

Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría

César Augusto Arango-Dávila¹
Juan Carlos Rojas Fernández²
Mauricio Moreno³

Resumen

Introducción: La salud y la enfermedad mental son fenómenos de gran complejidad en los cuales intervienen aspectos ecológicos y biopsicosociales. La historia natural de la salud y la enfermedad mental podrían ser modificadas por la ejecución de programas de salud general y salud pública. *Método:* En primer lugar, se construye un panorama epidemiológico y social mediante un análisis multifactorial de aspectos relacionados con la enfermedad mental, como la pobreza, la violencia, la farmacodependencia y los desastres naturales. En segundo lugar, se examinan las necesidades en psiquiatría y salud mental con el fin de confrontarlas con el primer punto. Y, en tercer lugar, se evalúa mediante diferentes estrategias el estado de la especialidad y las posibilidades de atención. *Resultados:* La formación del profesional en psiquiatría en Colombia carece de los conceptos de psiquiatría comunitaria y de salud mental comunitaria, pues su formación tiene un énfasis médico y asistencial. La literatura colombiana en el contexto nacional e internacional prácticamente no contiene temas relacionados con experiencias en salud mental comunitaria o aspectos sociológicos de la psiquiatría. *Conclusión:* Se observa una incongruencia entre la realidad en salud mental y la formación en psiquiatría en Colombia, lo que podría tener repercusiones en el momento de plantear políticas de intervención en salud mental para las comunidades. Es necesario que, desde el punto de vista de la salud mental y la psiquiatría, se aborden temas cruciales como son la violencia, la pobreza, la farmacodependencia y las consecuencias de los desastres naturales.

Palabras clave: psiquiatría comunitaria, salud mental, salud pública, Colombia.

Title: Analysis of Aspects Related to Mental Illness in Colombia and Training in Psychiatry

¹ Médico psiquiatra, Pontificia Universidad Javeriana. Doctor en Ciencias Básicas Médicas, Universidad del Valle. Director científico de la Clínica San José O.H. de Cali. Docente de Psiquiatría, Universidad Libre, Cali, Colombia.

² Médico psiquiatra, Universidad del Rosario. Clínica San José O.H. de Cali. Docente de Psiquiatría, Universidad Libre, Cali, Colombia.

³ Médico psiquiatra, Universidad del Valle. Coordinador y docente de Psiquiatría, Universidad Libre, Cali, Colombia.

Abstract

Introduction: Mental health and mental illness are phenomena of great complexity in which ecological and biopsychosocial aspects intervene. The natural history of mental health and mental illness could be modified by carrying out programs of general and public health. *Method:* First, the reality of mental health in Colombia is assessed by depicting epidemiological and social aspects and analyzing the circumstances related with mental illness such as poverty, violence, drug dependence and natural disasters. Second, the needs of psychiatry and mental health are assessed with the purpose of confronting them with the first point. Third, by means of different strategies the state of the specialty and the possibilities of care are examined. *Results:* Training of the psychiatrist in Colombia does not include concepts of community psychiatry and community mental health, as its main emphasis is on medical training and assistance. Colombian literature in the national and international context does not include topics related with experiences in community mental health. *Conclusion:* Great incongruity is observed between reality in mental health and training in psychiatry that could have grave repercussions when the time comes to outline intervention policies regarding mental health for communities.

Key words: Community psychiatry, mental health, public health, Colombia.

Introducción

La salud y la enfermedad mental son fenómenos de gran complejidad, en los cuales intervienen aspectos ecológicos y biopsicosociales. Por lo tanto, se relacionan, por un lado, con aspectos políticos, culturales, sociales y ambientales; por otro lado, con circunstancias

psicológicas, simbólicas y biológicas. La historia natural de la salud y la enfermedad mental puede ser modificada por la ejecución de programas de salud general y salud pública. Contextualizar el problema de la salud y la enfermedad mental en Colombia es una tarea difícil; especialmente, por la multiplicidad de aspectos que inciden en la condición psicológica y psiquiátrica de los individuos.

Cualquier tipo de alteración mental de una u otra manera repercute en la calidad de vida de las personas, en su relación con los otros y en la capacidad de socialización, interfiere con la producción ocupacional, laboral o académica y tiene efectos no solo en el ámbito de lo imaginario y lo simbólico, sino también en la relación del individuo con su entorno, con consecuencias que van desde lo interpersonal hasta lo productivo. Una sociedad con una alta proporción de problemas en la salud mental necesariamente adquiere una dinámica perturbada. Por tener la enfermedad mental una incidencia directa sobre la comunicación y la socialización, las consecuencias no son exclusivamente sobre el individuo, sino, igualmente, sobre otras personas y todos los procesos sobre los cuales incide la persona enferma (1,2).

En el presente trabajo se considerará en primer lugar una revisión analítica de la realidad de la salud mental en Colombia, para construir un panorama epidemiológico y social; en segundo lugar, las

necesidades en psiquiatría y salud mental, con el fin de confrontarlas con el punto primero, y, en tercer lugar, el estado de la especialidad y las posibilidades de atención.

Realidad de la salud mental en Colombia

Para encauzar la amplia problemática por reseñar, se denominarán cinco componentes que, si bien tienen una relación íntima, cada uno de ellos tiene en Colombia un desarrollo, una historia y unas consecuencias propios sobre el estado mental de los individuos: realidad de la enfermedad mental, violencia, pobreza, farmacodependencia y desastres naturales.

Realidad de la enfermedad mental

Proyecciones estadísticas muestran que las condiciones psiquiátricas y neurológicas en el mundo se incrementarán de un 10,5% del total de la carga de la enfermedad a un 15% en el año 2020, lo cual equivale a un incremento proporcional mayor que para las enfermedades cardiovasculares (1). Estos cálculos muestran que en Colombia la depresión unipolar será la primera causa general de consulta para el año 2015 (2).

Según el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 (3), dirigido por el médico psiquiatra epidemiólogo José Posada, el 40,1% de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido, esta sufriendo o sufrirá alguna vez en la vida un

trastorno psiquiátrico diagnosticado; de estos se detecta el 16% en el último año y el 7,4%, en el último mes. Los trastornos de ansiedad encabezan la lista (19,5%); luego siguen los trastornos del estado de ánimo (13,3%), los trastornos por control de impulsos (9,3%) y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (9,4%).

Al comparar la prevalencia de los trastornos mentales en Colombia con otros 14 estudios homólogos de otros países desarrollados y en vías de desarrollo (4), se encuentra que Colombia ocupa los cinco primeros puestos en diferentes entidades patológicas, así: segundo puesto en el trastorno por control de impulsos, cuarto puesto tanto en los trastornos de ansiedad y en los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas como en cualquier otro trastorno (trastorno de ansiedad de separación en la infancia, trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta, trastorno oposicional desafiante, trastorno de ansiedad de separación del adulto y bulimia nerviosa) y el quinto puesto en los trastornos del estado de ánimo.

Los trastornos mentales en Colombia afectan especialmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes, situación que empeora en gran medida el pronóstico, la productividad académica y económica de la población y, en últimas, el capital global, que incluye los factores personales, simbólicos, culturales y relacionales (5). Estos trastornos inician entre los 9 y los 23 años. La mediana en la

edad para las primeras manifestaciones de los trastornos afectivos como el episodio depresivo mayor se sitúa en los 24 años; para la manía, en los 20 años, y para la hipomanía, en los 27 años. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad se encuentra entre los 7 y los 28 años, con un promedio a los 17 años, y los trastornos por uso de sustancias entre los 20 y los 27 años, con un promedio a los 22 años. La edad de inicio de otros trastornos como el trastorno de ansiedad de separación en la infancia, trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta, trastorno oposicional desafiante, trastorno de ansiedad de separación del adulto y bulimia nerviosa se encuentra entre los 8 y 20 años, con un promedio a los 11 años (3).

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

En el Estudio Nacional de Salud Mental en Personal Uniformado

de la Policía 1997 (6) se definió la prevalencia de trastorno mental en el 6,3% de esa población, con una morbilidad sentida del 5,6%; la población con mayor riesgo fueron los separados y los viudos; se observó, en general, una psicopatología ligeramente aumentada en las personas menores de 25 años y mayores de 35.

