

**GUIA DE PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE PACIENTES  
PSIQUIATRICOS EN ATENCION PREHOSPITALARIA**

*CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA*



Facultad de Ciencias de la Salud

Carolina Varelas Marulanda

Karen Gómez García

Joceline Sierra Vargas

Medellín, Colombia

2016



## CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

### FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

#### NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto Laboral Tecnológico: "Guía de procedimientos para manejo de pacientes psiquiátricos en atención prehospitalaria.", elaborado por los estudiantes: KAREN GÓMEZ GARCÍA, JOCCELINE SIERRA VARGAS y CAROLINA VARELAS Marulanda del programa de TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES, nos permitimos conceptualizar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

***APROBADO- SOBRESALIENTE***

Medellín, 26 de octubre de 2016

ENF. JOSE CHÁVEZ  
Coordinador Investigación FCS

DR. MARCEL RIBERO VARGAS  
Asesor

KAREN GÓMEZ GARCÍA  
Estudiante

JOCCELINE SIERRA VARGAS  
Estudiante

## TABLA DE CONTENIDO

1. PANORAMA DEL PROYECTO .....	9
1.1 JUSTIFICACION .....	9
1.2 OBJETIVO GENERAL.....	11
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	11
1.4 VIABILIDAD DELPROYECTO .....	12
1.5 LIMITACIONES DEL PROYECTO .....	13
1.6 IMPACTO DEL PROYECTO.....	13
2. MARCO TEORICO .....	15
2.1 MARCO CONCEPTUAL .....	15
2.2 MARCO REFERENCIAL .....	20
2.3 MARCO INSTITUCIONAL.....	25
2.4 MARCO LEGAL .....	26
2.5 MARCO TEORICO .....	40
2.6 TRASTORNO DEPRESIVO .....	40
2.7 TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO.....	42
2.8 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR .....	45
2.8 MARCO HISTÓRICO .....	49
2.9 CONCEPTOS DE LA PSIQUIATRÍA EN EL MUNDO.....	54
2.10 CONCEPTOS DE LA PSIQUIATRÍA EN COLOMBIA .....	57
2.11 LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRÍA .....	60
3. DIAGNOSTICO O ANÁLISIS .....	65
4. DISEÑO METODOLOGICO .....	68

4.1 ALCANCE DEL PROYECTO .....	68
4.2 METODOLOGÍA DEL PROYECTO.....	68
5. PLAN DE TRABAJO .....	70
6. PRESUPUESTO.....	71
7. CONCLUSIONES.....	72
8. RECOMENDACIONES .....	73

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Plan de trabajo .....	68
Tabla 2 Presupuesto .....	71

## LISTA DE GRAFICAS

Gráfico 1 Árbol problema.....	66
Gráfico 2 Árbol de Oportunidades .....	67

## **RESUMEN DE PROYECTO DE GRADO**

### *COOPERACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA*

Facultad de Ciencias de La Salud

### **GUIA DE PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE PACIENTES PSIQUIATRICOS EN ATENCION PREHOSPITALARIA**

Autores del trabajo:

Carolina Varelas Marulanda

G-mail. [cavaleras@unac.edu.co](mailto:cavaleras@unac.edu.co)

Karen Gómez García

G-mail. [Karitasmay@hotmail.com](mailto:Karitasmay@hotmail.com)

Jocceline Sierra Vargas

G-mail. [joccellinen.sierra@gmail.com](mailto:joccellinen.sierra@gmail.com)

Asesor (a): Mg. Lina María Ortiz Vergara

Md. Marcel Ribero Vargas.

Existe un aumento de enfermedades mentales a temprana edad tanto en niños, adolescentes y adultos jóvenes; lo que pone en alerta a las entidades de salud pública y demás entidades prestadoras de servicios en salud mental. Este proyecto es una forma por la cual se pretende sensibilizar la población en general y población específica en el área de la salud frente al aumento de enfermedades mentales; identificar las características de algunas enfermedades mentales específicas y algunos de los tratamientos prehospitalarios que pueden tener las mismas, creando una guía de procedimientos para el manejo de pacientes psiquiátricos en atención prehospitalaria. Los resultados en los cuales se basó este proyecto fueron recolectados de los estudios realizados por la OMS y el tamizaje de salud mental del departamento de Antioquia en los años 2009 al 2010, en los cuales se evidenció que los trastornos más comunes fueron, esquizofrenia, depresión y trastorno afectivo bipolar siendo estos los cuales se tomaron como referencia para la realización de la guía. Las conclusiones a las que se llegaron fueron las siguientes. Se destaca la poca sensibilización, que algunos tienen por los trastornos mentales, tanto por parte de algunos especialistas, personal de salud y de la comunidad, que conlleva a un trato poco digno para estas personas. La poca capacitación del personal de instituciones al servicio de la comunidad, para brindar una atención adecuada a estos pacientes. La desinformación en el tratamiento de población con trastornos mentales, y notar como esto hace tan vulnerable a esta población y sus familias. Cabe destacar que para la realización de este proyecto se contó con poco tiempo, lo que dificulta la obtención de recursos, como información, citas con centros especializados y especialistas en el área.



# 1. PANORAMA DEL PROYECTO

## 1.1 JUSTIFICACION

Se está presentando una preocupación por el aumento de enfermedades mentales a temprana edad tanto en niños, adolescentes y adultos jóvenes; además un factor que complica y afecta de forma negativa en el aumento de la población; como lo ha sido el desconocimiento por parte de las familias, ya que a partir de esta falta de información, el trato que se le da a esta población ha sido un trato poco digno, inadecuado y en muchas ocasiones no se ha contado con un diagnóstico temprano, lo cual podría haber influido de manera significativa en el desarrollo, en la prevalencia y en el futuro del trastorno.

Como se puede observar según el tamizaje de salud mental, citado a continuación:

Tabla 1 Tamizaje

TAMIZAJE SALUD MENTAL DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA. NOVIEMBRE 2009 Y ABRIL 2010	
Encuestados: 45.876 adultos entre 18-60 años y 15.186 niños entre 5-15 años	
RESULTADOS	
El 42% expresan disfunción familiar.	El 14,5% expresan síntomas de opresión, angustia y trastornos de ansiedad.
El 19-25% de población representan los trastornos mentales en Antioquia.	
El 51,7% de los niños presentan alguna sintomatología compatible con problemas de salud mental	El 27,2% de los adultos hay abuso de alcohol y la depresión, angustia o el trastorno de ansiedad presentan un notable sitial

Estas enfermedades se manifiestan de manera que muchas veces pasan inadvertidas y pueden así complicar la situación de la persona, quien por la falta de tratamiento, genera una enorme carga de sufrimiento, incapacidad y pérdida económica. La Mesa Departamental de Salud Mental de Antioquia, coordinada por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA), realizó el tamizaje para valorar la sintomatología psiquiátrica, problemas de orden psicosocial, la percepción de la calidad de vida y el funcionamiento familiar en la población del departamento, y así detectar grupos en riesgo y priorizar acciones de atención en salud mental. (1)

Este proyecto es una forma por la cual se pretende sensibilizar la población en general y población específica en el área de la salud frente al aumento de enfermedades mentales;

identificar las características de algunas enfermedades mentales específicas y algunos de los tratamientos prehospituarios que pueden tener las mismas.

La falta de tacto humano por parte de algunos especialistas en el área de psiquiatría, las creencias irracionales frente a estas enfermedades, la poca cantidad de especialistas y acceso a los mismos , el poco apoyo por parte del estado, la no aceptación de estas enfermedades, las condiciones ambientales y en especial el trato, todos estos factores mencionados anteriormente es lo que ha llevado a la motivación para el desarrollo de este proyecto, buscando así una intervención más adecuada para estas personas llamadas enfermas psiquiátricas que ante todo son seres humanos con sentimientos y emociones como todos los demás.

## **1.2 OBJETIVO GENERAL**

Realizar una guía de procedimiento para el manejo de pacientes psiquiátricos en la atención prehospitalaria

## **1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

3.1) Identificar cuáles son las principales enfermedades mentales de mayor incidencia en el municipio a través de las diferentes entidades responsables.

3.2) Indagar cual es el manejo actual de los pacientes psiquiátricos por enfermedad descompensa que se encuentren en las instituciones prestadoras de servicio.

3.3) Analizar los principales protocolos correspondientes a cada enfermedad mental para retomar en el manejo prehospitalario.

3.4) Desarrollar los protocolos del manejo de pacientes con trastorno de depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, para primeros respondientes.

#### **1.4 VIABILIDAD DEL PROYECTO**

Este proyecto nace ante la carencia de un personal con los conocimientos básicos como primer respondiente frente al manejo de pacientes psiquiátricos, lo cual brinda seguridad y confiabilidad para las instituciones que prestan este tipo de atención, el recurso humano con el que se cuenta para realizar este proyecto se encuentra con las facultades necesarias para brindar una guía de manejo a los primeros respondientes, cabe aclarar que las guías de manejo son dirigidas a la población en general con y sin conocimiento sobre la salud, estas guías serán específicas y claras para que sea fácil de comprender, aprender y aplicar. El recurso físico es proporcionado por parte de las entidades involucradas, en este proyecto se necesita un capital económico definido en el cual se incluya un presupuesto para crear información impresa para compartir, las investigadoras aportarán el recurso financiero para cubrir estas necesidades. Teniendo como finalidad contar con un recurso útil para la respuesta. Con el proyecto propuesto como una realidad tangible con límites de tiempo para su realización y con la aprobación previa de las entidades, este será un proyecto enriquecedor en cuanto lo social y cultural, productivo y coherente para la población en general.

## 1.5 LIMITACIONES DEL PROYECTO

Las limitaciones de este proyecto son principalmente el tiempo y la disposición del personal colaborador. Financieramente el principal obstáculo serán los recursos requeridos para brindar el material impreso con la temática, la cual será una información básica y no invasiva; es importante aclarar que ira dirigido a todo tipo de población.

## 1.6 IMPACTO DEL PROYECTO

Con este proyecto se pretende influir en la toma de conciencia en los primeros respondientes y familiares de las personas con trastornos mentales, para que estén preparados ante los posibles riesgos a los cuales están expuestos los pacientes psiquiátricos y el personal respondiente. Como impacto indirecto se trata de crear una cultura de sensibilización en la sociedad y primeros respondientes para que brinden una atención adecuada y respetuosa y que se concienticen que no es por una obligación, sino por responsabilidad con ellos mismos y la sociedad.

Tabla 2 Impacto del proyecto

<b>IMPACTO ESPERADO</b>	<b>PLAZO</b>	<b>INDICADOR VERIFICABLE</b>	<b>SUPUESTOS</b>
Concientizar tanto al personal de atención prehospitalaria como a las instituciones prestadoras de servicios de salud, entidades encargadas de la atención de urgencias y emergencias, y a los demás profesionales de la salud que de forma directa o indirecta estén involucrados con la atención de pacientes que presentan enfermedades psiquiátricas, para el oportuno diagnóstico, tratamiento.	1 a 2 años	Ver las personas hablando del tema, observando la calidad de la atención a pacientes con enfermedades mentales por los primeros respondientes, el reporte de los familiares de estos pacientes.	La publicación del manual que evidencie la importancia del manejo prehospitalario para la atención primaria de pacientes con enfermedades psiquiátricas. Para mejorar el diagnóstico, tratamiento y desenlace clínico de los pacientes.
La publicación y validación del material teórico recopilado y desarrollado por esta investigación, sobre la importancia y efectividad del manual prehospitalario respecto	2 a 3 años	La Correcta diseminación de la información concebida en esta investigación, para en comparación con los	Que la fundamentación de la investigación sea aceptada y consecuentemente adaptada por las distintas entidades

<p>a los pacientes que presenten enfermedades psiquiátricas.</p>		<p>protocolos de atención por las distintas entidades encargadas de la atención prehospitalaria, instituciones prestadoras de salud y profesionales de la salud que estén involucrados en el manejo de pacientes psiquiátricos.</p>	<p>encargadas de la atención prehospitalaria, instituciones prestadoras de salud y profesionales de la salud en sus protocolos de atención primaria a pacientes psiquiátricos.</p>
<p>Lograr la adecuada implementación del manual para el manejo de pacientes psiquiátricos, por parte de las distintas entidades encargadas de los servicios atención prehospitalaria, instituciones prestadoras de salud y profesionales de la salud, que realizan la atención primaria de urgencias y emergencias, en los casos que involucren pacientes que debido a sus criterios evaluativos, ya sean por sintomatología de origen psiquiátrico, o factores de riesgo psicológicos, que requieran del apoyo prehospitalario para su adecuado, tratamiento.</p>	<p>5 a 6 años</p>	<p>Evaluar el porcentaje de entidades e instituciones involucradas con la atención primaria, principalmente prehospitalaria de este tipo de pacientes, que implementen de manera activa, tanto en sus protocolos, como en sus unidades de atención, la realización adecuada del manejo prehospitalario en los pacientes anteriormente mencionados, en comparación con las entidades e instituciones que no usan dichos lineamientos, planteados por esta investigación, para así concluir la efectividad del manual prehospitalario en el oportuno diagnóstico, tratamiento, y desenlace clínico de estos pacientes.</p>	<p>La correcta realización de prácticas clínicas con entidades que presten servicios en atención prehospitalaria, y que adopten los lineamientos y modelos presentados por fundamentación teórica del proyecto, evidenciando así la efectividad del manual prehospitalario en la atención a pacientes que estén dentro de las directrices de atención pautadas en dicho proyecto.</p>

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1 MARCO CONCEPTUAL

*ATENCIÓN:* “Conjuntos de acciones directas y específicas destinadas a poner al alcance del mayor número posible de individuos, su familia y la comunidad los recursos de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud OMS” (1)

*CAPACITACIÓN:* “Capacitación, o desarrollo de personal, es toda actividad realizada en una organización, respondiendo a sus necesidades, que busca mejorar la actitud, conocimiento, habilidades o conductas de su personal” (2)

*COHERENTE:* “la relación, cohesión y conexión de una cosa con otra; conducta firme, perseverante y lógica con todo principio que se tiene y se practica” (3)

*CONCIENCIA:* “se refiere a la capacidad que nos indica qué está bien o mal y apunta o a un concepto moral, a la ética, o cierto campo de la filosofía. Por nuestra parte sostenemos que la conciencia contiene revelaciones adicionales al concepto señalado” (4)

*CONFIABILIDAD:* “la confiabilidad es la virtud de una persona para llevar a cabo una encomienda simple e insignificante hasta algo complejo e importante, pero que se tenga la certeza que lo va a realizar, porque así cada situación o actividad que se le pida se podrá tener la seguridad que no fallara” (5)

*CONFLICTO FAMILIAR:* “Cualquier tipo de problemática surgida entre los diferentes miembros de una familia puede requerir de una atención profesional por la gravedad y las consecuencias que se pueden derivar de estas desavenencias” (6)

*CONSECUENCIA:* “Hecho o acontecimiento que se sigue o resulta de otro” (7)

*DEPRESION*: “La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (7)

*DISCAPACIDAD*: “Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales” (8)

*ENFERMEDAD MENTAL*: “Es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el lenguaje, etc. Y que dificulta a la persona en su adaptación en el entorno cultural y social” (9)

*ESQUIZOFRENIA*: “La esquizofrenia se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son el hecho de oír voces y los delirios” (10)

*HABILIDAD*: “Es la capacidad de individuo de realizar actividades en un tiempo corto, se relaciona mucho con la destreza que es algo innato que tiende por ser hereditario” (11)

*INSIDENCIAS*: “La incidencia refleja el número de nuevos “casos” en un periodo de tiempo. Es un índice dinámico que requiere seguimiento en el tiempo de la población de interés. Cuando la enfermedad es recurrente se suele referir a la primera aparición” (12)



*INVASIVA*: “Una enfermedad invasiva es la que se propaga a los tejidos circundantes, mientras que un procedimiento invasivo es aquel en el cual el cuerpo es "invadido" o penetrado con una aguja, una sonda, un dispositivo o un endoscopio” (13)

*PACIENTES*: “El paciente designa a un individuo que es examinado medicamente o al que se administra un tratamiento” (14)

*PRIMER RESPONDIENTE*: son los cuidados o la ayuda inmediata, temporal y necesaria que se le da a una persona que ha sufrido un accidente, enfermedad o agudización de esta hasta la llegada de un médico o profesional paramédico que se encargara, solo en caso necesario, del traslado a un hospital" (15)

*PSICO-FARMACOLOGICO*: “La psicofarmacología es la ciencia de estudia los productos psicótrpos (naturales o de síntesis como los medicamentos) y, sobretodo, sus repercusiones a nivel físico y especialmente psíquico” (16)

*PSIQUIATRIA*: “La Psiquiatría es una especialidad médica. El psiquiatra es un médico especialmente adiestrado en la provisión de un servicio clínico directo, liderazgo y responsabilidad en la evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de personas que padecen de desórdenes o trastornos del pensamiento y de las funciones cognitivas, de la conducta o el comportamiento, de los afectos o el ánimo y de alteraciones psicosomáticas” (17)

*RECURSO FISICO*: “Los recursos físicos de las empresas son todos los bienes tangibles, en poder de la empresa, que son susceptibles de ser utilizados para el logro de los objetivos de la misma” (18)

*RECURSO HUMANO*: “se denomina recurso humano a las personas con las que una organización (con o sin fines de lucro, y de cualquier tipo de asociación) cuenta para desarrollar y ejecutar de manera correcta las acciones, actividades, labores y tareas que deben realizarse y que han sido solicitadas a dichas personas” (19)

*REHABILITACION*: “La rehabilitación y la habilitación son procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo” (20)

*RIESGO*: “se define como la combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas. Los factores que lo componen son la amenaza y la vulnerabilidad” (21)

*SALUD PUBLICA*: “es la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida” (22)

*SEGURIDAD*: “hace referencia a la ausencia de riesgos o amenazas, tanto en el campo de los asuntos internacionales como en el ámbito individual de las personas físicas. Así pues, la seguridad concierne a Estados, gobiernos e individuos” ” (22)

*SENSIBILIZACION*: “aumento de la respuesta ante un estímulo como consecuencia de la presentación repetida y constante de ese estímulo” (23)

*TANGIBLE*: “es un adjetivo que indica que algo se puede tocar. También indica que se puede percibir de manera precisa. Esta palabra procede del latín tangible. Algunos sinónimos son: palpable, perceptible, concreto y real” (24)

*TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR*: “Este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, lo gorrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir” (25)

*TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO*: “Es un trastorno mental en el cual las personas tienen pensamientos, sentimientos, ideas, sensaciones (obsesiones) o comportamientos repetitivos e indeseables que los impulsan a hacer algo (compulsiones)” (26)

## 2.2 MARCO REFERENCIAL

*TITULO:* resultado del tamizaje en salud mental en Antioquia

*QUIEN LO REALIZO:* Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

*CUANDO:* Noviembre 2009 y Marzo del 2010

*OBJETIVO GENERAL:* Valorar la presencia de sintomatología psiquiátrica y otros problemas de orden psicosocial, la percepción de calidad de vida y el funcionamiento familiar en la población del departamento de Antioquia, mediante la realización de un tamizaje con el fin de detectar grupos en riesgo para priorizar acciones en salud mental.

