

Temas de actualidad

Salud Mental: Situación y Tendencias

Adriana Prieto Rodríguez¹

¹ Terapeuta Física. Especialista en investigación social. M. Sc. Salud pública. Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Terapias, Facultad de Medicina, Universidad Nacional. E-mail: adprieto@bacata.usc.unal.edu.co

RESUMEN

Se actualiza la información sobre la salud mental en el ámbito mundial y nacional. En primer lugar se presentan los conceptos básicos y la problemática mundial de la salud mental. Así mismo, se presenta la carga de enfermedad, destacándose que los países desarrollados la depresión mayor ocupa el segundo lugar y en los países en desarrollo el cuarto lugar. De otra parte, en el mundo los trastornos depresivos representan el 17 % de los AVAD perdidos. Se presenta la situación de la salud mental en Colombia, en los aspectos de epidemiología, morbilidad y mortalidad. Por último se examina las políticas de intervención que han utilizado.

Palabras Claves: Salud mental, carga de enfermedad, mortalidad.

ABSTRACT

Mental health: the current situation and trends

Information regarding the mental health situation, both at global and national levels, is updated. In the first place, the basic concepts and problems regarding mental health are presented. The burden of disease is also presented, bearing in mind that in developed countries deeper depression occupies second place and in developing countries comes fourth. On the other hand, depressive disorders represent 17% of DALYs. The mental health situation in Colombia is also presented, including its epidemiological aspects, morbidity and mortality. Finally, the intervention policies that have been implemented are examined.

Key words: Mental health, morbidity, mortality.

De acuerdo con Brundtland (1), tres aspectos determinan las condiciones de salud mental (Ver Recuadro 1): el primero, se relaciona con la velocidad propia del mundo actual; ésta genera cambios, tanto en la vida de las personas en la dimensión cultural, laboral, y tecnológica, como en el desarrollo mundial, expresado en la urbanización, en el crecimiento rápido de la economía y en la degradación ambiental. Aspectos que han forzado a billones de personas a asumir dichos cambios y mirar el futuro sin todavía haber desarrollado destrezas para mirar el presente.

Recuadro 1. La Salud Mental

Según la OMS, la salud mental puede ser entendida como un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio ambiente físico y social (2). Sin embargo, esta aproximación otorga un carácter de estado, al concepto, por lo cual desconoce los determinantes generados en el proceso histórico-social que viven los sujetos.

En este sentido, la definición ofrecida por el National Institute of Mental Health (NIMH), aporta una comprensión mas clara de la naturaleza de la salud mental: "La salud mental desde la infancia hasta la muerte es el trampolín de las destrezas de pensamiento y comunicación, aprendizaje, desarrollo emocional, resiliencia y autoestima" (3).

Es importante reconocer que la salud mental es también una situación que puede ser alterada o afectada por las condiciones ya sea de orden orgánico, social y/o cultural, en las que puede vivir el sujeto. Así, Gonzáles, ofrece una definición para referirse a los trastornos mentales: "No es el problema aislado de un individuo; con frecuencia es el derrumbamiento de fuentes normales de apoyo social. Especialmente de la familia [...] aunque el individuo contribuye a ese derrumbamiento, no es sólo él el que se deteriora y se destruye, son los sistemas de los cuales hace parte a través de la familia, la escuela o el trabajo, mediante la religión o simplemente la amistad [...] estos sistemas han fracasado en su papel de apoyo"(4).

El segundo es la pobreza, puesto que a pesar del crecimiento económico espectacular, se encuentra que tres billones de personas -casi la mitad de la población mundial- aún permanecen pobres y viven con un ingreso no mayor a dos dólares por día, de éstos, 1,3 billones viven con menos de un dólar por día. Esta población, se podría incrementar para el año 2025 a cuatro y dos billones respectivamente.

En el mismo sentido, el estudio desarrollado por el Banco Mundial, llamado "Voces de la pobreza" en el que 60 000 hombres y 60 000 mujeres en 60 países presentaron sus realidades, reflexiones y expectativas sobre el futuro, encontró que tanto la pobreza real y la relativa, son un gran obstáculo

para el bienestar mental. El cual se reconoce como necesario para que los individuos puedan realizar sus habilidades, convivir con el estrés de la vida, trabajar productiva y satisfactoriamente y contribuir positivamente a la sociedad.