Es importante resaltar que según los datos nacionales, las personas jóvenes entre los 14 y los 34 años de edad representan el 60% de los suicidios en Colombia; se observa en la misma una razón de cuatro hombres por cada mujer que se suicida. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (7) reportó para el año 2007 una tasa de suicidios de 4 por 100.000 habitantes. Los suicidios representan el 6% de todas las lesiones fatales de causa externa; esto equivale a un promedio mensual de 162 casos de suicidio a razón de cinco al día, o uno cada cinco horas.

La manifestación de las conductas suicidas entendidas como ideación, plan e intento suicida en el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 (3), discriminadas por grupos de edad, evidenciaron mayores prevalencias de vida tanto de ideación como de plan e intento suicida en el grupo de 30 a 44 años; durante el último año la prevalencia de estas variables es mayor en personas más jóvenes (de 18 a 29 años).

Los reportes de la Organización Mundial de la Salud muestran gran-

des evidencias de que la carga de la enfermedad psiquiátrica en el mundo ha sido subvalorada. De las diez principales causas de discapacidad en el mundo, medidas en años de vida sufriendo una discapacidad, el 50% son condiciones psiquiátricas: depresión unipolar, uso de alcohol, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia y trastorno obsesivo-compulsivo. Sólo la depresión unipolar es responsable de más de uno de cada diez años de vida vividos con una discapacidad.

En su conjunto, las condiciones neurológicas y psiquiátricas suman el 28% del total de los años de vida vividos con discapacidad. Colombia no se aparta de este panorama: se estima que la enfermedad mental en Colombia genera un promedio 30 a 80 días anuales de pérdida de la productividad. En el personal uniformado de la Policía Nacional, aunque la prevalencia de trastorno mental es del 6,3% los pensionados por trastorno mental en medicina laboral alcanzan entre el 40% y 60% del total de pensionados, lo que acarrea un altísimo costo para la institución y para el país por causa de los trastornos mentales.

Si el estado de salud y psicosocial de una población está íntimamente ligado con las condiciones y posibilidades que una sociedad genera para que sus miembros avancen en potenciar sus capacidades, desarrollar habilidades y realizar proyectos de vida individuales y colectivos, podría decirse, desde la perspectiva del análisis de

estos aspectos generales, que Colombia tiene circunstancias que no permiten ofrecer las mejores condiciones para la salud mental de sus habitantes; especialmente, porque son los niños y los jóvenes los más afectados, seguidos de las mujeres y los ancianos.

Los principales problemas sociales que enfrenta la niñez en Colombia y en países con condiciones socioeconómicas similares son la violencia, el abandono, la prostitución, problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas y el trabajo infantil. En la juventud, la problemática se expresa como precaria oferta de ocupación productiva; falta de orientación profesional, y adicción al consumo de alcohol, tabaco, marihuana, bazuco y cocaína, al igual que el embarazo precoz. Estos dos últimos van en aumento (8).

En la vida adulta se reconoce mayor vulnerabilidad de la mujer respecto al hombre, por el rol que se asigna en la crianza y orientación de los hijos y el soporte familiar; las principales causas de morbilidad corresponden a problemas obstétricos, de embarazo, aborto, sida, cáncer y mala nutrición. De igual manera, la violencia intrafamiliar cobra importancia en este grupo poblacional, agravada por el silencio y los factores culturales que por generaciones han marcado la dependencia de ella hacia el hombre. En el adulto mayor es de especial interés la falta de acompañamiento en el proceso natural de envejecimiento

y de deterioro, el desconocimiento de la utilidad social del mayor, el abandono y la baja autoestima y autovaloración (8).

Violencia

Debido al carácter cotidiano de las relaciones familiares, los datos registrados sobre la violencia intrafamiliar representan un porcentaje bajo y una imagen parcial de lo que en realidad acontece en el seno de las familias colombianas; sin embargo, este aspecto se relaciona de una manera importante con la violencia en el seno de la comunidad. Aun así, y a pesar de que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses solo recibe los casos de mayor gravedad, se ha establecido que el 75% se relaciona con problemas conyugales, de los que las principales víctimas son las mujeres (95%); al maltrato infantil corresponde el 13% (7).

Según datos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (9), la cuarta parte de los niños colombianos ha sido maltratada por sus padres. El maltrato, tanto físico como verbal, parece más frecuente en los estratos socioeconómicos medios y bajos, y las niñas suelen ser las principales víctimas de la violencia sexual registrada. Además, existen otras formas frecuentes de maltrato infantil, como el abandono, la explotación laboral y la marginación. También constituyen formas de violencia generalizada contra los niños los desplazamientos forzosos, con sus secuelas de desarraigo

cultural, desintegración familiar y desajuste económico.

La violencia intrafamiliar y, especialmente, el maltrato infantil en todas sus presentaciones deben ser motivo de gran preocupación en cualquier política de salud pública, no solo por las consecuencias inmediatas sobre la salud física y salud mental de los individuos, sino por las implicaciones para el futuro (10): la desadaptación social, la delincuencia, los trastornos de la personalidad, la vinculación a pandillas o grupos armados y las psicopatías. En general, se ha establecido que la violencia vivida en la infancia tiende a reproducirse en el adulto.

Entre todos los países de América y del mundo, Colombia tiene uno de los más altos índices de violencia, con una mortalidad proporcional del 25,4%, de la cual se estima que el 21% se debe a causas políticas, y el 79%, a conflictos cotidianos. Hace cuatro décadas las muertes por circunstancias violentas, entendidas en los sistemas de codificación como “causas externas” (homicidios, suicidios y accidentes de tránsito) ocupaban el noveno lugar entre los motivos de muerte en Colombia. En los años setenta pasaron a ocupar el cuarto lugar y desde los años ochenta se han ubicado en el primero, y toman cada vez mayor ventaja en relación con las demás causas de muerte de los colombianos; en la actualidad, Colombia es el país con la tasa de homicidios más alta del mundo, y el Valle del Cauca ocupa el primer lugar en Colombia (7).

Al desagregar las “causas externas” de muerte en Colombia en sus tres componentes principales, homicidios, accidentes de tránsito y suicidios, y observar su tendencia en siete años consecutivos, se confirma que los homicidios han aumentado notablemente, mientras que los accidentes de tránsito y suicidios se han mantenido en niveles casi uniformes; además, es notorio un incremento de la mortalidad por violencia en niños, la cual corresponde al 20% del total de homicidios en el país, de tal forma que por lo menos en las grandes ciudades se observa un promedio de un homicidio infantil cada 6 horas (11).

Con los datos anteriores se puede observar que Colombia padece una grave situación de violencia y una verdadera epidemia de homicidios, con la preocupante realidad de que la población más afectada corresponde a grupos de edad joven. Se puede considerar que las consecuencias de la violencia constituyen en la actualidad el principal problema de salud pública del país, tanto en términos de mortalidad como en las consecuencias de dolor, enfermedad, secuelas físicas y psicológicas, deterioro de la calidad de la vida y costos económicos para la sociedad y para el sector de la salud.

Del 15% al 20% de los miembros de las guerrillas y de los grupos de autodefensas son menores de 18 años; asimismo lo eran el 48% del total de desmovilizados en Colombia en el año 2000 (12). Una

proporción importante de niños y jóvenes colombianos ha vivido la guerra (masacres, muertes, incursiones armadas), han sido habituados a la guerra (desconfianza, visión polarizada de la realidad, uso estratégico de la palabra, legitimación del autoritarismo, justicia por la propia mano, participación en grupos armados) y han tenido pérdidas abruptas y significativas de sus espacios vitales, de sus seres queridos y de sus pertenencias.

La violencia desencadena fenómenos sociales e individuales que comprometen radicalmente las condiciones de vida y la salud mental de los individuos; la violencia y la pobreza son las dos causas más frecuentes para explicar que un 20% de la población colombiana migre, la mitad dentro del país y la otra mitad hacia afuera. Colombia es el segundo país en número de desplazados en el mundo; este desplazamiento forzado modifica los referentes, el entorno, las formas de vida y las exigencias externas (12). Con el desplazamiento, el vivir en casa pasa del 83% al 33%; ser propietario de la misma, del 70% al 13%, y el 46% se hacinan en cuartos y viviendas precarias dentro de zonas de invasión. En total se calcula que el 64,7% de los desplazados son niños, en ocasiones huérfanos y separados de sus familias, quienes pasan por muchas dificultades para finalmente ubicarse en escuelas, carpas, coliseos o casas de parientes y amigos. De esta manera, el 77% de los niños y jóvenes que

estaban vinculados a la educación formal no ingresan al ciclo escolar luego del desplazamiento.