*OBJETIVOS ESPECÍFICOS* Caracterizar socio demográficamente los niños, niñas y personas adultas (jefes de hogar) del departamento de Antioquia participantes en el estudio.

Describir la funcionalidad de las familias del departamento de Antioquia, a través de la percepción de la persona adulta jefe de hogar, según algunas características sociodemográficas.

Determinar la percepción sobre calidad de vida de las personas adultas jefes de hogar del departamento de Antioquia, según características sociodemográficas.

Identificar la sintomatología de trastornos mentales en niños, niñas y personas adultas jefes de hogar, en el departamento de Antioquia, según características sociodemográficas.

Identificar las probables asociaciones entre los síntomas de trastorno mental en las personas adultas el niño o la niña, respecto a la funcionalidad familiar y la percepción de calidad de vida.

*RESUMEN:* El acceso a diversos servicios de salud mental, para que las personas sean efectivamente diagnosticadas, tratadas, referidas y continúen el seguimiento necesario, es tal vez uno de los retos importantes que tienen los prestadores de servicios de salud en las próximas décadas si se reconoce que estaremos ante una pandemia en poco tiempo. Para la atención de los pacientes que lo solicitan, es necesario que las entidades territoriales reconozcan que los problemas de esta índole deben ser debidamente caracterizados, y a partir de estos resultados, sensibilizar a los decisores políticos, planificadores y prestadores de servicios, que permitan orientar estrategias acerca de la necesidad de invertir recursos y de realizar acuerdos políticos en beneficio del mantenimiento de la salud mental, de tal manera que la ruta de atención brindada sea la más pertinente. Los estudios de prevalencia y los tamizajes sobre un problema de salud, se constituyen en uno de los pasos más importantes en la planeación de estos servicios, puesto que ellos permiten reconocer la magnitud de las necesidades y algunos factores relacionados; aunque no existe un modelo específico que pueda aplicarse en todos los países, se han diseñado y validado diversos instrumentos bien para captar su presencia, o al menos alguna sintomatología en poblaciones vulnerables. Durante finales del año 2009 y comienzos del 2010, se recolectó información de los municipios del departamento de Antioquia, en hogares seleccionados de manera aleatoria, entrevistando personas adultas, y sus respectivos hijos, hijas en caso de que los tuvieran. La muestra total fue de 45.876 individuos de ambos sexos, entre 18 y 60 años de edad, procedentes del área urbana y del área rural que distara no más de una hora de la cabecera municipal, así como 15.186 niños de ambos sexos entre 5 y 15 años de edad. No participaron dos municipios y a otra localidad se excluyó de la muestra por compromiso ético. El funcionamiento familiar fue medido con el APGAR

familiar; analizados los resultados de esta encuesta, el 42.7% de las personas encuestadas reveló mal funcionamiento familiar. Los síntomas de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad fueron medidos con el SRQ y el 14.2% de los entrevistados presentó una puntuación desfavorable. Los síntomas de psicosis mostraron una alta puntuación (81.3%), incluso por encima de otras sintomatologías, datos que son importantes de corroborar mediante la aplicación de otros test. El consumo problemático de alcohol, fue del 27.2%. No obstante los datos referidos a sintomatología de problemas de salud mental, la percepción de calidad de vida, valorada mediante el QLi-Sp, tuvo una puntuación favorable (por encima de 80 puntos sobre 100 de manera global). La sintomatología de los niños y niñas fue medida mediante el RQC; el 51.7% presentó síntomas compatibles con trastornos del desarrollo. Este tamizaje podrá ser una referencia para establecer tendencias en las problemáticas medidas, si se utilizan estos instrumentos como referencia para futuros estudios en la misma población; igualmente se podrán establecer comparaciones al analizar las variables para la población desplazada, ya que ésta ha sido estudiada parcialmente por otros, pero se sabe que Antioquia es el departamento colombiano con mayor proporción de población en esta condición (45% según CODHES, Sistema de Información sobre Desplazamiento y Derechos Humanos, 1997), además de que esta población tiene una mortalidad seis veces mayor que el promedio nacional.

**RESULTADOS:** Se encuestaron 45.876 personas adultas, entre 18 y 60 años de edad en todo el Departamento y 15.186 niños y niñas, entre 5 y 15 años. El promedio de edad para personas adultas fue de  $37.4 \pm 11.4$  años y para los niños y niñas fue de  $9.9 \pm 3$  años de edad. Las mujeres aportaron el mayor número de personas encuestadas con un 72.4% de la muestra, mientras que el comportamiento en las personas menores de edad fue muy semejante tanto para el sexo femenino (50.5%) como para el masculino (49.5%). En 57 personas (0.1%) de la muestra no aparecieron datos de sexo. (27)

**TITULO:** Análisis descriptivo de los trastornos mentales detectados en el servicio de salud mental de la dirección de salud de la subsecretaría de bienestar y calidad de vida de la universidad nacional de córdoba Período Febrero – Diciembre 2010

**QUIEN LO REALIZO:** Universidad nacional de córdoba

**CUANDO:** Febrero – Diciembre 2010

**OBJETIVO GENERAL:**

Construir un pre-perfil epidemiológico de salud mental para la población estudiantil de la Universidad Nacional de Córdoba, a fin de mejorar la capacitación y la formación de los profesionales que integran el equipo de salud mental de Dirección de Salud de la Subsecretaría de Bienestar y Calidad de Vida.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Estudiar la casuística de los motivos de consulta de esta población y el tipo de psicopatologías más frecuentes.
- Elaborar protocolos adecuados para la recepción de pacientes.
- Determinar protocolos para el diagnóstico psicopatológico y el registro de la orientación terapéutica brindada.

**RESULTADOS:** Se analizaron un total de 311 registros de entrevistas de admisión para la realización del presente estudio descriptivo.

De estos registros se observó que de la totalidad un 70% son mujeres (218 alumnas)

Revista de Salud Pública, (XVII) 2:18-27, jul. 2013 Cravero VM, Dionisio L | Análisis descriptivo de los trastornos mentales detectados en el servicio de salud mental...

21y un 30% hombres (93 alumnos).

Se observó que la edad de los consultantes estaba comprendida en un rango de 18 a 46 años. Para una mejor comprensión de los resultados, se agrupó a las edades en rangos con una amplitud de 4 años. De tal manera que la edad de los estudiantes universitarios consultantes estuvo comprendida en rangos de 22 – 25 años 37% (n= 114); 26 – 29 años 23% (n= 71); 18 – 21 años 14% (n= 45); 30 – 33 años 14% (n= 43); mayores de 38 años 7% (n= 22) y 34 – 37 años 5% (16). Siendo la edad media o promedio de la muestra de 25,8 años de edad.

La mayor cantidad de consultantes al Servicio de Salud Mental provinieron de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, principalmente de la carrera de Abogacía, con un 28%

(n= 87) ; Facultad de Ciencias Médicas, mayormente de la carrera de Medicina, con un 23% (n= 70); Facultad de Psicología 10% (n= 31); Facultad de Ciencias Económicas 10%

(n=31); Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño 6% (n= 20); Facultad de Filosofía y Humanidades 5% (n= 16); Facultad de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales 4% (n=

13); Facultad de Lenguas 4% (n= 13); Facultad de Odontología 4% (n= 12); Facultad de

Ciencias Agropecuarias 3% (n= 8); Facultad de Ciencias Químicas 2% (n= 6) y Facultad de Matemática, Astronomía y Física 1%

*RESUMEN:* El presente trabajo hace referencia al estudio de los trastornos mentales en estudiantes universitarios, que concurren a la consulta especializada a Dirección de Salud de la Subsecretaría de Bienestar y Calidad de Vida dependiente de la Secretaría de Asuntos Estudiantiles, un centro de salud que realiza básicamente tareas preventivas y asistenciales ambulatorias. Se lleva a cabo un análisis de los datos con el fin de determinar el pre perfil epidemiológico de dicha población, que es un aspecto clave para el conocimiento de la situación de salud en una comunidad. Para a posteriori elaborar protocolos adecuados para la recepción de pacientes y determinar protocolos para el diagnóstico psicopatológico y el registro de la orientación terapéutica brindada. (28)

*TITULO:* La Salud Mental en México.

*QUIEN LO REALIZO:* Dr. (c) Juan Martín Sandoval De Escurdia Investigador Parlamentario en Política Social Lic. María Paz Richard Muñoz Asistente de Investigador

*RESUMEN:* El propósito de la presente investigación es responder las siguientes preguntas sobre salud mental: ¿Qué es?, ¿Cuáles son las causas y efectos?, y ¿Qué acciones se han llevado a cabo en los últimos años, tanto por el Ejecutivo como por el Legislativo? Actualmente el debate aborda el tema de la Salud Mental, lo cual se observa en que esta LIX Legislatura aprobó la reforma a la Ley General de Salud, y al Sistema de Salud Mental, que incluye un modelo de Atención en Salud Mental, mismo que contempla la creación de nuevas estructuras de atención, que en congruencia con los avances a nivel mundial, busca el definitivo cierre de los hospitales psiquiátricos asilares. Asimismo, se aprobó el aspecto de informar a los pacientes de trastornos mentales y a sus familiares (En el apartado 4 se abordan ambos dictámenes). El asunto de la salud mental toma relevancia legislativa, desde el punto de vista de propuestas de

modificación a la ley o creación de leyes, en la medida que se relaciona con otros temas de interés público. En este sentido, la salud mental incluye, desde trastornos discapacitantes como la esquizofrenia, depresión, obsesión – compulsión y alcoholismo, que son enfermedades neuropsiquiátricas y están entre las 10 enfermedades más discapacitantes, hasta fenómenos sociales como la corrupción, la cual como conducta antisocial es también materia de la salud mental. Cabe apuntar que en relación a los impactos sociales, los índices de enfermos de estos trastornos tienden a aumentar debido a problemas como la pobreza, violencia, aumento de adicciones y envejecimiento de la población. Con el objeto de cumplir el propósito de la investigación, el documento se integra por Resumen Ejecutivo, Introducción y cuatro apartados. En la Introducción, se hace mención de la salud mental como fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos. Asimismo, bajo el enfoque de la política social, se relaciona como parte de la salud, con la pobreza. Finalmente, se mencionan algunas acciones de orden legislativo. En el Primer apartado, se señala la salud mental como necesidad básica, y se explica la relación entre enfermedad mental y enfermedad física. Se revisan los conceptos de autodeterminación y calidad de vida relacionada a la salud. La crítica que se hace en torno a los abordajes tradicionales de los trastornos mentales a partir del concepto de anti psiquiatría. (29)

*TITULO:* Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín 2011, 2012

*QUIEN LO REALIZO:*

*CUANDO:* Años 2011, 2012

*DONDE:* Medellín

*RESUMEN:* Para todos los individuos, la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida estrechamente relacionados e interdependientes. Cuanto mayores son nuestros conocimientos sobre esta relación, más evidente resulta la importancia básica de la salud mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Los avances en neurociencia y medicina conductual han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales(1) y están influidas por una combinación e interacción de estos factores. (30)

*TITULO:* la salud mental en Colombia. Una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana.

*QUIEN LO REALIZO:* Nelson Ardon Centeno, Odontólogo, especialista en Política Social, magíster en Administración de Salud y en Educación de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Diploma de Estudios Avanzados en Educación vinculado al Área de Conocimiento, Teoría e Historia de la Educación de la Universidad de Deusto en Bilbao, España. Candidato a Doctor en Innovación Educativa y Aprendizaje a lo Largo de la Vida por la Universidad de Deusto en Bilbao, España. Profesor asociado de los Posgrados en Administración de Salud de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana. Andrés Cubillos Novella, Odontólogo, especialista en Administración de Salud con énfasis en Seguridad Social y magíster en Política Social de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Magíster en Migraciones, Conflictos y Cohesión Social en la Sociedad Global Actual de la Universidad de Deusto en Bilbao, España.

Candidato a Doctor en Estudios Internacionales e Interculturales por la Universidad de Deusto en Bilbao, España. Profesor de los Posgrados en Administración de Salud de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana

CUANDO: 16/06/2012

RESUMEN: La naturaleza del concepto de salud mental y los enfoques a los que se refiere determinan un marco contextual y político normativo internacional, nacional y distrital amplio, referente a los derechos y a las condiciones de vida: educación, vivienda, trabajo, sociales, económicas y del medio ambiente; por ello, este artículo aborda la legislación y las políticas concernientes a la salud mental de los distintos grupos poblacionales, ciclos de vida, etnia y género, condiciones y situaciones como pobreza, discapacidad (y rehabilitación), desplazamiento y conflicto armado, para realizar un recuento de su evolución vista a través de las normas que han sido promulgadas en Colombia desde 1960 hasta la actualidad. Se pretende, además de hacer un análisis de la aplicación y de la evolución de dichas normas, realizar un seguimiento de los avances logrados y las diferentes perspectivas bajo las cuales se ha abordado esta legislación, tanto a nivel nacional como en Bogotá, específicamente.

(31)



## **2.3 MARCO INSTITUCIONAL**

### **2.1.1. Misión**

La Corporación Universitaria Adventista – UNAC declara como su misión: Propiciar y fomentar una relación transformadora con Dios en el educando por medio de la formación integral en las diferentes disciplinas del conocimiento, preparando profesionales Competentes, éticamente responsables, con un espíritu de servicio altruista a Dios y a sus semejantes, dentro del marco de la cosmovisión bíblico cristiana que sustenta la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

### **2.1.2. Visión**

La Corporación Universitaria Adventista con la dirección de Dios, será una comunidad universitaria adventista con proyección internacional, reconocida por su alta calidad, su énfasis en la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, que forma profesionales con valores cristianos, comprometidos como agentes de cambio con las necesidades de la sociedad y su preparación para la eternidad.

## 2.4 MARCO LEGAL

LEY 1616 DE 21 ENERO 2013 – LEY DE SALUD MENTAL  
“POR MEDIO DE LA CUAL SE EXPIDE LA LEY DE SALUD MENTAL Y SE  
DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

ARTÍCULO 1°. OBJETO. El objeto de la presente leyes garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

ARTÍCULO 2°. ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente leyes aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, especifica mente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradores de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado. Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley.

ARTÍCULO 3°. SALUD MENTAL. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

ARTÍCULO 4°. GARANTÍA EN SALUD MENTAL. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales. El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

ARTÍCULO 5°. DEFINICIONES. Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

1. Promoción de la salud mental. La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.

2. Prevención Primaria del trastorno mental. La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo. Relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

3. Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

4. Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas

5. Trastorno mental. Para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

6. Discapacidad mental. Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples 2 ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante.

7. Problema psicosocial. Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

8. Rehabilitación psicosocial. Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos - que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap -o desventaja- de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La Rehabilitación Psicosocial apunta

a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, deseabilidades y handicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad.

#### TÍTULO 11 DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

ARTÍCULO 6°. DERECHOS DE LAS PERSONAS. Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.
2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.
3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los I tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances ~ científicos en salud mental.
4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las. Libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.
5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, viene y calidad de vida.
6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.
7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona
8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinado por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.
9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.
10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.
11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental
12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.
13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.
14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.
15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.
16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad. Este catálogo de derechos deberá publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional. Y además

deberá ajustarse a los términos señalados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante.

#### TÍTULO 111 PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL

ARTÍCULO 7°. DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga su veces, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, que deban incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los ciudadanos y las ciudadanas, dichas acciones serán de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Sociales del Estado y tendrán seguimiento y evaluación a través de indicadores en su implementación. Así mismo, el Ministerio tendrá la responsabilidad de promover y concertar con los demás sectores aquellas políticas, planes, programas y proyectos necesarios para garantizar la satisfacción de los derechos fundamentales y el desarrollo y uso de las capacidades mentales para todos los ciudadanos. El Departamento para la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud tendrá la responsabilidad en la población sujeto de atención, de promover y prevenir las ocurrencias del trastorno mental mediante intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de los mismos, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo. El Departamento de la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud constituirá y participará en asocio con personas de derecho público o privado, asociaciones, fundaciones o entidades que apoyen o promuevan programas para la atención, tratamiento, promoción y prevención de las enfermedades en salud mental. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las acciones de inspección, vigilancia y control respecto de lo ordenado en el presente artículo.