El tercer determinante, se relaciona con el proceso de envejecimiento identificado como un problema constante, desde hace unas décadas para los países desarrollados e industriales; debido a que existen, en estos países, cerca de 6 000 millones de personas con más de 60 años, con una expectativa de aumento, en los próximos veinte años, a 1 020 millones; así para el año 2020, aproximadamente el 70 % de la población anciana estará viviendo en los países desarrollados. Por supuesto, ya en estos existe incremento de desordenes mentales derivados del envejecimiento.

PROBLEMÁTICA DE SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO MUNDIAL

El problema de la salud mental, como se expuso al comienzo de este artículo, se encuentra relacionado con los aspectos sociales, económicos y culturales en los que están inmersas las personas. Es así como, los grupos poblacionales mas vulnerables a sufrir este problema son (5,6):

- Personas viviendo en pobreza extrema
- Niños y adolescentes que sufren interrupciones en el proceso educativo.
- Personas traumatizadas por violencia.
- Emigrantes, desplazados y refugiados.
- Población indígena.

Esta población se encuentra en mayor riesgo ya que está expuesta fácilmente a sufrir:

- Desempleo y desintegración social.
- Estigmatización frecuente.
- Exposición a violación de derechos humanos.
- Deficiencia en la respuesta a la necesidad de apoyo social, e intervención, local, flexible y comprensiva.

Los problemas de salud mental en este momento se convierten en una situación de atención prioritaria en el mundo, de hecho, el mismo informe mundial de salud de 1998 (7), plantea que en los últimos años, el aumento de la longevidad y el desarrollo socioeconómico han ido acompañados de un incremento de algunas formas de trastornos mentales. Los factores sociales

y ambientales son importantes, en particular para explicar los aumentos del abuso de alcohol y de drogas, del suicidio, de la violencia y de otros problemas comportamentales. En general, se sabe que el crecimiento y envejecimiento poblacional, serán constantes en los próximos años, lo cual se considera determinante para la presencia de desordenes y problemas mentales; en este sentido, el informe de salud, reportó los siguientes hallazgos:

1. Crecimiento poblacional: La población mundial, que en 1955 era de 2 800 millones de habitantes, es actualmente de 5 800 millones y aumentará en casi 80 millones al año, hasta situarse en unos 8 000 millones de habitantes en 2025. En 1997 se registraron cada día 365 000 nacimientos y alrededor de 140 000 defunciones, lo que arroja un incremento natural de aproximadamente 220 000 personas al día. Para el 2025 se esperan aumentos de hasta el 300 % de la población de edad de muchos países en desarrollo, especialmente de América Latina y de Asia.
2. Crecimiento población urbana: En 1955, el 68 % de la población mundial vivía en las zonas rurales y el 32 % en las urbanas. En 1995, la proporción era del 55 % y del 45 %, respectivamente; en 2025, el 41 % de la población será rural y el 59 % urbana.
3. Envejecimiento poblacional: La población actual está compuesta por 613 millones de niños menores de cinco años; 1 700 millones de niños y adolescentes entre 5 y 19 años; 3 100 millones de adultos entre 20 y 64 años; y 390 millones de mayores de 65 años. La proporción de personas de edad que necesitan el apoyo de adultos, pasará del 10,5 % en 1955 y el 12,3 % en 1995 al 17,2 % en 2025. El número de personas de más de 65 años pasará de los 390 millones de la actualidad a 800 millones en 2025, llegando a representar el 10 % de la población total.
4. Disminución población joven: En 1955 había 12 personas de más de 65 años por cada 100 menores de 20 años. En ese año, la razón personas de edad / jóvenes era de 16/100; en 2025 será de 31/100. La proporción de jóvenes menores de 20 años pasará del 40 % actual al 32 % de la población total en el 2025, a pesar de que el número de jóvenes de esas edades llegará a 2 600 millones, lo que supone un incremento efectivo de 252 millones. A nivel mundial, la población de niños menores de cinco años aumentará sólo un 0,25% anual entre 1995 y 2025, mientras que la de mayores de 65 años crecerá el 2,6 % (7).

De igual forma, el problema de la pobreza y desigualdad, es el fundamental en la situación de salud en general, y de salud mental en particular (5, 8). En este orden de ideas, la distribución de las afecciones mentales en la población no es aleatoria, ya que hay una relación inversa entre el estrato socioeconómico y la tasa agregada de trastornos: cuanto más bajo es el nivel tanto más alta es la tasa. Las necesidades son especialmente altas en los sectores con mayor riesgo, como las poblaciones indígenas y los grupos que sufren desplazamientos, persecución o guerra. Cabe recordar también que solo en algunos casos las personas con necesidades de atención consultan los servicios (9).