No se han calculado con precisión las secuelas orgánicas, psíquicas y físicas a largo plazo de los actos de violencia que no causan la muerte; la pérdida o limitación de las extremidades u órganos, las alteraciones del funcionamiento psicológico por traumas craneoencefálicos, los déficits afectivo, intelectual y motor, y las alteraciones de los órganos de los sentidos; desde el punto de vista psicosocial, tampoco se han calculado las consecuencias de la viudez precoz, la orfandad ni, en general, la desestructuración de los hogares.

En Colombia los homicidios y accidentes son la causa principal de años de vida potencial perdidos. Dicha categoría representa aproximadamente el 40% del total de años de vida potencial perdidos, y esta proporción muestra una tendencia ascendente (13). Si se parte de la premisa de que la actual esperanza de vida al nacer de un colombiano promedio es de 72 años, y de que la edad promedio de las víctimas del homicidio es de 29 años, se deduce que por cada asesinato se pierden en promedio 42 años de vida; si se estima en aproximadamente 30.000 el número anual de homicidios, la deducción es que anualmente el país pierde por esta causa 1.260.000 años de vida potencial.

Pobreza

Aproximadamente la mitad de los colombianos vive en condición de pobreza, y según los resultados del censo de 2005 (14), el 27,6% de la población presentó necesidades básicas insatisfechas; de esta manera, Colombia se ubicaba entre los países con un nivel de desigualdad alto, con un índice de 0,54 en el Coeficiente de Gini⁴ (13).

En términos generales, la infancia en Colombia sufre los impactos de todo tipo de privaciones y abusos desencadenados por la pobreza: 6 de cada 10 niños están alejados de un entorno protector, situación que pone en riesgo su desarrollo; el 17% de la población con problemas de agua potable y saneamiento básico son niños (14). Las poblaciones indígenas y afrocolombianas afrontan las peores condiciones de vida y el más limitado acceso a los servicios, y son también, para los últimos años, las más afectadas por el conflicto armado y la migración forzada. Entre la población indígena de Colombia se presenta una de las tasas más altas de mortalidad infantil en el mundo; la causa principal de ello es la desnutrición (15).

Se ha comprobado que las condiciones socioeconómicas adversas se asocian con la patología mental, situación empeorada por las restricciones en la atención

⁴ El Coeficiente de Gini se refiere a la diferencia que existe entre los que más tienen y los que menos tienen, en términos de la distribución del ingreso.

(16). Las poblaciones indígenas, los expuestos a los desastres naturales y a la guerra, los desplazados y los que afrontan enfermedades crónicas como el VIH/sida son más frecuentemente personas que viven en pobreza absoluta o relativa, y son más vulnerables a la aparición de problemas de salud mental.

La relación entre salud mental y desnutrición ha sido claramente definida: una alimentación deficiente durante el embarazo y los primeros dos años de vida, y una insuficiente estimulación dentro del hogar son dos factores asociados frecuentemente a la pobreza, condiciones que dejan una marca sobre el desarrollo mental de los niños, que con frecuencia es irrecuperable. Un estudio en el que se evaluó esta relación con pruebas psicológicas cada año encontró cambios notables en los niños con la mejoría de su situación económica: el 40% de los síntomas psiquiátricos y psicológicos, como terquedad, rebeldía, agresividad, vandalismo, robos y abuso de los más débiles desaparecieron (17). El cambio se relacionó, más que con el dinero, con el tiempo que dedicaban los padres a los hijos luego de pasar de tener dos trabajos a uno solo.

En Colombia la situación de desnutrición crónica parece ser peor a medida que aumenta la edad de los niños, lo cual refleja que al no intervenir sobre los casos agudos el problema aumenta hasta volverse crónico. En los niños de 5 a 9 años, por ejemplo, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (18) reportó

una prevalencia del 21% de niños con talla baja para la edad (signo de desnutrición crónica), un 7% con bajo peso para la edad y solo un 4% con exceso de peso, cifras más altas que las reportadas por la encuesta para la población de niños menores de 5 años. En los niños de 10 a 17 años la encuesta reporta una prevalencia del 27% de niños con talla baja para la edad y un 6% con bajo peso para la edad, situación aún peor que la reportada en niños del grupo etareo inmediatamente anterior.

Es importante destacar que, en concordancia con los postulados de Manfred Max Neef (19), el concepto tradicional de pobreza es muy limitado, ya que se refiere exclusivamente a la situación de aquellas personas que se hallan por debajo de un determinado nivel de ingreso, una noción estrictamente economicista:

Sugerimos no hablar de pobreza, sino de pobreza. De hecho, cualquier necesidad humana fundamental que no es adecuadamente satisfecha revela una pobreza humana. Hay una pobreza de Subsistencia (si la alimentación y el abrigo son insuficientes); hay una pobreza de Protección (debido a sistemas de salud ineficientes, a la violencia, la carrera armamentista, etc.); hay una pobreza de Afecto (debido al autoritarismo, a la opresión, las relaciones de explotación con el medio ambiente natural, etc.); hay una pobreza de Entendimiento (por la

deficiente calidad de la educación); hay una pobreza de Participación (por la marginación y discriminación de las mujeres, los niños o las minorías étnicas); hay una pobreza de Identidad (cuando se imponen valores extraños a las culturas locales y regionales, o se obliga a la emigración forzada, el exilio político, etc.); y así sucesivamente.

Las interacciones y potenciaciones entre la ruralidad y las amplias y progresivas poblaciones suburbanas, el conflicto armado, los cultivos y tráfico de drogas, la economía especialmente agrícola y de consumo, la falta de oportunidades de empleo y el desplazamiento forzado contribuyen a mantener los altos índices de pobreza y miseria, que sumados a la falta de acceso a servicios sociales y de salud contribuyen, para el caso específico de la salud mental, a la aparición y mantenimiento de fenómenos de violencia, desesperanza, trauma, angustia y depresión, y de problemas psicosociales como la violencia doméstica y el abuso sexual. No existe una pobreza, sino un repertorio de pobreza; las pobreza no son sólo pobreza, son mucho más que eso: cada pobreza genera patologías, toda vez que rebasa, por su intensidad o duración, ciertos límites críticos.

Farmacodependencia

Entre 13 países con diferentes niveles de desarrollo, participantes

en la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS (4), Colombia ocupa el cuarto lugar en trastornos por drogas, después de Ucrania, Estados Unidos y Holanda. Las regiones geográficas con más trastornos por consumo de drogas en el país son la región Pacífica, que incluye el Valle del Cauca y Cali, y la región Central, seguidas de cerca por el Distrito Capital.

Según el Estudio Nacional de Salud Mental 2003 (3), en Colombia la prevalencia de cualquier trastorno ocasionado por drogas alguna vez en la vida es del 9,6%; en los últimos 12 meses, del 2,8%, y en los últimos 30 días, del 0,9%; esto quiere decir que 3 personas de cada 100 han tenido problemas por drogas en los últimos 12 meses y uno de cada 100, en el último mes.

La principal sustancia de la que se abusa es el alcohol (1 de cada 10); 2 de cada 100 personas abusan de drogas y 1 de cada 200 tiene dependencia. El consumo de drogas “alguna vez en la vida” muestra que la exposición a drogas adictivas se encuentra en el 94,3% para el alcohol, el 48,1% para el tabaco, el 12,7% para medicamentos no formulados, el 10,8% para la marihuana y el 4% para la cocaína. Es preocupante que, al igual que los datos presentados sobre la enfermedad mental en nuestro país sobre la violencia y la pobreza, el consumo de drogas psicotóxicas afecte principalmente a la población de niños y jóvenes: se tiene que el inicio de consumo de alcohol es a

los 16 años, el de tabaco a los 18, el de medicamentos no formulados y marihuana a los 19 y el de cocaína a los 22.

Llama la atención la tendencia al consumo de medicamentos no formulados, de los cuales se abusa más que la marihuana y la cocaína. El consumo de alcohol es similar a través de los grupos de edad, con tendencia al incremento, tendencia que también se da con la marihuana y la cocaína. El consumo de tabaco ha presentado una disminución sensible si se compara a viejos con jóvenes. En general, se observa que lo niños y jóvenes empiezan consumiendo alcohol, después tabaco, posteriormente medicamentos y marihuana, y por último se inicia el consumo de cocaína.