ARTÍCULO 8°. ACCIONES DE PROMOCIÓN. El Ministerio de. Salud y Protección Social dirigirá las acciones de promoción en salud mental a afectar positivamente los determinantes de la salud mental e involucran: inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, prevención del suicidio prevención del consumo de sustancias psicoactivas, participación social y seguridad económica y alimentaria, entre otras. Estas acciones incluyen todas las etapas del ciclo vital en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, priorizando niños, niñas y adolescentes y personas mayores; y estarán articuladas a las políticas públicas vigentes. El Ministerio de Educación Nacional en articulación con el Ministerio de salud y Protección Social, diseñarán acciones intersectoriales para que a través de los proyectos pedagógicos, fomenten en los estudiantes competencias ara su desempeño como ciudadanos respetuosos de sí Mismos, de los demás y de lo público, que ejerzan los derechos humanos y fomenten la convivencia escolar haciendo énfasis en la promoción de la Salud Mental. Las acciones consignadas en este artículo tendrán seguimiento y evaluación de impacto que permita planes de acción para el mejoramiento continuo así como la gestión del conocimiento, investigación e innovación.

ARTÍCULO 9°. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL EN EL ÁMBITO LABORAL. Las Administradoras de Riesgos Laborales dentro de las actividades de promoción y prevención en salud deberán generar estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud

mental y prevención del trastorno mental, y deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, el monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores. El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud determinarán y actualizarán los lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en el ámbito laboral en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la presente ley. El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud evaluarán y ajustarán periódicamente este lineamiento técnico para enfrentar los riesgos laborales en salud mental. De acuerdo con lo establecido en la ley 1562 de 2012 el Ministerio de Trabajo ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control de las acciones de promoción y prevención ordenadas en el presente artículo.

#### TÍTULO IV ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL CAPÍTULO I

ARTÍCULO 10. RESPONSABILIDAD EN LA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL. El Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará en el marco de la Atención Primaria en Salud el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental con la participación ciudadana de los pacientes, sus familias y cuidadores y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente. Dichos protocolos y guías incluirán progresivamente todos los problemas y trastornos así como los procesos y procedimientos para su implementación. Estos protocolos y guías deberán ajustarse periódicamente cada cinco años. Igualmente, asignará prioridad al diseño y ejecución de programas y acciones complementarios de atención y protección a las personas con trastornos mentales severos y a sus familias.

ARTÍCULO 11. ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL. La atención integral en salud mental incluirá acciones complementarias al tratamiento tales como la integración familiar, social, laboral y educativa. Para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la incorporación del enfoque promocional de la Calidad de Vida y la acción transectorial e intersectorial necesaria como elementos fundamentales en el diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental.

#### CAPÍTULO 11 RED INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

ARTÍCULO 12. RED INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL. Los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud. Esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en salud con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Esta red estará articulada y coordinada bajo un sistema de referencia y contra referencia que garantice el retorno efectivo de los casos al primer nivel de atención. Los entes territoriales, las empresas administradoras de planes de beneficios, las administradoras de riesgos laborales, podrán asociarse para prestar estos servicios,

siempre que garanticen calidad, oportunidad, complementariedad y continuidad en la prestación de los servicios de salud mental a las personas de cada territorio.

**ARTÍCULO 13. MODALIDADES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL.** La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

1. Atención Ambulatoria.
2. Atención Domiciliaria.
3. Atención Prehospitalaria.
4. Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia.
5. Centro de Salud Mental Comunitario.
6. Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias.
7. Hospital de Día para Adultos.
8. Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes.
9. Rehabilitación Basada en Comunidad
10. Unidades de Salud Mental.

11. Urgencia de Psiquiatría. **Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud establecerán nuevas modalidades y servicios para la atención integral e integrada en Salud Mental bajo los principios de progresividad y no regresividad y mejoramiento continuo de la red.

**ARTÍCULO 14. PRESTADORES DE SERVICIOS.** Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas deberán garantizar y prestar sus servicios de conformidad con las políticas, planes, programas, modelo de atención, guías, protocolos y modalidades de atención definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, so pena de incurrir en las sanciones contempladas en la legislación vigente. Para este efecto el Ministerio deberá formular, implementar, evaluar y ajustar tales instrumentos de acuerdo con lo establecido en la presente ley y demás disposiciones legales complementarias.

**ARTÍCULO 15. PUERTA DE ENTRADA A LA RED.** El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema, el cual debe garantizar el acceso equitativo a servicios esenciales para la población, proveer cuidado integral buscando resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y Diferencial todo el ciclo vital, además de integrar los cuidados individuales, colectivos y los programas focalizados en riesgos específicos a la salud mental. Las acciones en este nivel tienen entradas desde múltiples ámbitos e instancias a nivel local tales como los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo, la comunidad.

**ARTÍCULO 16. ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.** Los entes territoriales deberán definir y estandarizar los mecanismos, procesos y procedimientos administrativos y asistenciales prioritarios para acceder a los servicios de la red de salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir los lineamientos para tal efecto, en un término no mayor a catorce (14) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

**ARTÍCULO 17. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.** Los entes territoriales deberán establecer los mecanismos, espacios, instrumentos e indicadores de seguimiento y monitoreo del funcionamiento de la red de servicios en salud mental, a fin de garantizar su desarrollo eficiente y ajuste oportuno. Estos mecanismos deben contar con la participación de la ciudadanía y espacios de rendición de cuentas. El

Ministerio de Salud y Protección Social, deberá expedir los lineamientos para tal efecto, en un término no mayor a catorce (14) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

**ARTÍCULO 18. EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Salud Mental públicas y privadas, deberán disponer de un equipo interdisciplinario idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud. Los equipos interdisciplinarios estarán conformados por: Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Terapia Psicosocial, Médico General, entre otros profesionales, atendiendo el nivel de complejidad y especialización requerido en cada servicio de conformidad con los estándares que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Este equipo Interdisciplinario garantizará la prevención y atención integral e integrada de conformidad con el modelo de atención, guías y protocolos vigentes, a fin de garantizar el respeto de la dignidad y los Derechos Humanos de las personas, familias y colectivos sujetas de atención asegurando la integralidad y los estándares de calidad.

**ARTÍCULO 19. CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD.** De conformidad con el artículo 15 de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales garantizarán la capacitación y formación en salud mental de los equipos básicos en salud, así como su actualización permanente. El Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales informarán anualmente el cumplimiento de lo previsto en este artículo al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, para lo de su competencia.

**ARTÍCULO 20. MEJORAMIENTO CONTINUO DEL TALENTO HUMANO.** Los prestadores de servicios de salud públicos y privados deberán garantizar la actualización continua del talento humano que atiende en servicios de salud mental en nuevos métodos, técnicas y tecnologías pertinentes y aplicables en promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial, sin perjuicio de la forma de vinculación al prestador. La Superintendencia nacional de Salud vigilará el cumplimiento de lo previsto en el presente artículo e informará lo actuado periódicamente al Ministerio de Salud, I y Protección Social, y al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud para lo de su competencia.

**ARTÍCULO 21. PROTECCIÓN ESPECIAL AL TALENTO HUMANO QUE TRABAJA EN SALUD MENTAL.** las Administradoras de Riesgos laborales, de conformidad con el nivel de riesgo identificado, prestará la asesoría y asistencia técnica para implementar programas, campañas, servicios y acciones de educación y prevención, intervención y control de los factores de riesgos psicosocial a los trabajadores de la salud mental, cuya labor se relacione con la atención directa en consulta externa o hospitalaria, casos de violencia fatal y no fatal y atención psicosocial en situaciones de urgencia, emergencia y desastres. En todo caso las Administradoras de Riesgos laborales deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan y cumplan con el desarrollo del plan de trabajo anual dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud determinarán y actualizarán los lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios consignados en el presente artículo en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la presente ley. De acuerdo con lo establecido en la ley 1562 de 2012 el Ministerio de Trabajo ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control



de las acciones ordenadas en el presente artículo. **ARTÍCULO 22. TALENTO HUMANO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.** Las personas que hagan parte del equipo de atención prehospitalaria en Salud Mental deberán acreditar título de Medicina, Psiquiatría, Psicología, Enfermería o Atención Prehospitalaria. En todo caso, los prestadores de servicios de salud deberán garantizar que el talento humano en atención prehospitalaria cuente con el entrenamiento y fortalecimiento continuo de competencias en el área de Salud Mental que les permita garantizar una atención idónea, oportuna y efectiva con las capacidades para la intervención en crisis y manejo del paciente con trastorno mental. Este equipo deberá estar en constante articulación con el Centro Regulador del ámbito departamental, distrital y municipal según corresponda.

#### **CAPÍTULO V ATENCIÓN INTEGRAL Y PREFERENTE EN SALUD MENTAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

**ARTÍCULO 23. ATENCIÓN INTEGRAL Y PREFERENTE EN SALUD MENTAL.** De conformidad con el Código de la Infancia y la Adolescencia, ley 1098 de 2006 y los artículos 17, 18, 19, 20 Y 21 de la ley 1438 de 2011, los Niños, las Niñas y los Adolescentes son sujetos de atención integral y preferente en salud mental.

**ARTÍCULO 24. INTEGRACIÓN ESCOLAR.** El Estado, la familia y la comunidad deben propender por la integración escolar de los niños, niñas y adolescentes con trastorno mental. los Ministerios de Educación y de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, deben unir esfuerzos, diseñando estrategias que favorezcan la 9 integración al aula regular y actuando sobre factores que puedan estar incidiendo en el desempeño escolar de los niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales. Las Entidades Territoriales Certificadas en Educación deben adaptar los medios y condiciones de enseñanza, preparar a los educadores según las necesidades individuales, contando con el apoyo de un equipo interdisciplinario calificado en un centro de atención en salud cercano al centro educativo.

**ARTÍCULO 25. SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.** Los entes territoriales, las empresas administradoras de planes de beneficios deberán disponer de servicios integrales en salud mental con modalidades específicas de atención para niños, niñas y adolescentes garantizando la atención oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a los servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, cuidado y rehabilitación psicosocial en salud mental en los términos previstos en la presente ley y sus reglamentos.

#### **TÍTULO V PLAN DE BENEFICIOS**

**ARTÍCULO 26. PLAN DE BENEFICIOS.** La Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, deberá incluir en la actualización de los planes de beneficios de todos los regímenes, la cobertura de la salud mental en forma integral incluyendo actividades, procedimientos, intervenciones, insumos. Dispositivos médicos, medicamentos y tecnologías en salud para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se requieran con necesidad para la atención integral e integrada en salud mental de conformidad con lo preceptuado en la ley 1438 de 2011, la presente ley y demás normatividad vigente y complementaria.

#### **TÍTULO VI PARTICIPACIÓN SOCIAL**

**ARTÍCULO 27. GARANTÍA DE PARTICIPACIÓN.** En el marco de la Constitución Política, la Ley y la Política Pública Nacional de Participación Social el Ministerio de Salud y Protección Social deberá garantizar la participación real, efectiva y vinculante de las personas, familias, cuidadores, comunidades y sectores sociales para el ejercicio

de la ciudadanía activa en la formulación, implementación evaluación y ajuste construcción del modelo de atención, guías, protocolos, planes de beneficios, planes de salud pública, la política pública nacional de Salud Mental y demás en el ámbito de la salud mental.

**ARTÍCULO 28. ASOCIACIONES DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES, SUS FAMILIAS O CUIDADORES.** Sin perjuicio del ejercicio de la libertad de asociación establecida en la Constitución Política, las asociaciones, corporaciones o fundaciones de personas con trastornos mentales, sus familias o cuidadores harán parte de las redes o grupos de apoyo para la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental de conformidad con lo previsto en el artículo 13 de la presente ley. El Ministerio de la Protección Social expedirá los lineamientos técnicos para el cumplimiento de lo ordenado en este artículo, en un término no superior a ocho (8) meses a partir de la vigencia de la ley

**ARTÍCULO 29. CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL.** La instancia especializada creada en el artículo 10 de la ley 1566 de 2012 se denominará **CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL** Y será la instancia responsable de hacer el seguimiento y evaluación a las ordenes consignadas en la ley 1566 de 2012 y la presente ley, Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, Política Pública Nacional de Prevención y Atrición a la adicción de sustancias psicoactivas y el Plan Decenal para la Salud pública en lo relativo a la salud mental. Este Consejo tendrá carácter consultivo bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Salud Pública, la cual ejercerá la secretaría técnica del mismo y lo convocará mínimo dos (2) veces al año.

El Consejo es una instancia mixta integrada por:

1. El-la Ministro-a de Salud y Protección Social o el Viceministro Delegado, quien lo presidirá
2. El-la Defensor-a del Pueblo o su delegado.
3. El-la Director-a de Salud Pública, quien ejercerá la secretaria técnica de manera indelegable.
4. Un (1) representante de cada una de los siguientes colegios, consejos o asociaciones profesionales: Asociación Colombiana de Psiquiatría, Colegio Colombiano de psicólogos, Asociación Nacional de Enfermeras, Consejo Nacional de Trabajo Social, Federación Médica Colombiana, Asociación Colombiana de Profesionales en Atención Pre Hospitalaria, Emergencias Y Desastres, Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional.
5. Dos (2) representantes de los prestadores de servicios de Salud: Uno de la Asociación Colombiana De Hospitales y Clínicas; y uno de la Asociación ~, Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos ACESI. ~
6. Dos (2) representantes de las asociaciones de pacientes, sus familiares o cuidadores de patologías en Salud Mental.
7. Un (1) representante de las asociaciones de Facultades de las Ciencias de la Salud.
8. Un (1) representante de las Facultades de las Ciencias Sociales.
9. Un (1) representante de las organizaciones sociales y comunitarias. De conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la ley 1566 de 2012 las funciones de este consejo serán apoyadas por un equipo funcional interdisciplinario, idóneo y suficiente de servidores públicos de la planta del Ministerio expertos en la formulación, prestación, auditoria y calidad de servicios en salud mental y reducción del consumo de sustancias psicoactivas. Los representantes de las organizaciones profesionales, de

pacientes y demás señalados en este artículo serán elegidos por aquellas, y su designación será oficialmente comunicada a la Secretaría Técnica del mismo.

PARÁGRAFO. En cada uno de los departamentos del país se conformará el Consejo Departamental de Salud Mental, liderado por la Secretaría Departamental de Salud quien será la encargada de conformar y convocar dicho Consejo la cual estará integrada por los respectivos secretarios de salud o quien haga sus veces en los municipios que integran el departamento y por los representantes de cada asociación en el departamento señalados en el presente artículo según la existencia de tales asociaciones en el Departamento. Estos Consejos Departamentales rendirán un informe anual en los términos de este artículo al Ministerio de Salud.

**ARTÍCULO 30. FUNCIONES DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL.** Son funciones del Consejo:

1. Preparar y presentar a las instancias y entidades pertinentes conceptos y recomendaciones producto del seguimiento y evaluación participativa y periódica a la implementación y cumplimiento de la ley 1566 de 2012, la presente ley, Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas, el modelo de atención, guías y protocolos en salud mental, conceptos y el Plan decenal para la salud pública en lo relativo a la salud mental.

2. Revisar la ejecución de los planes de acción nacional y departamental para el cumplimiento de las leyes e instrumentos indicados en el numeral anterior.

3. Plantear acciones de articulación intersectorial y transectorial que impacten la prevención y la atención integral en salud mental.

4. Recomendar nuevos procesos administrativos y técnicos que surjan producto de la investigación, el monitoreo y evaluación de las leyes e instrumentos referidos en el numeral 1.

5. Rendir y divulgar ~;anualmente un informe integral de gestión, evaluación, resultados y cumplimiento de las leyes, políticas y planes señalados en el numeral 1 a la Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la Republica, Defensoría del Pueblo, Superintendencia Nacional de Salud y Comisiones Séptimas Constitucionales del Congreso de la República para lo de su competencia.

**TÍTULO VII CRITERIOS PARA UNA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL**

**ARTÍCULO 31. POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE SALUD MENTAL.** El Ministerio de Salud y Protección Social tiene dieciséis (16) meses a partir de la fecha de expedición de la presente ley para ajustar y expedir mediante acto administrativo la Política Nacional de Salud Mental acorde con los cambios normativos y el perfil epidemiológico actual del país. Esta política deberá; ‘ser formulada e implementada bajo un enfoque de derechos, intersectorial, corresponsable y equitativo, en articulación con las demás políticas publicas vigentes incluyendo entre otros elementos: la atención integral mediante la promoción de la salud mental, la prevención de los problemas en salud mental individuales y colectivos, así como los trastornos mentales mediante la detección la remisión oportuna el seguimiento. el 12 tratamiento integral y la rehabilitación psicosocial y continua en la comunidad con apoyo directo de los entes de salud locales. Esta política deberá incluir un Plan Nacional de Salud Mental para cada quinquenio en correspondencia con el Plan Decenal para la Salud Pública. El primer plan corresponderá a las acciones consignadas en el primer Plan Decenal para la Salud Pública.

**ARTICULO 32. OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD.** Sin perjuicio de lo preceptuado en los artículos 8 y 9 de la ley 1438 de 2011, el I Observatorio Nacional de Salud Organizar un área clave de trabajo en Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas y específicamente en esta área deberá: 1. Organizar un área clave de trabajo en Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas. 2. Generar información actualizada, válida, confiable y oportuna para la formulación de políticas y la orientación de intervenciones en el área de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. 3. Permitir el diagnóstico de la situación de salud mental de la población colombiana a través del examen y evaluación de las tendencias y distribución de los indicadores de Salud Mental y de sus efectos sobre la salud y el desarrollo general del país. 4. Generar una plataforma tecnológica para la formación continua del talento humano en salud mental, el registro de indicadores y cifras en tiempo real, entre otras aplicaciones.

Parágrafo. El Observatorio de Salud Mental y Sustancias Psicoactivas del Ministerio de Salud y Protección Social pasará en su integridad a formar parte del Observatorio Nacional de Salud como un área de éste en los términos del presente artículo en un plazo no superior a seis meses a partir de la vigencia de la presente ley.

**ARTÍCULO 33. ACCIÓN TRANSECTORIAL E INTERSECTORIAL.** El Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces y las autoridades territoriales de Salud desarrollarán en virtud de la política Nacional de Salud Mental la acción transectorial e intersectorial necesaria y pertinente para abordar los determinantes sociales que condicionan el estado de la salud mental de las personas. Parágrafo. Entre las acciones transectoriales se debe promover, fortalecer y gestionar lo necesario para garantizar a la ciudadanía su integración al medio escolar, familiar, social y laboral, como objetivo fundamental en el desarrollo de la autonomía de cada uno de los sujetos.