CARGA DE ENFERMEDAD Y MORBILIDAD POR DESÓRDENES MENTALES

Los problemas mentales y neurológicos, se encuentran entre los que más contribuyen a la generación de carga global de la enfermedad (10) y a la discapacidad. Mientras la salud pública ha contribuido a mejorar dramáticamente la enfermedad física, en particular sus tasas de mortalidad, el componente de salud mental no ha mejorado sino que, por el contrario, en muchas comunidades se ha deteriorado significativamente.

De acuerdo con el reporte de salud mundial de 1999 (11), como se describe en la Tabla 1, se encuentra que la depresión y la dependencia del alcohol afectan especialmente a aquellos países que presentan mayores niveles de desarrollo. En el último caso ubicándose por encima del lugar que tiene este problema en el mundo.

Tabla 1. Lugar que ocupan los desordenes mentales como generadores de carga de enfermedad

Enfermedad o daño	Lugar que ocupa en el listado de causas		
	Mundo	Países altamente desarrollados	Países con bajos y medios niveles de desarrollo
Depresión mayor	4	2	4
Dependencia al alcohol	17	4	20
Desorden bipolar	18	14	19
Psicosis	22	12	24
Desorden obsesivo-compulsivo	28	18	27
Demencia	33	9	41
Dependencia a drogas	41	17	45
Desorden de pánico	44	29	48
Epilepsia	47	34	46

Fuente: (12)

Llama la atención que estas enfermedades ocupan lugares en los países en vía de desarrollo similares a los presentados en el mundo, mientras que los países desarrollados, encuentran niveles mayores de carga de enfermedad, ocasionada por afecciones mentales especialmente, depresión, alcoholismo, y demencia.

A escala mundial, la depresión (10), ocupa el cuarto lugar como causa de carga por enfermedad y se espera que para el año 2020 este en el segundo. En el grupo etáreo de 15 a 44 años es la principal generadora de carga por enfermedad en mujeres y la segunda en hombres. En la actualidad, se estima que 340 000 000 de personas la sufren, de igual forma se considera que de las 900 000 muertes por suicidio, anuales, la mayoría son atribuibles a este desorden.

Ocurren 29 000 000 (10) casos de demencia en el mundo y se espera un aumento de la cifra a 80 millones en las siguientes décadas. Muchos de estos pacientes, son abandonados o internados en instituciones especializadas. Sesenta millones de personas sufren de retardo mental, a pesar de que la mayoría de los casos pueden ser prevenidos, a través de estrategias educativas sencillas y costo efectivas.

La esquizofrenia (10), es la novena causa de discapacidad en el mundo y se incrementará en 22 a 45 millones en las próximas décadas. Como esta afección es altamente incapacitante genera esfuerzo adicional para los familiares y las comunidades. De igual forma las personas con estas afecciones son víctimas potenciales de estigmatización y violación de derechos humanos.

Con respecto al suicidio (10), ocupa el lugar diecisiete como causa de discapacidad en el mundo, y tiende hacia el cuarto lugar en el año 2020. En el grupo etáreo de 15 a 44 años, ocupa el octavo lugar en hombres y el cuarto en mujeres, como causa de carga de enfermedad. El suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte entre los países que reportan tasas, y ocupa el segundo o tercer lugar como causa de muerte entre jóvenes.

Los años de vida ajustados por discapacidad-AVAD, es uno de los indicadores empleado para medir el impacto de morbilidad generada por los desordenes mentales. En este sentido se encuentra que el 8 % de los AVAD perdidos en 1990, fueron aportados por estos problemas. La distribución

global de los AVAD perdidos en el mundo por estos desordenes se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2. AVAD perdidos por problemas de salud mental en el mundo (%)

Enfermedad mental	AVAD perdidos
Trastornos depresivos	17
Otras	16
Lesiones auto inflingidas	16
Demencias	13
Dependencia alcohólica	12
Epilepsia	9
Psicosis	7
Fármaco dependencia	5
Trauma por estrés postraumático	5

Fuente: (13)

Es posible identificar cuatro expresiones o facetas de la carga generada por la enfermedad en relación con el problema de salud mental (6): la definida, la indefinida, la oculta, y la futura.