Los estudios colombianos muestran datos demográficos importantes: la probabilidad de consumo de drogas es mayor en hombres, especialmente sin estudio o con primaria; según el estado civil, hay mayor probabilidad de consumo de alcohol en los previamente casados y consumo de tabaco, medicamentos, marihuana y cocaína en los solteros. Los retirados tienen una altísima probabilidad de consumo de alcohol en comparación con otras variables de empleo; la probabilidad de consumo de tabaco, medicamentos y cocaína es mayor en personas que trabajan o estudian y, en general, el mayor consumo de todas las drogas, tanto legales como ilegales, se observa en las personas de mayores ingresos.

Los problemas de salud pública asociados con el consumo de alcohol y otras sustancias han alcanzado en Colombia proporciones alarmantes, se constituyen en el mayor factor de riesgo para la salud general y altas tasas de mortalidad. En el año 2000 el uso de alcohol fue responsable del 4% de la carga global de la enfermedad (20), porcentaje discretamente menor que el del daño causado a la sociedad por el uso del tabaco (4,1%) y el generado por la hipertensión arterial (4,4%).

El consumo de alcohol y otras sustancias es responsable de casi el 10% del total de años ajustados de vida perdidos por discapacidad, debido a las condiciones neuropsiquiátricas asociadas, como dependencia, psicosis, depresión, lesiones por accidentes de tránsito, quemaduras, ahogamiento y caídas. El uso del alcohol es responsable de cerca del 13% de años ajustados de vida perdidos por discapacidad debidos a lesiones no intencionales, y de cerca del 15% por lesiones intencionales; es decir, suicidio y homicidio (21). Por otro lado, ocupa el quinto lugar dentro de los factores de riesgo asociados con lesiones en accidentes de tránsito y se lo relaciona con comportamientos de riesgo, incluyendo el sexo no seguro y el uso de otras sustancias. De igual manera, la adicción a sustancias psicoactivas genera altas tasas de comorbilidad, con trastornos por uso de otras sustancias o infecciones de transmisión sexual, y recientes estudios han mostrado una fuerte

asociación entre los trastornos por consumo de alcohol y la infección por VIH/sida.

Desastres naturales

Los desastres naturales en el mundo son una causa importante de trauma físico, muertes, duelos, desplazamientos y trastornos mentales. Tan solo en el año 2005 los maremotos, huracanes, deshielos, sequías e inundaciones dejaron más de 322.000 muertos y cientos de miles de damnificados en el mundo; en el año 2006 la cifra fue un poco menor, pero igualmente significativa.

Colombia ha mostrado ser uno de los países más vulnerables a desastres naturales en América: el 86% de la población está ubicada en zonas de nivel medio y alto de amenaza sísmica y volcánica. La Dirección Nacional de Planeación (22) revela que, en promedio, cada año ocurren 597 desastres en Colombia, cifras que superan a las de Perú, con 585; México, con 241, y Argentina, con 213. La entidad determinó que desde el maremoto de 1979 en Tumaco hasta el año 2006 han perdido la vida 38.212 personas por desastres naturales y han quedado un poco más de 15 millones de damnificados; con todo esto se torna más preocupante el hecho de que Colombia es uno de los países de la región con mayor incapacidad económica para hacer frente a los desastres; especialmente, si estos son extremos.

En el año 2005 más de un 1.100.000 personas resultaron afectadas por desastres naturales en Colombia, cifra que duplica el promedio de víctimas en los últimos 5 años. Las consecuencias físicas, emocionales y sobre la salud mental de las personas damnificadas son claras, pero no han sido suficientemente estudiadas. El análisis de la situación climática del mundo y la secuencia de sucesos catastróficos que se han dado en los últimos años señalan que los desastres naturales se están incrementando en frecuencia e intensidad.

En el siglo XX la temperatura media de la superficie terrestre aumentó entre 0,4 y 0,8 grados centígrados y el nivel del mar subió entre 10 y 20 centímetros. En este siglo la temperatura de la Tierra subiría entre 1 y 6 grados (22), y la elevación del mar, entre 10 y 90 centímetros, y se incrementarán las olas de calor y de lluvias. Según esto, en los próximos años podremos esperar prolongadas sequías, aumento de incendios de bosques, más inundaciones y deslizamientos, todo lo cual repercutirá en la producción agrícola.

Multicausalidad de la enfermedad mental

Para evaluar la relación y el peso de todos y cada uno de los factores planteados, utilizamos una metodología basada en una matriz multifactorial causa-efecto, la cual se fundamenta en el principio de

la causalidad o relación como una forma de organizar y representar diferentes nociones sobre los orígenes de un problema complejo. Se destacan los siguientes aspectos de reciprocidad: *a.* la prioridad temporal, *b.* la contigüidad en el tiempo y espacio, *c.* la conjunción constante, que señala que la causa y el efecto son parte de un mismo objeto y *d.* la conexión necesaria que plantea que el principio de causalidad tiene una tendencia prospectiva. Este análisis arrojó los siguientes resultados:

La secuencia hallada en este ejercicio muestra cómo la enfermedad mental, como tal, es el factor que presenta el mayor poder de contigüidad, conjunción y conexión con todos los factores (véanse Tabla 1 y Gráfica 1), con lo cual se concluye que los aspectos seleccionados son pertinentes y proclives a la investigación en el área de la salud

mental. La pobreza y la violencia, en su orden, demarcan aspectos que en nuestra población tienen serias repercusiones sobre la salud mental y no pueden escapar de un análisis detallado como núcleos fundamentales necesitados de intervención e investigación; la farmacodependencia tiende a situarse en un punto medio que hace pensar que se asocia a una consecuencia de los aspectos con mayor poder de contigüidad, conjunción y conexión, como lo son la enfermedad mental, la pobreza y la violencia. Los desastres naturales se acercan al cero, lo que implica una tendencia de relación unidireccional con el resto de aspectos.

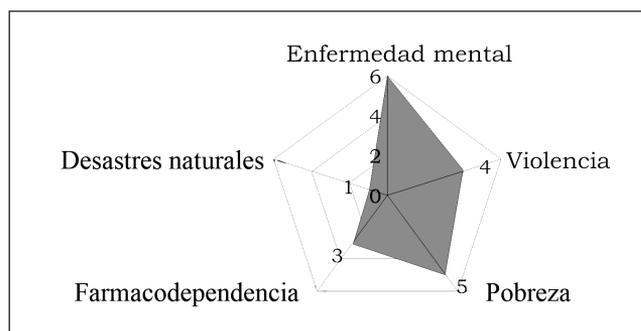
La contextualización anterior nos permite entender que ni la salud ni la enfermedad mental se pueden desligar de la realidad compleja que representan; por lo

Tabla 1. Matriz multifactorial causa-efecto en la que se relacionan la enfermedad mental en Colombia, la violencia, la pobreza, la farmacodependencia y los desastres naturales

	Enfermedad mental	Violencia	Pobreza	Farmacodependencia	Desastres naturales
Enfermedad mental	X	1	1	1	0
Violencia	2	X	2	1	0
Pobreza	1	1	X	1	1
Farmacodependencia	2	1	1	X	0
Desastres naturales	1	1	1	0	X
Sumatoria	6	4	5	3	1
Poder relativo	1 0,32*	3 0,21	2 0,26	4 0,16	5 0,05

Contigüidad, conjunción y conexión: 1 = Alta o directa; 2 = Media; 3 = Baja o ausente *Valoración

Gráfica 1. Red de contigüidad, conjunción y conexión de los diferentes aspectos asociados a la enfermedad mental*



* Cero es la ausencia de relación. El área sombreada de cada categoría es la influencia relativa de un aspecto sobre los otros.

tanto, los planteamientos dirigidos a entenderla y modificarla requieren contar con elementos conceptuales que nos permitan aprehenderla en la práctica.

Necesidades en psiquiatría y salud mental en Colombia

A pesar de que los términos generales de la Ley 100 de 1993 de seguridad Social Integral de Colombia (23), señalan los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral y calidad, la realidad ha mostrado una limitación de la prestación de los servicios y pocos recursos destinados directamente a los programas de salud mental, programas que en muchos sitios pasan a incluirse dentro de los Planes de Atención Básica. De esta manera, la Ley 100, bajo la denominación de Salud Mental privilegia la atención en los programas de Hospital Día y excluye las curas de reposo,

los tratamientos psicoterapéuticos mayores de 30 días y la psicoterapia individual, la cual se contempla solo durante la fase aguda e inicial de la enfermedad. Debido a lo anterior, se observa una tendencia a que los tratamientos se reduzcan al manejo de crisis, sin seguimiento, en personas con recursos económicos escasos; con frecuencia hay ausencia de apoyo a las familias y una continuidad en el tratamiento.

El Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 (3) muestra una alta prevalencia de enfermedad mental. Según este estudio, solo recibió atención uno de cada diez pacientes con un trastorno, uno de cada cinco con dos trastornos y dos de cada diez con tres o más trastornos; buscó tratamiento solo el 25,3% de personas con trastornos severos, el 11,7% con trastorno moderado y el 8,8% con trastorno leve. Aproximadamente el 5,5% de los encuestados utilizó servicios de salud en

el último año y solo el 13,9% de los pacientes con trastorno mental recibió tratamiento de algún tipo en los últimos 12 meses.

La gran proporción de casos que reportaron recibir algún tratamiento fueron de pacientes con trastornos del estado de ánimo y con mejor ingreso económico; la proporción más baja fue para pacientes con abuso de alcohol. Las formas más comunes de tratamiento fueron aquellas encontradas en el sector de la salud, donde el 13,2% de los casos con algún trastorno recibió ayuda; sin embargo, la proporción de pacientes que no reciben ningún tratamiento es muy alta: fluctúa entre el 91,8% para los casos leves y el 72,2% para los casos graves.

En relación con el alcoholismo y la fármacodependencia, el panorama es mucho más sombrío; especialmente, porque la Ley 100 de 1993 no considera esta problemática dentro de sus posibilidades de intervención y exonera a las EPS de la responsabilidad, sobre todo en la rehabilitación; en general, una persona con cualquier trastorno por drogas se demora entre 8 y 11 años en buscar tratamiento especializado, y la mayoría no tiene acceso al tratamiento.

En la rehabilitación psiquiátrica se encuentran también importantes limitaciones. Los usuarios de los servicios de salud mental superan el gasto promedio de atención de las instituciones que la ofrecen; un 13% lo hace en salud mental y un 3% combina rehabilitación general

y mental, frente a una demanda de personas con trastornos mentales y conductuales del 30,2% (24); esto, además, tiene relación con el hecho de que los trastornos psíquicos constituyen una de las principales causas de jubilación anticipada y de asignación de pensiones por discapacidad. En algunos sectores de riesgo como las Fuerzas Militares, esta proporción de jubilados por problemas psiquiátricos puede alcanzar hasta el 60% del total de las causas de discapacidad (6).

En relación con la asistencia, se observa un incremento del giro cama y disminución de los días estancia, pero los hospitales se pueden definir como de “puertas giratorias”: los pacientes egresan, y por falta de apoyo psicosocial recaen de nuevo y requieren nuevas hospitalizaciones (25). La Ley 100 ha permitido un aumento en la cobertura en psiquiatría, pero en detrimento de la calidad, sin atención integral como seguimiento, soporte, referencias a otros niveles y pobre oportunidad.

Se ha establecido que el encierro intermitente en los hospitales psiquiátricos, el encubrimiento farmacológico de los síntomas, la institucionalización en casa, el desconocimiento de las habilidades o posibilidades productivas de los enfermos, el aislamiento, la soledad y la gestión especializada en sitios separados de la comunidad generan tendencia a la cronicidad de los diferentes trastornos mentales (26). En estas condiciones, la

persona afectada por un trastorno mental sufre una pérdida que no se puede delimitar exclusivamente a las consecuencias directas de su enfermedad, y presenta una merma importante de su capital global así: pierde capital económico ante las incapacidades y exclusiones laborales, pierde capital cultural y social, pierde la capacidad de acceder a ese capital en tanto enferma, pierde la posibilidad de transformar sus conocimientos (capital cultural) en capital económico, y la familia pierde gradualmente todos los capitales (5).

La suma de todo lo expuesto permite señalar, como lo afirma José Posada (27), que por la falta de políticas de salud pública en salud mental “cerca del 76% de las personas con trastorno grave en su Salud Mental en Colombia no reciben atención en el sistema de salud y además, esto tiene una repercusión muy importante en el capital global de las personas”; es llamativo que ante esta situación el gobierno gaste en salud mental una cantidad aproximada al 0,08% de su presupuesto de salud (3), situación completamente incongruente con la realidad de nuestro país.

La población colombiana sufre el embate de múltiples problemas psicosociales, y muchas personas viven bajo las consecuencias de la violencia, el desplazamiento y el desempleo, con grandes efectos sobre su salud mental; dado el alto volumen de actos violentos, de población desplazada y de rein-

sertados procedentes del conflicto armado, la salud mental debería tener prioridad en la agenda social, económica y de salud (27). Tradicionalmente, la atención en salud mental se ha ofrecido a las personas con enfermedades mentales graves, pero en la actualidad el análisis de las orientaciones de los estudios en salud mental y otros fenómenos psicosociales permite identificar líneas comunes con la amplitud que da la noción de salud mental y sus implicaciones sociales, lo que trasciende la enfermedad y al sector y genera un interés por vincularla a las acciones de salud y al énfasis en lo comunitario.

Hacia finales de la década pasada se formuló la Política Nacional de Salud Mental, cuya ejecución fue muy limitada; sin embargo, dio lugar a la elaboración de nuevos lineamientos para el año 2005, acompañados de la Metodología para la Planeación del Componente de Salud Mental en los Planes Territoriales de Salud. Sobre esta misma línea, la Ley 1122 de 2007 incluye la necesidad de intervenir sobre grupos de población vulnerables desde el punto de vista psicosocial, integrados en el Sistema de la Protección Social y, específicamente, en el Sistema General de Seguridad Social Integral; se espera que el esfuerzo intersectorial e interinstitucional mancomunado tenga repercusiones favorables sobre la salud mental.

Es claro que las necesidades de atención en salud mental, tanto en

atención primaria como en atención secundaria y terciaria, son mucho mayores que la oferta actual. Esto refuerza (además de las políticas vigentes en prevención primaria y secundaria) la importancia y necesidad de formación de recursos humanos en el área, con un enfoque que cuente con altas calidades científicas, técnicas, humanísticas y sociales. Si se examina el contenido temático de los planes de estudio de técnicos, auxiliares, profesionales y especialistas en el campo de la salud mental, así como las áreas de práctica, líneas de investigación, habilidades y horas dedicadas al tema de la violencia, la farmacodependencia, el suicidio y las patologías mentales, se advierte un enorme desajuste entre la magnitud de este problema en Colombia y la importancia que se le otorga por parte de las instituciones educativas. Es necesario lograr una integración más orgánica, fundamentada y permanente de los distintos aspectos del tema en las diferentes etapas del proceso formativo, y en el caso de las ciencias de la salud, desde la formación en pregrado hasta el postgrado.

Si la magnitud social del problema se reflejara en los intereses, contenidos y actividad diaria de la academia, en ese caso la violencia, la farmacodependencia, el suicidio y las patologías mentales serían objeto de conocimiento y de transformación. Por ello, los programas deben cuidarse de exclusivamente medicalizar los problemas en salud mental; es decir, de reducirlos a la

lógica clínica y pretender afrontarlos solo con los recursos y disciplinas tradicionalmente utilizados por las profesiones de la salud. Por su naturaleza, su dinámica, significados e implicaciones, comprender y manejar la violencia, la farmacodependencia, el suicidio y las patologías mentales requiere un esfuerzo intersectorial, interdisciplinario, multiprofesional y participativo. Hay que asomarse a otros escenarios fuera de los consultorios y hospitales, escuchar a interlocutores diferentes de los pacientes, asociarse con nuevos actores y crear nuevos frentes de trabajo.

En una reunión realizada en Cartagena el 18 de agosto de 2006 con siete psiquiatras docentes y jefes de Departamento de Psiquiatría de diferentes regiones de Colombia, se preguntó sobre cómo debería ser la formación del psiquiatra teniendo en cuenta las condiciones de la población colombiana. Se conflujo en cinco puntos básicos, en orden de importancia: *a.* Énfasis en psiquiatría social y comunitaria, en la cual se trabaje conjuntamente con el sistema de salud, y se puedan programar proyectos y dar directrices de salud mental, con programas de promoción y prevención. *b.* Énfasis en psicoterapia, razón de ser de la psiquiatría, perdida en estos momentos en muchos de los planes de estudio universitario. *c.* Profundización en neurociencias, base fundamental del entendimiento neurobiológico del proceso del pensar, sentir y sus vicisitudes en el neurodesarrollo.

d. Debería estar sostenido en la investigación en los tres órdenes: social, psicológico y biológico. e. Suplir fallas en la formación en psiquiatría infantil y Gerontopsiquiatría.