**ARTÍCULO 34. SALUD MENTAL POSITIVA.** El Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, priorizará en la Política Pública Nacional de Salud Mental, la salud mental positiva, promoviendo la relación entre salud mental, medio ambiente, actividad física, seguridad alimentaria, y nutricional como elementos determinantes en el desarrollo de la autonomía de las personas.

#### **TÍTULO VIII SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL**

**ARTÍCULO 35. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.** El Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Territoriales de Salud 13 Departamentales, distritales y municipales a través del Observatorio Nacional de Salud deberán implementar sistemas de vigilancia epidemiológica en eventos de interés en salud mental incluyendo: violencias, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, víctimas del conflicto armado, entre otros, que permitan el fortalecimiento de los sistemas existentes tales como el sistema de vigilancia epidemiológica en violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil y peores formas de trabajo infantil, (Sivim), sistema de vigilancia epidemiológica en consumo de sustancias psicoactivas (Vespa), sistema de vigilancia de lesiones de causa externa (Sisvelse), y el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud.

**ARTÍCULO 36. SISTEMA DE INFORMACIÓN.** El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales, distritales y municipales deberán generar los mecanismos para la recolección de la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud de salud mental e incluirlos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud. De igual forma incluirá dentro del sistema de información todos aquellos determinantes individuales o sociales de la Salud Mental a efectos de

constituir una línea de base para el ajuste continuo de la prevención y atención integral en Salud Mental, así como para la elaboración, gestión y evaluación de las políticas y planes consagrados en la presente ley. La información recolectada deberá reportarse en el Observatorio Nacional de Salud

#### TÍTULO IX INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL

**ARTÍCULO 37. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL.** La inspección, vigilancia y control de la atención integral en salud mental, estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y de los entes territoriales a través de las Direcciones Territoriales de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud y los entes territoriales realizarán la inspección, vigilancia y control de las instituciones prestadoras de servicios de salud mental y Centros de Atención de Drogadicción, velando porque estas cumplan con las normas de habilitación y acreditación establecidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, así como con la inclusión de las redes de prestación de servicios de salud mental en su oferta de servicios y la prestación efectiva de dichos servicios de acuerdo con las normas vigentes. La Superintendencia Nacional de Salud presentará un informe integral anual de gestión y resultados dirigido a las Comisiones Séptimas Constitucionales de Senado y Cámara, a la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo sobre el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y Control en virtud de lo ordenado en la presente ley.

#### TÍTULO X DISPOSICIONES FINALES

**ARTÍCULO 38. INCAPACIDADES EN SALUD MENTAL.** Las personas que por razón de algún trastorno mental se encuentren inhabilitados para desempeñar de manera temporal o permanente su profesión u oficio habitual, tendrán derecho a acceder a las prestaciones económicas generadas por incapacidad en las condiciones establecidas en las normas vigentes para los trabajadores dependientes e independientes,

**ARTÍCULO 39. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD MENTAL.** En el marco del Plan Nacional de Investigación en Salud Mental el Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, y los entes territoriales asignarán recursos y promoverán la investigación en salud mental. Estas investigaciones se deben contemplar las prácticas exitosas, para ello será necesario el monitoreo y evaluación de los programas existentes en salud mental que estarán a cargo de Colciencias con la participación de las universidades públicas y privadas del país que cuenten con carreras en ciencias de la salud; Colciencias presentará un informe anual de investigación en salud mental. Asimismo, establecerá acciones de reconocimiento y fortalecimiento e incentivos no pecuniarios a las personas naturales y jurídicas, públicas y privadas, que realicen investigaciones sobresalientes en el campo de la Salud Mental en Colombia,

**ARTÍCULO 40. TRATAMIENTOS DE ALTO COSTO y ENFERMEDAD LABORAL.** El Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces examinarán y ajustarán la clasificación actual de los tratamientos de alto costo, con el fin de introducir en dicho listado aquellas patologías y niveles de deterioro de la salud mental, que requieran intervención compleja, permanente y altamente especializada, que impliquen alto costo económico, con el ajuste correspondiente en los cálculos de la UPC, de todos los regímenes, De conformidad con lo preceptuado en el artículo 4 de la ley 1562 de 2012 El Ministerio de Salud y Protección Social deberá actualizar la tabla de enfermedades laborales en Colombia, incluyendo aquellas patologías causadas por la exposición a factores de riesgo psicosociales en el trabajo.

ARTÍCULO 41. CONP-ES EN SALUD MENTAL. El Gobierno Nacional expedirá un documento Con pes para el fortalecimiento de la Salud Mental de la población colombiana en concurso con los actores institucionales y sociales.

ARTÍCULO 42. REGLAMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN. El Gobierno Nacional en un término no mayor a treinta (30) días a partir de la vigencia de la presente ley, establecerá mediante acto administrativo un cronograma de reglamentación e implementación de la presente ley que le permita la construcción de la agenda estratégica para el cumplimiento e implementación de las órdenes contenidas en la presente ley

ARTÍCULO 43. APORTES DEL FONDO PARA LA REHABILITACIÓN, INVERSIÓN SOCIAL Y LUCHA CONTRA EL CRIMEN ORGANIZADO FRISCO¿ A LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN SALUD MENTAL. El Consejo Nacional de Estupefacientes a través del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado, contribuirá en la financiación en inversión social a través del Ministerio de Salud en programas para la atención y tratamiento de las enfermedades crónicas en salud mental. El Consejo Nacional de Estupefacientes a través del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado, contribuirá en la financiación en inversión social a través del Ministerio de Educación con la asesoría del Ministerio de Salud en la promoción y prevención 15 de las enfermedades en salud mental enfatizando en los factores protectores y de riesgo, en su automanejo dirigido a los individuos, población escolarizada y familias.

LEY 24.901 DEL 2 DE DICIEMBRE 1997

ARTICULO 37

“LA CUAL SE BUSCA CONTEMPLAR ACCIONES DE PREVENCIÓN ASISTENCIA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN PARA BRINDAR UNA COBERTURA INTEGRAL A NECESIDADES Y REQUERIMIENTOS DE PERSONAS CON NECESIDADES ESPECÍFICAS”

Atención psiquiátrica. La atención psiquiátrica de las personas con discapacidad se desarrolla dentro del marco del equipo multidisciplinario y comprende la asistencia de los trastornos mentales, agudos o crónicos, ya sean estos la única causa de discapacidad o surjan en el curso de otras enfermedades discapacitantes, como complicación de las mismas y por lo tanto interfieran los planes de rehabilitación.

Las personas con discapacidad tendrán garantizada la asistencia psiquiátrica ambulatoria y la atención en internaciones transitorias para cuadros agudos, procurando para situaciones de cronicidad, tratamientos integrales, psicofísicos y sociales, que aseguren su rehabilitación e inserción social.

También se cubrirá el costo total de los tratamientos prolongados, ya sean psicofarmacológicos o de otras formas terapéuticas. (27)

RESOLUCIÓN 46/119, DE 17 DE DICIEMBRE DE 1991 PRINCIPIO 4

“PRINCIPIOS PARA LA PROTECCION DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCION DE LA SALUD MENTAL”

Determinación de una enfermedad mental

1. La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente.

2. La determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.
  3. Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental.
  4. El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental.
  5. Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de ésta.
- (28)

## **2.5 MARCO TEORICO**

Salud mental OMS: Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

## **2.6 TRASTORNO DEPRESIVO**

### **INTRODUCCIÓN**

La depresión (del latín depressus, que significa “abatido” , “derribado” ) es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. Cada año, el 9,5% de la población estadounidense (aproximadamente, 18,8 millones de adultos) padece de enfermedades depresivas. El costo en términos económicos es alto, pero el costo en términos de sufrimiento es incalculable. Los trastornos depresivos interfieren con el funcionamiento cotidiano del paciente, y causan dolor y sufrimiento no solo a quienes lo padecen, sino también a sus familiares.

El primer estudio de salud mental en Colombia (2002) se adelantó en población urbana, con sujetos entre los 18 y los 65 años de edad, en 5.526 hogares y 4.544 entrevistas completas de adultos. La prevalencia de trastornos más frecuentes (alguna vez en la vida) fue para los trastornos de ansiedad, 19,3%, y, para los trastornos afectivos, incluso el trastorno depresivo mayor, de 15%. Específicamente, el episodio depresivo mayor en varones fue de 8,6% y, en mujeres, de 14,9%. El objetivo del médico es evaluar la enfermedad, así como realizar un reconocimiento de los factores de riesgo médicos y socioeconómicos.

Además, es necesario reconocer los diferentes espectros de los trastornos depresivos, así como su seriedad y posibles tratamientos, a pesar de que la mayoría de las personas deprimidas no busca tratamiento. La depresión, o trastorno depresivo mayor, es un cuadro clínico que se asocia con pérdida de peso, alteraciones de la conducta social e ideas de muerte y suicidio, por lo cual los pacientes que la padecen acuden con frecuencia a los servicios de urgencia, generalmente, llevados por familiares o allegados. Es una alteración que acompaña a enfermedades graves de base y el médico general o de urgencias debe conocer sus fundamentos etiopatológicos para darle un manejo inicial y poder remitir el paciente a cuidados especializados.

### **EPIDEMIOLOGÍA**

El trastorno depresivo mayor es el más común de los trastornos psiquiátricos: afecta 10% de los adultos anualmente. De los pacientes que acuden a un servicio primario, 25% tiene un trastorno del ánimo; de estos, entre 10% y 15% tiene un trastorno depresivo mayor y de 8% a 10% tienen distimia. La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno depresivo mayor es de 10% a 25% para mujeres y de 5% a 12% para hombres (DSM-IV). Durante



Los últimos años, este trastorno ha aumentado su prevalencia en niños y adolescentes con una incidencia mayor de intentos de suicidio; además, también se observa con gran frecuencia en el curso de enfermedades crónicas y terminales.

A pesar de la importancia de esta entidad, únicamente la mitad de los pacientes son diagnosticados y tratados. En los últimos 10 años se ha estudiado ampliamente la relación de la depresión y el infarto agudo al miocardio; se sabe que la morbilidad asociada es mayor actualmente en la enfermedad coronaria. El hecho importante es que la presencia de depresión mayor representa un riesgo significativamente alto de nuevos episodios de infarto. En septiembre de 2007 se publicó el hallazgo de un número alto de nuevos infartos en aquellos pacientes que no respondieron al tratamiento farmacológico de la depresión. Estos estudios permitieron una aproximación a las complejas interrelaciones entre las dos entidades pero, especialmente, subrayan el vacío de conocimiento que existe sobre todas las alteraciones propias de la fisiopatología de la depresión y que pueden alterar el curso evolutivo de las entidades concomitantes.

## FISIOPATOLOGÍA

La etiología sigue siendo terreno de hipótesis. El hecho de que la depresión se presente en determinadas familias se conoce desde hace 120 años. El no haberse identificado el mecanismo genético preciso que subyace al trastorno depresivo mayor impide la validación completa de las alteraciones en términos de la interrelación de neurotransmisores y receptores.

## ETIOLOGÍA

Lo único demostrable en la etiología de la depresión es el incremento significativamente estadístico de su presencia en parientes en primer grado de consanguinidad, lo que ha llevado a concluir que se trata de un trastorno hereditario; sin embargo, se han encontrado ciertos factores que lo precipitan:

- Alcoholismo o drogadicción.
- Eventos en la infancia como maltrato o rechazo.
- Estrés crónico.
- Muerte de un amigo o familiar.
- Una desilusión en el hogar, en el trabajo o en la escuela (en los adolescentes, por ejemplo, puede darse por la ruptura de relaciones con el novio o la novia, perder una materia o el divorcio de los padres).
- Medicamentos como tranquilizantes y antihipertensivos.
- Enfermedades como hipotiroidismo, cáncer o hepatitis.
- Deficiencias nutricionales (como deficiencia de folato y ácidos grasos omega 3);
- Fracaso con las habilidades para resolver problemas sociales.
- Enfermedades crónicas y terminales.
- Insomnio, y
- Aislamiento social (común en los ancianos).

Únicamente 10% a 15% de los episodios depresivos son únicos. La inmensa mayoría restante muestra una tendencia a recurrir. Las características de las recurrencias son progresivamente más fuertes y el espacio entre ellas se acorta en la medida en que se

presentan. El tratamiento apropiado y por el tiempo pertinente impide la presencia de múltiples recurrencias.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el manejo inicial del paciente con trastornos afectivos, debe realizarse siempre un diagnóstico certero para un tratamiento oportuno y eficaz.

## TRATAMIENTO INICIAL

### PSICOTERAPIA

El tratamiento combinado de psicoterapia y antidepresivos ha sido estudiado en comparación con cualquiera de los dos componentes solos. Su eficacia es muy superior y, por lo tanto, es el tratamiento de referencia del trastorno depresivo mayor. Por fluido y exitoso que resulte el proceso de la psicoterapia, no reduce en nada la necesidad temporal del tratamiento farmacológico.

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El objetivo principal es la remisión de los síntomas en 6 a 12 semanas, con retorno del paciente a sus funciones normales. Generalmente, se inicia con un agente. Su elección depende de los efectos adversos y de las morbilidades asociadas de cada paciente. Los ensayos clínicos sugieren que los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina son mejor tolerados que los antidepresivos tricíclicos. (29)

## **2.7 TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO**

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo. Las psicosis, entre ellas la esquizofrenia, se caracterizan por anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta.

### CAUSAS

La esquizofrenia es una enfermedad compleja. Los expertos en salud mental no están seguros de cuál es su causa. Es posible que influyan los genes. Se presenta por igual en hombres y mujeres. Generalmente comienza en la adolescencia o en los primeros años de la adultez, pero puede empezar más tarde en la vida. Tiende a empezar más tarde en las mujeres y es una afección más leve.

La esquizofrenia en los niños por lo general comienza después de los 5 años de edad. Es poco común en la niñez y puede ser difícil diferenciarla de otros problemas del desarrollo, como el autismo.

## SÍNTOMAS

Los síntomas generalmente se van presentando lentamente a lo largo de meses o años. La persona puede tener muchos síntomas, o solo algunos. Las personas con esquizofrenia pueden tener dificultad para conservar amigos y para trabajar. También pueden tener problemas de ansiedad, depresión y pensamientos o comportamientos suicidas. Los síntomas iniciales pueden incluir:

Sentirse irritable o tenso

Dificultad para concentrarse

Dificultad para dormir

A medida que la enfermedad continúa, la persona puede tener problemas con el pensamiento, las emociones y el comportamiento, como:

Escuchar o ver cosas que no existen (alucinaciones)

Aislamiento

Disminución de la emoción

Problemas para prestar atención

Creencias fuertemente sostenidas que no son reales (delirios)

Hablar de una forma que no tiene sentido Los pensamientos que "saltan" entre diferentes temas ("asociaciones sueltas")

## PRUEBAS Y EXÁMENES

No existen exámenes médicos para diagnosticar la esquizofrenia. Un psiquiatra debe examinarlo y hacer un diagnóstico, el cual se realiza con base en una entrevista que les hacen a la persona y a los miembros de su familia.

El psiquiatra le preguntará:

Cuánto tiempo han durado los síntomas.

Cómo ha cambiado la capacidad para desempeñarse de la persona.

Cómo fueron los antecedentes del desarrollo de la persona.

Acerca de los antecedentes genéticos y familiares de la persona.

Qué tan bien han funcionado los medicamentos.

Si la persona tiene problemas con el consumo de sustancias.

Acerca de otras afecciones físicas que la persona tenga.

Las gammagrafías del cerebro (como tomografía computarizada o resonancia magnética) y los exámenes de sangre pueden ayudar a descartar otros trastornos que tienen síntomas similares.

## TRATAMIENTO

Durante un episodio de esquizofrenia, la persona puede necesitar hospitalización por razones de seguridad.

## MEDICINAS

Los medicamentos antipsicóticos son el tratamiento más efectivo para la esquizofrenia. Estos cambian el equilibrio de químicos en el cerebro y pueden ayudar a controlar los síntomas. Estos medicamentos pueden causar efectos secundarios, pero muchos efectos secundarios pueden manejarse. Los efectos secundarios no deben impedir que la persona reciba tratamiento para este serio trastorno.

Los efectos secundarios comunes de los antipsicóticos pueden incluir:

Vértigo

Sensaciones de inquietud o nerviosismo

Somnolencia (sedación)

Movimientos lentos

Temblor

Aumento de peso

El uso prolongado de antipsicóticos puede incrementar el riesgo de un trastorno del movimiento llamado discinesia tardía. Esta enfermedad provoca movimientos repetitivos que la persona no puede controlar. Consulte con su médico enseguida si usted o un miembro de la familia puede tener esta afección debido a un medicamento. Cuando la esquizofrenia no mejora con antipsicóticos, se puede probar con otros medicamentos. La esquizofrenia es una enfermedad crónica y la mayoría de las personas que la padecen necesitan estar con medicación antipsicótica de por vida.

## PROGRAMAS Y TERAPIAS DE APOYO

La psicoterapia de apoyo puede ser útil para muchas personas con esquizofrenia. Las técnicas conductistas, tales como el entrenamiento de habilidades sociales, pueden ayudarle a la persona a desempeñarse mejor en situaciones sociales y laborales. El entrenamiento en el trabajo y las clases de fortalecimiento de las relaciones también son importantes. Los miembros de la familia y los cuidadores son muy importantes durante el tratamiento. La terapia puede enseñar habilidades importantes, como: Hacerle frente a los síntomas que persisten, incluso mientras esté tomando medicamentos. Llevar un estilo de vida saludable, que incluye dormir bien y evitar las drogas psicoactivas. Tomar los medicamentos correctamente y manejar los efectos secundarios. Estar atento al regreso de los síntomas y saber qué hacer cuando reaparezcan.