La faceta de carga definida, es la que afecta a las personas y se mide en términos de prevalencia y otros indicadores, tales como el de calidad de vida y el de AVAD. Desde ésta se estima que: a) la proporción de carga global de la enfermedad atribuible a problemas mentales y neurológicos es del 15 %; b) las condiciones psiquiátricas y neurológicas aportan el 28 % de los AVAD en todas las regiones del mundo, a excepción de Africa Sub-sahara donde aporta el 16 %; c) cinco de las diez causas de discapacidad en el mundo son problemas de salud mental.

La faceta de carga indefinida se refiere a la exigencia económica y social generada a las familias y a las comunidades ya que las deficiencias de orden mental afectan la función psicosocial y cognitiva del individuo, disminuyéndose su rol social y productivo. Aunque esta faceta se reconoce como fundamental, no existen mediciones al respecto. Sin embargo, se considera que su efecto involucra: a) para la comunidad, costos económicos asociados a largos periodos de hospitalización y productividad reducida; b) para la familia, costos financieros, baja productividad y calidad de vida disminuida.

La faceta de carga oculta esta asociada con la violación de los derechos humanos y estigmatización. Aunque es un problema a nivel mundial, muchas instancias lo mantienen bajo puertas cerradas. El estigma de desorde-

nes mentales conduce a consecuencias negativas para el paciente y la familia, como son: la humillación, el aislamiento, el desempleo y en la violación de derechos humanos, especialmente en derechos a la integridad de la persona, a la libertad, a hacer uso de los recursos propios, y a no ser discriminado.

Finalmente, la faceta de carga futura se refiere a la que se materializará en los próximos años; expresada en el crecimiento de la población y en la posibilidad de aumento de los problemas sociales y de insatisfacción. La carga debida a desórdenes mentales, se elevará sustantivamente y llegará a ser la principal causa que impida el desarrollo en los países. Las razones para esta acentuación son:

- Incremento en la expectativa de vida de aquellos con desorden mental.
- Envejecimiento global de la población, aumentándose las posibilidades de sufrir esquizofrenia y demencia.
- Incremento en la población afectada por conflictos de violencia, guerras civiles y desastres y el número de personas desplazadas contribuirán a los problemas psicosociales, de violencia interpersonal y entre comunidades.

TASAS DE MORBILIDAD

Para 1995, en el mundo, el trastorno bipolar presentó una mayor prevalencia en mujeres adultas que en hombres de este grupo etáreo (14); la ansiedad afectó más a las mujeres y a los ancianos; el trastorno obsesivo-compulsivo y el de pánico a mujeres y adultos, y el desorden de estrés postraumático a mujeres, niños y adolescentes.

En 1997, por lo menos 1 500 millones de personas en el mundo sufrieron algún tipo de trastorno neuropsiquiátrico, incluyendo los mentales, los comportamentales y los de abuso de sustancias. Una tercera parte de ellos pudieron estar afectados por más de un trastorno neuropsiquiátrico y tres cuartas partes de estas personas afectadas vivían en países en desarrollo (15). Asunto que hace pensar en la vulnerabilidad de dichas poblaciones a las condiciones de pobreza, situación ambiental y desarrollo, aspectos ya descritos como determinantes de la salud mental.

El estrés postraumático y la depresión mayor son desordenes que se presentan potencialmente en situaciones de guerra, desastres naturales y condiciones de desplazamiento forzoso. Un estudio efectuado en Honduras sobre el impacto generado, por el huracán Mitch, encontró que el 18,3 % de los adultos y el 8 % de los niños, sufrieron depresión mayor, y el 11,3 % estrés postraumático; de igual forma, la población total afectada por depresión mayor fue de 25,2 % y 14,9 % por estrés postraumático (16).

TASAS DE MORTALIDAD

Las tasas de suicidio pueden ser atribuibles a afección mental, especialmente a la depresión. En 1999 (17), los países de Europa oriental presentan tasas de más de 16 por cien mil habitantes, seguidos de los países anglosajones y asiáticos con tasas entre 8 y 16 casos por cien mil habitantes; posteriormente se encuentran los países latinoamericanos y del mediterráneo con tasas por debajo de 8 casos por cien mil habitantes.

Vale destacar, que la calidad en los sistemas de información puede ser un determinante importante en la definición de estas tasas, siendo así posible que las mas bajas estén asociadas a un subregistro.