Estado de la especialidad en psiquiatría en Colombia y posibilidades de atención en salud mental

Actualmente se observa que la especialidad psiquiátrica en Colombia es la disciplina médica que tiene la mayor proporción de especialistas formados en escuelas de nuestro propio país (94,2%), en comparación con otras disciplinas donde la formación en el extranjero puede llegar hasta el 35% (28); de esta manera, tenemos que en los últimos 35 años se han formado en Colombia los psiquiatras bajo la influencia de las corrientes primarias que se han enseñado de una generación a otra, con poca influencia de otras corrientes extranjeras contemporáneas; por un lado, se encuentra la psiquiatría organodinámica francesa, de la cual quedan aún algunos reductos; especialmente, de los aspectos conceptuales y clínicos; por otro lado, está la concepción kraepeliana y las terapias biológicas introducidas desde el segundo cuarto del siglo pasado y, por otro, la tendencia psicoanalítica introducida desde 1950. Es importante resaltar que entre 1975 y 1990 se plantearon programas de aplicación comunitaria de

la psiquiatría, que sirvieron como referente en todo el mundo. Esta concepción fue desarrollada y reportada por Carlos Climent, Carlos León y María Victoria de Arango, de la Universidad del Valle. Desafortunadamente, no se volvieron a hacer reportes ni publicaciones sobre la experiencia comunitaria, y hasta el momento en nuestro país no existe un Departamento de Psiquiatría que defina en su práctica y producción intelectual una visión en salud mental y psiquiatría comunitaria, lo que se refleja en la formación de los psiquiatras, quienes tienen un énfasis básicamente asistencial.

Al revisar las publicaciones de los últimos cinco años de la *Revista Colombiana de Psiquiatría* (29), importante órgano de difusión del pensamiento y el quehacer psiquiátrico en nuestro país, se encuentra que los temas relacionados con experiencias o trabajos en salud mental o psiquiatría comunitaria están prácticamente ausentes. Al cuantificar el contenido de los artículos se observó que alrededor del 50% se relaciona con procedimientos terapéuticos interpersonales de tipo psicoterapéutico o tratamientos farmacológicos; el 30% son investigaciones de índole descriptiva de poblaciones o grupos limitados, regionales o específicos; el restante 20% corresponde a revisiones de temas que solo de forma ocasional tocan aspectos relacionados con la psiquiatría social. No se publican experiencias de intervención comunitaria, lo que indica la

poca producción en este sentido, lo cual podría ser el reflejo del déficit en la formación e intervención en este sentido.

Los departamentos de psiquiatría de nuestro país forman a un psiquiatra hábil y destacado en el manejo de las enfermedades mentales, con conocimientos básicos en la fisiopatología y psicopatología, con buen entrenamiento en psicofarmacología, y, en mayor o menor proporción, en psicoterapia; algunos, con énfasis en psicoterapia psicoanalítica y otros, en psicoterapia sistémica, interpersonal o de otro tipo. Esto se refleja en la producción intelectual de los últimos años: las publicaciones de la *Revista Colombiana de Psiquiatría* se presentan, en su mayoría, como temas de revisión y, cada vez más, trabajos de investigación originales, usualmente relacionados con intervenciones psicoterapéuticas, descripciones estadísticas de sectores poblacionales locales y específicos, y, en menor proporción, investigación en ciencia básica o en intervención comunitaria. La *Revista Colombiana de Psiquiatría* goza de prestigio en los países bolivarianos y en Centroamérica; de hecho, es uno de los órganos de difusión que han tenido más continuidad en el sector, con 44 años de producción ininterrumpida; además, se encuentra indexada en importantes bases de datos mundiales. Sin embargo, a través de este órgano se observa que en Colombia aún no hay una tendencia definida que se identifique como escuela o

doctrina psiquiátrica en el ámbito internacional; además, las publicaciones en revistas internacionales indexadas son bajas, a pesar de que en los últimos años se observa una tendencia al incremento.

Las publicaciones internacionales en temas relacionados con psiquiatría y salud mental provenientes de trabajos realizados en Colombia son muy bajas al comparlas con otros países latinoamericanos como México, Argentina, Chile o Brasil. Al revisar las bases de datos latinoamericanas, se observa que la producción científica evidenciada por publicaciones en revistas internacionales indexadas de los países bolivarianos o centroamericanos se asemeja a la producción colombiana; sin embargo, es necesario recalcar que Colombia cuenta con una problemática de salud mental y psiquiatría que supera significativamente a estos países de la región. Colombia ocupa, entre cinco grupos de patología psiquiátrica, los primeros cinco puestos en el contexto mundial, es el país con la mayor prevalencia de violencia en el mundo, está entre los diez países con más pobreza en el mundo, ocupa el segundo lugar en el mundo en cuanto desplazamientos forzados de poblaciones y presenta una tasa importante de desastres naturales: con todo lo anterior, debería haber más representación en la literatura internacional.

Si se revisa en la base de datos Medline Pubmed (30) la proporción de publicaciones relacionadas

con trabajos colombianos o con colaboración con otros países, encontramos una baja producción, situación incongruente con nuestra problemática en salud mental y psiquiatría. En el tema de depresión se localizan 17 artículos, de los cuales 16 son de tipo descriptivo y solo uno, referente a intervención; 10 de ellos fueron publicados en los últimos 5 años. Sobre el tema de suicidio se localizan 15 artículos, todos de tipo descriptivo, y seis en los últimos 5 años. Sobre ansiedad hay 12 artículos: 11 de tipo descriptivo y uno sobre genética, y 6 de ellos fueron publicados en los últimos 5 años. Sobre adicción se encuentran 12 artículos, la mayoría descriptivos, y solo dos de ellos publicados en los últimos 5 años. Del tema de esquizofrenia hay 14 artículos: diez de tipo descriptivo, dos sobre genética y dos referentes a intervención, y 6 de ellos fueron publicados en los últimos 5 años. De enfermedad de Alzheimer se encuentran 16 artículos: 5 de tipo descriptivos y 11 de estudios genéticos; 9 fueron publicados en los últimos 5 años. Sobre trastorno bipolar encontramos ocho publicaciones descriptivas; la mitad, en los últimos 5 años. En general, sobre estos temas se observan 90 publicaciones, 44 (48%) de estas se hicieron en los últimos 5 años; es decir, de 8 a 9 artículos por año y menos de uno por mes. La gran mayoría de estas publicaciones consisten en trabajos de tipo descriptivo, y solo 4 (9%) se relacionan con intervenciones

terapéuticas. Estas observaciones nos dan una idea de la realidad en cuanto a producción intelectual y el reflejo de la psiquiatría colombiana en el plano internacional.

Las publicaciones internacionales colombianas en temas de violencia llegan a más de 80 en la base de datos Medline Pubmed. Algunas son de carácter intervencionista y con un énfasis comunitario y experiencias de campo en manejo de la violencia. Sin embargo, teniendo en cuenta la problemática tan grave que implica este tema en nuestro país, llama la atención que la mayoría de publicaciones sean realizadas por el grupo SISALVA, de la Universidad del Valle. Los departamentos de psiquiatría de nuestro país, si bien han mostrado preocupación por el tema, aún no tienen una clara definición de su participación los aspectos clínicos o sociales relacionados con la violencia.

Si representamos los resultados de las publicaciones colombianas locales e internacionales en términos de la construcción del conocimiento basada en la metodología científica, nos percatamos de que la originalidad de la creación del conocimiento en psiquiatría y salud mental en Colombia se corresponde claramente con los primeros pasos del método científico, que son la observación y la generación de hipótesis. Falta trascender estos pasos y encauzar el esfuerzo científico hacia planteamientos experimentales. Nuestra creación científica es más de tipo empírico-analítico,

busca establecer la explicación de un fenómeno ateniéndose a lo previamente conocido y buscando una explicación congruente con los datos de la observación; por lo tanto, no se encuentra tan cerca de los dos fundamentos del conocimiento: la replicabilidad y la falsabilidad.