Conseguir los servicios de apoyo apropiados.

Expectativas (pronóstico)

El pronóstico es difícil de predecir. La mayoría de las veces, los síntomas mejoran con medicamentos. Pero muchas personas pueden tener dificultad para desempeñarse. Están en riesgo de episodios repetitivos, especialmente durante las etapas iniciales de la enfermedad.

Las personas con esquizofrenia pueden necesitar apoyo en el hogar, rehabilitación ocupacional y otros programas de apoyo comunitario. Las personas que sufren las formas más graves de este trastorno probablemente sean incapaces de vivir solas y necesiten vivir en hogares comunitarios u otros lugares estructurados por largo tiempo. Es muy probable que los síntomas reaparezcan cuando se suspenda el medicamento.

Posibles complicaciones

Tener esquizofrenia incrementa su riesgo de:

Desarrollar un problema con el alcohol o las drogas (abuso de sustancias). El consumo de alcohol u otras drogas aumenta las probabilidades de reaparición de los síntomas.

Enfermedad física. Esto se debe a un estilo de vida inactivo y a los efectos secundarios de los medicamentos.

## PREVENCIÓN

La esquizofrenia no se puede prevenir.

Los síntomas se pueden prevenir tomando los medicamentos exactamente como el médico le indicó. Los síntomas probablemente reaparecerán si se suspende el medicamento. El cambio o suspensión de los medicamentos solo lo debe hacer el médico que los recetó. (30)

## 2.8 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

Este trastorno afecta a alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo. Se suele caracterizar por la alternancia de episodios maníacos y depresivos separados por periodos de estado de ánimo normal. Durante los episodios de manía, el paciente presenta un estado de ánimo exaltado o irritable, hiperactividad, verborrea, autoestima elevada y una disminución de la necesidad de dormir. Las personas que presentan solamente episodios maníacos y no sufren fases depresivas también se clasifican dentro del diagnóstico de trastorno bipolar.

### CAUSAS

El trastorno bipolar afecta por igual a hombres y mujeres, y generalmente comienza entre los 15 y 25 años. La causa exacta se desconoce, pero se presenta con mayor frecuencia en parientes de personas que padecen dicho trastorno.

En la mayoría de las personas con trastorno bipolar, no hay una causa clara para los períodos (episodios) de extrema felicidad y mucha actividad o energía (manías) o de depresión y baja actividad o energía (depresión). Los siguientes factores pueden desencadenar un episodio maníaco:

Parto

Medicamentos como antidepresivos o esteroides

Períodos de no poder dormir (insomnio)

Consumo de drogas psicoactivas

### SÍNTOMAS

La fase maníaca puede durar de días a meses. Puede incluir los siguientes síntomas:

Fácil distracción

Involucramiento excesivo en las actividades

Poca necesidad de sueño

Deficiente capacidad de discernimiento

Control deficiente del temperamento

Comportamientos imprudentes y falta de autocontrol, como beber, consumir drogas, tener relaciones sexuales con muchas parejas y hacer gastos exagerados

Estado de ánimo muy irritado, pensamientos apresurados, hablar mucho y tener creencias falsas acerca de sí mismo o de sus habilidades

El episodio depresivo puede incluir estos síntomas:

Tristeza o estado de ánimo bajo diariamente  
Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones  
Problemas en la alimentación como inapetencia y pérdida de peso o consumo exagerado de alimentos y aumento de peso  
Fatiga o desgano  
Sentimientos de minusvalía, desesperanza o culpa  
Pérdida de placer en actividades que alguna vez disfrutaba  
Pérdida de la autoestima  
Pensamientos de muerte o suicidio  
Dificultad para conciliar el sueño o dormir demasiado  
Alejarse de los amigos o las actividades que alguna vez disfrutaba  
Las personas con trastorno bipolar están en alto riesgo de cometer suicidio. Pueden consumir alcohol u otras sustancias en exceso. Esto puede empeorar los síntomas y el riesgo de suicidarse.  
Los episodios de depresión son más frecuentes que los de manía. El patrón no es el mismo en todas las personas con trastorno bipolar:  
Los síntomas de depresión y manía pueden ocurrir juntos, lo cual se llama estado mixto.  
Los síntomas también pueden ocurrir inmediatamente uno después de otro, lo cual se denomina un ciclo rápido.

## PRUEBAS Y EXÁMENES

Para diagnosticar el trastorno bipolar, el proveedor de atención médica puede realizar todas o algunas de las siguientes acciones:  
Preguntar si otros miembros de la familia tienen trastorno bipolar  
Preguntar acerca de las fluctuaciones del estado de ánimo recientes y por cuánto tiempo las ha tenido  
Llevar a cabo un examen completo y solicitar pruebas de laboratorio para buscar enfermedades que puedan estar causando los síntomas que se parezcan al trastorno bipolar  
Hablar con los miembros de la familia respecto a los síntomas y la salud general  
Preguntar sobre cualquier problema de salud que tenga y cualquier medicamento que tome  
Vigilar el comportamiento y el estado de ánimo

## TRATAMIENTO

El objetivo principal del tratamiento es:  
Hacer que los episodios sean menos frecuentes e intensos.  
Ayudar a que usted se desempeñe bien y disfrute la vida en casa y en el trabajo.  
Prevenir la autoagresión y el suicidio.

## MEDICAMENTOS

Los medicamentos son una parte fundamental del tratamiento del trastorno bipolar. Casi siempre, los primeros medicamentos utilizados se denominan estabilizadores del estado de ánimo, los cuales le ayudan a evitar los altibajos en el estado anímico y los cambios extremos en la actividad y el nivel de energía.

Con medicamentos, es posible que empiece a sentirse mejor. Para algunos, los síntomas de manía pueden sentirse bien o se pueden presentar efectos secundarios de los medicamentos. Como resultado de esto, usted puede verse tentado a dejar de tomar sus medicamentos o cambiar la forma como los está tomando. Pero dejar de tomar sus medicamentos o tomarlos de la manera incorrecta puede provocar que los síntomas reaparezcan o que lleguen a ser mucho peores.

Pídales a los miembros de la familia o los amigos que le ayuden a tomar los medicamentos de la manera correcta. Esto significa tomar la dosis correcta a la hora indicada. Además, pueden ayudar a verificar que los episodios de manía y depresión se traten tan pronto como sea posible.

Puede tratar con otros medicamentos, como los antipsicóticos o los antidepresivos.

Necesitará hacer visitas regulares al psiquiatra para hablar acerca de sus medicamentos y sus posibles efectos secundarios. Los exámenes de sangre a menudo también son necesarios.

## OTROS TRATAMIENTOS

Se puede usar la terapia electro convulsivo (TEC) para tratar la fase depresiva o maníaca del trastorno bipolar si no responde a los medicamentos.

Las personas que están en la mitad de episodios maníacos o depresivos posiblemente necesiten permanecer en un hospital hasta que su estado anímico se estabilice y su comportamiento esté bajo control.

## PSICOTERAPIA Y PROGRAMAS DE APOYO

Muchas personas con trastorno bipolar no reconocen cuando se están volviendo más depresivas o maníacas. Unirse a un grupo de apoyo puede ayudarle a usted y a sus seres queridos. La participación de los familiares y cuidadores en su tratamiento puede ayudar a reducir la probabilidad de reaparición de los síntomas.

Las habilidades importantes que usted puede aprender en tales programas incluyen cómo:

Hacerle frente a los síntomas persistentes, incluso mientras esté tomando medicamentos

Dormir bien y mantenerse alejado de las drogas psicoactivas

Tomar los medicamentos correctamente y saber cómo manejar los efectos secundarios

Estar atento al retorno de los síntomas y saber qué hacer cuando estos reaparezcan

Averiguar qué desencadena los episodios y cómo evitar dichos desencadenantes

La psicoterapia con un profesional en salud mental puede ayudarles a personas con trastorno bipolar.

Expectativas (pronóstico)

Los períodos de depresión o manía retornan en la mayoría de las personas, incluso con tratamiento. Las personas también pueden tener problemas con el alcohol o el abuso de drogas. Igualmente pueden tener problemas con las relaciones interpersonales, la escuela, el trabajo y las finanzas.

El suicidio es un riesgo muy real tanto durante el estado de manía como durante la depresión. Las personas con trastorno bipolar que piensan o hablan respecto al suicidio necesitan atención de emergencia de inmediato.

Cuándo contactar a un profesional médico

Busque ayuda de inmediato si usted:

Presenta síntomas de manía.  
Siente el impulso de hacerse daño o dañar a otros.  
Se siente desesperado, asustado o abrumado.  
Ve cosas que en realidad no existen.  
Siente que no puede salir de casa.  
No es capaz de cuidarse por sí mismo. (31)



## 2.8 MARCO HISTÓRICO

### 2.1.3. Edad Antigua

*Mesopotamia.*- Los primeros médicos babilonios: Assipu = consideraban como posesiones demoníacas y tratadas con métodos mágico-religiosos.

*Egipto.*- Antes que los griegos, reconocieron al cerebro como "localización de las funciones mentales". Describieron el trastorno emocional, denominado luego como "histeria" por los griegos, atribuyéndolo a una mal posición del útero, por lo cual fumigaban la vagina como tratamiento, con la intención de devolverlo a su posición original.

*Israel.*- Los médicos hebreos imploraban a Dios. Se restringió el campo de los médicos laicos por considerarlas "enfermedades ocultas". En la Biblia se describe la enfermedad mental de Saúl, que terminó en su suicidio, y se interpreta como causada por un espíritu maligno enviado por Dios. Existen también descripciones de probables excitaciones catatónicas y ataques epilépticos, que son atribuidos a posesiones demoníacas.

*Persia.*- La fuente original de la filosofía persa se encuentra en el Zendavesta, uno de cuyos volúmenes, el Venidad menciona que hay 99,999 enfermedades, todas causadas por demonios. De hecho, "venidad" significa "la ley contra los demonios".

*India.*- La insistencia del budismo en la supresión del interés hacia el mundo externo, y su dirección hacia el interior del individuo. De hecho, se ha recurrido a la meditación budista no sólo como una forma de psicoterapia para trastornos mentales sino también como ayuda para superar las dificultades de la vida diaria.

*Grecia.*- Los griegos fueron los primeros en estudiar las "enfermedades mentales" desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión. La medicina griega buscó leyes universales que pudieran constituir la base de una ciencia real de la

enfermedad, investigando a fondo las leyes que gobiernan las enfermedades y buscando la conexión entre cada parte y el todo, la causa y el efecto. Además de los tratamientos somáticos de la escuela hipocrática, los griegos emplearon tres tratamientos psicológicos: inducción del sueño, interpretación de los sueños (a cargo de sacerdotes) y el diálogo con el paciente. Hipócrates sostuvo que las enfermedades se producían por un desbalance de los cuatro humores esenciales: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre. Pequeños excesos de estos tres humores y de sangre daban lugar a personalidades flemáticas, coléricas y sanguíneas. Hipócrates ubicó en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar. Fue el primero en proponer que los sueños son expresión de nuestros deseos que acceden hacia el conocimiento cuando se eliminan las demandas de la realidad. También fue el primero en describir y clasificar racionalmente enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio tóxico, psicosis puerperal, fobias e histeria.

*Roma.*- Los romanos siguieron las filosofías griegas estoica y epicúrea, que postularon que las pasiones y deseos insatisfechos actúan sobre el alma produciendo enfermedades mentales, que pueden controlarse alcanzando un estado mental sin perturbaciones o ataraxia (de donde deriva el término atarático utilizado para los sedantes).

*Celso.*- Enfermedades locales y generales, dentro de estas últimas incluyó las enfermedades mentales, que a su vez las dividió en febriles (delirios) y no febriles (locura). Consideró necesario el confinamiento y los procedimientos restrictivos (hambre, cadenas y grillos) para el control de la violencia, recomendando los sustos súbitos como tratamiento.

*Galeno.*- A su muerte comenzó la era del oscurantismo religioso medieval. Consideró que el cerebro es el centro de las sensaciones y movimientos, y que el alma es inseparable de los centros nerviosos. Describió dos tipos de almas: animal o racional (en el cerebro) e irracionales (en el corazón e hígado). Dijo que el clima influye en las características psicológicas.

*Europa Occidental.*- La edad media significó la gran decadencia intelectual de Occidente. Así pues, las enfermedades mentales fueron consideradas como posesiones demoníacas, y

la demonología debía estudiar los signos o estigmas de posesión diabólica.

A partir del siglo XIII se fundaron hospitales con secciones psiquiátricas en Francia, Alemania y Suiza. El primer hospital europeo para enfermos mentales se fundó en 1409 en Valencia (España). Agustín de Hipona, contribuyó con la psicología al demostrar que la introspección es una fuente importante de conocimiento psicológico, considerándosele como un precursor de la fenomenología y del psicoanálisis. Imperio Árabe.-

A diferencia de los cristianos, creían que los enfermos mentales no eran poseídos por los demonios sino más bien que tenían cierta inspiración divina, su trato hospitalario era más benevolente y amable. Se construyeron hospitales con secciones psiquiátricas en Bagdad (750) y El Cairo (873); asilos para insanos en Damasco (800), Alepo (1270) y Granada (1365).

*Renacimiento.*- A la vez que el Renacimiento ofreció la promesa de un nuevo espíritu de humanismo y conocimiento, se convirtió en uno de los capítulos más nefastos en la historia de la psiquiatría. En 1486, los teólogos alemanes Heinrich Kramer y Johann Sprenger, con el apoyo del Papa, publicaron el *Malleus maleficarum* (El martillo de las brujas), que se unió a la misoginia de la Iglesia y a la idea de otros teólogos referente a una conspiración contra el cristianismo, dando lugar a una cacería de brujas que condujo a la muerte a miles de personas, la gran mayoría mujeres.

Los autores del *Malleus* atribuyeron la causa de todas las enfermedades mentales al demonio, negando cualquier explicación natural de las mismas, destruyendo así toda la herencia científica de la época clásica. El "tratamiento" prescrito para la enfermedad mental fue la tortura, aún si se llegaba a la muerte, y la cremación como un acto de piedad, para "liberar el alma" del desdichado.

*Paracelso* (1493-1541). Consideró que la enfermedad mental es una enfermedad espiritual debida a cambios insalubres. Pensando en la temperatura como agente causal de la manía,

recomendaba la amputación de los dedos para que entre "aire fresco". Fue el primero en sugerir un origen sexual en la histeria.

*Siglo XVIII.*- La abundancia de datos médicos y científicos conseguidos era tan abrumadora que se hizo necesaria su síntesis y sistematización.

Aunque los "enfermos mentales" ya no eran quemados en la hoguera, su suerte era aún lamentable durante la Ilustración. Si no eran internados en los hospitales, vagaban solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos. En 1656, un edicto en Francia estableció asilos para insanos, cuyos directores estaban autorizados para detener personas indefinidamente, y en los cuales se llegó a encerrar enfermos mentales junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos.

En Londres, los enfermos mentales eran recluidos en el Hospital de Bethlehem (Bedlam), donde los que sobrevivían a las deplorables condiciones, la abominable comida, el aislamiento, la oscuridad y la brutalidad de los guardianes, debían soportar los tratamientos: eméticos (vómitos), purgantes, sangrías y torturas. El Bedlam se convirtió además en lugar de espectáculo dominical para los londinenses, que pagaban su entrada para observar a los internos tras las rejas de hierro.

Similar situación se daba en la Salpêtrière y Bicêtre (París), el Saint Luke's Hospital (Londres), el Pennsylvania Hospital (Filadelfia), el Hospital para Dementes (Moscú) y el Narrenthurm (Viena).

*Sauvages* (1706-1767). Dividió las enfermedades conocidas en clases, órdenes, géneros, especies y variedades.

*Cullen* (1710-1790). Publicó otra clasificación de enfermedades, de acuerdo con sus síntomas, métodos diagnósticos y tratamiento. *Battie* (1703-1776). En su obra Tratado de la

locura (1758), describió dos tipos de locura: endógenas (origen interno) y exógenas (origen externo).

*Pinel* (1745-1826). La contribución fundamental del médico y reformador francés Philippe Pinel fue cambiar la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales para que sean considerados como seres humanos merecedores de un tratamiento médico. A cargo de la Bicêtre, liberó a los pacientes de sus cadenas en 1793; dos años después hizo lo mismo en la Salpêtrière.

Pinel llamó a su labor "tratamiento moral", y muchos de sus principios conservan su valor hasta hoy. En su obra *Tratado de la insanía* (1801), clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia, explicando su origen por la herencia y las influencias ambientales. Gall (1758-1828). Creyó que la personalidad estaba determinada por áreas específicas del cerebro, que podían "mapearse" por la palpación de la superficie del cráneo. Si bien su teoría cayó en descrédito, condujo a avances en la neurología.

*Mesmer* (1734-1815). Sostuvo la existencia de un "fluido continuo y universalmente distribuido" que influye sobre los cuerpos, al que llamó "magnetismo animal", y que supuestamente usaba para sus curaciones, generalmente en mujeres histéricas. Esquirol (1782-1840). Discípulo de Pinel y considerado como el "padre de la psiquiatría", consideraba al asilo como el arma más poderosa contra la enfermedad mental.

*Charcot* (1825-1893). Diferenció entre las pacientes con lesiones orgánicas y aquellas cuyos síntomas eran de origen psicológico o "histérico". Fue el primero en estudiar la función del trauma psicológico en el origen de la histeria, suponiendo que los recuerdos traumáticos se almacenan en el inconsciente, separados de la conciencia, y dan lugar a los síntomas físicos.

*James Cowles Pritchard* (1786-1848), inglés, dijo que la actitud antisocial es una forma de enfermedad mental, describiendo lo que luego se denominó psicopatía.

