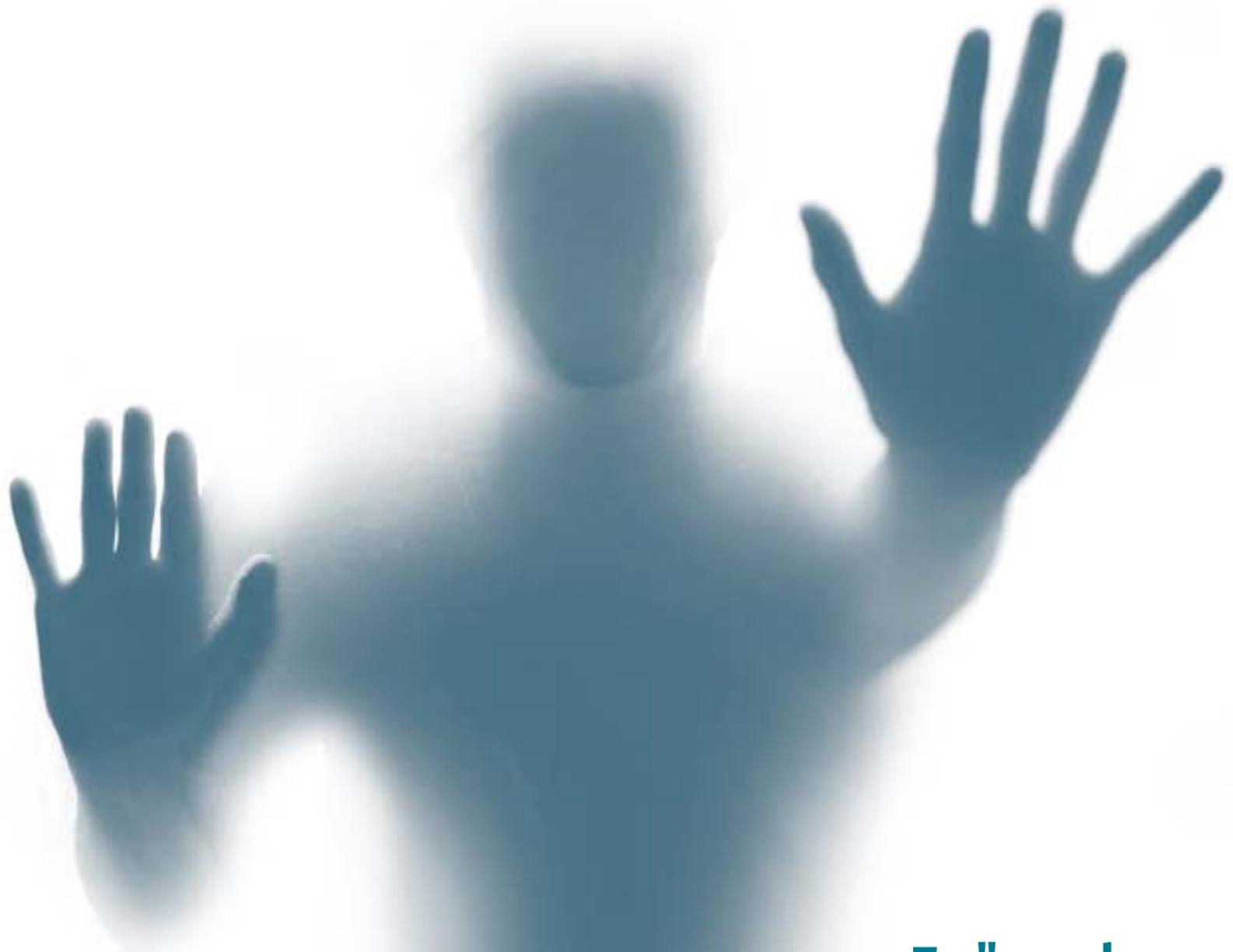


Periódico

PUBLICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

UNAL



Es "una locura" no priorizar la salud mental en Colombia

¿Cómo actúa el cerebro ante la enfermedad mental?, ¿por qué las políticas para atenderla han sido miopes?, ¿cuáles son los detonantes de los trastornos mentales en la población colombiana? Léalo en esta edición especial de *Periódico UNAL*.

FOTO: Nicol Torres - Unimedios.

Nº 230 / agosto 2023
ISSN 2981-3654
unperiodico_bog@unal.edu.co
Bogotá, Colombia

Periódico **UNAL**



Descarga la App
Compatible con iOS y Android



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

SILENCIOSA Y LETAL: ASÍ AVANZA LA ACTUAL “PANDEMIA”

Sus desencadenantes se relacionan con no tener un trabajo digno, limitado acceso a la salud o a la educación, relaciones sentimentales intranquilas, formar parte de una comunidad que discrimina, o sentir que no se cumple con las expectativas de vida. La mayoría de los factores son externos, por eso identificar emociones y comportamientos, y manejar situaciones estresantes es crucial para determinar el estado de la salud mental de una persona y buscar ayuda si es necesario.

Equipo periodístico Unimedios

SI USTED INTERACTÚA con las redes sociales, visita portales de noticias, o simplemente prende la radio o la televisión por pasar el tiempo, seguramente ha escuchado hablar sobre temas de salud mental, aquellos que pueden afectar a toda la población y que en ocasiones pasan desapercibidos; un ejemplo de dichas noticias es la siguiente:

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas (MNS) y el suicidio representan más de un tercio del total de años vividos con discapacidad y una quinta parte del total de años de vida ajustados por discapacidad. La depresión es la segunda causa más importante de años vividos con discapacidad en las mujeres y la tercera más importante en los hombres.

La Región de las Américas presenta la prevalencia más alta de problemas de ansiedad y la segunda tasa más alta de trastornos depresivos de todas las regiones (África, Américas, Asia Sudoriental, Europa, Mediterráneo Oriental, Pacífico Occidental) de la Organización Mundial de la Salud (OMS); el aumento del suicidio en la Región no frena, mueren casi 100.000 personas al año por esta causa, lo cual afecta no solo a las personas y las familias, sino a las comunidades enteras.

Es alarmante que las tasas de suicidio hayan seguido empeorando en la región. Entre el 2000 y el 2019, la tasa regional de suicidios ajustada por edad aumentó en un 17 %.

Aunque estos acontecimientos se incrementaron durante la pandemia y la pospandemia y se habló mucho de ellos, ¿realmente las personas tienen claro qué es la salud mental; cómo se afecta y qué tan vulnerable es el ser humano en cualquier etapa de la vida? O por el contrario, ¿prevalece el imaginario de que salud mental es sinónimo de enfermedad mental?

¿SALUD O ENFERMEDAD MENTAL? UN ABC DE ESTOS CONCEPTOS

Tener claros estos conceptos es crucial para manejar una situación de alarma mundial, y para la cual Colombia arroja estos datos: “la depresión es la segunda causa de carga de enfermedad en el país. El 44,7 % de los niños tienen indicios de algún problema mental y el 2,3 % tiene trastorno por déficit de atención e hiperactividad”, según reportes del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (Sispro).

En la OMS se ha llegado al siguiente consenso: la salud mental es más que la mera ausencia de problemas de salud mental. Es un estado de bienestar mental que les permite a las personas hacerles frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad.

Este es un constructo que plantea las condiciones óptimas para que las personas puedan tener un desarrollo humano y una vida a plenitud dentro de un contexto más integral; en este inciden las condiciones tanto de vida como laborales, además de la estabilidad afectivo-emocional y un ambiente tranquilo. “Sería ideal que las personas vivieran eso, pero la realidad es que muchos ni siquiera pueden avanzar en su proyecto de vida ni afrontar situaciones complejas y cotidianas”, señala el médico Miguel Cote, psiquiatra de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL).

Las situaciones planteadas por el doctor Cote pueden incluir una ruptura sentimental, la pérdida de un familiar, una crisis financiera, el diagnóstico de una enfermedad, vivir en un país en guerra, o las expectativas frente a la vida; también los momentos de intensa felicidad que suponen retos pero que en realidad muchos no saben cómo manejar, lo que impacta al individuo emocional, relacional y laboralmente, afectando en últimas a toda una sociedad.

El profesor José Manuel Calvo, de la Facultad de Medicina de la UNAL, asegura que “en la cotidianidad siempre estamos enfrentando situaciones tensionantes, pero la respuesta que les demos a cada una de ellas está determinada por factores que van desde la genética hasta los recursos económicos y emocionales de cada uno”.

Entre los recursos emocionales están la resiliencia, el manejo de situaciones estresantes relacionadas con la formación temprana en el hogar, la comunidad en la que se desenvuelve una persona y la red de apoyo. De esas capacidades o “caja de herramientas” depende que cada uno pueda asimilar una situación de la mejor manera. La complejidad se da cuando no hay herramientas y las personas han pasado por situaciones de violencia, abuso o precariedad.

La realidad es que existen factores favorables y no favorables que parten del núcleo familiar. “La salud mental se determina en los primeros años de vida, y en ella impactan factores como si fueron bebés deseados, si se suplieron sus necesidades, si fueron escuchados y si tuvieron un desarrollo óptimo; si este escenario se da es más probable que en un futuro los niños puedan enfrentar mejor las situaciones, pero si no fue así, serán personas que no pueden asimilar situaciones estresantes y salirse de control, o de ese campo de las reacciones normales”, señala el doctor Calvo.

Además hace referencia a reacciones de ajuste, que se pueden presentar en momentos de duelo, e incluso en situaciones potencialmente positivas como el ascenso en un trabajo, en las cuales se puede presentar ansiedad, tristeza, depresión, rabia, alegría o expectación que pueden cruzar su línea de normalidad cuando la reacción es exagerada.

Por ejemplo: frente a la muerte de un familiar, en los primeros días está el shock emocional, la negación, la rabia y la tristeza, pero con el tiempo eso debe disminuir. La aceptación se suele dar en forma ideal en la última fase del proceso, pero si lo que sucede es que aumenta, ya pasa a ser algo desadaptativo.

“Hago referencia a la reacción que una persona presenta frente a una situación de la vida y que no es adecuada porque es exagerada y empieza a interferir con el funcionamiento de su vida laboral, estudiantil o afectiva, y es ahí cuando entramos en el campo de la enfermedad mental y consideramos que esta persona está teniendo una reacción de duelo anormal”, explica el doctor Calvo.

Agrega que aunque estas son situaciones extremas, también existen las “crisis normativas”, que se pueden dar en diferentes etapas de la vida frente a determinadas decisiones, como por ejemplo a qué colegio ir, qué carrera estudiar, luego dónde se trabajar, formar una familia o si se pretende tener hijos. Son ciclos de la vida que generan tensión y que son como “un juego en el que se va pasando desde el nivel básico hasta llegar al avanzado; en cada transición pueden llegar tensiones que, si no se saben manejar, pueden dar paso a una enfermedad mental”, asegura el doctor Cote.

PALABRAS CLAVE: ansiedad, depresión, suicidio, manejo emocional.

PUNTOS CLAVE SOBRE LA SALUD MENTAL

FACTORES DE RIESGO

Biológicos: genéticos, alteraciones estructurales o funcionales del cerebro, género.
Psicosociales: antecedentes de abuso físico, psicológico o sexual durante la infancia; pobre red de apoyo social; determinadas características de personalidad; estado civil; limitado acceso a los recursos sanitarios; y precariedad económica o desempleo.
Culturales: pertenecer a alguna comunidad que sea objeto de segregación o discriminación.
Ambientales: contaminación y deforestación.



ENFERMEDADES MENTALES MÁS FRECUENTES EN COLOMBIA

TRASTORNO DEPRESIVO

Se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo triste o por la reducción o pérdida de la capacidad para experimentar placer la mayor parte del día, en forma continua durante al menos 15 días. Suele acompañarse de reducción en el apetito, pérdida de peso, insomnio, fatiga, sentimientos de desesperanza o culpa e ideas de muerte o suicidio. Entre los factores de riesgo están: haber tenido una infancia adversa, familiares de primer grado con la enfermedad, la presencia de eventos estresantes y un carácter con predominio de neuroticismo.

ESQUIZOFRENIA

Este trastorno se caracteriza porque las personas que la padecen suelen presentar ideas delirantes (convicciones falsas e irreductibles a través del razonamiento), alucinaciones (percepciones que se generan sin un estímulo desencadenante), y comportamiento o lenguaje desorganizado. Estas alteraciones impiden que la persona pueda hacer un juicio de la realidad objetivo y adecuado, y suelen ocasionar un deterioro importante en las diversas áreas de funcionamiento laboral, interpersonal, afectivo y social. En su génesis y desarrollo han sido implicados factores genéticos, ambientales y neurobiológicos, entre otros.

ANSIEDAD

La ansiedad y el miedo son respuestas normales y adaptativas que se producen ante la presencia de una amenaza potencial en el medioambiente. En los trastornos por ansiedad esta respuesta se puede presentar en forma aguda y muy intensa sin la presencia de un evento desencadenante, como en el trastorno de pánico, y puede ser exagerada frente a un estímulo específico, como en las fobias.

“Los gobiernos deben aumentar los presupuestos para atender la salud mental”

Así lo señala Epsy Campbell Barr, presidenta de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quien en entrevista con *Periódico UNAL* habla sobre el aumento de las enfermedades mentales en niños, jóvenes y adultos de las Américas, y su relación con afecciones físicas como la hipertensión y las patologías cardíacas. La activista costarricense enfatiza en que los Gobiernos tienen que invertir más recursos para el bienestar psicológico de su población, ya que no atenderlo afecta el desarrollo de las naciones.

MARÍA ALEJANDRA MORENO TINJACÁ, Editora Periódico UNAL Digital



EPSY CAMPBELL BARR. FOTO: Mandel Ngan / AFP.

LA COMISIÓN DE ALTO NIVEL sobre Salud Mental y COVID-19 de la OPS es el resultado de un arduo análisis para entender cómo está la salud mental de las Américas, y surge a causa de los impactos que ocasionó la pandemia, tiempo durante el cual los altos niveles de estrés, la incertidumbre, el aislamiento, la muerte de familiares y la pérdida de los empleos afectó la capacidad de las personas para manejar las situaciones y desestabilizó sus emociones.

En su momento, el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom, habló de enfrentar una segunda pandemia: la de la salud mental. De ahí la urgencia de abordar el tema no solo desde la salud sino con una mirada interdisciplinaria que involucre empresas, Gobiernos, ONG y sociedad civil, en un escenario en el que los trastornos de salud mental aumentaron.

Se estima que en 2020 los “depresivos mayores”, es decir quienes sufren de la forma más grave de depresión relacionada con los estados de ánimo aumentaron en un 35 %, y los casos de ansiedad en un 32 % en América Latina y el Caribe. Lo que no aumentó fue el presupuesto: en ese año el gasto gubernamental promedio en salud mental en

la región fue solo el 3 % del gasto total en salud, y de este casi la mitad se asigna a los hospitales psiquiátricos.

Por eso en 2022 comenzó el análisis. Tras un año de trabajo, en junio de 2023 se entregó el Informe de la Comisión de Alto Nivel con los hallazgos y la hoja de ruta para cuidar la salud mental no solo de la población de las Américas sino de todo el mundo. La presidenta Campbell explica los principales temas.

Periódico UNAL (PU): ¿cómo está la salud mental en las Américas?

Epsy Campbell Barr (ECB): antes una aclaración: aunque se habla de las Américas, en la Comisión de Salud Mental incluimos a Canadá y los Estados Unidos. Encontramos que, pese a lo que se creía, enfermedades físicas como la hipertensión, los problemas cardíacos o los altos niveles de estrés están relacionados con la salud mental y generan una alta demanda de servicios de salud para que los pacientes puedan regresar a sus actividades cotidianas.

Vemos altos niveles de un miedo que paraliza a las personas, y esto tenemos que decirlo: no afecta a todos por igual. Identificamos que las mujeres manejan mayores niveles de estrés por patrones de comportamiento patriarcal y por las masculinidades tóxicas que ejercen una

mayor presión. A causa de la discriminación, las comunidades afrodescendientes e indígenas presentan mayor impacto en su bienestar, son más vulnerables. En la región hay alrededor de 200 millones de personas afrodescendientes y 62 millones de personas indígenas, y claro, los jóvenes son los que nos preocupan.

PU: ¿por qué?

ECB: por el aumento del suicidio en jóvenes; nos dimos cuenta de que es una población vulnerable y que los entornos que habitan aumentan el riesgo no solo de quitarse la vida sino de sufrir de depresión o ansiedad. En la región mueren casi 100.000 personas al año por suicidio, lo cual afecta no solo a las personas y las familias sino a las comunidades enteras. Entre 2000 y 2019 la tasa regional de suicidios aumentó en un 17 %.

Vimos que no hay una herramienta para identificar los riesgos y que los jóvenes enfrentan demandas que van desde su misma relación con las redes sociales hasta el *bullying* y la presión del deber ser. A esto se suma la falta de acceso a educación, trabajo y deporte. Además tienen necesidad de ser escuchados, de ser comprendidos; hoy se esperan cosas absolutamente diferentes de las poblaciones más jóvenes y ellos

no tienen los recursos y no hay inversión, por eso buscan el suicidio como salida.

PU: en el Informe ustedes hablan de la relación salud mental, productividad y avance de los países, ¿a qué se refieren?

ECB: se reportó un aumento en las incapacidades por temas de salud mental y esto disminuye claramente la productividad tanto de las empresas como de los países. La información que tenemos desde las propias empresas y desde el sector salud evidencian que las incapacidades están disparadas y disminuyen la productividad, en algunos casos del 10 al 15%; estamos hablando de un impacto serio y los temas de salud mental no se pueden minimizar. Este panorama fue crucial en la Comisión, ya que nos permitió ver otros factores que inciden en el bienestar de las personas y proponer una nueva agenda de salud mental.

PU: ¿qué factores?