El resultado de nuestra creación científica debe ser, de alguna manera, el reflejo de nuestro quehacer como psiquiatras. Según lo plantea Diego Rosseli (28).

La psiquiatría contemporánea en Colombia esta conformada por profesionales ubicados en diferentes lugares del espectro biológico/psicoanálisis (dinámico/organicista), con una tendencia ecléctica, en la cual se asume un papel diferente dependiendo del diagnóstico del paciente y de la experiencia clínica. Algunas condiciones psiquiátricas responden mejor al manejo con estrategias biológicas, otras muestran mejores resultados con la psicoterapia, mientras que entre una y otra están muchos trastornos que pueden ser manejados con combinaciones de uno y otro enfoque.

Sin embargo, la conceptualización de esta tendencia es pobre y requiere investigación.

En Colombia existen en la actualidad 12 programas de formación en psiquiatría; siete de ellos, en Bogotá. En 1960 solo existían tres programas de psiquiatría en el país, en las universidades del Valle, de Antioquia y Nacional. Finalizando la misma década se crearon tres programas más, todos en Bogotá: el del Hospital Militar y los de las

universidades Javeriana y del Rosario. En la década del ochenta se crean los programas de la Clínica Monserrat, también en Bogotá, y el programa de la Universidad de Caldas, en Manizales. A mediados de la década del noventa aparecen el programa de la Escuela de Medicina Juan N. Corpas, en Bogotá, el de la Universidad de Cartagena y el de la Pontificia Bolivariana, de Medellín. Los últimos programas creados son el de la Universidad San Martín, también en Bogotá, y el de la Universidad Tecnológica de Pereira, que recibió los primeros residentes en el primer semestre de 2008.

La población de psiquiatras en Colombia es relativamente joven al compararla con otras especialidades: casi la mitad de esta ha entrado al mercado laboral desde 1990, pero su tasa de crecimiento ha estado por debajo de las de otras especialidades (28). En la década del sesenta los programas nacionales de psiquiatría formaron a 26 especialistas, en la década del setenta se formaron 96, en la del ochenta se formaron 238 y en la del noventa, 293. Se considera que actualmente el país cuenta con 796 psiquiatras activos.

La concentración de los servicios de psiquiatría en Bogotá fue criticada desde 1965 por Augusto Esquivel, asesor de la OPS, quien visitó Colombia en esa época. De 796 psiquiatras, 396 (49,7%) viven y trabajan en Bogotá, lo que constituye la proporción más elevada de concentración de profesionales de todas las otras especialidades, de las cuales el promedio de concen-

tración en Bogotá es del 36,4%. Si consideramos, además, los psiquiatras de Medellín y Cali, tenemos que el 73,7% de ellos se encuentra en las tres principales ciudades del país.

Con los anteriores resultados tenemos que mientras en Bogotá hay un psiquiatra por cada 16.600 habitantes y un promedio similar se observa para las otras dos principales ciudades del país, los cálculos nos muestran que para todo el resto del país hay un psiquiatra por cada 57.000 habitantes. En términos proporcionales globales, en Colombia hay menos de dos psiquiatras por cada 100.000 habitantes; en Bogotá, Cali y Medellín esta relación es de 6 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, mientras que para el resto del país la proporción es de 0,6 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. Si tenemos en cuenta la población de psiquiatras en otros países, encontramos que en Suiza, Estados Unidos y Canadá esta es de 22, 13,5 y 12 por cada 100.000 habitantes, respectivamente.

Los problemas que enfrenta la psiquiatría colombiana difieren de los de las otras especialidades, en cuanto a que la inmigración de especialistas titulados en el extranjero no afecta en el mismo grado que otras especialidades. La producción nacional de especialistas en psiquiatría no está desbordando aún los límites de la demanda nacional. El crecimiento anual promedio durante la última década ha sido inferior al 3%. Roselli y colaboradores señalan que debido a la concentración de psiquiatras en

Bogotá se hace necesario disminuir el número de programas en esta ciudad y el número de egresados de estos programas (28).

Como puede observarse claramente, las necesidades de atención en salud mental de Colombia superan por un amplio margen la oferta y disponibilidad de médicos y profesionales especializados en esta área, tanto en el ámbito institucional como en el privado. El número total de residentes de psiquiatría en la actualidad en Colombia es de 111, distribuidos en las doce facultades que ofrecen dichos programas; la oferta de cupos para realizar especialización en psiquiatría, es mucho menor que para el resto de las especialidades. Más aún, el déficit se hace aún mayor si tenemos en cuenta la demanda de este tipo de atención en los tres niveles, considerando las apreciaciones anteriores en cuanto a necesidad de psiquiatras, por la evolución del perfil epidemiológico y de salud de la población colombiana; además, por encontrarse la atención en salud mental, en la actualidad, entre las políticas primarias de salud.

Conclusiones y recomendaciones

El problema de la salud mental en Colombia requiere una urgente intervención en salud pública, dado el carácter epidémico de la patología mental. Sin embargo, por la complejidad asociada a la salud y la enfermedad mental y su altísima prevalencia, dicha intervención requiere el conocimiento y pautas de

intervención en diferentes aspectos, que incluyen la violencia, la pobreza, la farmacodependencia y los desastres naturales. Los componentes sociológicos en la configuración de la enfermedad mental tienen un peso evidente, arrojado por los resultados de las evaluaciones epidemiológicas, descriptivas y etnográficas.

La formación del profesional en psiquiatría en Colombia adolece del concepto de psiquiatría comunitaria y de salud mental comunitaria; esta formación tiene un énfasis más médico y asistencial. Los aportes en la última década de la psiquiatría colombiana en temas relacionados con aspectos sociológicos de la psiquiatría son mínimos, especialmente en las áreas que tanto repercuten de forma adversa en la Salud Mental de los colombianos, como la violencia y la pobreza. La literatura colombiana en el contexto nacional e internacional prácticamente no contiene temas relacionados con experiencias en salud mental comunitaria. Todo lo anterior es incongruente con nuestra realidad; especialmente, porque el psiquiatra se considera uno de los actores más importantes al momento de plantear estrategias de intervención comunitaria; y dado que el profesional de la psiquiatría es el

directamente implicado en el manejo de la patología mental, se considera que, por su formación, tendría elementos para enfrentar la complejidad de los trastornos que maneja. Hay una incongruencia entre el problema de la salud mental en Colombia y la formación en salud mental en Colombia (véase Gráfica 2).

Evaluando la amplia problemática de salud mental de nuestro país, podemos afirmar que, de alguna manera, todos los colombianos deberían participar en el fomento de la salud mental individual y colectiva; especialmente, los componentes especializados en salud mental, los cuales requieren una integración directa, participativa, definida y definitiva. La organización política de Colombia contiene agentes responsables de conducir el proceso, entre los cuales se encuentra el Ministerio de la Protección Social. La Ley 1122 de 2007, la cual enfatiza la importancia de las intervenciones en salud pública en el campo de la salud mental, señala claramente que estas acciones deben promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad: su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, para así fortalecer a

Gráfica 2. Incongruencia entre la realidad de la salud mental en Colombia y la formación de los psiquiatras colombianos

- Realidad de la salud mental en Colombia:
Un grave problema **bio-psico-social**
- Estado de la especialidad y posibilidades de atención:
Un psiquiatra con formación **bio-psico-social**
- Necesidades sentidas en psiquiatría y salud mental:
Un psiquiatra **bio-psico-social**

la comunidad y a los diferentes entes territoriales.

Todo lo anterior señala que es fundamental establecer pautas claras en cuanto a formación en salud mental comunitaria para todas aquellas carreras profesionales o técnicas que tengan injerencia en la salud mental. Conocer el problema, establecer pautas de intervención y crear la conciencia de los principios de la salud mental comunitaria es la única manera de lograr que la política nacional en el campo de la salud mental pueda concretarse en hechos y resultados satisfactorios. Se requiere, además, la capacitación obligatoria en salud mental comunitaria para los profesionales que en la actualidad podrían intervenir en salud mental.

No se puede desconocer en Colombia el trabajo de algunos sectores privados y públicos que durante los últimos años han querido señalar la importancia de lo social en la psiquiatría y han hecho trabajo de campo con resultados satisfactorios, los cuales pueden constituirse en un ejemplo para replicar. El Instituto Colombiano del Sistema Nervioso y la Universidad del Bosque han generado la reflexión sobre la salud mental en el campo social (31), el Instituto Departamental de Salud de Nariño ha creado un Modelo de Atención en Salud Mental (32); también, un material de aplicación en la comunidad (33), con una intervención definida en los múltiples niveles de los actores implicados en la salud mental de la población. La Sociedad Colombiana de Psiquiatría ha puesto en consideración un documento-propuesta:

Política Nacional en el Campo de la Salud Mental (34), que podría ser la guía conceptual y el fundamento de la urgente intervención en salud mental comunitaria en el país.

Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo de la Dirección de Investigaciones de la Universidad Libre seccional Cali.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, Land S. Enfermería Comunitaria en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington: Revista Paraguaya de enfermería; 2005 [acceso 1 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.laenfermerahoy.com.ar/articulo.php?id=100>.
2. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Salud ambiental y entornos saludables [Internet]. 2008 [acceso 1 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/verprograma.asp?programa=6>.
3. Ministerio de la Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Organización Mundial de la Salud, Universidad de Harvard, Fundación FES-Social. Estudio Nacional de Salud Mental [Internet]. Colombia: Ministerio de la protección social; 2003 [acceso 1 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=14822&IDCompany=3>.
4. Organización Mundial de la Salud. Atención en salud mental en los países en desarrollo: análisis crítico de los resultados de las investigaciones 2006 Serie de informes técnicos (698). [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006 [acceso 1 de octubre de 2008]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_698_spa.pdf.
5. Molina Cl. Capital global y política pública en salud mental: la pertinencia de la Política Nacional de Salud Mental

- ante las consecuencias emocionales, individuales y familiares del desplazamiento forzado. En: El desplazamiento forzado interno en Colombia un desafío a los derechos humanos. Departamento de Publicaciones de la Universidad Externado de Colombia. Bogotá; 2006. p. 56-68.
6. Arredondo LG, Noguera E, Jiménez M, Rojas P. Estudio Nacional de Salud Mental en personal uniformado de la Policía Nacional de Colombia 1996/98. Dirección de Sanidad Policía Nacional de Colombia. Bogotá; 1998. p. 81.
 7. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis: Datos para la vida [Internet]. Colombia: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2007 [acceso 1 de octubre de 2008]. Disponible en: http://www.medicina-legal.gov.co/index.php?option=com_wrapper&Itemid=323.
 8. Climent C, de Arango M. Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria. Washington: Paltex; 2004.
 9. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Modelos de atención-violencia doméstica [Internet]. Colombia: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; 2007 [acceso 1 de octubre de 2008]. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/Nuestros_programas/violencia_domestica.html.
 10. Martín-Baró I. La violencia en Centroamérica: una visión psicosocial. Revista de Psicología de El Salvador; 1990. 9(35):123-46.
 11. Bello MN, Mantilla L, Mosquera C y Camelo E. Relatos de la violencia. Impactos del desplazamiento forzado en la niñez y la juventud. Universidad Nacional de Colombia y Fundación Amor. Santa Fe de Bogotá; 2000.
 12. UNICEF. Niñez y conflicto armado. Situación de la Infancia: niñas y niños que necesitan protección especial. [Internet]. Colombia: UNICEF; 2008 [acceso 1 de octubre de 2008]. Disponible en: www.Unicef.org.co/08-conf.htm.
 13. Colombia, Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario. Examen Periódico Universal Informe de Colombia [Internet]. 2008. [acceso 1 de octubre de 2008]. Disponible en: http://www.derechoshumanos.gov.co/documentos/exa_period_univ_col.pdf.
 14. DANE. Censo Colombia 2005 [Internet]. Colombia: DANE; 2005. [acceso 1 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/censo/>
 15. Alvarado A, Vivas A. Pobreza: Una Propuesta de Análisis Sistemático. Pontificia Universidad Javeriana y Fundación Honrad Adenauer. Bogotá; 2004.
 16. Biasotti A. Pobreza y salud mental: La marca indeleble [Internet]. Córdoba, Argentina: RIMA; 2001. [acceso 1 de octubre de 2008] Disponible en: http://www.geocities.com/rima_web/pobreza_salud_mental.html.
 17. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Satisfacción de las necesidades alimentarias urbanas [Internet]. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO); 2002. [acceso 1 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.fao.org/Noticias/FACTFILE/ff9810-s.htm>.
 18. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Colombia [Internet]. Profamilia; 2005. [acceso 1 de octubre de 2008]. Disponible en: www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/2005resultados_generales.htm
 19. Max-Neef M, Elizalde A, Hopenhayn M. Desarrollo a escala humana [Internet]. Ecoportal; 1992 [acceso 1 de octubre de 2008]. Disponible en: www.ecoportal.net/content/view/full/22954.
 20. Castaño Pérez G, Calderon Vallejo G, Parra Bastidas A. Investigación sobre la prevención de la drogodependencia en Colombia. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó; 2007.
 21. Calderon V, Castaño G, Parra A. Investigaciones sobre prevención de las drogodependencias en Colombia. Fundación Universitaria Luis Amigó, Facultad de Psicología, Programa Especialización en Farmacodependencia. Colombia; 2006.
 22. Organización de las Naciones Unidas, Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios, Colombia. Informes desastres naturales [Internet]. Colombia: Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios, Naciones

- Unidas Colombia; 2008. [acceso 1 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.colombiassh.org/site/spip.php?rubrique12>.
23. Colombia, Congreso de la República. Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 (Sistema de Seguridad Social Integral). Diario Oficial 1993;148(41)1-42.
24. Colombia, Ministerio de Protección Social. Resumen del Estudio Nacional de Necesidades, Oferta y Demanda de Servicios de Rehabilitación en Colombia 2003 [Internet]. Colombia: Ministerio de Protección Social; [acceso 1 de octubre de 2008]. Disponible en: http://www.saldarriagaconcha.org/arcivo/Necesidades_OfertayDemanda.pdf.
25. Santacruz C, Medina E, Felizzola C y Montalvo MC. La dimensión pública de la psiquiatría colombiana. [CD ROM] Ponencia en el XXX Congreso Nacional de Psiquiatría. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Valledupar, Colombia 1998.
26. Pasquale E. Psiquiatría y salud mental 2000 [Internet]. Italia: Departamento di Salute Mentale Trieste; 2007 [acceso 4 de diciembre de 2007]. Disponible en: http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/00_introduzione.htm.
27. Rodríguez I. Ansiedad y depresión, trastornos más comunes. [Internet] Periódico 15 La Ciudad Vive. 2004;55(3) [acceso 1 de octubre de 2008]. Disponible en: http://web.unab.edu.co/periodico15/n55_a3/salud1.htm.
28. Rosseli D, Otero A, Heller D. La Medicina Especializada en Colombia: Una aproximación Diagnóstica. CEJA Universidad Javeriana. Bogotá: 2000.
29. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2003-2008 [acceso 1 de octubre de 2008]. Disponible en: www.psiquiatria.org.co/.
30. PubMed [base de datos en Internet]. Bethesda: National Library of Medicine; 1966- [acceso 1 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query/static/citmatch.html>
31. Rodríguez A (Compilador). Psiquiatría y Sociedad: la Salud Mental Frente al Cambio Social. Kimpres. Bogotá; 2007.
32. Mc Douall J. Diseño, implementación, seguimiento y evaluación de un modelo de atención primaria en Salud Mental para el Departamento de Nariño. Instituto Departamental de Salud Mental de Nariño. Pasto; 2007. p. 101.
33. Arango-Dávila C, Posada J. Manual Básico de Atención Primaria en Salud Mental y Rehabilitación Psicosocial. Pasto; Instituto Departamental de Salud de Nariño; 2007.
34. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Política Nacional en el Campo de la Salud Mental: Documento-Propuesta Asociación Colombiana de Psiquiatría [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007. [acceso 1 de octubre de 2008] Disponible en: <http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/politicanacionaldesaludmental.pdf>.

Conflicto de interés: Los autores niegan cualquier conflicto de interés en este artículo.

*Recibido para evaluación: 15 de septiembre de 2008
Aceptado para publicación: 10 de noviembre de 2008*

Correspondencia
César Augusto Arango-Dávila
Clínica San José O.H.
Carretera a Dapa km 1
Cali, Colombia
arangodavila@telmex.net.co