary-Care.pdf>
- Mind. (2018, June 5). 40 per cent of all GP appointments about mental health. <https://www.mind.org.uk/news-campaigns/news/40-per-cent-of-all-gp-appointments-about-mental-health/#:~:text=GPs%20say%20that%20two%20in,mental%20health%20training%20for%20GPs>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Prestador Primario de Servicios de Salud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/documento-marco-prestador-primario.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). *Resolución 3280 de 2018*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). *Resolución 4886 de 2018*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Radicado 202221200881011 - 2022. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, consultado en la bodega de datos del SISPRO 21 abril 2022.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2022). *Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social; Colciencias. (2013). *Guía de práctica clínica. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente 2013*. Guía n. ° 22. [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_Depre%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_Depre%20(1).pdf)

- National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). *Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults* (Updated Edition). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63748/>
- Naylor, C., Bell, A., Baird, B., Heller, A. & Gilbert, H. (2020). *Mental Health and Primary Care Networks. Understanding the Opportunities*. The King's Fund. Center for Mental Health. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/mental-health-primary-care-networks>
- NHS England. (2019). The Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/09/community-mental-health-framework-for-adults-and-older-adults.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). mhGAP. Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Guía mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0.* <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9
- Parsonage, M., Hard, E. y Rock, B. (2014). *Managing Patients with Complex Needs. Evaluation of the City and Hackney Primary Care Psychotherapy Consultation Service*. Center for Mental Health. <https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/managingpatientscomplex.pdf>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P., Cooper, J., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M., Huang, Y., Jordans, M., Kleinman, A., Medina-Mora, M., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., Prince, M., Rahman, A., Saraceno, B., Sarkar, B., de Silva, M., Singh, I., Stein, D., Sunkel, C. & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Sapag, J., Álvarez Huenchulaf, C., Campos, Á., Corona, F., Pereira, M., Véliz, V., Soto-Brandt, G., Irarrazaval, M., Gómez, M. y Abaakouk, Z. (2021). Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) en Chile: aprendizajes y desafíos para América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45(e32). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.32>