## **2.9 CONCEPTOS DE LA PSIQUIATRÍA EN EL MUNDO**

La primera revolución de la psiquiatría, en 1795, la planteó Philip Pinel (1745-1826), secundado por Esquirol (1772-1840), en Francia, al liberar a los pacientes psiquiátricos de las cadenas, los grillos y el encierro. Influenciado en su momento histórico por la religión judeocristiana, planteó "la cura por la palabra en busca de la recuperación de la moralidad". Por primera vez, se señaló que la persona con trastorno mental fuera escuchada y aconsejada, hasta lograr que su conducta se sanara y se adecuara a las normas morales. Bajo esta condición, la persona que dirigía los frenocomios y asilos se investía del poder de "corregir" la conducta desviada por medio del diálogo, que, en la gran mayoría de los casos, no pudo ser posible, dada la "arbitrariedad" y "falta de juicio" del enfermo mental (2).

Esto, con el tiempo, regresó la tendencia a la postura opresiva, el médico del freno podía ordenar estrategias para corregir al desviado: baños de agua helada, silla giratoria, inyecciones de trementina, ejercicio hasta quedar exhaustos, premios, castigos y de nuevo el encerramiento y la inmovilización; a pesar de todo ello, los planteamientos de Pinel y Esquirol fundaron los precedentes para la humanización del "loco y la locura", tendencia rescatada mucho después por los psiquiatras humanistas y puestas a consideración para la reflexión con el movimiento anti psiquiátrico de los años sesenta.

La segunda revolución de la psiquiatría fue trazada por Emil Kraepelin (1855-1926) a finales del siglo XIX; por primera vez, los diferentes trastornos mentales fueron observados con una óptica clínica y pudieron nombrarse y clasificarse: Kraepelin publicó en 1883 su *Tratado de psiquiatría*, y por medio de sus nueve ediciones subsecuentes describió con magistral precisión la evolución y el pronóstico de los principales trastornos mentales; muchos de los conceptos introducidos y gran parte de su nosología sigue vigente en la actualidad. Consideró que la enfermedad mental correspondía a alteraciones del cerebro, pero aportó muy poco en los aspectos etiológicos y en el tratamiento de los trastornos

mentales, de tal manera que los manicomios continuaron requiriendo más espacio y más camas.

La tercera revolución de la psiquiatría fue delimitada a finales del siglo XIX y principios del siglo XX por el padre del psicoanálisis, el neurólogo y psiquiatra Sigmund Freud. A pesar de sus intentos por afrontar el problema de la enfermedad mental desde una óptica biológica, el estado del conocimiento en *ciencias naturales* hasta ese momento hizo que estos intentos fracasaran; Freud se vio en la necesidad de evaluar, observar y seguir clínicamente a sus pacientes. Con una aguda percepción en un contexto hermenéutico, describió una teoría de la función mental, y con ella fundó una terapia que, a pesar de las críticas, sigue siendo vigente y referenciada permanentemente en la literatura médica actual. Sin embargo, Freud, con su visión holística, no descartó nunca la posibilidad de que los fenómenos mentales pudieran ser descritos desde una postura biológica. Si bien el psicoanálisis se aceptó como una terapia, especialmente dirigida a la cura de los trastornos neuróticos, su repercusión en las enfermedades mentales de tipo psicótico y la posibilidad de tratar con este método grandes poblaciones fue muy pobre, de tal manera que los asilos continuaron llenos (3).

En la primera mitad del siglo pasado aparecieron terapias biológicas promisorias, las cuales permitieron que una proporción de pacientes salieran del manicomio y fueran tratados de forma ambulatoria; la malaria terapia aplicada por Wagner von Jáuregui (1857-1940), Premio Nobel de Medicina permitió que hasta una cuarta parte de los pacientes institucionalizados en esa época por los síntomas neuropsiquiátricos de la parálisis general progresiva causada por la sífilis salieran definitivamente del manicomio (2). Esto marcó la pauta y generó el optimismo para la creación de otros métodos físicos y químicos que mejoraran los síntomas mentales. Así apareció la insulano-terapia, el choque cardiazólico, la psicocirugía y la terapia electro convulsiva; estos últimos dos métodos utilizados en algunas ocasiones en la actualidad.

La cuarta revolución de la psiquiatría la marcó la aparición de los psicofármacos, especialmente el largactil (clorpromazina), molécula sintetizada por el laboratorio Rhone-Poulenc, estudiada por Henri Laborit, Pierre Denicker y Jean Delay, en 1952 (2). Esta sustancia mostró la capacidad de disminuir o eliminar síntomas, como las ideas delirantes,

las alucinaciones y la inquietud motora, lo cual permitió que muchos pacientes con enfermedades psicóticas pudieran permanecer la mayoría del tiempo en sus casas y no en las instituciones psiquiátricas. Este primer paso en la psicofarmacología y los avances continuos en la neuroquímica pronto abrió la posibilidad de mirar, desde el punto de vista etiopatológico, las enfermedades mentales. Así, concomitante al progreso de la psicofarmacología, fue el progreso en la descripción etiopatogénica de las enfermedades mentales, y, por lo tanto, una acomodación cada vez más plausible de la práctica psiquiátrica al modelo médico.

Para la década de los años setenta ya se encontraba disponible en casi todo el mundo un conjunto de fármacos como el carbonato de litio, los antidepresivos tricíclicos, las butirofenonas, las fenotiazinas, las benzodiacepinas y los anti cólicos, como la carbamazepina; en la década de los ochenta se introdujeron los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, el ácido valproico, los inhibidores de canales de calcio y los neurolépticos de depósito; y desde la década de los noventa han aparecido los inhibidores selectivos de recaptura de norepinefrina, los inhibidores duales, los antipsicóticos atípicos, los medicamentos anticolinesterasa, los nuevos anticólicos y los bloqueadores de receptores NMDA. Desde la aparición de los psicofármacos, la cantidad de camas psiquiátricas y pacientes institucionalizados ha disminuido radicalmente en todo el mundo; en Colombia, la proporción de este decremento se estima en un 70% en los últimos 30 años. En síntesis, tenemos que la primera revolución psiquiátrica fue el intento de darle al enfermo mental un reconocimiento humanizado, y la segunda estuvo enmarcada en la descripción nosológica, que permitió procurarle una identidad desde el ámbito médico. La tercera y la cuarta revoluciones psiquiátricas se fundaron en métodos terapéuticos: estos métodos delimitaron dos tendencias aparentemente irreconciliables, por un lado psicologista (psicoanálisis) y por otro lado biólogo (psicofármacos). El afianzamiento de estas dos corrientes ha estado influido en gran medida por la permanencia del dualismo cartesiano, que, influenciado por la religión judeo-cristiana y asociado con la historia del pensamiento occidental, ha hecho que las estructuras conceptuales adquieran y tiendan a permanecer con un carácter dicotómico, lo que ha repercutido de forma importante en la



nosología, las consideraciones etiopatogenias, el enfoque clínico y especialmente en las aproximaciones terapéuticas (2).

Zilboorg y Henry, con su publicación en 1968, no hicieron mención de lo que podríamos señalar como una quinta revolución psiquiátrica, la cual se estaba gestando al momento de la publicación de su *Historia de la psicología médica*. Esta revolución la encuadró la detracción al proceder psiquiátrico, especialmente al señalarse de forma contundente el papel de lo social en el destino de los individuos y la crítica a los métodos restrictivos, opresivos y controladores que han persistido en la psiquiatría desde sus orígenes; sus exponentes, de forma aguerrida, se opusieron a cualquier tipo de "manipulación de la mente", mediante cualquier tipo de método psicoterapéutico o farmacológico. Además, hicieron una crítica al concepto de *anormalidad*, al negar las enfermedades mentales como entidades médicas, más bien, considerando al "desadaptado" como un chivo expiatorio que reúne, carga y se revienta en la psicosis, en un grito desesperado originado en la presión social y de la familia: por lo tanto, el manejo de esta crisis no debía estar en el individuo, sino en lo social, donde los sociólogos y los políticos tendrían preeminencia y el papel del médico estaría justificado solo en una condición de "agente de cambio social" (4).

Desde 1960, Thomas Szasz, David Cooper, Robert Laing, Maud Mannoni y especialmente Franco Basaglia generaron en su crítica extrema al proceder psiquiátrico y la visión polarizada hacia lo social lo que dio a llamarse la *anti psiquiatría*. El tiempo ha mostrado que esta corriente, en vez de opacar la psiquiatría, generó una definida reflexión hacia el quehacer del psiquiatra y la función de la psiquiatría, especialmente al crear la necesidad de integrar a su engranaje etiopatogénico, nosológico y terapéutico el componente social del individuo.

## **2.10 CONCEPTOS DE LA PSIQUIATRÍA EN COLOMBIA**

En Colombia, el profesor Humberto Rosselli, autor del célebre libro *Historia de la psiquiatría en Colombia* (5), señala tres momentos de la psiquiatría que, de alguna manera, se corresponden con la historia de la psiquiatría en el mundo y definen de forma importante los momentos trascendentales de la psiquiatría en nuestro país. Entre 1870 y 1880, la

fundación de los establecimientos para enfermos mentales en Bogotá y Medellín, de estructura manicomial, pero dirigidos específicamente al manejo de las enfermedades mentales; entre 1913 y 1926, la fundación de las cátedras de Medicina Mental y Nerviosa, de la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina; hacia 1950, la introducción de la psicoterapia científica y la orientación dinámica de la psiquiatría.

Un influjo importante de la psiquiatría francesa llegó a Colombia por medio de Carlos E. Putman (1850-1915), quien fue el precursor de la psiquiatría y la medicina legal en Colombia; discípulo de Charcot en Francia, hizo una propuesta fisiológica y fisiopatológica de corte organicista como causas de la psicosis. Si bien en sus preceptos no desconoce la importancia de los aspectos biológicos, manifiesta una realidad dicotómica del psiquismo: material y espiritual.

Antonio Gómez Calvo (1853-1926), contemporáneo de Putman, señaló que los enfermos mentales en Colombia se encontraban en condiciones precarias y medievales "como antes de Pinel", y por primera vez introduce aspectos nosológicos, epidemiológicos y psicoterapéuticos. Señaló que en ese momento el principal problema en nuestro país era el alcoholismo y sus consecuencias neuropsiquiátricas.

Entre los pioneros de la psiquiatría en Colombia está Ricardo Escobar Ramos (1898), quien hizo la primera clasificación estadística de los enfermos mentales en Medellín, veinte años después de la creación de los primeros manicomios. Pero el primer psiquiatra de formación en Colombia fue Maximiliano Rueda Galvis (1886-1944), profesor de la Universidad Nacional de Colombia y director del manicomio de varones de Bogotá; introdujo en nuestro país la malaria terapia, la convulsiterapia con cardiaca, el electrochoque y la lobectomía frontal; además, fundó la Sociedad Colombiana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Forense, que funcionó entre 1940 y 1943. Fue sucedido por Edmundo Rico Tejada (1899-1966), quien estudió neuropsiquiatría en París; en 1942 fundó la revista *Anales Neuropsiquiátricos*, la cual se mantuvo durante 18 años.

En 1913 ocurre un hecho muy importante para el desarrollo de la docencia de la psiquiatría en Colombia, el ordenamiento por Ley de la República de la enseñanza de "Medicina Mental y Nerviosa en las Facultades de Ciencias Naturales y Medicina", pero solo fue hasta el 11 de agosto de 1916 cuando se dictó la primera cátedra por parte de Miguel Jiménez

López, discípulo de Gilles de la Toilette, Babinsky y Dupré (5). Jiménez López formó la primera generación de psiquiatras en nuestro país, señaló el influjo creciente de la psiquiatría norteamericana y cómo esta iría desplazando paulatinamente la clínica francesa. Afirmó, un poco desencantado, que el problema de la locura era muy complejo; además, por las diferentes corrientes que caracterizan la psiquiatría, que consideraba "irreconciliables".

Desde el segundo cuarto del siglo pasado la psiquiatría norteamericana empezó a tener un gran influjo en Colombia. Luis López de Mesa (1917) estudio psicopatología, neurología y fisiología en Harvard, e introdujo la psiquiatría de Kraepelin, con una postura funcionalista, pragmática y organicista; de igual manera, Carlos A. León, quien se formó en la Universidad de Tulane, fundó en 1955 la cátedra de Psiquiatría de la Universidad del Valle y ha sido uno de los psiquiatras más reconocidos en el ámbito mundial por sus estudios sobre la evolución de la esquizofrenia.

Si bien el origen de la psiquiatría en Colombia tuvo la transición de la corriente organodinámica francesa a la corriente biológica norteamericana, a mediados del siglo pasado se introdujo en nuestro país la *terapia psicoanalítica*. En 1948, Arturo Lizarazo, quien se formó en Chile; en 1950, José Francisco Socarras, y en 1951, Hernán Quijada, provenientes de Europa, constituyeron para 1956 el 'Grupo de Estudios Psicoanalíticos' en Colombia, que en 1961 se convirtió en la Sociedad Psicoanalítica colombiana. Desde este escenario, el psicoanálisis empezó a permear la psiquiatría, pues muchos psiquiatras vieron en esta técnica una importante posibilidad terapéutica.

Es importante resaltar que entre 1975 y 1990 se plantearon programas de aplicación comunitaria de la psiquiatría, que sirvieron como referente a escala mundial (6). Esta concepción fue desarrollada y reportada por los doctores 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 asistencialista.

## 2.11 LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRÍA

Durante mucho tiempo no hubo otro tipo de enseñanza de la psiquiatría en Colombia y en otros países que la del aprendizaje, junto con uno o varios maestros sin un currículo de enseñanza definido. El Comité para la Especialidad de Psiquiatría que se integró el 8 de junio de 1965 por docentes destacados de cada uno de los programas de psiquiatría existentes hasta el momento en el país, planteó diferentes aspectos relacionados con la educación en psiquiatría y consideró que la formación del psiquiatra colombiano tendría la siguiente finalidad:

El programa de entrenamiento en psiquiatría, por el sistema de Residencias, debe tener como objetivo formar psiquiatras generales con sólidas bases médicas, psicológicas y humanísticas, integrando de modo armónico las diversas escuelas y puntos de vista. Debe estar orientado hacia la preparación de psiquiatras para la comunidad con sus problemas y necesidades más características.

En la segunda mitad del siglo pasado se empezó a establecer una verdadera pedagogía de la enseñanza psiquiátrica que no se aleja de dos sistemas fundamentales, que consisten, por un lado, en el aprendizaje de la clínica mediante la experiencia, y el aprendizaje mediante libros y cursos. El proceso consiste en adquirir experiencia clínica y terapéutica en el ámbito asistencial, y la adquisición de responsabilidades progresivas y controladas (2). Esta forma de enseñanza y aprendizaje reconocido universalmente cumple con algunas características:

1. La experiencia formativa requiere varios años, no se considera posible que para asumir el rol requerido en el diagnóstico, enfoque terapéutico e intervención de los trastornos mentales sean suficientes cursos breves. La tendencia en Colombia es que la formación del psiquiatra dure cuatro años, aunque la mayoría de especializaciones actuales duran tres.
2. Se requiere que la experiencia sea variada, no solo que las personas en formación se desempeñen en varios tipos de servicios en una misma clínica, sino que trabajen en

diferentes clínicas; esto permite el desarrollo de habilidades en diferentes tipos de pacientes y de entornos clínicos.

3. Se requiere un sistema de "tutorías" y seguimiento de la formación, para esto se utilizan diferentes estrategias basadas en la revisión de las historias clínicas, la presentación de casos clínicos y la evaluación de protocolos de psicoterapia.
4. La bibliografía utilizada y los cursos dispensados están en relación directa con la formación de los docentes y la adhesión de estos a escuelas o tendencias.
5. Se ha planteado que la formación esté relacionada con las ofertas de trabajo en la región. En Colombia la formación debería tener un enfoque principalmente comunitario, dada la problemática del país.
6. La formación en aspectos psico-terapéuticos tiene relación con diferentes corrientes, desde la psicoterapia con énfasis psicoanalítico y el psicoanálisis, hasta psicoterapias de tipo sistémico o cognitivo comportamental. Cada vez es más notable el papel de la formación en psicoeducación como estrategia para lograr la adherencia de los pacientes a los diferentes tratamientos y al reconocimiento de la enfermedad.

Acorde con el anterior planteamiento, departamentos de psiquiatría de nuestro país forman un psiquiatra hábil y destacado en el manejo de las enfermedades mentales, con conocimientos básicos en 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.

Según lo plantea Rosselli (7):

La psiquiatría contemporánea en Colombia está 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.

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 en las cuales la formación en el extranjero puede llegar hasta el 35% (28); de esta manera, tenemos que en los últimos 40 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; además, porque los diferentes grupos de psiquiatría tienden a suceder a sus docentes con egresados de sus propias facultades.

## **2.12 LA FORMACIÓN DE PSIQUIATRAS EN COLOMBIA**

En Colombia existen en la actualidad trece programas de formación en psiquiatría, ocho de ellos en Bogotá. Para 1960 existían cuatro programas de psiquiatría en el país: en la Universidad del Valle, la Universidad de Antioquia, la Universidad de Cartagena y la Universidad Nacional. Finalizando la década se crearon tres programas más, todos en Bogotá: en el Hospital Militar, la Pontificia Universidad Javeriana y la Universidad del Rosario. En la década de los años 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 de los noventa aparece el programa de la Escuela de Medicina Juan N. Corpas, en Bogotá; el de la Universidad de Cartagena y el de la Universidad Pontificia Bolivariana, de Medellín. Los últimos programas creados son el de la Universidad de San Martín, también en Bogotá, y el de la Universidad Tecnológica de Pereira (8).

La población de psiquiatras en Colombia es relativamente joven, si se compara con otras especialidades: casi la mitad ha entrado al mercado laboral desde 1990, y a pesar de esto, la tasa de crecimiento ha estado por debajo de las otras especialidades, según el estudio realizado por Roselli y colaboradores (7). En la década de los sesenta, los programas nacionales de psiquiatría formaron 26 especialistas; en la década de los setenta, 96; en la

década de los ochenta, 238, y en la década de los noventa, 293. Para el momento, se considera que el país cuenta con 829 psiquiatras activos.

Las necesidades de atención en salud mental de Colombia superan por gran margen la oferta y disponibilidad de médicos y profesionales especializados en esta área, tanto en el ámbito institucional como privado. El número total de residentes de Psiquiatría en la actualidad en Colombia es de 122, distribuidos en las trece 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, si tenemos en cuenta la demanda de este tipo de atención en los tres niveles, y considerando las apreciaciones anteriores en cuanto a necesidad de psiquiatras, por la evolución del perfil epidemiológico y de salud de la población colombiana; además, teniendo en cuenta que en la actualidad la atención en salud mental se encuentra entre las políticas primarias de salud, el déficit se hace aún mayor (8).

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 (8). Todo lo anterior es incongruente con nuestra realidad en salud mental, especialmente porque el psiquiatra se considera uno de los actores más importantes al momento de plantear estrategias de intervención comunitaria, pero su formación en un contexto global está dirigido a la asistencia; 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, debería tener elementos del contexto social para enfrentar la complejidad de los trastornos que maneja .

Hay una incongruencia entre el problema de la salud mental y la formación en salud mental en Colombia, la cual toma de la psiquiatría organodinámica francesa algunos reductos, especialmente de los aspectos conceptuales y clínicos; por otro lado, la concepción kraepeliana y las terapias biológicas introducidas desde el segundo cuarto del siglo pasado, además de la tendencia psicoanalítica introducida desde 1950, para formar así a un psiquiatra básicamente asistencial, que cada vez más se está dedicando a la práctica

privada, desvinculado de los programas estatales de prevención y promoción de la salud mental o de atención en el ámbito comunitario. (29)



### 3. DIAGNOSTICO O ANÁLISIS

El siglo XX se constituyó en un período de grandes transformaciones para Colombia en el ámbito demográfico, económico, social, y territorial. Durante las primeras décadas del siglo se definieron su contorno y su espacio geográfico, y se dio una gran reorganización interna del territorio.

La transición epidemiológica, la transición de la fecundidad, el proceso de urbanización y de redistribución espacial de la población, los cambios en su actividad económica y los cambios educativos que han sucedido paralelamente, de una u otra forma están interrelacionados, y se traducen en características de la población y en condiciones de vida muy diferentes si se compara el inicio con el final del siglo.

Así, el país, en el umbral del siglo XXI, muestra una sociedad más moderna, con bajos niveles de mortalidad y fecundidad, alta incidencia de las muertes endógenas, de las producidas por el hombre, y de las muertes por violencia, una estratificación socioeducativa marcada, alta participación de la mujer en el mercado de trabajo, un peso excesivo del empleo en el sector terciario, profesionalización de la fuerza de trabajo, un alto grado de urbanización, una gran concentración de la población en la capital del país y mercados diferenciales sociodemográficos por región.

Según lo referido en el anterior artículo, las condiciones por las cuales se está enfrentando la población Colombiana da cabida a enfermedades como lo son los trastornos mentales, es por esto que este proyecto toma una muestra de personas Colombianas con trastorno de esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar, las cuales son las de mayor incidencia en Colombia según los tamizajes de salud mental. (30)

Gráfico 1 Árbol problema

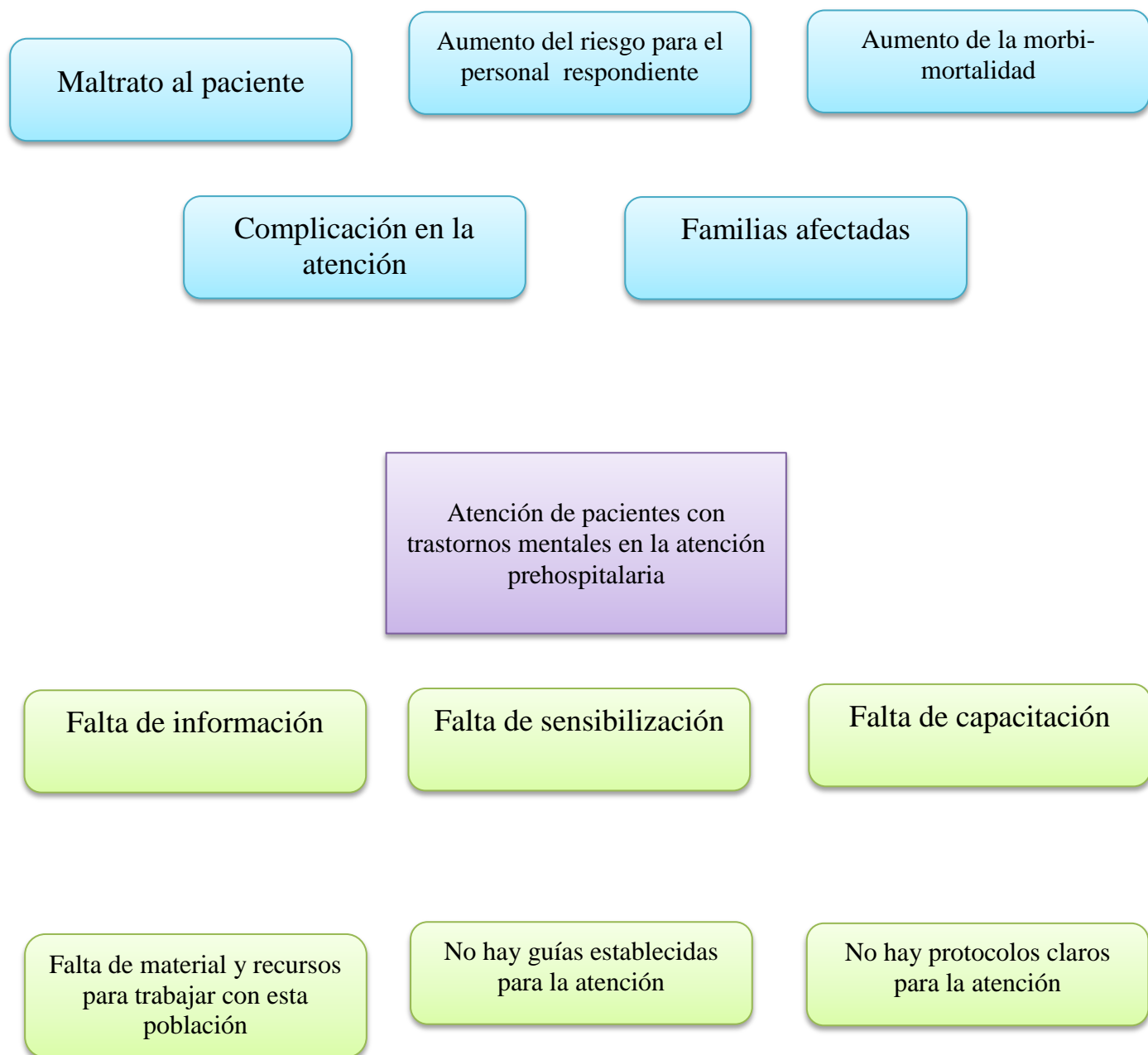
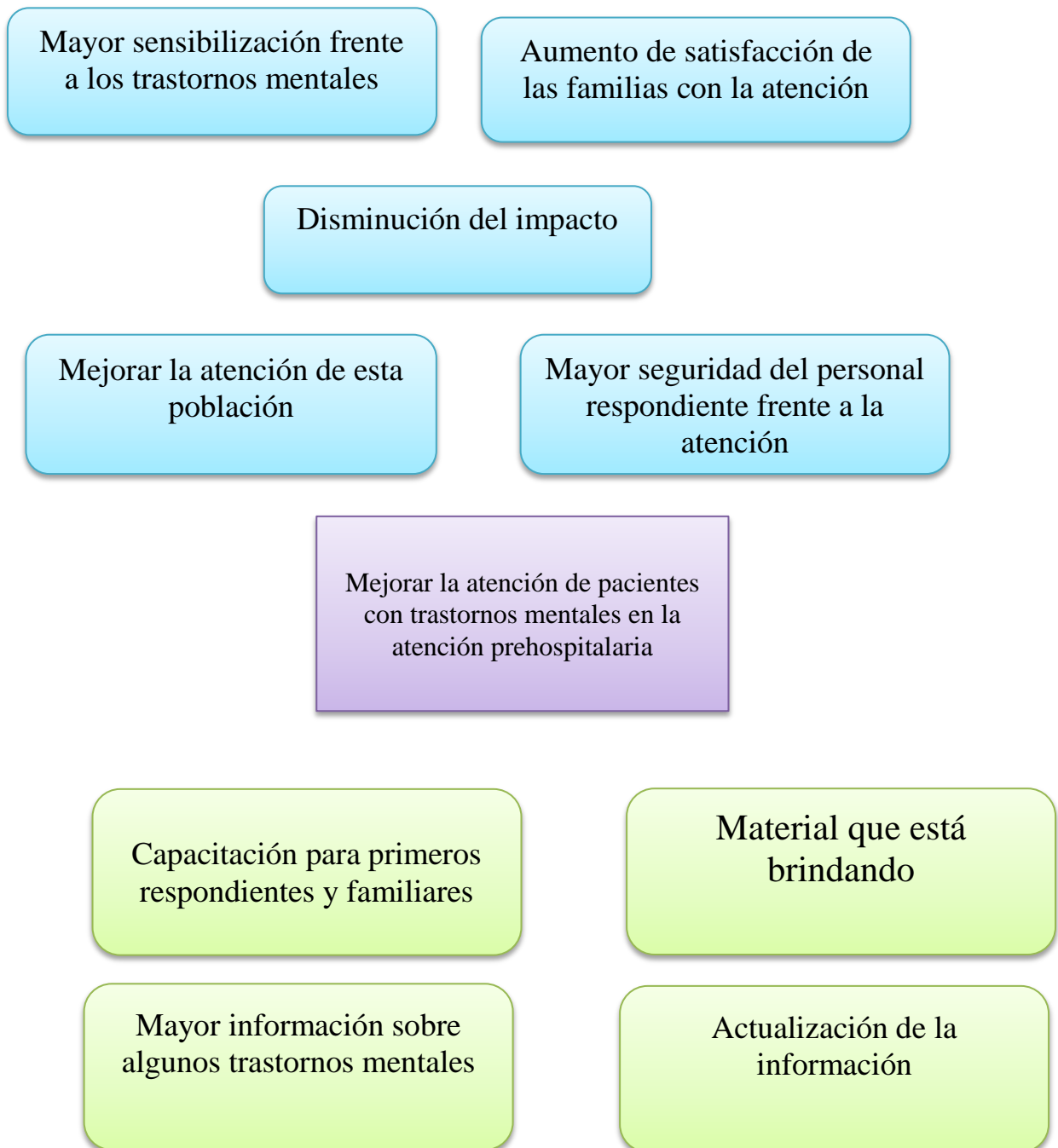


Gráfico 2 Árbol de Oportunidades



## **4. DISEÑO METODOLOGICO**

### **4.1 ALCANCE DEL PROYECTO**

Debido al corto tiempo con el que se cuenta, para la realización del proyecto, el alcance del mismo, por parte de los creadores, llegara solo hasta la realización y socialización de la guía, por medio de lo cual, se pretende dar a conocer a la población encargada de la primera respuesta en salud, sobre, cuales son los principales o más comunes trastornos que se presentan, según los estudios que se han realizado en la población colombiana, específicamente en Antioquia, y además, las investigaciones aportados por la OMS y la OPS, por otra parte, se identificaran los tratamientos más adecuados para el ámbito pre hospitalario, buscando conseguir un abordaje más coherente, con lo cual se pretende, poder brindarle a esta población tan vulnerable, una mejor atención, y como resultado, una calidad de vida con mayor dignidad.

### **4.2 METODOLOGÍA DEL PROYECTO**

A partir de los objetivos propuestos en el presente proyecto, las técnicas de recolección, se basaron en la revisión de material documentado hasta las fechas de hoy y con especialistas. La revisión bibliográfica, se realizó con el fin de identificar contenidos, protocolos, guías, para retomar experiencias y de esa forma mejorar la calidad en la atención que se le brinda a la población con trastornos mentales. En las entrevistas realizadas con los especialistas, se habló sobre los temas relativos a la salud, con respecto a los trastornos, y se habló con los familiares a los que ira dirigida la guía, lo cual permitió obtener información, respecto de sus experiencias, preocupaciones y la problemática a la que sus familiares se enfrentan cada día, al no tener conocimientos sobre el tratamiento de esta población. Las técnicas de recolección, se basaron en la revisión de material documentado hasta las fechas de hoy y con especialistas. La revisión bibliográfica, se realizó con el fin de identificar contenidos, protocolos, guías, para retomar experiencias y de esa forma mejorar la calidad en la

atención que se le brinda a la población con trastornos mentales. En las entrevistas realizadas con los especialistas, se habló sobre los temas relativos a la salud, con respecto a los trastornos, y se habló con los familiares a los que ira dirigida la guía, lo cual permitió obtener información, respecto de sus experiencias, preocupaciones y la problemática a la que sus familiares se enfrentan cada día, al no tener conocimientos sobre el tratamiento de esta población

## 5. PLAN DE TRABAJO

Tabla 3 Plan de trabajo

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO O META.</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FECHA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD.</b>	<b>FECHA DE CULMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD.</b>	<b>PERSONA RESPONSABLE.</b>
Aprobación del título del proyecto.	Asesoría con docente.	13 Julio 2016	20 Julio 2016	Karen Gómez Carolina Várelas
Bases para la formulación del proyecto.	Inicio de elaboración del panorama del proyecto.	27 Julio 2016	10 Agosto 2016	Karen Gómez Yocellin sierra Carolina Várelas
Mostrar la necesidad del proyecto desde la atención prehospitalaria.	Realizar el planteamiento del problema	17 Agosto 2016	17 Agosto 2016	Karen Gómez Yocellin Sierra Carolina Várelas
Revisión bibliográfica y cibergrafía.	Búsqueda de la información relacionada con el tema.	24 Agosto 2016	31 Agosto 2016	Karen Gómez Yocellin Sierra Carolina Várelas
Orientación y organización de los pasos del proyecto.	Asesoría con docente.	07 Septiembre 2016	21 Septiembre 2016	Karen Gómez Yocellin Sierra Carolina Várelas
Mostrar la importancia y metodología de desarrollo del trabajo.	Realización de la justificación y los objetivos del proyecto.	28 Septiembre 2016	28 Septiembre 2016	Karen Gómez Yocellin Sierra Carolina Várelas
Obtener información de posibles tratamientos en atención prehospitalaria	Visita a centro psiquiátrico	15 septiembre 2016	29 septiembre 2016	Carolina Várelas Karen Gómez
Desarrollar la información obtenida.	Asesoría con psiquiatría	15 septiembre 2016	29 septiembre 2016	Carolina Várelas Karen Gómez

## 6. PRESUPUESTO

Tabla 4 Presupuesto

<b>RUBROS</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO</b>	<b>TOTAL</b>
1. PERSONAL	1.1 HORAS	450	\$ 18.000	\$ 8.100.000
2. EQUIPO	2.1 COMPUTADOR	1	\$ 0	\$ 0
	2.2 IMPRESORA	1	\$ 0	\$ 0
	2.3 INTERNET	200	\$ 500	\$ 100.000
3. MATERIAL	3.1 COPIAS	100	\$ 100	\$10.000
	3.2 HOJAS	500	\$ 50	\$25000
	3.3 LAPICEROS	4	\$ 500	\$2000
	3.4 TINTA	1	\$ 34.500	\$34.500
	3.5 CARPETAS	2	\$ 2000	\$4000
	3.6 LEGAJADORES	2	\$ 300	\$600
	3.7 PERFORADORA	1	\$ 2500	\$2500
	3.8 GRAPADORA	1	\$ 2500	\$2500
	3.9 GANCHOS	1	\$ 2000	\$2000
	PARA GRAPADORA	2	\$ 2000	\$4000
	3.10 PORTAMINAS	2	\$ 2400	\$4800
	3.11 MINAS	2	\$ 1000	\$2000
3.12 BORRADOR				
4. VIAJES	4.1 VIATICOS	3	\$ 50.000	\$150.000
5. ASESORES	5.1 HORAS	72	\$ 175.000	\$6.300.000
				\$14.743.900

## 7. CONCLUSIONES

- Se destaca la poca sensibilización, que algunos tienen por los trastornos mentales, tanto por parte de algunos especialistas, personal de salud y de la comunidad, que conlleva a un trato poco digno para estas personas.
- La poca capacitación del personal de instituciones al servicio de la comunidad, para brindar una atención adecuada a estos pacientes.
- La desinformación en el tratamiento de población con trastornos mentales, y notar como esto hace tan vulnerable a esta población y sus familias.
- Cabe destacar que para la realización de este proyecto se contó con poco tiempo, lo que dificulta la obtención de recursos, como información, citas con centros especializados y especialistas en el área.



## 8. RECOMENDACIONES

- Se recomienda la continuación de este proyecto, ya que requiere de mucho tiempo para hacer una buena investigación, y así poder añadir cada uno de los trastornos y hacer la publicación de una guía práctica para la comunidad en general.
- Se recomienda al programa de Tecnología en Atención prehospitalaria, de la Corporación Universitaria Adventista; que se pueda tener una práctica corta por instituciones prestadoras de servicios para la salud mental, con el fin de enriquecer los conocimientos de los estudiantes de la tecnología, en la atención de esta población.
- Se recomienda al programa de Tecnología en Atención prehospitalaria, de la Corporación Universitaria Adventista; que se hagan talleres, cursos y tardes académicas, teniendo como tema los trastornos mentales, para mayor fortalecimiento de sus estudiantes en la atención de esta población.

## 9. Bibliografía

- 1 Rúa B. Saúde mental feafes galicia. [Online].; 2016 [cited 2016 septiembre 7. Available from: <http://feafesgalicia.org/ES/content/salud-mental>.
- 2 Frigo E. Foro de Seguridad. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 27. Available from: <http://www.forodeseguridad.com/artic/rrhh/7011.htm>.
- 3 Reserved R. Quees.la. [Online].; 2016 [cited 2017 Agosto 27. Available from: <http://quees.la/coherente/>.
- 4 Creative b. Metainteligencia. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 27. Available from: [http://www.metainteligencia.com/Por\\_Que/conciencia.asp](http://www.metainteligencia.com/Por_Que/conciencia.asp).
- 5 Torres K. Metamorfosis Literaria. [Online].; 2011 [cited 2016 Agosto 27. Available from: <http://karyt.blogspot.com.co/2011/11/definicion-de-confiabilidad.html>.
- 6 espeñola Ra. Real academia española. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 27. Available from: <http://dle.rae.es/?id=AO8fvNk>.
- 7 Orgaozacion mundial de la salud. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 29. Available from: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
- 8 Catalunya UPd. Universitat politecnica de catalunya barcelona tech. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 29. Available from: <http://www.upc.edu/ude/particulares/informacion/informacion-generica-sobre-discapacidad/enfermedad-mental-respuestas-a-las-preguntas-mas-frecuentes>.
- 9 Salud Oudl. Organizacion mundial de la salud. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 29. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>.
- 1 Psicopedagogía. psicopedagogía.net. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 29. Available from: <http://www.psicopedagogia.com/definicion/habilidad>.
- 1 Viejo c. Hosptal universitario Romón y cajal. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 29. Available from: [http://www.hrc.es/bioest/Medidas\\_frecuencia\\_3.html](http://www.hrc.es/bioest/Medidas_frecuencia_3.html).
- 1 Univision. inivision sallud con hola doctor. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 29.

2 Available from: <http://salud.univision.com/es/>.

.

1 Ligatus. CCM. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 29. Available from:  
3 <http://salud.ccm.net/faq/15489-paciente-definicion>.

.

1 Webnode. Gestion y atencion prehospitalaria. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 29.  
4 Available from: <http://prehospit.webnode.com.co/>.

.

1 Ligatus. CCM. [Online].; 2016 [cited 2016 Agosto 29. Available from:  
5 <http://salud.ccm.net/faq/23343-psicofarmacologia-definicion>.

.

1 Española RA. Real Academia Española. [Online].; 2016 [cited 2016 septiembre 6.  
6 Available from: <http://dle.rae.es/?id=DgIqVCc>.

.

1 Chile UCd. Boletín de la escuela de medicina. [Online].; 2016 [cited 2016 Septiembre 8.  
7 Available from:  
8 <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Psiquiatria/ModeloBiopsicosocial.html>.

1 Definicion. definicion de recursos humanos. [Online].; 2016 [cited 2016 Septiembre 9.  
8 Available from: <http://definicion.mx/recursos-humanos/>.

.

1 Salud Omd. Organizacion mundial de salud. [Online].; 2016 [cited 2016 Septiembre 9.  
9 Available from: <http://www.who.int/disabilities/care/es/>.

.

2 Ciifen. supported by. [Online].; 2016 [cited 2016 Septiembre 9. Available from:  
0 [http://www.ciifen.org/index.php?option=com\\_content&view=category&id=84&layout=blog&Itemid=111&lang=es](http://www.ciifen.org/index.php?option=com_content&view=category&id=84&layout=blog&Itemid=111&lang=es).

2 país Tpn. Todos por nuevo país. [Online].; 2016 [cited 2016 Septiembre 15. Available  
1 from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx>.

.  
2 XXI EeeS. intantodo comprender como funciona el mundo. [Online].; 2016 [cited 2016  
2 Septiembre 15. Available from: [http://elordenmundial.com/2015/02/introduccion-al-  
. concepto-de-seguridad/](http://elordenmundial.com/2015/02/introduccion-al-concepto-de-seguridad/).

2 Euroresidentes. Euroresidentes pasion por la vida. [Online].; 2016 [cited 2016  
3 Septiembre 17. Available from: [https://www.euroresidentes.com/diccionario-  
. psicologia/sensibilizacion.html](https://www.euroresidentes.com/diccionario-psicologia/sensibilizacion.html).

2 Uned. singnificads. [Online].; 2016 [cited 2016 septiembre 15. Available from:  
4 <http://www.significados.com/tangible/>.

.  
2 desalud Om. centro de prensa. [Online].; 2016 [cited 2016 Septiembre 18. Available  
5 from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.

.  
2 plus M. biblioteca nacioal de meicina EE.UU. [Online].; 2016 [cited 2016 septiembre 19.  
6 Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000929.htm>.

.  
2 antioquia ssdsypsg. secretaria seccional de salud y proteccion social. [Online].; 2009-  
7 2010 [cited 2016 09 13. Available from:  
. <https://www.dssa.gov.co/index.php/descargas/881-tamizaje-salud-mental-1>.

2 Cordoba UNd. Secretaria de Salud Publica y ambiente. [Online].; 2010 [cited 2016 09  
8 13. Available from:  
. [http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13\\_2\\_05\\_art2.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13_2_05_art2.pdf).

2 Investigador D(JMSDEIPePSLMPRMAd. secretaria de salud mexico. [Online].; 2006  
9 [cited 2016 09 13. Available from:  
. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>.

3 CES GdIeSM–U. Alcaldia de Medellin. [Online].; 2011-2012 [cited 2016 09 13.  
0 Available from:  
. <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciud>

[adano/Salud/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/Investigaciones%202011-2012/Libro%20Salud%20Mental%20-%202011.pdf](#).

3 elson Ardón Centeno ACN. revista javeriana. [Online].; 2012 [cited 2016 09 13.  
1 Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/4456>.

.

3 Rondelli E. La localidad de la atencion medica/Auditoria. [Online].; 2016 [cited 2016  
2 septiembre 25. Available from:  
.  
[http://www.msp.gob.do/oai/documentos/Publicaciones/PUB\\_CalidadAtencionMedicaAuditor\\_20120813.pdf](http://www.msp.gob.do/oai/documentos/Publicaciones/PUB_CalidadAtencionMedicaAuditor_20120813.pdf).

3 medicina bnd. medline plus. [Online].; 2016 [cited 2016 septiembre 19. Available from:  
3 <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000929.htm>.

.

3 Augusto Arango C. Scielo. [Online].; 2012 [cited 2016 octubre 3. Available from:  
4 [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502012000500002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000500002).

3 Flórez C. Banci de colombia. [Online].; 2000 [cited 2016 Octubre 4. Available from:  
5 <https://www.banrep.gov.co/es/node/16591%20recuperado%2001/10/2016>.

.

3 plus M. Biblioteca nacional de medicina de los EE.UU. [Online].; 2016 [cited 2016  
6 Septiembre 2. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000928.htm>.

.

## ANEXOS

### DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DEL TRASTORNO DEPRESIVO

ENFERMEDAD	CARACTERÍSTICAS
Trastorno depresivo mayor	Ánimo triste, pérdida del interés en actividades que antes eran placenteras; además, los síntomas se presentan todos los días por lo menos durante 2 semanas. Criterios DSM-IV.
Distimia	Ánimo triste o anhedonia, al menos, en la mitad del tiempo en los últimos 2 años, asociado a dos o más síntomas vegetativos o psicológicos y alteración funcional.
Depresión menor	Depresión aguda con síntomas más leves y que causa menos disfunción social y laboral.
Reacción situacional ajustada con ánimo depresivo	Este subsíndrome tiene un claro factor precipitante. Usualmente, se resuelve sin medicación con la desaparición de la causa del estrés agudo.
Trastorno bipolar	Caracterizado por uno o más episodios mixtos de manía y depresión
Trastorno afectivo estaciona	Es un subtipo de depresión mayor que ocurre con los cambios de estación, generalmente, invierno, y se resuelve en primavera.

**Recuento de leyes, decretos, resoluciones y acuerdos que regulan la salud mental  
en el ámbito nacional colombiano**

Leyes	
Ley 1448/2011	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.
Ley 1438/2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1361/2009	Por medio de la cual se crea la Ley de Protección Integral a la Familia.
Ley 1346/2009	Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad", adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.
Ley 1315/2009	
Ley 1306/2009	Por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados.
Ley 1295/2009	Por la cual se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del Sisben.
Ley 1276/2009	A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida.
Ley 1251/2008	
Ley 1122/2007	Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.
Ley 1164 /2007	
Ley 790/2002	Por la cual se reforma parcialmente la Ley 100 de 1993. El artículo 33 menciona que el Plan Nacional de Salud Pública debe incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental; la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio; y el tratamiento de los trastornos mentales de mayor prevalencia.
Ley 789/2002	
Ley 745/2002	Ley de Talento Humano en Salud
Ley 715/2001	
Ley 575/2000	Por medio de la cual se ordena la fusión del Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y se crea el Ministerio de la Protección Social.
Ley 383/1997	Por medio de la cual se define el Sistema de Protección Social.

33



Ley 361/1997	Por medio de la cual se establecen las sanciones sobre el consumo de SPA, aun para dosis personales, cuando se hace en sitios públicos en presencia de menores.
Ley 387/1997	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias, de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Reforma la Ley 60 de 1993.
Ley 294/1996	Por medio de la cual se reforma la Ley 294/1996.
Ley 115/1994	En donde se establece la destinación del IVA social, según grupos de riesgo, entre los cuales se encuentran las personas con trastorno mental inimputables y discapacitados menores de edad.
Ley 152/1994	Por medio de la cual se establece el mecanismo de integración social de las personas con limitación, reconociendo su dignidad y sus derechos fundamentales de carácter económico, social y cultural, para su completa realización personal y su total integración social y para garantizar a las personas con limitaciones severas y profundas la asistencia y protección necesarias.
Ley 124/1994	Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado y para la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia.
Ley 100/1993	Por medio de la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política, en lo relativo al tratamiento integral de las diferentes modalidades de violencia en la familia.
Ley 65/1993	Por medio de la cual se definen, entre otros, los fines de educación respecto a la formación para la promoción y la prevención de la salud e higiene y la prevención integral de problemas socialmente relevantes.
Ley 10/1990	Por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud. Prevé el establecimiento de la Junta Nacional de Tarifas, para la venta de los servicios en los hospitales públicos. Obliga a los gobernadores y a los jefes seccionales de salud a responder por la política regional de salud y les entrega la administración de los hospitales regionales y universitarios. Declara la salud como un servicio público y define los servicios de urgencia que deben ser prestados obligatoriamente a la población. Establece los servicios básicos gratuitos y moderniza la gestión hospitalaria. Crea la participación comunitaria y los fondos especiales de medicamentos.





Ley 30/1986	Conocida como la ley antidroga. Plasma principios generales y adopta definiciones relacionadas con las sustancias, sus usos, dosis, etc. Así mismo, señala los programas de educación en la materia y la formación de comités cívicos para luchar contra el flagelo de la drogadicción. Limita el trabajo de menores en sitios donde se expendan licores y obliga a incluir en las cajetillas de advertencias sobre el carácter nocivo del tabaco.
Ley 9ª/1979	Se relaciona con la temática en sus artículos 460, 594 y 599, en lo relacionado con los medicamentos de control especial, el carácter de bien común que tiene la salud, el derecho a vivir en un ambiente sano, el cuidado y el autocuidado de la salud y el carácter de orden público de las normas relativas a la salud de la población, respectivamente.

#### Decretos

Decreto 2973/2010	Por el cual se fijan los criterios para la prestación de los servicios de rehabilitación física y mental a las víctimas de la violencia política y se dictan otras disposiciones.
Decreto 0133/2010	Por el cual se adoptan medidas tendientes a garantizar acceso, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 0132/2010	Por el cual se establecen mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen Subsidiado de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 4976/2009	Por el cual se expiden medidas excepcionales con el fin de liberar recursos que permitan garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud de la población beneficiaria.
Decreto 4975/2009	Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social.
Decreto 0366/2009	Por medio del cual se reglamenta la organización del servicio de apoyo pedagógico para la atención de los estudiantes con discapacidades o con talentos excepcionales, en el marco de la educación inclusiva.
Decreto 3039/2007	Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010
Decreto 205/2003	Por medio del cual se estructuran y se definen las funciones del Ministerio de la Protección Social.
Decreto 1320/1997	Por medio del cual se crea el Comité de Evaluación Interinstitucional para la atención de los pacientes inimputables.



Decreto 1757/1994	Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y las formas de participación social en la prestación de los servicios de salud, en particular lo planteado en el capítulo V "Participación Social", en donde se habla de su expresión en los procesos cogestionarios de planeación y veeduría comunitaria en salud.
Decreto 1108/1994	Por medio del cual se reglamenta el consumo de SPA.
Decreto 2177/1989	Por el cual se desarrolla la Ley 82 de 1982, aprobatoria del Convenio 159 suscrito con la OIT y relativa a la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.
Decreto 2737/1989	Por el cual se expide el Código del Menor.
Decreto 3788/1986	Sobre estupefacientes y control a las campañas para promover el consumo de alcohol y tabaco.
Decreto 3430/1982	Por medio del cual se reglamentan los artículos 16, 18 y 20 del Decreto-Ley 1188/74m, sobre la propaganda para promover el consumo de alcohol.
Decreto 2558/1981	Por el cual se coordina el Sistema Nacional de Rehabilitación.
Decreto 1136/1970	Por medio del cual se dictan algunas medidas sobre protección social, sobre rehabilitación de la vagancia, enfermos mentales, toxicómanos y alcohólicos.
Decreto 1355 /1970	Por medio del cual se dictan normas sobre policía, disposiciones relativas a contravenciones nacionales de policía y sus medidas correctivas.

#### Resoluciones

Resolución 3470/2011	Por la cual se establecen los valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).
Resolución 1507/2011	Mediante la cual se asignan recursos provenientes de la subcuenta ECAT del Fosyga a las entidades territoriales para la atención en salud a las personas en situación de desplazamiento no asegurados o lo no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado, durante la vigencia 2011.
Resolución 0658/2011	Por la cual se establecen los requisitos mínimos que deben cumplir los albergues, las escuelas y otros lugares similares para prestar servicios de salud a la población afectada por la emergencia invernal.
Resolución 0216/2011	Por medio de la cual se fijan mecanismos y condiciones para consolidar la universalización en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Resolución 0425/2008	Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución y seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.

36



Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 11 (23): 12-38, julio-diciembre de 2012

Resolución 00315/2006	Continuación de la resolución por la cual se definen las condiciones de habilitación para los centros de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia y se dictan otras disposiciones.
Resolución 474/2003	Por la cual se definen los cupos indicativos para la distribución de los recursos de la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.
Resolución 196/2002	Por medio de la cual se adoptan normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral que prestan servicios a personas con problemas asociados al consumo de SPA.
Resolución 412/2000	Por la cual se reglamenta el Acuerdo 117/1998, en lo relativo a la demanda inducida, protección específica y detección temprana. Permitió la definición de las normas técnicas y las guías de atención integral (Guía de atención a la mujer y menor maltratada y normas técnicas sobre crecimiento y desarrollo).
Resolución 2358/1998	Por medio de la cual se acoge la Política Nacional de Salud Mental.
Resolución 3997/1996	Por medio de la cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS.
Resolución 4288/1996	Por la cual se define el PAB del SGSSS.
Resolución 3261/1994	Por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Resolución 03913/1994	Por la cual se adoptan unas medidas sanitarias en desarrollo de políticas de salud mental en lo relativo a la adquisición y distribución de los fármacos básicos.
Resolución 04108/1993	Por medio de la cual se establecen los criterios técnicos para la prestación de los servicios de rehabilitación física y mental de las víctimas de atentados terroristas y se deroga la Resolución 003001/1993.
Resolución 02417/1992	Por medio de la cual se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental.
Resolución 06980/1991	Por medio de la cual se expiden normas para el control de la importación, exportación, fabricación, distribución y venta de medicamentos, materias primas y precursores de control especial.
Resolución 14130/1985	Por medio de la cual se adopta el documento titulado <i>Manual general de organización, modelo normativo para trabajo social en el programa de salud mental, según niveles de atención, organización y funciones.</i>
Resolución 14129/1985	Por medio de la cual se adopta el manual general de organización <i>Modelo normativo para la psicología en el programa de salud mental, organización y funciones.</i>



Resolución 9090/1982	Por medio de la cual se adopta el manual general de organización <i>Modelo normativo para la unidad de terapia ocupacional en el hospital psiquiátrico y la unidad de salud mental integrada al hospital general.</i>
Resolución 02417/1982	Relativa a los criterios técnicos para la prestación de los servicios de rehabilitación física y mental de las víctimas de atentados terroristas.
Resolución 08187/1982	Por medio de la cual se adopta el manual general de organización <i>Modelo normativo para enfermería en el programa de salud mental, según niveles de organización y atención y funciones.</i>
Resolución 08186/1982	Por medio de la cual se adopta el manual general de organización <i>Modelo normativo para enfermería en el programa de salud mental a nivel local.</i>
Resolución 08185/1982	Por medio de la cual se adopta el documento para la organización del departamento de nutrición y dietética en los hospitales psiquiátricos.
Resolución 09089/1982	Por medio de la cual se adopta el manual normativo y de organización <i>Propuesta para un taller protegido, en el área de la salud mental.</i>

## Acuerdos y circulares

Acuerdo 003/2009	Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos.
Acuerdo 003/2009	Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado.
Acuerdo 415/2009	Por medio del cual se modifica la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo 144/2005 SDS	Crea el Comité Distrital de Salud Mental.
Circular 0052/2011	Intensificación de las acciones de inspección, vigilancia y control en salud pública en el transporte y en los establecimientos donde se comercializa, distribuye, expende y consume licor; así mismo, incremento de las acciones de prevención y vigilancia epidemiológica de la intoxicación metélica.
Circular Externa 00018/2004	Se establecen los lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004-2007 y de los recursos asignados para salud pública. Define como una acción prioritaria para el país de conformidad, con el numeral 12 del artículo 42 de la Ley 715/2001, la reducción del impacto de la violencia y la implementación de las políticas de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.