La tasa de suicidios de los hombres tiende a aumentar entre 1950 y 1995 (19), mas ampliamente que en las mujeres, en quienes tiende a permanecer estable. En el mismo periodo la proporción de casos del grupo de 5-44 años incrementa de 44 % a 53 (17).

En general, la carga de la enfermedad para 1999, causada por desordenes y problemas mentales corresponde al 11,5 % del total, con una proporción de AVAD correspondiente al 10,5 % del total en los países en desarrollo y al 23,5 % en los países desarrollados (11).

EL PANORAMA EN COLOMBIA

La situación de salud mental en Colombia, se encuentra por debajo de los niveles de morbi-mortalidad reportados en otros países. Sin embargo, existen dos trastornos que toman importancia: el de ansiedad y el bipolar, los cuales se pueden asociar a la condición socioeconómica y de violencia que atraviesa la sociedad, puesto que de estas se derivan distintas situaciones de riesgo, como son (18):

- El desempleo: supone una serie de agresiones y privación de recursos, modificación de relaciones sociales, situación de inseguridad permanente y pérdida de la autoestima; éstas llevan a generar un sentimiento de angustia, apareciendo variados comportamientos, a saber:
 - Formaciones reactivas, que conducen a la lucha social: proyecciones que originan agresividad, cólera y desplazamiento.
 - El comportamiento o la enfermedad aparecen como legitimadores, ya que es más aceptable estar enfermo, que estar desempleado.
- La situación de pobreza: Este riesgo mayor, parece estar relacionado con otros factores como la baja autoestima, la falta de metas alcanzables y las limitaciones educativas e intelectuales.; las cuales, especialmente se identifican en personas sin recursos en el área urbana, trabajadores explotados, mujeres y niños sin educación, niños y adultos de la calle y víctimas del desplazamiento forzoso.

Al establecer un perfil comparativo entre las condiciones de salud mental en Colombia y en el mundo, para observar los aspectos que son más problemáticos en el país (19), se resalta la existencia de prevalencias superiores, en relación con las halladas por la OMS y el DSM-IV, para el desorden obsesivo-compulsivo y el estrés postraumático, las cuales se pueden explicar desde los aspectos de violencia, y situaciones de desamparo aprendido presentes en el caso colombiano.

De igual forma, en la distribución de la carga de enfermedad por subgrupos de causas para 1989-1991, se encuentra que estos desordenes ocupan el 4,0 % de número de años de vida saludables- AVISAS, con el cuarto lugar en el segundo grupo de enfermedades (20). Aunque en la actualidad no se conoce si dicha carga ha podido incrementarse, dadas las condiciones socioeconómicas vigentes; este aumento puede estar reflejado en las prevalencias superiores del desorden postraumático y del desorden obsesivo-compulsivo en relación con las encontradas en el ámbito mundial.

En Colombia se han llevado a cabo diferentes estudios sobre las situación de salud mental, como son: el efectuado en 1987, en el cual se empleó la escala de Zung; el de 1993 que usó como instrumentos el SRQ (self-reporting questionari), el RQC, y la escala de Zung, y se tomó una muestra representativa por Departamentos, con edades entre 12 y 60 años; y el de 1997, que empleó el CIDI-2 (composite international diagnostic interview), con una

muestra de 15 048 personas, cuyos principales componentes fueron: salud mental (calidad de vida, demanda y utilización de servicios de salud mental), trastornos por uso de sustancias psicoactivas, violencia, y evaluación psiquiátrica. Aunque no es posible efectuar un análisis comparativo de estos hallazgos, a continuación se presentan de forma paralela algunos de los aspectos reportados en cada estudio (15, 19, 21,22).

Depresión

En 1987 la prevalencia de depresión fue de 4,5 %; para el sexo femenino de 5,2 % y para el masculino de 3,8 %. A menor estrato social y académico para ambos sexos se presentó incremento de esta prevalencia; por el contrario, a mayor edad se reportó menor. Los resultados en 1993 fueron concordantes con los anteriores.

El estudio de 1993 identificó, en relación con la depresión clínica, un nivel de alto riesgo, 20 % en Antioquia, Santa Fe de Bogotá, Caldas, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Santander; de riesgo medio, 15 % y 19 % en Cundinamarca, Guajira, Risaralda y Sucre y, de riesgo bajo, menor de 15 % en los departamentos restantes.