ECB: en los temas ambientales, la pandemia cambió los entornos y la relación con estos, pero también el manejo de los recursos naturales y de las propias emergencias que hacen que las personas tengan que estar en albergues; que cosas que no tienen nada que ver, como los huracanes o el aumento de la deforestación, impactan en los entornos de las personas y a su vez generan nuevas realidades de la salud en general, y también de la mental. Es prioritario eliminar los obstáculos y las fallas sistémicas.

PU: ¿cuáles fallas?

ECB: entre ellas la falta de inversión y oferta de servicios para enfermedades no crónicas. Lo que pasa es que nos hemos enfocado en que la salud mental es un tema de aquellos que requieren hospitalización o que tienen problemas crónicos y permanentes. Y la falta de perspectiva de políticas de salud mental, de inversión, estamos proponiendo un aumento de al menos dos puntos porcentuales, porque esto impactará no solo la salud física sino también la productividad de los países. Ya nos dimos cuenta de que si no tenemos un trabajo sistemático preventivo se llega a temas extremos.

PU: ustedes hacen unas recomendaciones para el cuidado de la salud mental, ¿en qué consisten?

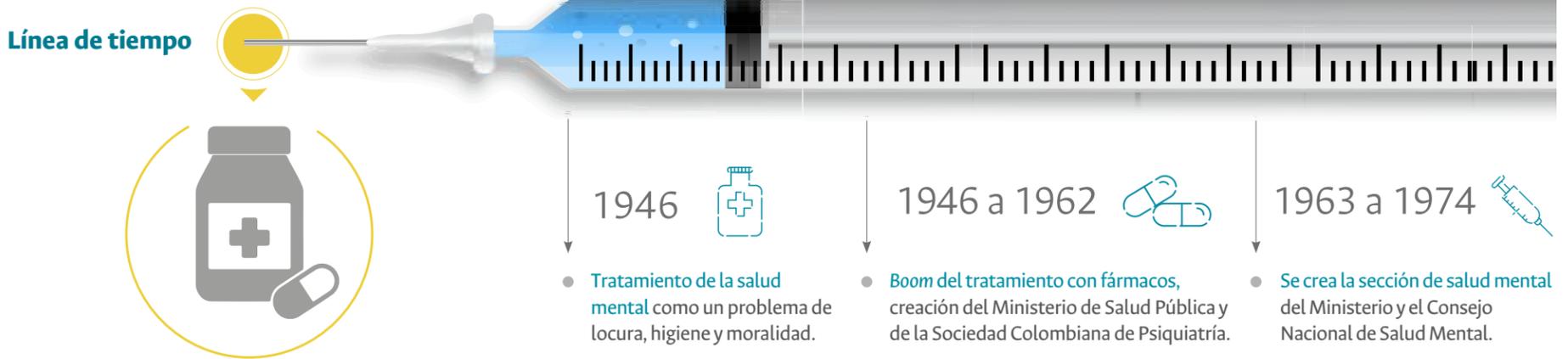
ECB: una nueva agenda para la salud mental en las Américas es un llamado a la acción, dirigida principalmente a las autoridades gubernamentales de alto nivel y a los responsables de las políticas de la región de las Américas. Las recomendaciones y los puntos de acción se basan en cinco principios transversales: cobertura universal de salud; derechos humanos; igualdad y no discriminación; empoderamiento de las personas con problemas de salud mental y sus familias; y enfoque del curso de vida.

LAS RECOMENDACIONES

1. Acceso a la salud mental, como derecho universal de la salud.
2. Integrarla en todas las políticas que inciden en empleo, educación y recreación.
3. Acceso al deporte.
4. Aumentar y mejorar la cantidad y calidad del financiamiento.
5. Promover la salud mental a lo largo de la vida, pues producto de la pandemia se ha presentado una discriminación exagerada en personas de la tercera edad.
6. Plantear un enfoque transformador frente a las cuestiones de género.

Por último, hay un tema que incorporamos como prioritario: tener más datos e investigaciones sobre salud mental, hace falta y eso es crucial para tomar medidas más acertadas. En 2020, la cuarta parte de los países informaron que en los dos años anteriores no se habían recopilado datos sobre la salud mental.

PALABRAS CLAVE: Epsy Campbell Barr, bienestar mental, suicidio.



DE LA PSIQUIATRÍA A LA MEDICACIÓN:

la mirada miope de las políticas de salud mental que han transitado en Colombia

Según la Asociación Colombiana de Psiquiatría, hoy cerca de 1.283 psiquiatras atienden a más de 1.530.000 personas que sufren de trastornos como depresión, ansiedad, bipolaridad, déficit de atención o intentos de suicidio, y que se tratan con un coctel de medicamentos como el escitalopram, la fluoxetina o la olanzapina –costosos y difíciles de conseguir–, dejando de lado la incidencia de los problemas cotidianos que viven las personas y los factores como la pobreza, la desigualdad, el desempleo y hasta la inseguridad, que sin lugar a dudas también están afectando la salud mental.

JUAN ESTEBAN CORREA RODRÍGUEZ, periodista Unimedios - Sede Bogotá

A SÍ, SURGEN MUCHAS DUDAS: ¿esta receta general de medicamentos es la necesaria para atender el problema?, ¿se pueden meter todas las enfermedades mentales en el mismo saco?, o ¿por qué pese a tener políticas de salud mental desde 1998, en la práctica han sido un fracaso?

Este año el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) emitió una alerta por el posible desabastecimiento de más de 720 medicamentos, la mayoría de los cuales se usan en tratamientos de trastornos mentales. Esta situación resulta preocupante, ya que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), solo en el primer año de la pandemia la depresión y la ansiedad en el mundo aumentaron en un 25%. Por otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) asegura que entre 2016 y 2021 las consultas por salud mental aumentaron hasta en un 34,6%.

Recientemente se radicó el proyecto de ley “Salud mental para todos”, que busca priorizar su atención y prevención en el país, y que fue producto de una alianza entre más de 60 organizaciones de salud, congresistas y ciudadanos. Cifras del proyecto indican que en 2022 se registraron 2.835 suicidios, de los cuales 881 fueron jóvenes entre 18 y 28 años, y que los casos de ansiedad y depresión siguen aumentando en este grupo etario.

Este proyecto aparece cuando la reforma a la salud planteada por el Gobierno sigue en discusión, y en ella se incluye la atención en salud mental como una necesidad urgente, ya que en los últimos 12 años los trastornos mentales y de comportamiento ligados al coeficiente intelectual casi se han cuadruplicado, al pasar de 405.124 casos diagnosticados en 2009, a 1.543.543 en 2021, afectando a cerca del 3% de la población colombiana.

Pero los intentos por transformar la falta de atención en salud mental y disminuir los casos no son nuevos. Así lo asegura el médico psiquiatra Edwin Herazo, doctor en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL), quien realizó un exhaustivo análisis de informes, recopilaciones de expertos y normativas relacionadas con la salud mental en Colombia y el mundo, además de 25 entrevistas con personas de

instituciones, pacientes, familiares, organizaciones y sindicatos para identificar los vacíos en las políticas públicas de salud mental desde 1998 hasta 2018.

RETROSPECTIVA SOBRE LOS “LOCOS”

Antes de 1946, si usted tenía un problema de salud mental era visto como el “loquito”, alcohólico, drogadicto y hasta delincuente, o en dado caso una prostituta, y su diagnóstico era un tema de “higiene” –incluso existía un ministerio con este nombre–, como si se hablara de algo que hay que limpiar, una mancha, una degeneración moral; y centros como el manicomio de Sibate (Cundinamarca), el Hospital Neuropsiquiátrico Julio Manrique, de la Beneficencia de Cundinamarca, lo confirman: allí fueron tratados en su momento más de 2.000 pacientes, y fue un centro importante para la formación de médicos de la UNAL.

A la par del boom que ya existía en el mundo, desde 1953 en Colombia la medicación fue la norma para tratarlos. Según el estudio del profesor Herazo, “el enfoque de: ‘si tiene depresión o ansiedad tómesese estas pastillas’ sigue imperando con algunos psiquiatras como la voz principal, desconociendo, desde aquella época, a expertos de otras disciplinas que incluyen los aspectos sociales, culturales y económicos como determinantes clave de la salud mental”.

Jorge Noriega, ingeniero de 72 años e integrante de la Asociación Colombiana de Bipolares (ACB), diagnosticado con un trastorno bipolar grave, cuenta que “tanto los médicos como las clínicas me realizaron tratamientos completamente farmacológicos y desatinados, y no me informaron sobre el diagnóstico en los primeros años”.

Añade que su caso fue tratado como “trastorno bipolar no identificado”, por lo que tuvo medicamentos para la ansiedad o la depresión, mas no los que necesitaba para su trastorno particular, que, entre otras cosas, fue diagnosticado 8 años después (estadística en tiempo promedio para determinar estos casos), esto teniendo en cuenta que consultó a más de 4 profesionales en este campo. Un asunto bastante perjudicial si se tiene en cuenta que los trastornos

se agravan con el tiempo, y que la salud del paciente desmejora por no saber lo que le está ocurriendo.

Hoy sabemos que hay situaciones que afectan la salud mental y que se viven todos los días: perder más de 132 horas en trancones en Bogotá en un solo año; ser el segundo país más desigual de Latinoamérica, en donde, según el DANE, en 2021 había más de 19 millones de personas en condición de pobreza económica; la percepción de inseguridad también aumentó, pues solo en 2022 el 52,9% de los ciudadanos encuestados en todo el territorio nacional expresó sentirse inseguro; y ni hablar de una de las más crudas realidades que se han vivido en los últimos 60 años: la violencia y el conflicto armado con grupos al margen de la ley.

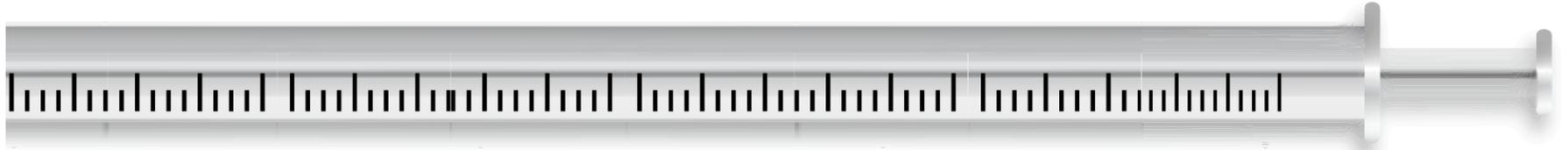
Según la Comisión de la Verdad, entre 1985 y 2018 murieron cerca de 800.000 personas por causa del conflicto armado, y en el mismo escenario 210.000 desaparecieron y 752.964 fueron desplazadas de sus territorios.

Aunque esta guerra empezó en 1960, solo hasta 1998 fue un factor determinante en el entendimiento de la salud mental, con la primera Política Nacional de Salud Mental (PNSM, 2018), fruto de la conmoción que causó el desplazamiento de 4.000 personas –incluidos 1.800 niños menores de 14 años– desde Riosucio (Chocó) hasta Pavarandó Grande (Antioquia), víctimas del fuego cruzado entre actores del conflicto.

Para abordar los problemas de salud mental de estas poblaciones horrorizadas por la guerra seguía imperando el diagnóstico de las enfermedades mentales tradicionales, como si los trastornos y el estrés posttraumático que presentaban pudieran meterse en el mismo saco.

La Defensoría del Pueblo señala que en lo que va de 2023 se han presentado 59 desplazamientos forzados, mientras en 2017 Minsalud registró 3.334 suicidios de personas del campo, 580 en comunidades indígenas y 938 en población afrocolombiana. La guerra sigue latente, y la atención en salud mental en los territorios, débil.

Otro punto clave en la historia de la salud mental en el país –que aún repercute– es la lógica farmacéutica y financiera que inició en 1946 con la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales; aquí



- 1975 a 1997

1998

2013 y 2014

2018
- Creación del Sistema Único de Salud; se realizan macrodiagnósticos en salud mental, entra en vigor la Constitución Política de 1991.

● Primera Política Nacional de Salud Mental, que nace a partir de la crudeza del conflicto armado en el país.

● Ley Nacional de Salud Mental y propuesta de la UNAL para reformar la política de 1998.

● Creación de la nueva y actual Política Nacional de Salud Mental.



En la propuesta de la reforma a la salud se mostraba cómo, en los últimos 12 años, los trastornos mentales y de comportamiento ligados al coeficiente intelectual se han casi cuadruplicado, al pasar de 405.124 casos diagnosticados en 2009, a 1.543.543 en 2021, afectando a cerca del 3 % de la población colombiana.

los trabajadores accedían a un seguro de salud obligatorio cuyo plan de salud mental era muy pobre, pues quienes necesitaban ayuda “eran los locos”.

Esta medida recuerda la Ley 100 de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), con la obligación de asegurar el cumplimiento de un Plan Obligatorio en Salud (POS). Según Minsalud, hoy el 99,6 % de las personas están afiliadas; pese a esta cobertura las brechas no disminuyen, la calidad no mejora y hay desfinanciamiento crónico de las EPS.

La Superintendencia de Sociedades informó que las EPS adeudan, en billones de pesos: Nueva EPS, una de las más grandes del país, 5,4; Salud Total 2,8, Sanitas 2,3 y Sura 1,8. Así, los medicamentos para tratar la salud mental terminan siendo costosos. En 2008 la OMS dijo que hasta un 90 % de la población con trastornos mentales en países de ingreso medio y bajo compra los medicamentos de su propio bolsillo.

Lejos de ver la salud como un derecho estipulado en la Constitución Política de 1991, garantizada por el Estado, de calidad y gratis, se perpetúa una lógica financiera y económica en la cual el que tiene más dinero recibe mejor atención.

Entre tanto, la industria farmacéutica se beneficia del modelo de medicación: solo en 2018 esta industria obtuvo alrededor de 14 billones de pesos colombianos en el país, y podría llegar a los 63,4 billones en 2032, como lo señala Colombia Productiva, entidad del Ministerio de Comercio.

INICIATIVAS QUE DEBERÍAN “DESEMPOLVARSE”

En 2013 apareció la Ley de la Esperanza, diseñada entre otros por la UNAL, la cual propuso dejar de ver la salud mental como un tema estrictamente de la psiquiatría y la medicación, ampliando el rango a determinantes sociales en salud como el ingreso económico, la educación, el trabajo, y la comunidad étnica o indígena, entre otros. La iniciativa se engavetó y olvidó sin explicación alguna, igual que la de 2017.

Cinco años después (2018) –y a dos de la firma del Acuerdo Final de Paz con las FARC-EP– llegó la nueva Política Nacional de Salud Mental, que incluyó 21 nuevos medicamentos para atender a personas con pánico, fobias, ansiedad o depresión, que beneficiaría a cerca de 400.000 pacientes. También se incluyó la epilepsia y el fortalecimiento de entornos familiares, comunitarios y territoriales. La prevención fue un aspecto preponderante.

Como pilar de la política se hizo la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM)

de 2015, la cual reveló que, de las personas que solicitaron atención en salud mental (65,9 % de 18 a 44 años, y 65 % adultos mayores de 45 años), solo el 38,5 y el 34,3 % recibieron algún tipo de atención. Según Medicina Legal, entre enero de 2021 y julio de 2022 se suicidaron 4.159 personas, de las cuales 1.714 eran menores de 29 años, y según Minsalud, después de las enfermedades cardiovasculares, la depresión sigue siendo la segunda causa de problemas de salud en Colombia.

Teniendo como referente la propuesta de la UNAL en 2014, soportada en la inclusión de más sectores sociales y factores determinantes, el profesor Herazo advierte que su alcance sigue siendo corto y que sigue imperando el modelo de diagnóstico y medicación. Asegura además que lo planteado esta vez recuerda lo identificado en los diagnósticos nacionales de salud mental de 1973, en los que se señalaba que para cambiar el modelo se necesitaba cambiar temas como la financiación, la voluntad política, el enfoque y los demás factores relacionados con la salud mental.

La ENSM de 2015 encontró que, en cuanto a acceso a servicios de salud mental, menos de la mitad de los niños de 7 a 11 años, y de adolescentes entre 12 y 17 años, que requerían acudir a los servicios de salud mental, lo hacían. Y mientras en el primer grupo el 13,7 % había estado en contacto directo con la violencia por el conflicto armado, en el segundo el porcentaje era de 18,3 %. Además, otra cifra que resulta importante es la del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.

Cifras de 2022 de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) muestran que en Bogotá el abuso y la dependencia se acentúan en jóvenes de 12 a 17 años de sectores pobres de la población; que el alcohol tiene 531.000 dependientes entre los 12 y 24 años, y que el 6,16 % de ese mismo rango etario declaró consumo reciente, o en el último año, de drogas como marihuana, cocaína, bazuco y éxtasis, entre otras.

Actualmente Minsalud prepara una actualización de la Política Nacional de Salud Mental, y se enriquece con iniciativas promovidas desde el ámbito universitario, como por ejemplo un bus de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá que atiende casi 1.000 casos con énfasis en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en localidades como Bosa, Fontibón, Kennedy y Puente Aranda.

PALABRAS CLAVE: política de salud mental, enfermedades mentales.

La Superintendencia de Sociedades informó que las EPS adeudan, en billones de pesos: Nueva EPS, una de las más grandes del país, 5,4; Salud Total 2,8; Sanitas 2,3 y Sura 1,8.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), solo en el primer año de la pandemia, la depresión y la ansiedad en el mundo aumentaron un 25 %. Por otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) asegura que entre 2016 y 2021 las consultas por salud mental aumentaron hasta en un 34,6 %.

Según la Asociación Colombiana de Psiquiatría, hoy cerca de 1.283 psiquiatras atienden a más de 1.530.000 personas que sufren de trastornos como depresión, ansiedad, bipolaridad, déficit de atención, o intentos de suicidio.

FOTO: Nicol Torres - Unimedios.

Se calcula que la discapacidad por trastornos mentales genera una carga de morbilidad entre el 25,3 y el 33,5 %.



El informe “Perspectivas del sector de cuidado de la salud 2022” revela que los niveles de financiación para atender los problemas de salud mental aún no son prioritarios en la agenda mundial: entre 2000 y 2014, el gasto en este rubro representó solo el 0,4% del total destinado al sistema de salud.



Un estudio sobre el impacto mundial de los trastornos mentales advierte que las pérdidas económicas, por esta razón, ascenderán a 16 billones de dólares en los próximos 20 años.



Con frecuencia, las afecciones mentales llevan a los individuos y a las familias a la pobreza y obstaculizan el desarrollo nacional.



La OMS destaca en sus informes pospandemia que para 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad en el mundo.



Según la Defensoría del Pueblo, cada año se presentan en promedio 200.000 tutelas por acceso a citas especializadas.

“Pacientes costosos e incómodos”

Equipo periodístico Unimedios.

Así define la médica y epidemióloga Yolanda Torres de Galvis a las cerca de 1.695.000 personas con trastornos mentales que esperan un tratamiento de su EPS. “La capacidad para atender la salud mental en el país es precaria y discriminatoria, pues estos enfermos resultan incómodos porque representan mucho dinero para el Gobierno”.

LA DOCTORA TORRES de Galvis, cofundadora y directora del Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental de la Universidad CES (Medellín), destaca que uno de los problemas principales para tratar a las personas con trastornos mentales es que resulta costoso, y además no existe una ruta clara para abordarlos al inicio, ni cuando ya han desarrollado una enfermedad crónica.

Años atrás la experta en salud mental llamó la atención al respecto en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) al señalar que “Colombia es un país con recursos financieros limitados, en el cual casi un 20 % de la carga de enfermedad se atribuye a los trastornos mentales, que a su vez producen considerables repercusiones económicas y sociales”.

¿Pero cuáles son los costos reales de tener un trastorno mental? En un estudio realizado con la Universidad del Rosario, la profesora Torres de Galvis señala que “las enfermedades mentales no son solo un problema creciente de salud pública, sino también un problema social y económico que afecta a individuos y familias en todo el mundo”.

El estudio toma como base el costo de llevar un tratamiento para la depresión en Estados Unidos, y además calcula los gastos y los resultados sanitarios en 36 países de ingresos bajos, medios y altos durante 15 años (2016-2030). Los resultados son los siguientes:

El costo estimado del asesoramiento psicosocial y los medicamentos antidepresivos para 15 años, se elevan a 147 mil millones de dólares, que varían si se suma lo que representaría

una mejora en la calidad de vida de las personas y si los tratamientos se amplían. La inversión total sería de 230 mil millones de dólares para tratamiento de depresión ampliado y 169 mil millones de dólares para trastornos de ansiedad.

En pesos colombianos, el tratamiento de depresión con seguimiento representa casi 1 billón, y el trastorno de ansiedad unos 800.000 millones en dicho periodo. Una cifra que se quedaría corta para un país como Colombia, teniendo en cuenta que entre 2016 y 2019, la ejecución de los recursos financieros para la salud mental en Colombia no fue óptima. De acuerdo con el investigador Edwin André Eraso, magíster en Economía de la Salud de la Universidad Antonio Nariño, “del total de recursos económicos asignados en los 4 años por cerca de 288 mil millones de pesos, se ejecutaron alrededor de 199 mil millones, cifra que solo corresponde al 69 %”, presupuesto que alcanzaría para cubrir el tratamiento de las cerca de 1.695.000 personas que están esperando ser atendidas.

EL COSTO DEPENDE DEL ACCESO A LA SALUD

Pese a que en Colombia no se tiene una cifra establecida sobre los costos de un paciente diagnosticado con una enfermedad mental, la epidemióloga sugiere que esto también sucede con cualquier tipo de enfermedad, pues el costo depende de dónde lo atienden, quién lo atiende y de la severidad del problema. Sin embargo, la diferencia con la salud mental es que la situación es delicada porque es

crónica: “no es que vaya una vez y ya se solucione el problema, sino que debe seguir un tratamiento adecuado”.

Otro punto que destaca es la falta de claridad en las EPS o en los sistemas que atienden al paciente sobre cuál es la ruta que deberían seguir. Incluso al panorama colombiano se suma el incumplimiento de los tiempos de respuesta establecidos, y por eso muchos pacientes que buscan un diagnóstico tienen que presentar tutelas y derechos de petición para tener acceso a citas especializadas. Según la Defensoría del Pueblo, cada año se presentan en promedio 200.000 tutelas por acceso a citas con especialistas.

Por otra parte, investigadores de la Universidad de los Andes encontraron en el “Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia”, que la mayoría de las personas con trastornos mentales en el país no reciben atención en el sistema de salud colombiano, y que el menor acceso a la atención en salud de las personas con trastornos mentales es un fenómeno mundial.

Pero hay una cifra que llama la atención: el 61,1 % de la población con trastornos mentales no está recibiendo atención adecuada. De 1.695.726 personas con esta condición solo se atiende el 38,9 %.

El estudio se basó en la contrastación de datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM-2015) y el registro de pacientes atendidos con diagnóstico de trastorno mental o del comportamiento en el Sistema Integral de Información (SISPRO-2013), y concluyó que “algunos factores que dificultan el acceso a los servicios de salud mental son la falta de recursos, la estigmatización, la baja

cobertura, la baja calidad y la fragmentación del sistema”.

La doctora Torres de Galvis considera que “dichos factores se relacionan con la forma en que una persona accede al sistema de salud y con la ruta que se maneje: sabemos que lo primero que se necesita es pasar por el médico general, y en una primera cita no es fácil de determinar un diagnóstico por trastorno mental. Las citas demoran al menos unos 15 días, y para las siguientes se requieren autorizaciones y exámenes que también representan tiempo para las personas”.

Según el informe “Perspectivas del sector de cuidado de la salud 2022”, elaborado por Jorge Brito, socio líder de la industria Ciencias de la Vida y Cuidado de la Salud de Deloitte Spanish Latin America, se espera que para 2030 los costos de salud mental superen los 6 billones de dólares al año.

UNA VIDA LABORAL Y PERSONAL AFECTADA

Aunque la sensación de un futuro incierto aplica para todos los ámbitos de la vida, el laboral puede tener más impacto en la salud mental “a una persona la contratan por un tiempo pero sus gastos son continuos. Sin ingresos, aumenta la posibilidad de que su trastorno sea más difícil de tratar, sobre todo si ya no hay un contrato que le permita acceder a la salud”, explica la docente Torres de Galvis.

En ese sentido hay tres etapas: (i) si hubiera recibido una ayuda oportuna no se habría convertido en algo crónico, (ii) no es clara la ruta de atención para trastornos mentales, y (iii) las demoras en las citas médicas y que estas no siempre son con el mismo médico.

La investigación “Evolución del financiamiento de la salud mental en Colombia entre 2016 y 2019: una reflexión crítica sobre sus resultados”, realizada por Edwin André Eraso, magíster en Economía de la Salud de la Universidad Antonio Nariño, encontró que los gastos en servicios de salud y sociales por la pérdida de productividad, debido a las altas tasas de desempleo entre las personas con trastornos mentales y sus familias, son algunos de los costos más evidentes y mensurables. Menos evidentes resultan los costos financieros debidos a la reducción de la calidad de vida y la tensión emocional padecidos por los pacientes y sus familias.

Según el Departamento Nacional de Planeación (2020), “los problemas y trastornos mentales pueden ocasionar, entre otros, deserción educativa, baja productividad laboral, bajo rendimiento escolar, aumento tanto del consumo de sustancias psicoactivas como de la probabilidad de relación con el delito y desarrollo de enfermedades crónicas que aumentan los efectos nocivos de los problemas de salud mental entre la población”.

Cuando esa incertidumbre se convierte en una realidad, en la que no hay trabajo por un diagnóstico de trastorno mental que representa incapacidades, o cuando ya es una enfermedad y se presenta una discapacidad por esta razón, la afectación llega a la vida personal.

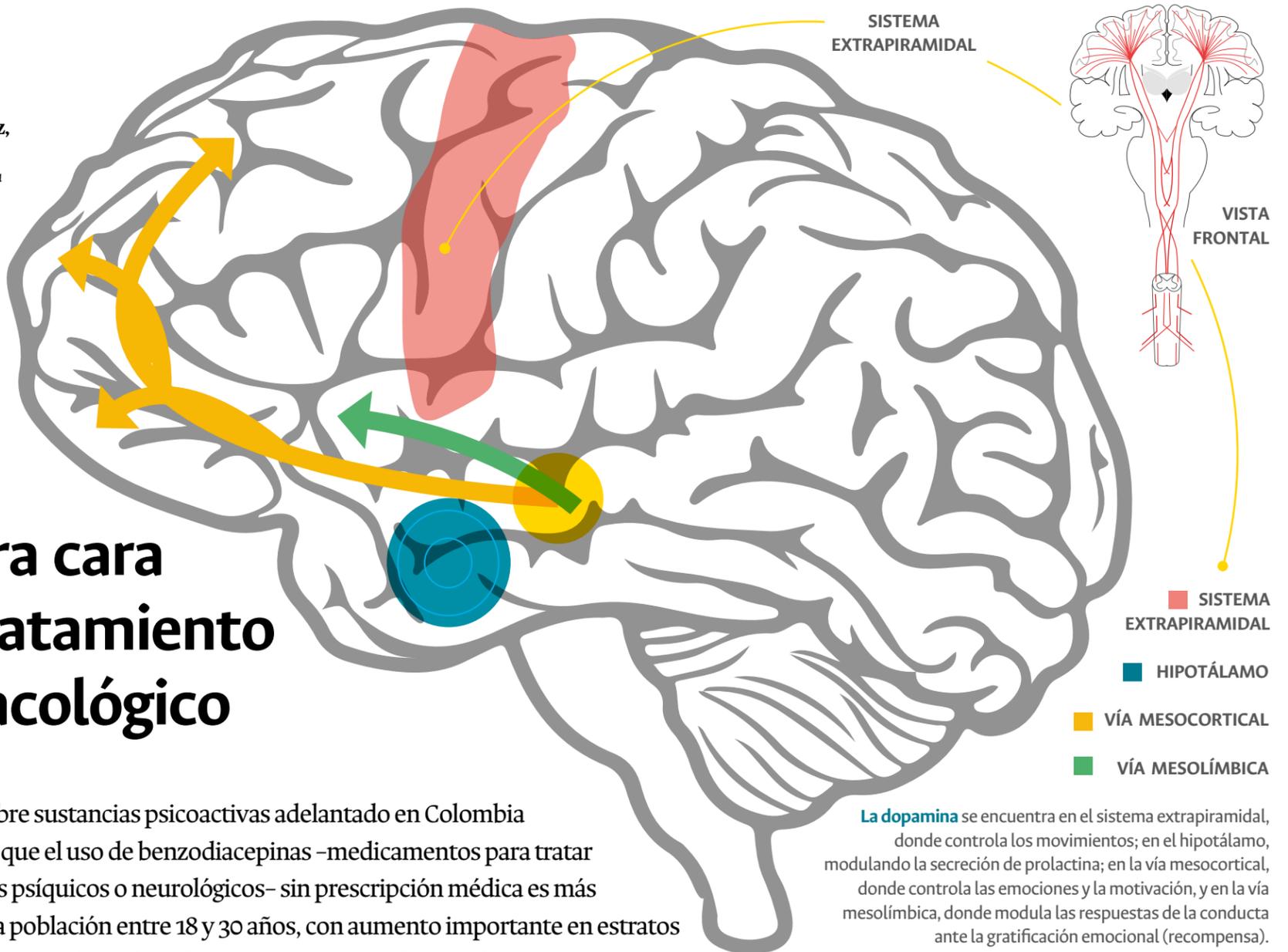
“Cuanto más temprano se presenta una discapacidad, más peso representa para los pacientes, las familias, y sobre todo para el sistema de salud. Si se recibe una atención oportuna es posible tratarla, pero cuando falta un diagnóstico la situación es severa porque la vida de la persona se detiene ahí”, señala la experta en salud mental.

PALABRAS CLAVE: enfermedades de alto costo, trastorno mental.

JOSÉ JULIÁN LÓPEZ,
Centro de Información
de Medicamentos de la
Universidad Nacional
de Colombia

La otra cara del tratamiento farmacológico

Un estudio sobre sustancias psicoactivas adelantado en Colombia en 2013 indica que el uso de benzodiacepinas –medicamentos para tratar padecimientos psíquicos o neurológicos– sin prescripción médica es más frecuente en la población entre 18 y 30 años, con aumento importante en estratos socioeconómicos medio y alto; el mayor consumo se da entre las mujeres.



EN MARZO DE 2020, con la declaración de pandemia por COVID-19 se evidenció un aumento en la prevalencia e incidencia de la patología mental, duplicando el riesgo de presentar un primer episodio por trastorno psiquiátrico frente a otras enfermedades. Esta también trajo cambios en el estilo de vida, lo cual favoreció el aumento en el consumo de psicofármacos como antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos.

Entre 2003 y 2008 se reporta el mayor consumo de ansiolíticos e hipnóticos, y un aumento de su prescripción médica en el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con un crecimiento del 135 %.

Por otra parte, un estudio reciente –aún no publicado– identificó que entre 2017 y 2021 los medicamentos con mayores ventas fueron quetiapina, levomepromazina y clozapina.

¿Qué pasa con los tratamientos farmacológicos cuando hay un trastorno de salud mental? Para entender este tema es necesario precisar cómo trabajan las neuronas. Estas unidades funcionales del sistema nervioso son las células encargadas de transmitir impulsos nerviosos, motores o sensitivos a todas las partes del cuerpo, además de crear puentes de comunicación dentro del mismo cerebro.

La transmisión se realiza de dos maneras: a través de corrientes eléctricas, que

se pueden evidenciar en el electroencefalograma, y mediante neurotransmisores (NT), sustancias químicas que incluyen la serotonina, la dopamina y la acetilcolina. La teoría más aceptada hoy sobre la causa de las enfermedades mentales se relaciona con la alteración de los NT.

Los psicofármacos –o fármacos utilizados para tratar enfermedades mentales– tienen un efecto terapéutico en el cerebro, y por ende en el comportamiento de los individuos; se emplean como parte del tratamiento en diferentes trastornos psiquiátricos, ya que favorecen tanto los cambios de conducta como la neurotransmisión sobre el sistema nervioso central (SNC).

Estos se empezaron a utilizar en la década de 1950, y gracias al desarrollo científico se ha logrado diversificar una variedad de psicofármacos –como antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo y ansiolíticos– para patologías cada vez más prevalentes.

¿QUÉ PASA CON LA FARMACOTERAPIA?

Aunque actualmente esta ciencia tiene como objetivo bloquear, imitar o modular algunos de los tantos NT existentes en el cerebro, además de producir un efecto benéfico en una patología pueden producir molestias en otras funciones cerebrales, dado que un mismo NT se

puede encontrar en diferentes vías del cerebro. Por ejemplo la risperidona, fármaco utilizado en el tratamiento de enfermedades mentales graves (esquizofrenia, episodios maníacos), por una parte puede mejorar la sintomatología, y por otra incrementar la producción de prolactina, cuyas consecuencias se mencionan abajo, en el recuadro “Reacciones adversas”.

La naturaleza de los psicofármacos es ajena a la biología humana, por eso todos tienen potencial para causar algún evento no esperado así se tomen en las dosis y condiciones recomendadas por el médico. También puede ocurrir que mientras el cuerpo se adapta a las primeras dosis se presenten molestias en el organismo, por lo que el médico deberá ajustarlas para disminuir sus efectos y hacer más tolerable el fármaco para el paciente.

Como no todas las reacciones adversas son graves, no es necesario suspender el tratamiento; es importante consultar con el farmacéutico para identificar con él las reacciones que pueden ser signos de alarma, los horarios y forma correcta de tomar los medicamentos (fraccionados, en ayunas, entre otros), e incluso qué otros medicamentos o productos naturales –prescritos o automedicados– se deben evitar. Esta información es útil para disminuir la probabilidad de que aparezcan ciertas molestias. Algunos síntomas inespecíficos como agitación, alucinaciones, convulsiones y

coma, también son reacciones adversas que se deben comunicar oportunamente al especialista tratante.

Recomendaciones para pacientes con prescripción de estos medicamentos:

- No se automedique para el insomnio o para la depresión reactiva (por ejemplo ante la pérdida de un ser querido), pues esto es una reacción normal.
- Nunca suspenda bruscamente el tratamiento con psicofármacos, ya que puede producir un efecto rebote. Siempre consulte con el médico tratante.
- Durante el tratamiento no consuma bebidas alcohólicas o sustancias de uso recreativo (cocaína, marihuana, entre otras), ya que pueden potenciar o reducir el efecto de algunos medicamentos. En ciertos casos la enfermedad mental puede estar relacionada con síndrome de abstinencia o consumo excesivo de sustancias de uso recreativo, por lo que se recomienda realizar tratamiento simultáneo o previo para desintoxicación.
- Después de un tiempo recostado levántese lentamente. Eleve las piernas y muévalas en círculo dos veces para evitar caídas.

PALABRAS CLAVE: fármacos, tratamiento psiquiátrico, dopamina, sistema nervioso central.

Reacciones adversas más frecuentes al tratamiento

SÍNDROME ANTICOLINÉRGICO:

se caracteriza por agrandamiento de las pupilas, descoordinación motora, náuseas, vómito, alucinaciones, escalofríos, fiebre, sequedad de boca y piel, taquicardia, fobia, retención de orina y delirio, entre otros.

SÍNDROME HIPERPROLACTINÉMICO:

es un aumento excesivo de la hormona prolactina en sangre; en las mujeres se manifiesta con secreción de leche por las glándulas mamarias, falta de la menstruación y disminución de la libido. En los hombres puede disminuir el deseo sexual, o causar infertilidad, alteraciones visuales, disminución de la masa muscular e incluso osteoporosis.

SÍNDROME SEROTONINÉRGICO:

es una complicación rara pero potencialmente mortal; se manifiesta como agitación o inquietud, insomnio, confusión, frecuencia cardíaca y presión arterial altas, pupilas dilatadas, pérdida de la coordinación muscular, rigidez muscular, sudoración intensa, diarrea, dolor de cabeza, temblores y piel de gallina.

IDEACIÓN SUICIDA:

está relacionada con el consumo de antidepresivos, especialmente en adolescentes.

ANAFILAXIA:

es el cuadro clínico más peligroso; suele comenzar con intenso picor en palmas y plantas, cuero cabelludo y área genital, seguido de palpitaciones intensas acompañadas de enrojecimiento intenso generalizado, dificultad respiratoria, diarrea, mareo y pérdida de conciencia. Si no se interviene, suele desembocar en colapso cardiocirculatorio.

¿Quién vela por la salud mental de los afrocolombianos?



EL RACISMO ESTRUCTURAL QUE VIVEN las comunidades afro discrimina, incluso, el estudio de su salud mental. Foto: Raúl Arboleda / AFP.

Estudios sobre poblaciones expuestas al conflicto armado revelan que los trastornos depresivos, de ansiedad, estrés postraumático y sus manifestaciones psicológicas o emocionales sin causa médica aparente –como dolor y ansiedad– son más frecuentes en personas afrocolombianas víctimas tanto de desplazamiento forzado como de homicidios, amenazas y reclutamiento ilegal de menores. Lo peor: nadie atiende su salud mental.

ANDREA PEÑALOZA ACOSTA,
periodista Unimedios - Sede Palmira

EL PANORAMA FUE EXPUESTO por el psiquiatra Carlos Arturo Cassiani, presidente de la Red Internacional para la Reducción del Estigma, quien afirma que “uno de los principales problemas es que no existe un estudio representativo de toda la población afro para estimar la prevalencia nacional; solo hay trabajos aislados, lo cual se puede considerar como una expresión del racismo estructural”.

A pesar de la relevancia de esta problemática, la escasez de investigaciones exhaustivas ha dificultado obtener datos precisos sobre la prevalencia de enfermedades mentales en esta comunidad.

Por ello, en 2014 se elaboró la “Propuesta de ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia” con el propósito de referirse a los trastornos mentales con enfoque diferencial por etnia presentando cifras de prevalencia nacional en algunos grupos de afrodescendientes expuestos a actos de guerra:

Se ha documentado una prevalencia del 37% de casos por estrés postraumático. El trastorno depresivo fue prevalente en el 37% de las personas que no desarrollaron postrauma, mientras que entre quienes sí lo padecieron la prevalencia fue de 38%. Además, la concomitancia del riesgo de suicidio fue de 37 y 67% respectivamente.

El estudio se adelantó en el marco de un convenio de cooperación entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud, con la consultoría de los profesores de la UNAL Carlos José Parales y Zulma Consuelo Urrego.

Según los investigadores, “para esa fecha los índices de prevalencia se ubicaron muy por encima de los promedios detectados por las encuestas nacionales de salud mental de periodos cercanos y con poblaciones no expuestas a acciones directas de confrontación bélica”.

ESTIGMA ESTRUCTURAL Y DESATENCIÓN EN SALUD

En Tumaco, la lideresa Magnolia Ordóñez, de la Asociación de Mujeres Concheras Raíces

del Manglar, y en Cisneros (Buenaventura) el líder comunitario Carlos Rentería, quien sustituyó cultivos de uso ilícito con la siembra de cacao cuando se firmó la paz en 2016, tienen algo en común: jamás han recibido atención psicosocial, pese a sufrir las inclemencias de la pobreza, la violencia, el racismo, la inequidad y la discriminación, y aunque están afiliados al régimen subsidiado.

“El aseguramiento en el sistema de salud, o la forma en que las personas en general acceden al sistema de salud del país, es otro estigma estructural. La investigación ‘Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: un estudio de corte transversal’, adelantada en 2021, reveló que existe una asociación estadística significativa entre la condición étnico-racial y el tipo de aseguramiento de salud”, señala el psiquiatra Cassiani.

En el estudio se lee: “en comparación con el régimen contributivo, las probabilidades de estar afiliado al régimen subsidiado fueron 1,4 veces mayores en los afrocolombianos, comparado con el grupo de la población que no se reconoció como perteneciente a este grupo étnico-racial”.

Este es un dato relevante si se tiene en cuenta que “el aseguramiento mediante el régimen subsidiado se relaciona con una atención médica deficiente y menor acceso a servicios preventivos de atención primaria y consultas especializadas”, explica el psiquiatra.

Como ellos, gran parte de afrocolombianos, raizales y palenqueros enfrentan brechas significativas en el acceso a empleo, educación de calidad, condiciones de trabajo justas, remuneraciones, derechos laborales y protección social, especialmente las mujeres, quienes permanecen marginadas en los mercados laborales de América Latina y el Caribe, como indica el Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2020).

Según la Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR), “las comunidades afrocolombianas representan cerca de 10 millones de habitantes y se encuentran alrededor de todo el país, aunque

sus asentamientos tradicionales se ubican en el litoral Pacífico y el Caribe”.

Históricamente el Pacífico colombiano –en donde residen Magnolia y Carlos– ha sido una de las regiones con mayores desafíos en términos de salud mental debido a los altos niveles de violencia, conflicto armado, pobreza extrema, exclusión social y dificultades en el acceso a servicios de salud.

RACISMO, DISCRIMINACIÓN Y COLONIZACIÓN

La profesora Magnolia del Pilar Ballesteros Cabrera, doctora en Salud Pública y docente asociada del Departamento de Psicología de la UNAL, explica que “tantas las historias de colonización y opresión como las expresiones de discriminación pueden desencadenar experiencias particulares en grupos de afrocolombianos, en quienes la rabia, la frustración, la tristeza y la pérdida de sentido pueden impactar de manera particular en su salud mental”.

“Estos sentimientos se manifiestan en baja autoestima, estilos de comunicación indirecta, evitación del contacto visual, dificultades de autocontrol y autorregulación emocional, además de baja tolerancia a la frustración”.

Por su parte, el psiquiatra Cassiani aclara que “en la población afro la enfermedad mental se manifiesta de maneras distintas a las de otras comunidades del país, lo cual obedece a sus características culturales, como por ejemplo sus creencias y percepciones de la vida, todo lo cual modifica en las personas el desarrollo de alteraciones psicopatológicas como tristeza, falta de ánimo y concentración”.

Magnolia y Carlos –entre otros afrocolombianos– consideran que buscar apoyo psicosocial es impensable. Él afirma que le ha tocado hacer las veces de psiquiatra y resolver los problemas por sí mismo, ya que “vivir en zona rural hace más difícil el acceso a programas de salud mental”. Por su parte ella encuentra en el agua de palo de menta un alivio para la ansiedad, y en la Asociación de Mujeres Concheras

un espacio para superarse y sumar a otras señoras a la causa.

Para ellos, “el psiquiatra termina siendo el último recurso a consultar cuando hay un problema o trastorno en salud mental”, pues asocian a este especialista con medicación y con una persona que desconoce su contexto y las condiciones sociales que los rodean.

ETNICIDAD Y EXCLUSIÓN SOCIAL, LOS DESENCADENANTES

Tener un tono de piel más oscuro, autodescribirse a un grupo étnico, ser inmigrante y vivir en zonas rurales aumenta el grado de exclusión social, mientras que contar con un mayor nivel de educación o de ingreso contrarresta el efecto.

Este problema fue planteado en la investigación “Etnicidad y exclusión social en Colombia en el periodo 2012-2017”, adelantada por la Universidad de Nariño y la Universidad de Alcalá (España) después de analizar información de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del DANE, la cual arrojó que “por cada aumento de 1 punto porcentual en la etnicidad, el grado de exclusión social se incrementa en 7 puntos porcentuales”, lo que amplía las probabilidades de padecer enfermedades mentales.

Los autores consideran que “la etnicidad alberga otras categorías como raza (concepto construido para justificar las diferencias físicas y taxonómicas entre los seres humanos), etnia e inmigración, las cuales representan los mayores elementos de discriminación y exclusión social en un país”.

El psicólogo Carlos Herrera, de acompañamiento integral de Bienestar Universitario de la UNAL Sede Palmira, asegura que “la mayoría de estas comunidades están en sitios marginados por la violencia y la pobreza, lo que vulnera sus derechos a la salud y a la vida”.

TRADICIONES ANCESTRALES PARA CURAR EL ESPÍRITU

El investigador Carlos Alberto Vásquez Londoño, de la Facultad de Medicina de la UNAL, señala que desde la época de la esclavitud esta población ha recurrido al uso de hierbas y saberes mágico-religiosos que fueron estigmatizados como delito o pecado por la sociedad colonial y castigados por la Inquisición.

Gerónimo Palomino, de la Maestría en Psicología de la UNAL, propone un esquema de psicoterapias con un enfoque transformador en la salud mental, que busca entender, a partir de los factores culturales y sociales, las afectaciones diferenciales que experimentan personas afro, LGBT y con discapacidades, poblaciones que han sido históricamente marginadas.

“Estas experiencias incorporan en el proceso terapéutico elementos culturales y simbólicos como rituales y medicina ancestral, lo que ha demostrado ser efectivo para la resignificación y sanación de las víctimas del conflicto armado y otros traumas masivos”, explicó.

Así, contar con estadísticas actualizadas sobre la prevalencia de trastornos mentales en la población afrocolombiana permitirá trazar un camino hacia el acceso equitativo y efectivo a la atención de la salud mental, pues las cifras no solo ofrecen un panorama claro de las necesidades específicas de esta comunidad, sino que también sirven como base para impulsar políticas y programas orientados a reducir el estigma, mejorar el acceso e implementar intervenciones acertadas.

PALABRAS CLAVE: afrocolombianos, discriminación, trastornos mentales.

La inseguridad está generando trastornos de ansiedad

Un estudio del Laboratorio de Psicología Jurídica de la UNAL encontró que las personas de estratos más bajos tienen más miedo a ser víctimas de algún delito dentro del hogar, mientras que las de estratos más altos temen a delitos en el espacio público.

▼
JOSÉ IGNACIO RUIZ-PÉREZ, profesor asociado del Departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL), coordinador del Laboratorio de Psicología Jurídica

ESTUDIOS EN VARIOS PAÍSES han encontrado una leve relación entre mayores niveles de miedo al crimen –o de crimen percibido– y síntomas de ansiedad, depresión y estrés, o con una autopercepción de peores condiciones de salud.

Esto no quiere decir que el miedo al crimen por sí solo pueda causar un “trastorno de ansiedad”, como se le denomina en psiquiatría o psicología, pero sí una sensación de peligro que puede llevar a que las personas se refugien en sus casas antes de que sea de noche, o que incluso en el mismo hogar estén en alerta casi permanente ante posibles asaltos o robos, en particular en viviendas que son vulnerables al acceso de intrusos.

Desde la década de 1960 se analiza el temor o la percepción de riesgo que el crimen genera en la ciudadanía o en grupos sociales específicos, como por ejemplo las mujeres o los adultos mayores. En realidad este es un campo amplio, que por lo mismo presenta varias perspectivas de abordaje, como el estudio de los efectos que el miedo al crimen puede tener individual y colectivamente, o el papel de los medios de comunicación en las emociones e informaciones que transmiten sobre la criminalidad.

Los niveles altos de miedo al crimen pueden alterar las rutinas cotidianas, como dejar de transitar por ciertas calles, no usar los parques u otros equipamientos humanos porque en los imaginarios o realidades se asocian con presencia de delincuentes, o no salir de noche, todo ello para evitar ser asaltado. Sin embargo, en ocasiones el miedo al delito se da hacia el hogar, porque también ese espacio –que debería ser seguro– puede ser escenario de delitos, como las varias formas de violencia doméstica.

El temor al delito también puede llevar a las personas y comunidades a adoptar medidas de autoprotección, en especial cuando en la ciudadanía prevalece una imagen negativa del sistema judicial, particularmente de la Policía, ya que es la institución con la cual las personas tienen un contacto más cotidiano y directo. Las olas de encuestas más recientes de LatinoBarómetro muestran que en muchos países de América Latina se asocia a la Policía con prácticas corruptas.

Otros estudios indican que la ciudadanía percibe una baja eficacia de la Policía, entendida la eficacia como la captura de delincuentes y la rapidez de reacción ante los llamados de auxilio. Vale aclarar que aunque muchos operativos de la Policía llevan meses de preparación, de recolección de pruebas judiciales y de seguimientos para llegar a las capturas, la ciudadanía se guía en sus imágenes y representaciones sociales por su contacto directo y cotidiano con la Policía; así, tanto los rumores sobre agentes de tránsito que reciben sobornos para no poner el comparendo, como ver que los policías miran a otro lado para no confrontar a quienes se cuelan en TransMilenio, o las medidas de casa por cárcel que se otorgan en los estratos a los autores de ciertos delitos,



NIVELES ALTOS DE MIEDO al crimen pueden alterar las rutinas cotidianas, como no salir en las noches para evitar ser asaltado. **FOTO:** Nicol Torres / Unimédios.

pueden contribuir sin duda a que las personas se sientan desprotegidas frente al crimen.

Esto a su vez puede llevar a que las personas traten de mejorar la seguridad de la vivienda, por lo que instalan alarmas o cerraduras más seguras o compran animales “bravos” para cuidar el hogar. Quienes pueden, se trasladan a vivir a barrios que perciben como más seguros, o conjuntos de viviendas que funcionan como miniciudades, con circuito cerrado de televisión, canchas deportivas y salón de *coworking*, entre otros, de manera que se reduzca la necesidad de salir a la calle.

MIEDO AL CRIMEN, SALUD MENTAL E INTERVENCIÓN

Un efecto colateral del miedo al crimen puede ser, precisamente, generar aislamiento entre los vecinos –hombres y mujeres– por no saber en quién se puede confiar. Vale la pena señalar que en ocasiones el nivel de miedo al crimen que las personas manifiestan en las encuestas puede reflejar sus preocupaciones o temores en otros órdenes de la vida. Así, las malas condiciones de la vivienda, la inseguridad alimentaria y la precariedad del empleo también generan temor al futuro y una percepción de poco control sobre la vida propia, todo lo cual se puede llegar a expresar –sin que nos demos cuenta– en nuestros miedos y preocupaciones frente al delito.

Por eso, en ciertos paradigmas críticos se emplea más el término “percepción de inseguridad”, ya que la inseguridad se puede experimentar no solo frente al delito sino también en esos otros ámbitos de los derechos humanos como la alimentación, la educación y la salud, entre otros.

En las formas de intervenir el miedo al delito existen varios niveles; por ejemplo, en el ámbito de la política criminal muchos Estados consideran el miedo al crimen como un problema específico, diferente de la criminalidad objetiva, que requiere intervenciones específicas. De hecho, en ocasiones los contextos de hábitat presentan índices de criminalidad relativamente bajos mientras los niveles de miedo al crimen son altos.

Aquí se puede necesitar la colaboración de diversos sectores; por ejemplo la Policía puede informar sobre capturas para mostrar eficacia en la lucha contra el delito, y debe guardar un trato irrestricto en el respeto a los derechos humanos de la ciudadanía, pues los contactos o experiencias negativas generan un impacto más fuerte –en este caso negativo– en la ciudadanía que aquel que generan los contactos positivos.

En cuanto a la ciudadanía, se pueden implementar varias estrategias, como por ejemplo verificar la autenticidad de las noticias que circulan por redes sociales sobre asaltos u otras agresiones a personas –como adultos o niños desaparecidos–, pues en muchos casos replicarlos genera una alarma social innecesaria

porque no han ocurrido en Colombia o corresponden a otras épocas.

Por otro lado, es importante y positivo mantener las actividades o rutinas cotidianas sin descuidar las conductas de seguridad; es decir, si usted sale al parque a practicar algún deporte o ejercicio y considera que su casa queda desprotegida, puede adaptar sus rutinas de ejercicio en el hogar para seguir conservando su buen estado físico.

Además puede mantener contacto telefónico o por WhatsApp con sus compañeros de deporte para no perder los contactos sociales, que también contribuyen positivamente a la salud mental. En suma, se trata de mantener las actividades, en lo posible aprendiendo y enseñando diferentes estrategias a otras personas. También puede reducir la sobreexposición a los noticieros y a los contenidos violentos de las pantallas, sin que esto signifique resignarse a vivir desinformado.

EL PAPEL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El rol que juega el consumo de noticias de crímenes es una de las líneas “clásicas” en el estudio del miedo al crimen. A finales de los años 80, el periodista y teórico sobre la comunicación George Gerbner propuso la teoría del cultivo, según la cual las personas vamos acomodando nuestra visión del mundo real a los contenidos que transmiten los *mass media*.

Así, las personas que ven más noticias sobre delincuencia tenderían a calcular que hay más delitos de los que realmente se producen, y sobreestimarían la probabilidad de ser víctimas de un delito. Hoy, casi 30 años después de los primeros trabajos de Gerbner, el panorama es más complejo. Primero, porque el efecto de la televisión está relacionado en parte con la credibilidad que la gente les dé a las noticias.

En segundo lugar, como lo indicaba la psicóloga Linda Heath en 1996, además de los noticieros, en la televisión hay programas dedicados a la investigación criminal, películas con contenido de violencia e incluso espacios dedicados a capturas en tiempo real. A esto se suma la información sobre delitos que puede circular en redes sociales en forma de videos compartidos de robos o de accidentes viales, que pueden generar alarma social.

Por ejemplo, el 21 y 22 de noviembre de 2019 circularon –tanto por televisión como por WhatsApp– imágenes de tumultos de personas entrando en conjuntos residenciales de Bogotá en el marco de las protestas sociales de esos días, y ello provocó una ola de llamadas a la línea 123. Conviene no desestimar la experiencia personal o de las familias, compañeros de estudios o del trabajo en relación con el delito, pues sus experiencias contribuyen –además de la influencia de los medios tradicionales y las redes sociales– a los imaginarios y el miedo que podemos desarrollar frente al delito.

En general, los estudios confirman que las noticias sobre crímenes pueden influir en el nivel de miedo al crimen, especialmente cuando son reforzadas por otras fuentes de información como redes sociales o experiencias personales, o cuando no hay otras fuentes.

Por otro lado, cuando la noticia deja la sensación de que las autoridades se ven desbordadas por el crimen –no se conocen los autores o es difícil capturarlos– se puede generar un mayor impacto por la sensación de falta de control del Estado sobre el crimen. De forma análoga, las fugas exitosas de casos emblemáticos y las falsas imputaciones, entre otros aspectos, pueden contribuir a deteriorar la imagen del sistema judicial y a un mayor temor al crimen.

.....
PALABRAS CLAVE: miedo al crimen, inseguridad, salud mental.

Los accidentes viales también dejan

SECUELAS

▼
TATIANA BAHAMÓN MÉNDEZ,
 periodista Unimedios - Sede Bogotá

En medio de las estadísticas sobre accidentes de tránsito y sus consecuencias físicas hay un aspecto que aunque a menudo pasa desapercibido sí afecta profundamente a las víctimas: su salud mental. Una escala psicológica construida con información suministrada por psicólogos, abogados y trabajadores sociales permite medir los síntomas que experimenta una persona tras verse envuelta en un suceso así, para que pueda recibir una adecuada atención profesional.

EN LAS CALLES Y CARRETERAS DEL PAÍS, los pitos ruidosos de un automóvil descontrolado, el chirriar de los neumáticos en una maniobra de frenado brusco o la pérdida de control del vehículo, a menudo componen una sinfonía que deja secuelas en los sobrevivientes de accidentes, que con frecuencia son imperceptibles, como las afectaciones mentales.

A diciembre de 2022, la fatalidad en calles y carreteras colombianas acechó a 1.048 personas, de las cuales 760 murieron y las demás presentaron lesiones, según el Observatorio Nacional de Seguridad Vial.

Detrás de cada una de las cifras de las alarmantes estadísticas cuyo común denominador entre las víctimas siguen siendo los motociclistas y peatones, se oculta un entramado emocional que cambia el destino de aquellos atrapados en el caos vial.

En diciembre de 2015, Brigitte Barrero Martín, de 23 años, estudiante de Ingeniería Multimedia, tuvo un accidente mientras se dirigía de Soacha a Bogotá en moto junto a su tía, una experiencia que le cambió la vida.

En un fatídico encuentro, un colectivo cerró abruptamente su paso, lo que llevó a la pérdida de control del vehículo y al trágico accidente. Ambas cayeron debajo del semáforo, y cuando se disponían a levantarse fueron arrolladas por una volqueta dobletroque.

El desenlace fue desgarrador: la tía de Brigitte falleció instantáneamente y ella sufrió graves heridas que la llevaron a la Clínica Vascolar,



EN LA UNAL SE CREÓ una escala de intervención psicológica para medir la afectación en las víctimas de accidentes de tránsito. FOTO: Nicol Torres / Unimedios.

donde se sometió a múltiples intervenciones quirúrgicas que incluyeron una compleja construcción de cadera y cintura con tornillos y platinos, una reconstrucción de conducto vaginal y una dolorosa amputación de pierna con desarticulación total de cadera.

Para superar este evento traumático, Brigitte recurrió a terapia psicológica y al ciclismo como una vía de escape y superación que poco a poco le ayudó a dejar atrás las imágenes dolorosas de ese momento. Con el tiempo, se integró a la Liga de Natación de Alto Rendimiento Paralímpico.

LO QUE INDICA EL DIAGNÓSTICO

El impacto en la salud mental de cada persona tras sufrir un accidente de tránsito es muy variable. Por ejemplo, un leve choque en el que solo hay daños en los vehículos puede parecer insignificante para algunas personas, pero para otras puede tener un impacto significativo y provocar daños psicológicos.

En la investigación dirigida por el psicólogo José Ignacio Ruiz-Pérez, profesor de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL), se exploraron los impactos psicológicos que pueden dejar estos eventos repentinos, y se encontró que el estrés postraumático y la ansiedad son las consecuencias más frecuentes.

El estrés postraumático es como una sombra oscura que se postra sobre quienes han enfren-

tado experiencias traumáticas; se ven atrapados por recuerdos perturbadores o *flashbacks* que los transportan al evento traumático, tienen pesadillas y el "síntoma de la habitación", que les impide salir.

La ansiedad surge como una reacción natural a situaciones relacionadas con el accidente; genera nerviosismo y angustia constante que lleva a evitar transitar por las calles con normalidad.

Los resultados se obtuvieron tras entrevistar a 6 expertos (psicólogos, abogados y trabajadores sociales) quienes han lidiado con estos casos a través de la atención psicológica, jurídica y social del Centro de Orientación para Víctimas de Siniestros Viales (ORVI) de la Secretaría Distrital de Movilidad.

Entre 2020 y febrero de 2023 la UNAL operó este programa y atendió a más de 800 ciudadanos en condición de peatones, ciclistas, motociclistas, conductores y pasajeros en Bogotá y sus alrededores.

El profesor Ruiz-Pérez señala que a dichas secuelas se suman un serie de acontecimientos que afectan el bienestar de las personas, entre ellos:

- Temor a volver a usar un medio de transporte, ya sea como conductor, copiloto o pasajero.
- Miedo a transitar nuevamente por las vías.
- Culpa: se cuestionan sobre cómo actuaron en ese momento: ¿y si hubiera salido más temprano o más tarde? ¿Y si hubiera tomado una ruta diferente?

MENTALES



- Depresión: puede aparecer por la pérdida de un ser querido, una discapacidad o la afectación de la calidad de vida.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

La importancia de identificar los síntomas o consecuencias psicológicas que pueden afectar a las personas que pasan por estos eventos viales radica en proteger su salud emocional y su bienestar, por ello los expertos aseguran que es esencial evaluar los posibles efectos que tengan para brindarles el apoyo profesional oportuno y necesario.

Uno de los logros más significativos de la investigación del profesor Ruiz-Pérez ha sido la creación de una escala para medir la afectación psicológica en las víctimas de accidentes de tránsito. La herramienta cuenta con una serie de ítems agrupados en 8 categorías: (i) emociones y sensaciones, (ii) conductual, (iii) dificultades, (iv) emociones, (v) cognitivos, (vi) afrontamiento, (vii) existenciales y (viii) sociales. Los profesionales pueden utilizar esta escala en la valoración como si fuera un cuestionario, asignando una puntuación que refleje el estado actual del paciente.

La elaboración de esta escala se basó en la información proporcionada por los orientadores del ORVI, quienes trabajaron diariamente con los afectados y han sido testigos de las diversas consecuencias derivadas de estos eventos traumáticos. Para garantizar su validez y confiabilidad, el contenido fue cuidadosamente delimitado y evaluado por expertos en accidentes de tráfico.

“Es útil tener una escala específica para las víctimas de accidentes que identifique las características particulares del evento. Esto nos permite hacer un abordaje más preciso, identificando cuáles son las conductas que prevalecen en los pacientes”, subraya el profesor.

EL CAMINO LEGAL

Además de los desafíos emocionales, las víctimas de accidentes de tránsito deben lidiar con los largos y complejos procesos judiciales, que son una carga adicional para su situación.

En el ámbito jurídico, los siniestros viales se consideran como errores humanos y pueden dar lugar a acciones penales y civiles. La Fiscalía General de la Nación es la entidad encargada de los casos relacionados con lesiones personales y homicidios, pero si se trata de daños materiales que no involucran víctimas directas, las aseguradoras son las que entran a actuar.

En el caso de lesiones personales, la presentación de la querrela ante la autoridad competente es un paso crucial para iniciar el proceso de investigación. El abogado Santiago Sarmiento, quien ha brindado asesoría jurídica en el ORVI, enfatiza en la importancia de que la víctima asuma este paso inicial en un plazo máximo de 6 meses después del siniestro vial, ya que, si no lo hace, pierde la oportunidad de llevar adelante una acción penal.

Una vez presentada la querrela, la Fiscalía tiene un plazo máximo de 2 años para llevar a cabo la investigación y recoger las pruebas necesarias para determinar la responsabilidad de los implicados en el



siniestro. Durante este proceso, el afectado también debe cuantificar adecuadamente sus pretensiones económicas relacionadas con lucro cesante, daño emergente e indemnización por secuelas y perjuicios, y así finalmente se puede llegar a un acuerdo entre el afectado y quien tuvo la responsabilidad del accidente.

No obstante, incluso en medio de un proceso jurídico adecuado, todo puede estar en juego, según explica el experto. Si no se presentan pruebas sólidas que respalden con precisión los hechos ocurridos en un siniestro vial, la víctima podría enfrentarse a la desalentadora posibilidad de no recibir ninguna reparación legal.

El impacto de estos eventos va más allá de las lesiones físicas; el profesor señala que “en muchos casos, aquellos que resultan con lesiones físicas se ven obligados a abandonar sus empleos, al menos temporalmente, y experimentan afectaciones emocionales importantes que agravan aún más su difícil situación”.

COSTOS FÚNEBRES

Los costos funerarios son una realidad dolorosa que las familias de las víctimas de siniestros viales deben enfrentar inmediatamente después de la tragedia, y es una carga adicional al proceso de duelo. Al indagar con diferentes funerarias, en Bogotá los gastos promedio oscilan entre 4 y 6 millones de pesos según factores como la ubicación geográfica, el tipo de sepultura, los servicios elegidos, los arreglos florales y la duración de la ceremonia de exequias, entre otros.

En Colombia se han identificado numerosos casos similares al de Brigitte Barrero, en los cuales las personas afectadas se enfrentan no solo a las secuelas físicas y psicológicas de sus experiencias, sino también a una lucha constante entre aceptar y adaptarse a la nueva realidad o enfrentar complicaciones jurídicas y económicas. Los expertos Ruiz y Sarmiento coinciden en la importancia de abordar esta problemática brindando un apoyo psicológico adecuado y estableciendo medidas preventivas contundentes para proteger la vida de las personas y su bienestar mental.

PALABRAS CLAVE: estrés postraumático, ansiedad, accidentes viales.

EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

Tener un trastorno mental es enfrentarse a una doble aceptación: consigo mismo y con la sociedad. Un estudio realizado por la UNAL halló que el estigma o señalamiento relacionado con estereotipos no solo genera una barrera para acceder a servicios médicos para tratarlo, sino también una invisibilización sociocultural de las personas que lo padecen.

LILIANA MATOS ZAIDIZA, Editora Periódico UNAL impreso

3

tipos se estigma de la salud mental:



ESTIGMA SOCIAL O PÚBLICO: creencias o actitudes discriminatorias negativas frente a las afecciones de salud mental promovidas en el grupo social personal, o en la sociedad en general.

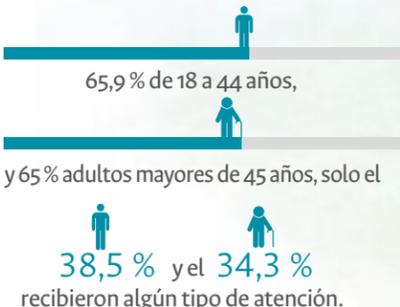


AUTOESTIGMA: se da cuando una persona internaliza las actitudes sociales negativas sobre las afecciones de salud mental.



ESTIGMA INSTITUCIONAL: se da cuando las políticas institucionales gubernamentales y privadas discriminan voluntaria o involuntariamente a las personas con afecciones de salud mental.

La ENSM de 2015 reveló que, de las personas que solicitaron atención en salud mental,



Según el estudio, **el cine y la televisión** también ayudan a aumentar los estigmas, no solo frente a las enfermedades de salud mental, sino también sobre aquellas de alto riesgo como el VIH o la lepra en su momento.



El estigma hacia la enfermedad mental genera **consecuencias negativas** en los pacientes y sus familiares, y se convierte en la barrera principal para lograr su plena inclusión social.



También se ha reportado que **los familiares** pueden ser una fuente de prejuicios y actos discriminatorios hacia los pacientes con enfermedades mentales.



En América Latina se han desarrollado estudios en Brasil, Argentina, México y Chile que han determinado que las personas perciben a los pacientes como potencialmente peligrosos, impredecibles, violentos e incapaces de desarrollar actividades laborales.



Fuente: Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones (2015)

AUGUSTO ANDRADE ES un odontólogo de 40 años, padre de dos hijas. Aunque durante toda su vida ha sentido que algo no está bien con él, fue solo después de la pandemia cuando el desempleo lo llevó a consultar a un especialista. El resultado: ataques de pánico que desencadenaron lagunas mentales.

Dicha consulta fue virtual, y por temor a lo que dirían su familia y sus colegas, prefirió mantener así las citas que siguieron, ya en pospandemia. Después de unos meses, cuando lo derivaron a psiquiatría, Augusto empezó a sentirse ansioso. Sabía que iba a ser medicado y no quería que esto quedara registrado en su historia clínica. Años antes presenció en una junta médica de su antiguo trabajo cómo llamaban a un colega suyo como “el loco ansioso medicado”, y sin duda él no quería ser ese loco, y mucho menos ser señalado ni tildado por nadie.

Pero el doctor Andrade no es el único en esta situación. Según el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003, “el 40 % de los colombianos ha presentado un trastorno mental en algún momento de su vida, y apenas 1 de cada 10 pacientes con este diagnóstico ha recibido atención psiquiátrica”. Sin embargo, para que una persona sea diagnosticada con un trastorno mental debe pasar por un proceso que incluye señalamientos o estigmas de diversos actores de la sociedad, desde su familia hasta sus círculos laborales y culturales.

Partiendo de situaciones como esta, el psiquiatra Edwin Herazo, director del Instituto en Salud del Comportamiento Humano de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL), adelantó un estudio –con los doctores Adalberto Campo Arias y Heidi Celina Oviedo, profesor de la Universidad del Magdalena y médica de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, respectivamente– que identificó el estigma como una forma de discriminación que dificulta el acceso a servicios de salud mental adecuados e integrales.

En este contexto, las personas que tienen síntomas de un trastorno mental no acuden a las citas médicas, o cuando son diagnosticadas no siguen el tratamiento por miedo al señalamiento.

“En el caso del doctor Andrade se presenta un autoestigma por generalización de la sociedad, pues internaliza una idea preconcebida sobre las enfermedades de salud mental. El estigma afecta tanto a los pacientes y sus familiares como a los profesionales y las instituciones que trabajan en el área de salud mental”, explica el doctor Herazo.

DISCRIMINACIÓN DE PARTE Y PARTE

El estudio se realizó en Bogotá, Medellín y Cali con una muestra de 120 personas con diagnóstico de trastorno mental grave, 120 familiares y 120 profesionales en salud mental, y encontró que en los tres grupos el estigma percibido era alto y que afectaba el acceso a servicios de salud mental.

“El estigma percibido es la creencia de que las personas con enfermedad mental son juzgadas, rechazadas o discriminadas por la sociedad, y puede afectar la autoestima, la confianza y el bienestar de las personas en esta condición”, explica el doctor Herazo.

En este caso, el estudio se dividió en esos tres grupos para determinar cómo percibían el estigma las tres partes: la persona que sufre

la enfermedad, sus familias, y quienes prestan el servicio médico.

“En general, las personas, la sociedad y las instituciones pueden entender esto como un rasgo amenazante o perturbador en un momento dado y en el contexto social en el que se presente la persona. En consecuencia, se ve una discriminación proveniente de esa estigmatización, entendiendo que de ahí también viene el prejuicio”.

“Por ejemplo, en el ámbito médico se recomienda no decir que una persona ‘es psiquiátrica’ o llamarla por su diagnóstico, ya que este tipo de manifestaciones llevan a una carga de prejuicio, estigmatización y discriminación. Esto también cubre las barreras burocráticas durante la atención prestada, como decir que la persona se está ‘inventando’ una enfermedad”, destaca el psiquiatra.

Las entrevistas permitieron identificar que la población más afectada por el estigma como barrera para acceder a servicios de salud mental son las personas que padecen trastornos mentales graves como esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión profunda. También que si las personas no reciben un tratamiento adecuado pueden tener un mayor riesgo de involucrarse en delitos o de ser víctimas de violencia o abuso.

LA GENTE PREFIERE CALLAR

El doctor Herazo considera que “desde antes de la pandemia, en Colombia las personas han tenido que omitir que tienen problemas de salud mental, si están en tratamiento o si están recibiendo algún tipo de apoyo psicosocial, porque tradicionalmente eso se puede convertir en un elemento que no permite que los seleccionen para un cargo o un ascenso; incluso ocurre en los procesos de admisión de algunas instituciones académicas”.

Frente a esto, la doctora Raquel Viejo Sobera, profesora del área de Neuropsicología y Neurociencias de los Estudios de Ciencias de la Salud de la Universitat Oberta de Catalunya e investigadora de Cognitive NeuroLab, señala que “es imprescindible normalizar los trastornos mentales. Nadie se metería con otra persona porque tiene gripe, por ejemplo, porque se entiende que es algo que te viene de fuera y tú no lo has provocado, pero con trastornos mentales como la depresión se tiene la idea de que es el propio paciente el que se lo provoca, o el que no es capaz de salir de ahí porque es débil”.

Sin embargo, la normalización del trastorno mental se ha dado de una forma tan negativa y excluyente, que quienes lo sufren prefieren callar, lo mismo que sus familias, y algunos médicos tratantes llegan a juzgarlos por la razón de su consulta.

En el país es frecuente el diagnóstico de depresión posparto; se estima que alrededor del 20 % de las mujeres lo sufren, y se manifiesta con sentimientos de tristeza, culpa, ansiedad, irritabilidad, falta de interés, dificultad para dormir y miedo de cuidar al bebé. Sin embargo, ante la falta de tiempo, las madres deciden callar, pese a las consecuencias que este trastorno tiene tanto en su salud como en la de su hijo y su familia.

¿CÓMO AVANZA ESTA DISCUSIÓN EN COLOMBIA?

La pandemia fue un punto de quiebre. En redes sociales se divulgaron varios casos de médicos,

enfermeras y profesionales de la salud que al comienzo y durante el pico más alto de contagio fueron señalados por ser “foco de contagio”, una discriminación que se mantiene en pospandemia.

Nubia Bautista, subdirectora de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social, resalta un estudio que evidenció que “los riesgos de depresión y ansiedad aumentaron 3 veces durante la pandemia. El 44,7 % de nuestros niños tienen indicio de un problema de salud mental, lo que hace que requieran de una valoración por un profesional entrenado”.

Pero llegar a ese diagnóstico no es una tarea fácil. El recorrido que debe hacer una persona para acceder a este servicio depende del plan de salud que tenga: si es un Plan de Atención Básico (antiguas EPS), debe sacar una cita con médico general, esperar su valoración y ser remitido a cita psicológica, para la cual deberá tramitar una autorización. Este especialista realiza una nueva valoración y le sugiere, según el caso, unas citas semanales que también requieren de una autorización que se demora unos 15 días.

“Cuando han pasado unos meses y finalmente la persona logra ir a una segunda cita, es posible que su especialista ya no sea quien lo atendió antes y tiene que comenzar nuevamente todo el proceso. Los tiempos de espera para ver a un psiquiatra pueden llegar a los tres meses”, explica la profesora Yolanda Torres, especialista en Salud Mental.

Casos como este dejan en evidencia que en Colombia el estigma como barrera para acceder a servicios de salud mental se materializa por factores como la reducción de solicitud de atención; la escasa asignación de recursos a salud mental; el proceso sistemático de pauperización de las personas que los padecen; el incremento del riesgo de implicaciones en delitos, y el contacto con el sistema legal; también por la invisibilización de la vulnerabilidad de estas personas.

“La gente piensa que los diagnósticos ya están dados, pero el camino para llegar a ellos es largo, porque parten de la aceptación. Una persona puede tardar hasta 5 años buscando ayuda para tratar ese malestar, que sabe que se está manifestando pero no sabe qué es”, señala el profesor Herazo.

Otro punto de esta problemática son los aspectos culturales según las regiones, pues la estigmatización se da de manera distinta en cada una de ellas.

La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 muestra que en la región Caribe es más fácil reconocer las emociones de los otros, una ventaja que ayuda al personal médico. “Hace falta que la categoría de salud mental sea transversal a todo lo que hace una persona, pues tener un trastorno mental sin tratamiento se puede convertir en un ‘gatillo’ que desemboque en una enfermedad mental mucho más grave”, sostiene el psiquiatra Herazo.

Por último, el docente señala que “es paradójico que Colombia tenga suficientes documentos normativos y de política, pero que al final resultan contradictorios porque superponen los procesos de estigmatización y excluyen aquellos que son sociales, como la aceptación de un trastorno mental, y que requieren procesos que incluyen factores sociales de peso”.

PALABRAS CLAVE: estigma, servicios médicos, exclusión.



TRISTEZA, SOLEDAD Y DESMOTIVACIÓN son algunas de las emociones negativas presentes en infantes y adolescentes en Bogotá. FOTO: Nicol Torres / Unimedios.

LAUREN FRANCO,
periodista Unimedios - Sede Bogotá

VALERIA¹ TIENE 14 AÑOS y cursa octavo grado; le gusta bailar, pintar y ama el pop coreano. Aunque se muestra como una niña alegre y ocurrente, a su corta edad ha estado internada tres veces en un hospital psiquiátrico por intento de suicidio; la primera vez ocurrió cuando tenía 11 años.

“Estaba muy estresada por todas las tareas que tenía y luego peleé con mi mamá e intenté colgarme en mi cuarto con una cuerda para saltar”, contó la menor. El acto no se consumó, y de inmediato se encendieron las alarmas en su casa. En los tres años siguientes vinieron tres hospitalizaciones, consultas con varios profesionales en salud mental, y dos primeros diagnósticos: trastorno depresivo y ansiedad.

Sin embargo las cosas no mejoraron para Valeria, quien seguía desmotivada, no encontraba razones para vivir y sentía frustración constante por todo. Su familia siguió tocando puertas hasta que tuvo un tercer diagnóstico: trastorno por déficit de atención (TDA). Así comenzaron a atar cabos: la frustración por no entender, la impulsividad, el bajo rendimiento escolar, e incluso la inmadurez emocional se explicaban con este trastorno.

El desencadenante emocional de Valeria se dio durante el aislamiento social por la pandemia del COVID-19, pero ella no fue la única. El Observatorio sobre Infancia de la UNAL Sede Bogotá desarrolló una investigación en conjunto con la Secretaría de Educación Distrital para entender cuál era el impacto de la pandemia en la salud mental de 10.000 niños y adolescentes de 20 colegios públicos de la ciudad en 2020, durante la pandemia.

Los resultados reflejan el estado emocional y mental de esta población: 1 de cada 8 estudiantes de secundaria pensó en hacerse daño, y 1 de cada 34 intentó suici-

Estudio revela deterioro de la salud mental de niños y adolescentes en Bogotá, ¿qué está pasando?

Una investigación de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL) y la Secretaría de Educación Distrital, adelantada con 10.000 niños y adolescentes de 20 colegios públicos de la ciudad, revela que 1 de cada 8 estudiantes de secundaria ha pensado en hacerse daño, y 1 de cada 34 ha intentado suicidarse, siendo las mujeres quienes lideran el puesto en cada estadística; solo en Bogotá 10 mujeres entre 10 y 18 años se suicidaron en 2023.

darse, siendo las mujeres quienes lideran el puesto en cada estadística.

CIFRAS QUE PREOCUPAN

Aunque la población mayor de 14 años es la que más presenta una conducta suicida, la investigación también identificó que 68 padres de estudiantes de preescolar y primaria manifestaron que sus hijos amenazaron con lastimarse, o lo han intentado. Aunque las razones pueden ser diversas, lo cierto es que el duelo por la pérdida de un familiar, regular emociones como la ira o la tristeza, e incluso ser víctima de algún tipo de violencia física o emocional, pueden motivar esta conducta.

Para la psicóloga Paola Yamhure, investigadora del Observatorio, “este es un dato preocupante y una señal de alarma, pues en esta edad es cuando se establecen las bases para la regulación emocional, se entrenan los impulsos y pueden aparecer manifestaciones de desórdenes emocionales”. Sin embargo, enfatiza en que aunque el estudio se hizo durante la pandemia, estas no son conductas exclusivas de ese momento.

“La pandemia nos abrió la posibilidad de visibilizar esta problemática, que ya se venía presentando pero de la que no se hablaba. Para los estudiantes había muchos asuntos silenciados, desde la sensación de soledad hasta la desesperanza con el futuro; [...] aunque encontramos que la mayoría de los estudiantes están bien, se debe prestar atención a esos focos que dicen que algo anda mal”, puntualiza la psicóloga Yamhure.

Y la realidad no es diferente. El deterioro de la salud mental en la infancia y adolescencia del país no responde solo a la pandemia.

Cifras de la Secretaría de Educación indican que a junio de 2023 se reportaron 775 casos de conducta suicida en menores de 12 a 17 años, siendo un antecedente de riesgo el maltrato y el abandono de sus familias, y las rupturas amorosas. Las cifras preocupan: en 6 meses del año 14 menores entre los 10 y 18 años se han suicidado.

Andrés Felipe Avendaño, jefe de la Oficina para la Convivencia Escolar de la Secretaría de Educación, explica que aunque las localidades de Suba, Kennedy y Bosa (las más grandes de

Bogotá) presentan la tasa más alta de conducta suicida, esto obedece a factores como el alto número de personas que las habitan, y por ende el alto número de estudiantes matriculados. Para él es preocupante que localidades como La Candelaria o Los Mártires, siendo más pequeñas, tienen más casos.

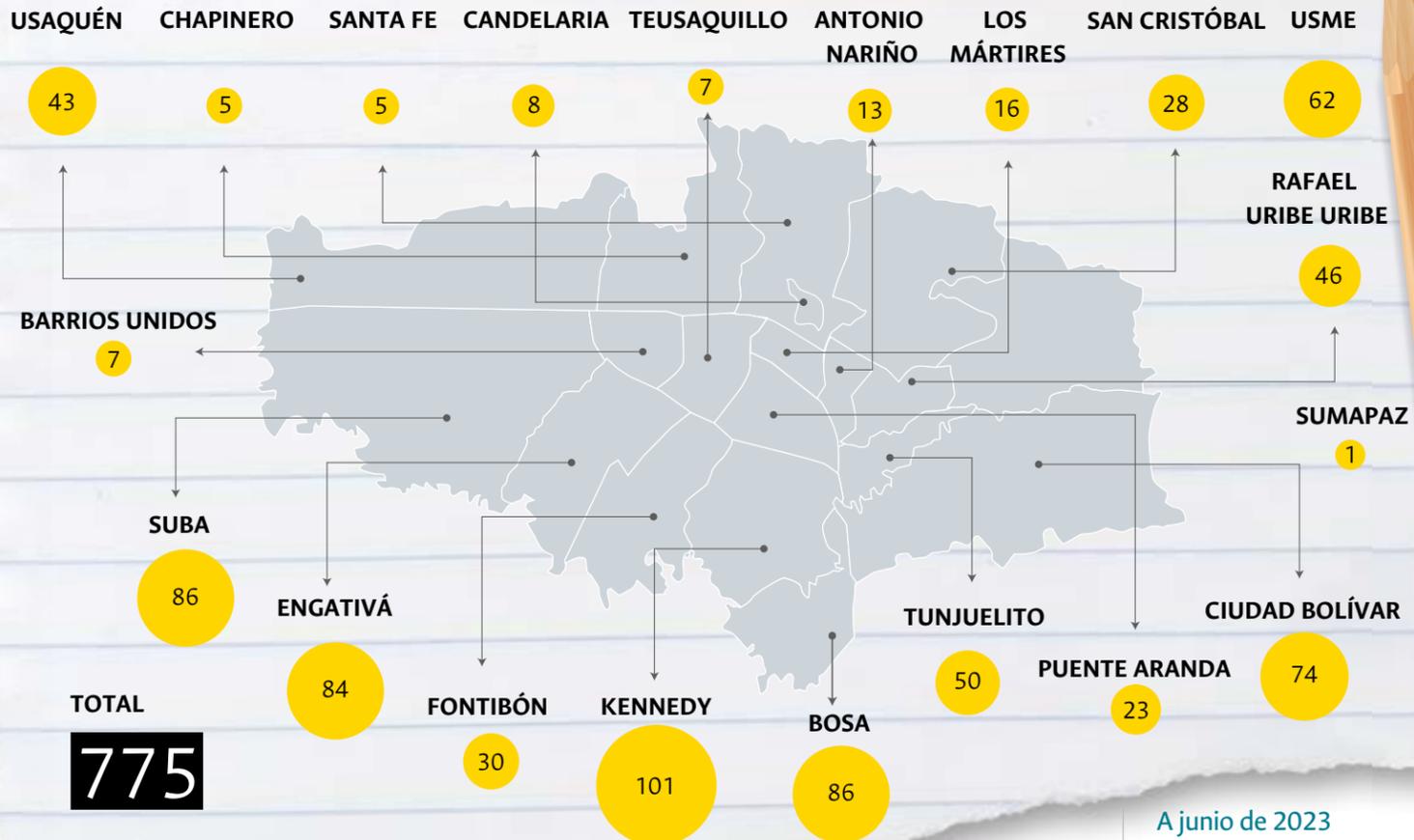
“Históricamente la localidad de Los Mártires ha presentado un número alto: este año 6 de cada 1.000 estudiantes tuvo una conducta suicida. A pesar de que esto obedece a muchos factores, encontramos que en esta localidad existe la explotación sexual de menores y el reclutamiento para vender sustancias psicoactivas; además es vecina de la localidad de Santa Fe, lo que sugiere la presencia de pandillas y vulneración de derechos”, explica el vocero.

La psicóloga de la UNAL Diana Bejarano comenta que “en los grupos de discusión evidenciamos que los estudiantes manifestaban situaciones relacionadas con problemas familiares y pobreza que no les permiten satisfacer necesidades básicas como una buena alimentación o actividades de esparcimiento, entre otros factores”.

¹ Nombre ficticio usado para proteger la identidad de la joven.

Casos de conducta suicida por localidad

Datos a junio de 2023



Fuente: Oficina para la Convivencia Escolar, de la Secretaría de Educación.



TEST PARA EVALUAR la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

CRÉDITO: UNAL y Secretaría de Educación Distrital.

DURANTE LA PANDEMIA:

* 1 de cada 8 estudiantes pensó en hacerse daño.

1 de cada 15 intentó hacerlo.

1 de cada 34 intentó suicidarse.

* Los estudiantes que intentaron suicidarse tienen un consumo tres veces mayor de alcohol, cigarrillo y marihuana.

* El 19 % de los estudiantes reportó sentir angustia por el futuro en todo momento.

A junio de 2023

* De los 775 presuntos casos reportados de conducta suicida: 561 sucedieron en colegios oficiales y 214 en colegios privados.

* 485 (63 %) de los casos reportados son mujeres.

Al volver a la presencialidad, junto con el equipo del Observatorio sobre Infancia, desarrolló una investigación en 14 colegios para conocer cuáles fueron los factores que protegieron a los estudiantes de algún problema emocional.

A algunos estudiantes la pandemia les ayudó a ser organizados, fomentar su autoestima y tener más seguridad personal. Incluso los jóvenes crearon estrategias como pintar o hacer artesanías para venderlas y apoyar a su familia. Entretanto otros desarrollaron conductas agresivas contra sí mismos o contra otras personas.

ENFOQUE DE GÉNERO, UNA DEUDA HASTA EN LA SALUD MENTAL

Según el estudio, la tristeza, la soledad, la desmotivación y la desesperanza hacia el futuro fueron algunas de las emociones negativas que manifestaron los estudiantes. La psicóloga Bejarano explica que los estados emocionales negativos no configuran en sí mismos un problema mental, pero sí es un antecedente a trastornos mentales como la depresión o la ansiedad.

Las mujeres fueron quienes más acumularon emociones negativas, o al menos quienes más reconocen sentir las. De la tristeza constante o la sensación de soledad a tener conductas autolesivas hay pocos pasos: 4 de cada 100 estudiantes mujeres que formaron parte del análisis han hecho cosas para quitarse la vida.

Lo paradójico de la situación es que, en el mundo, los hombres son quienes más se suicidan: solo en Bogotá 109 adolescentes hombres entre 12 y 17 años se suicidaron en 2022, frente a 40 mujeres. Sin embargo, el experto Avendaño señala que en 2023 ha habido un aumento en las mujeres menores de 18 años que se han suicidado, lo que para él resulta preocupante.

“Aunque sea pronto para decir qué pasa con la población femenina en los colegios, si hemos visto que se siguen perpetuando violencias sexuales o basadas en género. Además, las mujeres sufren más hostigamiento escolar que los hombres, y todo eso influye en el suicidio de las niñas y adolescentes”.

Y los datos lo evidencian: de los 2.301 presuntos casos de violencia y abuso en estudiantes, el 36 % correspondía a violencia sexual a mujeres, y de los 278 casos de hostigamiento escolar, el 58,2 % fueron reportados por mujeres.

La psicóloga Lina Herrera, del equipo ¡En la Buena! de la UNAL, considera que una de las razones por las cuales se presentan estas situaciones es por la falta de investigación con enfoque de género en este tema. Sin embargo, destaca que no se puede negar el sistema machista, que les niega a los hombres la oportunidad de expresar sus emociones o pensamientos negativos.

“También hay una relación respecto al cuerpo. Los intentos de suicidio en los hombres llevan más agresión hacia su integridad física, mientras que las mujeres optan por

medidas menos invasivas, aunque también violentas”, aseguró la profesional.

En esto coincide con la psicóloga Bejarano, pues durante el trabajo realizado en los colegios notó que en los hombres sí existe una necesidad de canalizar los sentimientos con la fuerza física, algunos de forma sana como correr o hacer algún ejercicio, pero otros con acciones más extremas: golpear la pared, romper las cosas e incluso agredir a alguien.

EL RETO: ACCESO A LA SALUD MENTAL

La experiencia de Valeria con los profesionales de la EPS fue devastadora, pues en ocasiones sentía que la culpaban por su situación o que le restaban importancia a su condición.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia hay alrededor de 1.200 psiquiatras, es decir cerca de 2 profesionales por cada 100.000 habitantes, una cifra inferior a la recomendada por la OMS, que es de 10 profesionales por cada 100.000 habitantes.

Ante la precaria atención en las EPS se recurre a los servicios privados, algo que solo muestra la desigualdad en el servicio. La madre de Valeria cuenta que los gastos de su hija llegaron a 1 millón de pesos mensuales entre terapia psicológica, ocupacional, neuropsicológica y consultas por psiquiatría, eso sin contar los gastos de cualquier menor de edad, que para ella, una madre con un salario profesional promedio, resulta insostenible.

La psicóloga Yamhure destaca que “los niños deben aprender a autorregularse, a contar lo que les pasó, a transmitir sus necesidades a los demás, e incluso de superarse poco a poco, pero para eso se necesita gestión emocional”.

Para el docente Ernesto Durán, director del Observatorio sobre Infancia, “es importante trabajar en los factores que protegen a los niños del deterioro de su salud mental, como los vínculos afectivos con la familia, los amigos e incluso los maestros. Así mismo, los agentes individuales a los que recurren los adolescentes para protegerse de la conducta suicida, entre los que se destaca la autonomía, el generar hábitos y rutinas, manejar los conflictos o buscar ayuda”.

“Nuestra apuesta siempre ha sido por la promoción, prevención y el cuidado de la salud mental, en esencia es el proyecto ¡En la Buena!”, concluye el docente Durán.

Un reto que los colegios aún tienen pendiente, pues los grupos numerosos o la falta de estrategias pedagógicas impiden estas enseñanzas. Mientras tanto, Valeria y otros niños y adolescentes colombianos seguirán sobreviviendo en un país que no ha logrado incluir la salud mental como prioridad en la agenda pública.

PALABRAS CLAVE: infancia, suicidio, trastornos mentales, localidad de Los Mártires.

¿Qué hay detrás del suicidio de jóvenes indígenas en el Amazonas?

En 2022 los tikuna del Amazonas hicieron cuarentena, pero no por el COVID-19 sino por los suicidios, motivados, según estudios, por factores como la imposibilidad de acceder a la educación, la informalidad laboral y el abuso de alcohol y drogas; sin embargo, en su comunidad lo asocian más con que los jóvenes dejaron de asistir a la “pelazón” y al “yuruparí”, rituales que los protegen y curan.

Equipo periodístico Unimedios

EN LA AMAZONIA COLOMBIANA la tasa de suicidio en 2021 fue de 9,87 % por cada 100.000 habitantes, casi el doble del promedio nacional, según señala el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Por su parte, el DANE indica que entre 2010 y 2019 el 65,2 % de los casos fueron de personas menores de 29 años.

Aunque encontrar la raíz de la situación no es fácil, el profesor Carlos Franky, antropólogo de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL) Sede Amazonia, se aventura a decir que la falta de oportunidades incide, como lo ha evidenciado en sus investigaciones con las comunidades indígenas desde hace varios años, argumento que corroboran las cifras del DANE, que señalan que en 2019, de 1,9 millones de indígenas que hay en el país, solo el 13 % logró estudiar en la universidad.

Un estudio adelantado en 2017 por el Observatorio de la Democracia de la Universidad de los Andes mostró que más del 50 % de la población indígena solo completó la primaria, y el 38,4 % la secundaria; y el censo de 2005 dejó al descubierto que la informalidad laboral en estas comunidades es de casi el 77,4 % y que viven del “rebusque” haciendo artesanías, pulseras y otras manualidades para vender.

El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2019 muestra que Amazonas estuvo por encima del promedio nacional en el consumo de sustancias psicoactivas, y Vaupés en el de alcohol. Partiendo de estos datos, investigadores de la UNAL trabajaron con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y con la ONG Sinergias –con sede en

Vaupés y Guainía– con el objetivo de aproximarse a la razón de los suicidios.

DESDE LAS COMUNIDADES

El resguardo de Nazareth –a 25 km de Leticia– ha sido uno de los más golpeados por los suicidios; allí viven cerca de 230 familias, la mayoría indígenas tikuna, huitoto y mucama.

Según la Corporación Casa Amazonía, en 2012 el método más recurrente de suicidio en la región fue el ahorcamiento, con hasta el 96 % de los casos.

El profesor Franky asegura que la falta de oportunidades laborales y la necesidad de llevar una vida distinta a la tradicional y más parecida a la occidental (tener dinero para comprar celular, audífonos, ropa y otros adminículos), hace que los jóvenes lleguen incluso a vender drogas ilícitas, lo cual termina siendo un factor de riesgo por el consumo desmedido.

Pablo José Montoya, director de la ONG Sinergias e integrante de la investigación en Vaupés, indica que la mayoría de los casos de suicidio se dan bajo los efectos del alcohol comercial, que a los indígenas les produce mayor efecto ya que las comunidades están acostumbradas a la chicha, el masato o el paya Barú (trago tradicional), y a consumir hoja de coca o tabaco.

Añade que las pocas oportunidades de estudiar son “grandes piedras en el zapato”, pues la limitada oferta de escuelas en las comunidades hace que los jóvenes sean enviados a internados en grandes ciudades como Mitú, en donde permanecen por largo

tiempo lejos de sus familias, su lengua, sus rituales y oficios, lidiando con un choque cultural desconocido.

SIN RITUAL Y VULNERABLES

El antropólogo Franky explica que los indígenas no tienen una definición exacta de salud mental: “para ellos es vivir bien y tranquilos, tener armonía con los seres creadores que guían la vida, el cuidado del agua y los bosques, y la soberanía alimentaria”.

Los chamanes cuentan que los rituales de sanación necesitan de toda la comunidad para tener mayores “efectos” y se extienden por toda la región amazónica: los tanimuka –entre el río Apaporis o el Mirití-Paraná– creen en seres míticos que se llevan las almas de las personas en épocas con bajos niveles de agua, además de contaminación, zancudos, enfermedades y diarrea, que es cuando hay más peleas en la comunidad.

Las curaciones del territorio protegen contra males como el suicidio; un ejemplo se encuentra en el ritual del yuruparí, en Amazonas: “por varios días y noches, niños entre 10 y 15 años siguen a un chamán y a otros adultos en rezos, bailes y cantos para curar el mundo y eliminar los peligros que acechan a los más jóvenes”, asegura el profesor de la UNAL.

Añade que, a diferencia de los jóvenes de la sociedad “occidental”, que eligen su profesión, en estas comunidades los chamanes son quienes le dan un oficio a cada joven: dueño de una maloca, cantor, agricultor, pescador o tejedor, y su cumplimiento es determinante para la protección de la comunidad, pero cuando son enviados a internados no pueden hacerlo.

AUMENTA LA VIOLENCIA Y NO HAY ATENCIÓN

Según el informe de la UNAL, cuando en la comunidad de Nazareth se presenta un tema de abuso sexual, la justicia indígena no castiga a los responsables sino que los deja en libertad, e incluso viviendo con las víctimas; a esto se suma el abandono al que algunos padres jóvenes deben someter a sus hijos para irse a las ciudades al “rebusque” económico.

Por otro lado, la violencia armada también es un detonante. Según la Comisión de la Verdad, durante la guerra el 3 % de la población indígena fue víctima de homicidios, el 5 % de desaparición forzada, el 5 % de secuestros y el 4 % del desplazamiento.

La Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) afirma que en el país existen alrededor de 102 grupos indígenas reconocidos, y las Secretarías de Salud Municipal y Departamental son las encargadas de llevar las estadísticas de los suicidios.

El resguardo de Nazareth cuenta con un puesto de salud que atiende casos de primera necesidad, mientras que los de mayor gravedad se trasladan a hospitales como el San Rafael de Leticia; sin embargo, la Gobernación afirma que no hay personal disponible y suficiente, y hay pocas instituciones para estas atenciones, por lo que acceder a una consulta por salud mental es difícil.

Aunque la Constitución Política de 1991 reconoce la protección de la diversidad étnica y cultural de estas comunidades, además de servicios de salud y educación acordes con sus tradiciones, la implementación se queda en el papel y los casos de suicidio juvenil siguen aumentando.



MUCHOS JÓVENES INDÍGENAS abandonan sus rituales ancestrales de protección cuando salen de la zona a estudiar. FOTO: Luis Robayo / AFP.

.....
PALABRAS CLAVE: suicidio juvenil, salud mental indígena, Amazonas, Vaupés.



EL EQUILIBRIO EMOCIONAL de los campesinos del sur del Tolima se sigue afectando debido a la acción de bandas criminales y disidencias de grupos armados ilegales. FOTO: Guillermo Legaria / AFP.

El miedo, trastorno marcado en los habitantes rurales

ÓSCAR JAVIER LAVERDE ROBAYO,
periodista Unimedios - Sede Manizales

Los campesinos aún viven directa o indirectamente los asesinatos, torturas, persecuciones y secuestros derivados del conflicto armado. Esto desborda su miedo, trastorno que muchos manifiestan a través de angustia, tristeza, fobia e incomodidad ante el “extraño”. Así lo revela un estudio psicológico realizado en el sur del Tolima, cuyos resultados señalan que, como mecanismo de defensa ante la “sensación de peligro”, algunos pobladores enrejan sus casas con alambres de púa y las custodian con perros guardianes.

DESDE LA CIUDAD, las montañas del campo se ven como aquel espacio rodeado de verde que produce calma, tranquilidad y un aroma particular a aire puro; pero hacia el sur del Tolima, este escenario no es más que un “idilio rural”.

El sur de este departamento está conformado por ocho municipios: Roncesvalles, San Antonio, Ortega, Coyaima, Chaparral, Rioblanco, Ataco y Planadas, territorios de campesinos y familias humildes que viven especialmente del ganado, la cría de gallinas, la producción de leche y el cultivo de café, maíz y plátano, y que años atrás estaban controlados por grupos al margen de la ley, promotores del desplazamiento forzado, los asesinatos, secuestros, extorsiones y la disputa por el control de la tierra.

En 2019 la Secretaría de Salud del Tolima elaboró un diagnóstico de salud mental que muestra que los habitantes del departamento presentan una alta prevalencia de trastornos mentales, especialmente depresión, ansiedad y consumo de sustancias, además de una alta tasa de suicidio y violencia tanto intrafamiliar como sexual, muchos de ellos relacionados con el conflicto armado que se ha vivido en la zona.

El psicólogo José Luis Alvarado Gutiérrez, magister en Investigación en Psicología de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL) Sede Bogotá, analizó el fenómeno del crimen a partir de un contexto rural colombiano en un grupo de provincias del sur del Tolima que siguen siendo golpeadas por el conflicto armado que allí lleva más de 50 años.

En su estudio trabajó directamente con una muestra de 145 campesinos de la zona para identificar cómo hoy la conformación de pequeños grupos criminales y las disidencias de grupos armados ilegales siguen afectando el equilibrio emocional de las personas.

“En Colombia el crimen se asocia con las acciones de la guerra, el conflicto armado entre las guerrillas, los narcos y el Estado, y a pesar de que en las ciudades se tengan registros incluso más altos por hurto, riñas o asesinatos, en el campo este fenómeno tiene una incidencia más fuerte por su recorrido histórico, una huella que no merma, un daño emocional que no se ha reparado”, explica el psicólogo Alvarado.

Aunque han pasado más de 50 años de conflicto y más de 6 de la firma del Acuerdo de Paz, cifras del Instituto para el Desarrollo y la Paz (Indepaz) revelaron que solo en el primer trimestre de 2023 se registraron en Colombia 6.647 muertes violentas –es decir más de 70 asesinatos al día– y 52 masacres, 5 de las cuales se perpetraron en Tolima.

A través de una serie de entrevistas y pruebas de aptitud aplicadas a los participantes de este departamento –convocados a participar libremente en la Oficina para la Atención de Víctimas– se identificaron dos tipos de miedo: uno que ellos toman como su realidad y que se refleja en la percepción de inseguridad, y otro que se percibe en delitos como hurto, consumo de drogas, robo de cultivos de café, plátano y maíz, y desmembramiento de ganado.

EL EFECTO EN LA COMUNIDAD

El profesor José Ignacio Ruiz-Pérez, magíster en Criminología y doctor en Psicología de la UNAL Sede Bogotá, quien por más de 10 años ha estudiado este fenómeno, explica que “la emoción del miedo también es un desencadenante de angustia, temor, tristeza, ira, impotencia y desconsuelo”.

“Ante el miedo, las personas generan sensaciones incómodas en el cuerpo, como dolor de cabeza, vómito, mareo, subida de la presión arterial y descompensación, lo que se conoce como somatización de las emociones hacia una reacción física”.

Esto se corrobora en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM, 2014), que además resalta que el miedo es un tipo de trastorno que produce fobia, evitación y ansiedad, acompañado por sudoración y palpitaciones.

Por medio de test, el investigador Alvarado identificó que, ante el miedo, más del 70% de los pobladores manifestaron una situación de incomodidad al “extraño”, al “diferente”, que genera un sentido de evasión y falta de confianza. También que el 50% eran mujeres y el 50% hombres entre 18 y 64 años, el 27% tenía bachillerato, un 21% pregrado incompleto, y que el 34,5% se autodenominó como víctima del conflicto armado interno colombiano,

y más del 60% afirmó haber vivido en épocas de reclutamiento forzado.

EL MIEDO QUE PERSISTE

La neuropsicología describe el miedo como una señal eléctrica de los nervios que es enviada hacia las amígdalas, se integra con las señales del córtex prefrontal y el hipocampo, que, en respuesta a un estímulo, produce aumento del ritmo cardiaco, respiración anormal, cierre de esfínteres y dilatación de las pupilas.

Así mismo, ante un peligro causa la liberación de hormonas como el cortisol –producido por las glándulas suprarrenales y responsable del estrés– y la adrenalina, haciendo que la persona actúe en modo de defensa o con un mecanismo de huida, y, en sentido contrario, aumenta su vulnerabilidad, dejándola inmóvil al mismo tiempo.

El Ministerio de Salud y Protección Social señala que el miedo también genera trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) causando un aumento en los pensamientos y temores no deseados.

En su estudio, el investigador Alvarado encontró que, como mecanismo de defensa al miedo, el 80% de los pobladores prefieren tomar acciones preventivas como enrejar sus casas, tener perros guardianes o poner alambres de púas.

La desconfianza no solo se da ante el extraño: los habitantes del Tolima tampoco consideran a la Policía como un elemento de seguridad, pues la presencia de uniformados también quiere decir que algo está pasando en el territorio, “es como si estuvieran buscando algo”, dicen, y esto les genera intranquilidad y zozobra.

Por último, el investigador Alvarado resalta la necesidad de hacer intervenciones psicosociales que promuevan la resiliencia, la convivencia y la reconciliación en el territorio, para evitar que el desconsuelo y la incertidumbre se conviertan en un círculo vicioso al que, según explica, “se le da una simbología, como asociar el crimen con la oscuridad, la lejanía, el descuido y el abandono de todo el contexto que nos rodea, en donde una realidad como la pobreza, el hambre y las necesidades básicas insatisfechas dan pie a un aumento del crimen”.

PALABRAS CLAVE: miedo, emociones, crimen.



EN COLOMBIA HAY cerca de 1,5 médicos por cada 1.000 habitantes. FOTO: Luis ROBAYO / AFP.

El estrés de los médicos comienza desde las prácticas

Para atender al mayor número de pacientes posible con recursos limitados, en horarios extendidos, y cumplir con labores administrativas –como registrar el ingreso y seguimiento de los pacientes–, los médicos rurales, o que realizan sus prácticas de pregrado o especialización, trabajan 264 horas al mes o más, es decir 66 horas a la semana. El resultado: cuadros de ansiedad y depresión que algunas veces terminan en suicidio. Lo peor es que la situación no cambia cuando ya son médicos titulados.

ANNELISE BARRIGA, periodista Unimedios - Sede de La Paz

EN COLOMBIA, LA LABOR DE LOS MÉDICOS que hacen su práctica rural como requisito de grado, especialmente en zonas apartadas y afectadas por el conflicto armado, ha puesto en evidencia la cruda realidad del agotamiento y las dificultades extremas a las que se enfrentan estos profesionales de la salud.

Así lo asegura Agustín Manjarrés, médico que recién terminó su práctica rural en un centro de salud de Valledupar: “además del difícil acceso a la zona, allí el personal de salud no cuenta con los instrumentos necesarios para cumplir con la atención médica. Por ejemplo, cuando llega un caso de dolor abdominal no se puede ordenar una ecografía porque no hay servicio de rayos X, que es lo más simple”.

Aunque la infraestructura de algunos puestos médicos rurales no es tan deficiente, el alcance de su atención médica está definida por la carencia de elementos fundamentales como kits de sutura para tratar heridas o sueros antiofídicos para contrarrestar mordeduras de serpiente, además de la ausencia de herramientas diagnósticas como radiografías para detectar cuerpos extraños. Si bien en estos lugares se pueden manejar casos ambulatorios comunes como diarreas, fiebres, dolores de cabeza y abdominales no quirúrgicos, quedan en una posición vulnerable ante situaciones de mayor urgencia.

“En las zonas rurales los médicos no cuentan con especialistas para atender los casos más complejos, por eso la salida es remitir y trasladar al paciente a una clínica de mayor complejidad”, sostiene el doctor Manjarrés, a quien la falta de apoyo en su primer trabajo le generó inseguridades pues tenía que tomar decisiones de alto riesgo sin tener la autoridad suficiente. “A los rurales les otorgan muchas

responsabilidades y las IPS los dejan solos. Para mí fue agotador física y mentalmente”, puntualiza.

Como el doctor Manjarrés, muchos de los médicos en camino de graduarse, o ya titulados, enfrentan jornadas intensas de trabajo y salarios precarios. Esto explica que estén sometidos a condiciones laborales que se constituyen en cargas mentales, expresadas desde episodios de ansiedad y estrés –posiblemente controlables– hasta expresiones como el *burnout* o los intentos de suicidio, como señala la Encuesta Nacional de Situación Laboral para los Profesionales de la Salud 2019, convocada por el Colegio Médico Colombiano.

UN PROBLEMA DE LARGO PLAZO

El médico Mauricio Hernando Torres Tovar, doctor en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL) ha realizado varias investigaciones en el país sobre las enfermedades derivadas por el trabajo.

“En el contexto de las reformas laborales, que flexibilizaron las formas de contratación, el sector de la salud ha sido uno de los más afectados. La contratación es inestable pues al personal médico se le “vincula” de manera temporal con salarios muy bajos y mecanismos debilitados de protección social y de salud, con pagos a destiempo que hacen que su vida sea inestable y precaria”, explica el doctor Torres Tovar.

Al respecto el psiquiatra Alex Sandro Mindiola, experto en Salud Mental, explica que los médicos rurales enfrentan jornadas que van desde las 6 de la mañana hasta las 10 de la noche; a menudo los turnos de 12 horas, en la noche y los fines de semana, sobrepasan las 60 horas semanales.

“Normalmente cuando estamos recién egresados queremos ‘comernos el mundo’ y trabajamos de 7 de la mañana a 7 de la noche (con media hora de almuerzo), con turnos de noche cada cuarta noche más los fines de semana, o turno cada tres días. El tiempo de descanso es muy poco: alrededor de 55 horas semanales. Obviamente esto genera estrés y angustia”, señala el psiquiatra Mindiola.

Según su experiencia, las extensas jornadas y el compromiso con el trabajo al principio de su carrera le causaron hipertensión arterial y otros problemas de salud. “Deduzco que estos casos se dan mucho en las personas entre 24 y 40 años recién graduadas; luego uno se va concientizando y propende por su calidad de vida”.

MÉDICOS QUEMADOS LABORALMENTE

La Ley 100 de 1993 introdujo una serie de cambios en el sistema de salud colombiano, que aunque buscaban mejorar la cobertura, la calidad y la eficiencia de los servicios, también generaron efectos negativos sobre las condiciones laborales de los profesionales de la salud. Entre los efectos más relevantes están:

- La tercerización y subcontratación por parte de las entidades prestadoras de salud (EPS) y de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).
- La sobrecarga y el estrés laboral de los médicos.
- La desvalorización y el deterioro del ejercicio profesional de los médicos, cuya calidad de vida se ve afectada por tener que cumplir una meta de pacientes atendidos durante su jornada.

Según el psiquiatra Jesús Altamar Peña, quien trabaja en el Hospital Rosario Pumarejo de López (Valledupar) “los trastornos por estrés laboral tienen alta incidencia en los profesionales del área de salud. Una de las necesidades humanas es el sueño, y un factor común en los pacientes (médicos) es el trastorno de insomnio, que afecta su salud física y emocional”.

Recalcó además que “el sueño es tan importante como tomar agua, y los trabajadores de la salud que no duermen padecen depresión, ansiedad, fobia y todos los problemas colaterales de estos trastornos, debido a los turnos laborales”.

El doctor Torres Tovar agrega que “a eso hay que sumarle que en el sector de la salud hay una presión muy fuerte de las violencias basadas en género que hoy vienen saliendo a la luz; aquí las jerarquías tanto médicas como de género juegan un papel clave y se expresan a través de acosos laborales y sexuales, configurando violencias basadas en género”.

“Esto repercute especialmente en las mujeres trabajadoras; no es que los hombres no lo vivan, ellos también sufren acoso laboral, pero en menor medida. En un análisis más complejo se habla de la interseccionalidad: se combinan las jerarquías laborales, el sexo, la edad y la condición étnica, que genera más carga de trabajo afectando la salud física y mental de los trabajadores”.

Por último, el docente anota que “quienes tienen este tipo de afectaciones prefieren no decir nada y seguir con sus labores; no comentan sus problemas porque temen perder sus trabajos, por lo que esconden las enfermedades de salud mental, y al no tratarlas a tiempo la situación empeora”.

PALABRAS CLAVE: burnout, médicos, exceso de trabajo, ansiedad.

Compañía, antídoto que curaría la salud mental de los ancianos

Aunque parezca un asunto menor, contar con alguien a quien contarle los temores, emociones o sensaciones; o retarse a nuevas experiencias, retomar actividades rezagadas con el tiempo o mantener contacto con redes sociales de carne y hueso, son factores esenciales para fortalecer la autoestima y mejorar la percepción de sí mismos cuando se superan los 60 años, y así repeler la ansiedad o la depresión.



DIANA MERCEDES MANRIQUE HORTA, periodista Unimedios - Sede Bogotá

“NO SÉ EN QUÉ PARTE está escrito que cuando una persona envejece entra a formar parte del inventario de los hogares”, se cuestiona doña Dorita, como le gusta que le llamen, maestra de primaria de 70 años, jubilada hace 13, quien después de 40 años enseñando geografía un día se vio sentada en el borde de su cama preguntándose: ¿y ahora qué? Había criado a dos hijos, ayudado a cuidar cuatro nietos y enterrado a su compañero con quien compartió casi cinco décadas de vida; también se despidió para siempre de sus padres, algunos hermanos y varios amigos.

Durante un tour por Europa, Dorita observó aspectos que le resultaron reveladores: allí los viejos como ella –y más también– se ponían cita para tomar el aperitivo en alguna terraza, ir al cine, salir a rumbear, e incluso le contaron que se ofrecen planes turísticos diseñados únicamente para ellos.

A su regreso al país no lo dudó y emprendió una lucha, primero con ella misma, para empezar a verse como una “verraca”, para emprender nuevos retos sin que la excusa de los años y los “achaques” pesaran como bultos de cemento; segundo, habló con su familia y les manifestó lo importante que era para ella seguir sintiéndose útil y capaz, les pidió que la apoyaran y acompañaran en sus iniciativas. Así, empezó a estudiar francés, algo que siempre quiso hacer, y

también se hizo voluntaria en una ONG que trabaja con población vulnerable.

“No voy a decir que me siento como una quinceañera, porque la hipertensión y la artrosis me recuerdan todos los días que envejecí, aunque la dignidad no se pierde con la edad”, afirma.

Al respecto, la profesora Magnolia del Pilar Ballesteros Cabrera, del Departamento de Psicología de la UNAL Sede Bogotá, explica que “el adulto mayor experimenta el bienestar psicológico a través de pensamientos, sentimientos y actitudes con respecto a sí mismo, a su relación con los otros y a su entorno. Por eso es necesario promover más este tema, para que la población tenga una vejez más saludable y así se potencie su calidad de vida”.

ADULTEZ MAYOR, PANORAMA DESALENTADOR

Como doña Dorita, muchas personas intentan mantenerse activas después los 60 años, aunque esta no es la realidad de muchos de los adultos mayores colombianos.

Se trata de un panorama desalentador si se tiene en cuenta que el Ministerio de Salud y Protección Social estima que en 2030 la proporción de adultos mayores superará el 16 % de la población; entre 1985 y 2020 pasó del 6,9 al 13,8 %, lo cual representa un verdadero

desafío para el Estado en materia de políticas pensionales y de protección social, entre otras.

La profesora Ballesteros destaca que antes de la pandemia, en la práctica clínica que se realiza en el Hospital Universitario Nacional ya se evidenciaba un incremento en la atención en general a adultos mayores, por casos de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, cáncer, etc.), y también en las solicitudes de acompañamiento en salud mental, es decir que esta no es importante por sí misma sino por estar asociada con enfermedades crónicas.

“Algunas veces las personas mayores de 60 años no tienen un proyecto de vida y afrontan cambios específicos en el entorno familiar: los hijos ya no viven ni comparten con ellos, no ven a sus nietos u otros familiares, sus amigos van muriendo... se quedan sin una red de apoyo activa. Por eso, en el ámbito de la promoción y prevención en salud se indaga sobre cómo se sienten, con quiénes viven o tienen contacto, o qué actividades realizan”, menciona la docente.

Agrega que cuando estos elementos no están solventados se incrementan los casos de ansiedad, depresión, e incluso suicidio en adultos mayores; la salud mental se ve condicionada a la calidad de vida y la pérdida de autonomía (visión o audición). “La última Encuesta Nacional de Salud Mental relaciona aspectos

como la depresión y ansiedad en adultos mayores con comorbilidades y redes de apoyo; muchas veces sienten que el sistema de salud no responde ni prioriza sus necesidades”, amplía.

¿Pero qué relación tiene la historia de Dorita con la salud mental o con el bienestar psicológico de los adultos mayores?

Camila Andrea Chaves Hoyos, magíster en Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL), autora de una investigación centrada en el bienestar psicológico de los ancianos, afirma que “el tema de la adultez mayor está lleno de prejuicios; muchos autores y estatutos legales describen las características poblacionales, las capacidades, los déficit y demás factores, pero no a las personas, por eso mi tesis de maestría indaga sobre cómo se definen a sí mismos los adultos mayores”.

“El trabajo incluye –a partir de la práctica clínica de la psicología– una manera más amplia y directa de trabajar con estas personas, grupal o individualmente, para fortalecer su sentido de vida y aumentar el valor que le da cada individuo a su capacidad de aprendizaje y demás habilidades”.

EL MÉTODO

Para su investigación, la magíster aplicó el modelo de creencias en salud, el cual plantea que la disposición de una persona para adoptar una conducta de salud estará determinada por dos factores: la percepción de susceptibilidad a enfermar, y la severidad recibida de la consecuencia de la enfermedad. Para ello se realizó un taller de psicología clínica como técnica de recolección de datos.

Se adelantó una convocatoria en la que se invitaba a cualquier adulto mayor de 60 años, que no tuviera ningún deterioro cognitivo diagnosticado, y que sintiera la necesidad de acudir a un servicio que le permitiera expresarse y le diera herramientas para desarrollar su vejez de manera más satisfactoria.

Acudieron unas 35 personas, quienes fueron entrevistadas para conocer sus expectativas sobre el taller; se seleccionaron 17 (6 hombres y 11 mujeres), con 69 años en promedio y la mayoría pensionados, quienes mostraron mayor necesidad de tener herramientas para manejar algún aspecto de su vida personal.

También se aplicaron la terapia de aceptación y compromiso y el modelo de bienestar psicológico, abordando seis factores: relaciones positivas con otros; autoaceptación; autonomía; control ambiental; crecimiento personal, y propósito en la vida. Cada uno se desarrolló en una sesión.

Con los talleres se realizó un acercamiento al autoconcepto de la población y se encontró que ellos se definen especialmente a partir de su historia de vida individual y de lo que quieren ver en sus seres queridos, es decir, en la trascendencia que tengan en su entorno, como se registró en los deseos antes y después de la intervención.

También se reflejó un pensamiento más dirigido hacia la acción, la autonomía y el crecimiento personal sin que esto les genere culpa por pensar más en sí mismos. En la última sesión comentaron haber aprendido a pensar en sí mismos, sacar tiempo para ellos y plantearse nuevos retos personales.

Como resultado de este ejercicio grupal se agregó como recomendación que la UNAL construya nuevos espacios grupales dirigidos a adultos mayores, que abarquen el desarrollo de habilidades psicológicas.



EN EL ESTUDIO, los adultos mayores manifestaron que mantenerse ocupados y en compañía los aleja de sufrir trastornos mentales. FOTO: Nicol Torres / Unimedios.

PALABRAS CLAVE: comportamiento, psicología clínica, salud mental, vejez, adultos mayores.



El cerebro y su actividad en la “sinfonía” de la salud mental

La muerte de un ser querido, una crisis laboral, el maltrato intrafamiliar, una depresión posparto no tratada, e incluso tener un familiar con una enfermedad mental previa, son factores que hacen que el cerebro se active ante un trastorno mental. ¿Qué pasa desde allí y cómo lo enfrenta el ser humano?

LUIS ROBERTO AMADOR LÓPEZ,

Médico de la Universidad Nacional de Colombia, neurólogo de la Universidad del Rosario y del Hospital Militar Central, fellowship en neuroinmunología de la Universidad Rockefeller de Nueva York

LAS ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL –bien sean trastornos psiquiátricos o psicológicos– implican una serie de cambios en el pensamiento, las emociones o la conducta de las personas, que pueden ser de corta o larga duración; por ejemplo, un cuadro de depresión no tratado puede desencadenar una depresión profunda repetible con cierta periodicidad.

Partiendo de esto, la resiliencia se destaca como la forma en que las personas enfrentan los momentos difíciles o los factores que a su vez se ven influidos por los cambios en la estructura o la actividad del cerebro: esta es la “sinfonía” de la salud mental.

La salud mental es un objeto de estudio para los sistemas de salud, necesario para implementar estrategias en las cuales la salud mental, además de ser individual, sea colectiva. Para ello es necesario entender en su magnitud el concepto de resiliencia, o la capacidad de adaptarse y superar las situaciones adversas o traumáticas y de salir fortalecido de ellas.

Pero, más que objeto, la salud mental como “sujeto” forma parte de cada uno de nosotros como personas. Aquí surgen algunos factores que el sistema podría obviar, o que no son evidentes para el individuo, quien puede no notar su estado, si está ansioso, depresivo, o desesperanzado; o si se da cuenta decir “no estoy loco”, y entonces no necesita ayuda.

La salud mental no es un adorno, es un estado experiencial diferente a lo que entendemos de la enfermedad a los ojos de la patología. Cada uno de nosotros forma parte de su propio mundo. Durante todo el curso de la vida, un contexto o una atmósfera con sus relaciones y procesos va moldeando una mente sana.

Por eso debemos entender que aunque la salud mental no sea evidente, la vamos construyendo grano a grano entre el contexto y nosotros. Es un proceso de múltiples sistemas biológicos, psicológicos, sociales y ecológicos expuestos como factores de riesgo, como por ejemplo la pandemia, la pobreza, la situación de la nación, la escolaridad, la migración o los problemas de género, entre otros, que impulsan a las personas a tener que recuperar, mantener o mejorar su bienestar mental. Sin embargo, esto

depende de la situación en que vivan las personas y de la importancia que se le dé en su comunidad.

DESDE LA RESILIENCIA

En muchas disciplinas se habla de la resiliencia –del latín *resilire*, que significa recuperarse– como si habláramos de una pelota al rebote, de un todo o nada. Pero realmente pasamos de este sistema mecánico de la pelota a un sistema adaptativo en la complejidad.

En salud mental la resiliencia se convierte en la interacción de sus protagonistas, es decir, cada uno de nosotros como persona, nuestra fisiología en contexto y el sistema de prestación de atención de la salud. Somos un conjunto emergente de propiedades del sistema a partir de las relaciones de los personajes en todos los niveles de nuestra organización.

Así mismo, tanto en la salud mental como en el contexto médico en general, a lo largo de la vida la resiliencia se va convirtiendo en una propiedad para lograr la estabilidad. Si recordamos, tanto el sistema nervioso autónomo como el inmune siempre están atentos a lo que le pase al cuerpo por medio de las hormonas. ¿Cómo? A través de una adaptación en el cambio, una cualidad que se ha denominado alostasis.

Ya vamos construyendo la orquesta. En salud mental el objetivo es alcanzar la resiliencia, y esto implica una adaptación positiva a los estresores psicológicos sin causar consecuencias negativas de largo plazo. Detrás de esto están el estrés agudo y el crónico, los cuales representan alteraciones en el cuerpo, en las emociones y en el entorno. Es el desencadenamiento de una respuesta psicobiológica, una activación exagerada de esa adaptación al cambio que describimos antes, la cual se puede llegar a asociar con peores resultados de salud.

La resiliencia siempre representa una adaptación exitosa, por lo que se deben implementar estrategias para fortalecerla –como establecer relaciones de apoyo con familiares, amigos y otras personas que brinden afecto, comprensión y ayuda, o cuidar de la salud física por medio del deporte– que permitan mejorar los resultados de la salud mental y evitar que a largo plazo se desarrolle una enfermedad mental.

Por su parte, el estrés crónico se convierte en el gran enemigo, y es sobre este que se deben enfocar dichas estrategias, pues afecta fácilmente las habilidades de autorregulación y afrontamiento de las personas, por eso se debe manejar con terapias.

Tanto la salud mental como las respuestas al estrés son multifacéticas, incluso pueden interferir en las funciones del cerebro y provocar alteraciones como depresión, angustia, preocupación o desesperanza, o acelerar la demencia, eso sin olvidar otras alteraciones fisiológicas como la hipertensión o la intolerancia a la glucosa.

Los agentes farmacológicos –como antidepresivos, antihipertensivos, medicamentos para dormir y agentes antiinflamatorios– son necesarios ante las manifestaciones fisiológicas de la carga alostática.

Podemos decir entonces que la resiliencia, así como la salud, la enfermedad o el malestar, son capacidades personales que surgen tanto de factores internos como de fuerzas ambientales externas, y por eso debemos abordarla desde todas las perspectivas.

Bajo este contexto, y conociendo ya tanto la complejidad como los protagonistas internos (alostasis/resiliencia) y externos del ser humano, se espera que cada día las decisiones que tome el Sistema de Salud, y en especial el propio paciente, puedan vestirse de gala.

Si por ejemplo un paciente con ansiedad posCOVID-19 requiere psicoterapia mínima de 6 horas, es importante que fortalezca sus redes sociales y que busque un espacio y personas con quienes compartir. Por eso se debe promover entre las personas el cambio de los comportamientos o estilos de vida que no permiten que una persona descansa o practique alguna actividad física, o que afecten de alguna manera su autoestima y su capacidad de afrontar un problema, en pro de la salud mental individual y colectiva.

En este concierto la sinfonía de la salud mental termina felizmente cuando todos los protagonistas nos identificamos y logramos una obertura, un desarrollo, un clímax adaptativo y resiliente para llegar a un final exitoso.

PALABRAS CLAVE: salud mental, resiliencia, neurotransmisores.



Factores que afectan la salud mental: antecedentes familiares; enfermedades mentales que han pasado genéticamente de padres a hijos; eventos estresantes; una lesión cerebral; enfermedades cardíacas; problemas con sustancias químicas (hormonas); abuso de drogas o adicciones, y un desequilibrio de mensajeros químicos en el cerebro.



El Laboratorio de Neuropsicología y Neuromodulación del Hospital General de Massachusetts estudia los patrones de conectividad de distintas áreas cerebrales importantes en la depresión y que se relacionan con la estimulación cerebral profunda, como el núcleo accumbens o la corteza subgenual.



La esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión grave tienen en común la pérdida de sustancia gris (constituida por los cuerpos de las neuronas) en distintas zonas del cerebro.



Cuando una persona sufre de psicosis, en su cerebro hay un funcionamiento anómalo en los circuitos cerebrales con un desequilibrio en los neurotransmisores como dopamina, serotonina y el glutamato. Esto afecta las funciones que rigen el pensamiento, las emociones y la conducta.



El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno mental que se manifiesta cuando las personas tienen pensamientos, sentimientos, ideas, obsesiones y comportamientos repetitivos e indeseables que los impulsan a hacer algo una y otra vez. Afecta al 3% de la población mundial, más de 100 millones de personas.