En este mismo estudio se identificó una asociación, por razón de disparidad mayor (2,24), entre estrato socioeconómico bajo-bajo y presencia de depresión, aspecto también encontrado en el estudio de 1997 (22), ya que se comprobó mayor prevalencia durante la vida en los grupos de mujeres, 19,6 %, en personas mayores de 61 años, en adolescentes, 20,1 %, y en el nivel de primaria, 22,6 %. Por último, la prevalencia durante la vida de depresión por Departamentos fue más alta en Cauca, 38,2 %, Risaralda, 36,8 %, Sucre, 31 % y Valle, 30,7 %.

Suicidio

El estudio de 1993, reportó sobre el intento de suicidio una prevalencia de 5,7 %. Además se calculó una razón de disparidad de 2,09 en personas con adicción al alcohol y de 1 en personas sin esta adicción. En 1997, se presentó ideación suicida en el 4,7 % de las personas entrevistadas, fue mayor en mujeres y en adultos, de 38 a 49 años con 3,7 % y entre 25 y 29 años con 3,2 %; el Departamento con mayor prevalencia correspondió a Vaupés, con 12,5 %.

El trastorno bipolar I y II, en 1997, tuvo la mayor prevalencia en los hombres entre 12 a 15 años para el tipo II y de 20 a 24 años para el tipo I; el

nivel de escolaridad de primaria; y los departamentos de Córdoba y Guajira (2.7%).

La prevalencia de vida de enfermedades mentales se relaciona con los trastornos afectivos; resalta la depresión mayor y la asociación que esta tiene con la situación de pobreza; igualmente resalta los trastornos de ansiedad, relacionados con las condiciones de violencia, desplazamiento forzoso y bajos niveles de escolarización. A manera de síntesis se presentan los hallazgos del estudio de 1997, en la Tabla 3.

Tabla 3. Prevalencia de vida de las enfermedades mentales, 1997

Trastorno del DSM-IV	Prevalencia (%)
Trastornos afectivos	21,3
Depresión mayor	19,6
Trastorno bipolar I	1,2
Trastorno bipolar II	0,5
Trastornos de ansiedad	15,1
Síndromes de estrés postraumático	4,3
Trastornos de pánico	0,3
Fobias	3,8
Trastornos de ansiedad generalizada	3,1
Trastorno obsesivo-compulsivo	3,6
Trastornos somatomorfes	5,7
Somatización	4,9
Hipocondriasis	0,8
Trastornos de la alimentación	2,4
Anorexia	2,3
Bulimia	0,1
Esquizofrenia	1,4
Trastornos cognitivos	2,6
Ideación suicida	4,7
Intento de suicidio	1,7

Fuente: (13)

POLÍTICAS DE INTERVENCIÓN

La política de salud mental formulada en Colombia, corresponde a una manera de entender el problema (23, 24), en cierta forma representada por la relación de la situación con los determinantes socioeconómicos del mismo:

“El deterioro de las estructuras sociales, tales como la deslegitimación institucional, la inequidad distributiva, la ausencia de una infraestructura de servicios acorde con las demandas, la falta de oportunida-

des, el deterioro paulatino del medio ambiente en relación con procesos de deforestación y contaminación de aire, aguas y suelos, y el flujo de personas que acuden a los grandes centros urbanos del país en calidad de desplazados por la violencia, y que no poseen los soportes sociales requeridos para enfrentar su situación, son algunos de los diversos componentes de la situación que viven los colombianos a las puertas de un nuevo milenio“ (22).

Las principales formulaciones, en consecuencia, se centran en el reconocimiento del problema como un asunto derivado de la situación que atraviesa el país, que requiere de una intervención intersectorial, dirigida al tratamiento de las condiciones de salud mental no sólo desde una perspectiva asistencial:

- El estado de salud mental de una población no puede separarse de las condiciones sociales imperantes en un momento particular, las responsabilidades en el óptimo desarrollo de la salud mental de la población apuntan hacia los más diversos sectores gubernamentales y el apoyo decisivo de la sociedad civil
- Las relaciones entre pobreza y salud mental, el envejecimiento poblacional, el significativo deterioro de la calidad de vida, y la ausencia de los mecanismos adecuados para hacerle frente al continuo empeoramiento de la vida mental de los colombianos, son algunos de los puntos esenciales para el debate y la consolidación de una política con proyección hacia el futuro
- El desarrollo de servicios orientados a la comunidad, y la elaboración de propuestas asentadas en las características particulares de cada región dentro de los planes de desarrollo, constituyen así mismo puntos de interés manifiesto de la política nacional de salud mental.
- El Estado colombiano, gracias a la Ley 383 de 1997, ha destinado parte del IVA social, para la optimización de la infraestructura de la red de servicios en salud mental.

Establece finalmente como objetivos:

- Fomentar la cultura de la salud mental mediante actuaciones con individuos, grupos y comunidades.
- Prevenir la aparición de trastornos de salud mental en el país. Reorientar y mejorar la calidad de la prestación de ser-

vicios en salud mental, en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Impulsar la rehabilitación psicosocial de los individuos, grupos y comunidades.
- Fomentar procesos de investigación básica y aplicada en salud mental.
- Fortalecer la red de instituciones y oferta de servicios en salud mental ◀

REFERENCIAS

1. Brundtland H. Global Perspectives on Mental Health. Office of the Director General. World Health Organization; Septiembre 2000.
2. Levav, Y. Salud mental para todos en América y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. Boletín Organización Panamericana de la Salud; 1989.107.
3. Department of Health and Human Services, Center for Mental Health Services, National Institute of Mental Health. Mental Health, A report of the surgeon General; 1999.
4. González FE, Zambrano F, Velásquez A.V. Violencia en la Región Andina: El caso Colombiano. CINEP. Bogotá;1993.
5. WHO. Balancing mental health promotion and mental health care: A joint world health organization (who)/european commission (ec) meeting. Bruselas;22-24 abril 1999.
6. WHO. An overview of a strategy to improve the mental health of underserved populations: Social Change and Mental health. Department of Mental Health, Nations for Mental Health. World Health Organization. Geneva;Mayo 1999.
7. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 1998. la vida en el siglo XXI, una perspectiva para todos. Ginebra; Mayo de 1998.
8. OPS. Simposio sobre estrategias nacionales para la renovación de salud para todos informe final. Washington, D.C; Febrero 19-20,1998.
9. OPS, OMS. La salud en las Américas. Washington, D.C.;1998. Publicación Científica N. 569
10. Social Change and Mental health, Department of Mental Health, Nations for Mental Health. An overview of a strategy to improve the mental health of underserved populations. Ginebra;1999.
11. Jaminson D, Creese A, Prentice T, Et al. Informe sobre la salud en el mundo, cambiar la situación. Ginebra. Worl Health Organization; 1999.
12. WHO. World Health Report 1999: the growing burden of neuropsychiatric disorders. Bulletin on Mental Health, Neuroscience and Prevention of Substance Abuse. A Newsletter from Social Change and Mental Health. Geneva No. 4; September 1999: 2-3.

13. Urrego D, Cocomá JC. Por la salud mental. Rev. Salud pública;1999.1(1): 58-67.
14. WHO. Facts sheets and features. Geneva;1996.
15. Posada J. Calidad de los servicios de salud mental en Santa Fe de Bogotá D.C. Santa Fe de Bogotá, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Fundación Oldarriaga Concha; 1998.
16. WHO. Mental health news from the Pan American Health Organization. Bulletin on Mental Health, Neuroscience and Prevention of Substance Abuse. A Newsletter from Social Change and Mental Health. Geneva. No. 6; Marzo 2000. p. 7-8.
17. WHO. Department of Mental Health. Suicide Prevention. Geneva;2000
18. H.I. Kaplan Er B.J. Sadock (compiladores.). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, Williams Er Wilkins;1994.
19. Posada J, Gómez P. Aspectos epidemiológicos. En: recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos. Asociación Colombiana de psiquiatría. Bogotá, D.C. Editorial Noosfera;1999.
20. Ministerio de Salud. La carga de la enfermedad en Colombia. Bogotá D.C. Editorial Carrera Séptima;1994.
21. Posada J, Torres Y. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas- Colombia, 1993. Ministerio de Salud. Colombia, Bogotá; 1994.
22. Ministerio de salud. Estudio Nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Colombia. Santa Fe de Bogotá; 1998.
23. Ministerio de Salud. Taller: Reformulación de la política colombiana en salud mental Plan Nacional. La salud a la luz de la salud mental. Santa Fe de Bogotá; 1996.
24. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Mental. Santa Fe de Bogotá; 1997.

Visite el sitio Web de la Revista de Salud Pública
en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp>