

**ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD
TECNOLÓGICA DE PEREIRA Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE
RISARALDA**

Daniel Fernando Jaramillo

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA- ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA
PEREIRA, COLOMBIA
2020**

**ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD
TECNOLÓGICA DE PEREIRA Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE
RISARALDA**

Daniel Fernando Jaramillo

**Trabajo de investigación presentada para optar al título de Especialista en
Psiquiatría**

Tutora:

Dra. Ruby Mejía Ramírez

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA- ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA
PEREIRA, COLOMBIA
2020**

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Margarita, por la incondicionalidad y el AMOR por mis decisiones. A mis compañeros de residencia Viviana, Sergio y Marcela, porque en su hermandad encontré la fortaleza para PERSISTIR. Y a mis docentes por inculcar la PASIÓN por esta maravillosa rama del conocimiento.

RESUMEN

Esta investigación se presenta como pionera en las descripciones de la historia de la Psiquiatría como rama médica en la región Risaraldense, otros trabajos similares, sobre todo con el mismo contexto se encuentran ubicados en regiones de mayor tiempo de funcionamiento o a contenidos históricos institucionales.

Este trabajo se enmarcó en la metodología histórica hermenéutica, para el análisis de los textos en físico, tanto bibliográficos como de carácter institucional y administrativo; bajo el análisis cualitativo y utilizando las potencialidades de la teoría fundamentada, se incorporaron, además, las voces de los versionantes significativos, para así reconstruir el transitar de esta rama de la medicina en el Departamento.

Alrededor de la discusión, esta se dividió en tres grandes temporalidades 1. Antes de 1977, 2. Desde 1977, con la creación de Facultad de Ciencias de la Salud-UTP, hasta el 2006, y 3. A partir del año 2006 con el nacimiento de la Especialización en Psiquiatría, hasta la actualidad; ello bajo cuatro perspectivas: 1. Asistencial e institucional, 2. Político normativo, 3. Conceptual teórico, y 4. Metodología académica. Bajo estos elementos se buscó reconstruir la memoria y la historia del área de Psiquiatría en el marco de los cuarenta y tres años de creación y funcionamiento de la mencionada Facultad.

De otro lado, la historiografía actual, presenta que la concepción del fenómeno mental busca una expresión pato plástica, ligada al contexto histórico. Así los aportes del área de Psiquiatría de la UTP han llevado al desarrollo de un enfoque holístico de la enfermedad mental; esto a su vez ha permitido progreso y fortalecimiento de la salud mental en la región en diferentes ámbitos como los académicos, conceptuales, sociales, institucionales y

políticos. Finalmente, es importante resaltar que este ejercicio investigativo no constituye en sí mismo la historia de la psiquiatría en la región y/o en la Universidad, sino que es un aporte a la construcción de esta.

Palabras Clave: Historia; Psiquiatría; Risaralda; Universidad Tecnológica de Pereira.

Contenido

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
OBJETIVOS	16
CAPITULO 1. APROXIMACIÓN A LA REALIDAD	17
1.1 Origen y evolución de la Psiquiatría	17
1.2 Psicopatologías y posmodernidad	30
1.3 Perspectivas actuales de la Psiquiatría como especialidad médica	38
1.4 Realidad de la Salud Mental En Colombia 1.4.1 Aspecto Político	41
1.4.2 Diagnóstico Estadístico	53
1.5 Salud Mental En Risaralda	62
1.6 Enseñanza de la psiquiatría en Colombia	64
1.6.1 El rol del médico general en la psiquiatría en Colombia	73
1.6.2 Perfil para formar el Psiquiatría En Colombia	76
1.6.3 Caracterización del residente de psiquiatría en Colombia	82
1.7 Psiquiatría En La Universidad Tecnológica De Pereira	85
1.7.1 Rasgos distintivos de la enseñanza en pregrado	87
1.7.2 Rasgos distintivos del programa de especialización en psiquiatría	90
CAPITULO 2. DISEÑO METODOLÓGICO	100
2.1 Diseño	100
2.2 Entrevista Semiestructurada	104
CAPÍTULO 3. BALANCE HISTORIOGRÁFICO	111
3.1 Breve recuento histórico de Risaralda	111
3.2 Historiografía de la Psiquiatría en Risaralda	114
3.3 Historia de las instituciones prestadoras de servicios de salud mental en Risaralda	131
3.3.1 Hospital Universitario Mental De Risaralda	131
3.3.2 Unidad De Salud Mental Hospital Universitario San Jorge	134
3.3.3 Instituto Del Sistema Nervioso De Risaralda	136
3.3.4 Instituto Prointegración De La Salud I.P.I.S.	137
3.3.5 Psicosalud y Transformación	138
3.5 Líneas de Tiempo: Psiquiatría a partir de los archivos documentales de la FACIES	139
CAPÍTULO 4 ANÁLISIS Y SÍNTESIS	144

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

185

Tabla de Tablas

Tabla 1 Estructura metodológica por Fases.	104
Tabla 2 Entrevista Semiestructurada	108
Tabla 3 Personajes significativos	109
Tabla 4 – Periodos y medicalización de la enfermedad mental.	120

Tabla de Ilustraciones

Ilustración 1 Institucion y Asistencia	145
Ilustración 2 Institucional y Asistencial	145
Ilustración 3 Político Normativo	154
Ilustración 4 Conceptual Teórico	163
Ilustración 5 Conceptual Teórico	163
Ilustración 6 Metodológico Académico	172
Ilustración 7 Metodológico Académico	172

ANEXOS

Entrevistas Actores

Proceso de aplicación de teoría fundamentada

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto fue planteado como una de las líneas de investigación del macro proyecto titulado: «La Facultad Vivida- investigación histórica en la Facultad de Ciencias de la Salud (FACIES) de la Universidad Tecnológica de Pereira -1977-2017», que corresponde a la primera fase del proyecto que lidera el grupo de Pensamiento y Prospectiva (PENPRO), el cual se encuentra vinculado al grupo de Investigación en Ciencias Quirúrgicas de la Facultad de Ciencias de la Salud, en la línea de Investigación Educativa.

A través de la investigación «Origen y evolución del área de Psiquiatría de la Universidad Tecnológica de Pereira y su impacto en la salud mental de Risaralda», se pretende reconstruir la memoria y la historia del Área de Psiquiatría en el marco de los cuarenta y tres años de creación del Programa de Medicina y de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Esto implicó la recolección y análisis de fuentes primarias y secundarias, que, mediante un riguroso proceso de investigación histórica, y bajo teoría fundamentada, permitieron interpretar y comprender los más importantes procesos al respecto, el impacto social, la estructuración de la maya curricular y la perspectiva brindada por el Área de Psiquiatría a la Facultad de Ciencias de la Salud y a la región.

Dicho proceso implicó traer al presente los antecedentes históricos, académicos, educativos, económicos, sociales, estructurales y políticos que determinaron la creación y marcaron la evolución de la Psiquiatría, además de la descripción de los modelos pedagógicos imperantes, su implementación, las ganancias y pérdidas, y su impacto en la comunidad académica y social a lo largo de cuarenta y tres años de ejercicio académico ininterrumpido. Este trabajo

fue posible gracias a la reconstrucción de la memoria escrita y oral permitió que dio pista para la construcción de una narrativa histórica, mostrando los alcances y vicisitudes de la especialidad psiquiátrica en la región. Finalmente, es importante resaltar que este ejercicio investigativo no constituye en sí mismo la historia de la psiquiatría en la región y/o en la Universidad, sino que es un aporte a la construcción de esta, o de investigaciones posteriores que quieran mirar en retrospectiva esta unidad académica adscrita a una Facultad próxima a cumplir sus 50 años de labores académicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El análisis del devenir temporal es fundamental para el estudio de cualquier enfermedad, pero, en la psicopatología cobra unas dimensiones en extremo importantes, siendo estas un constructo multifactorial y dentro de cuyo contexto no se plantea una causalidad lineal, sino más bien una confluencia de factores en constante Inter juego (Brainsky, 2014).

Parte de la labor del médico psiquiatra será ayudar a recordar lo que otro pretende olvidado, escudriñar el pasado o al menos a registrar el presente, ayudando al paciente a madurar y reconocer la importancia del registro de los hechos, y que en el conocimiento del pasado puedan encontrar fuentes que ayuden a clarificar sus inquietudes actuales.

Lo verdaderamente importante de la investigación histórica es el aporte a la comprensión de la realidad o de la vida que la historia debe hacer. El reconocimiento es un proceso intelectual, consiste en ubicar las impresiones sensoriales recibidas del mundo exterior, a los esquemas de memoria del individuo. Comprender implica que esas impresiones sensoriales y sus esquemas de memoria asociados han sido integrados u organizados en una red dinámica ahora llamada pensamiento. (Urantia, 1995).

Por su parte, los significados se derivan de la combinación del reconocimiento y la comprensión. Estos son inexistentes en un mundo totalmente biológico. Los significados y los valores se perciben tan sólo en las esferas más interiores de la experiencia humana. Su reconocimiento implica la posesión de una mente con conciencia de personalidad, como la mente humana (Barañano Ascensión, 2010).

Si se pretende reflexionar sobre el origen y evolución del área de psiquiatría de la UTP en el contexto de los primeros 43 años de la FACIES, es pertinente aclarar, en la perspectiva del presente trabajo a que se alude cuando se habla de historia y memoria. En palabras de Hobsbawm (1998), la Historia, supone una mirada externa sobre los acontecimientos del pasado, mientras que la memoria implica una relación de interioridad con los hechos relatados, la memoria perpetúa el pasado en el presente, mientras que la historia fija el pasado en un orden temporal cerrado, cumplido, organizado según procedimientos racionales. Es por esta razón que cuando los protagonistas de los hechos mueren, se termina la probabilidad de hacer memoria y es donde empieza la posibilidad de buscar la historia (Traverso 2011).

Lo anterior implica que, para efectos de este trabajo, que para el año 2019, dado que aún existen protagonistas vivos y saludables del origen de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UTP, y que posiblemente la actual generación de estudiantes y profesores son potenciales participes de la última oportunidad que existe en el tiempo, todavía se puede hablar de la memoria de la fundación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira y describir lo que pretende esta investigación.

Se resalta que es esto una oportunidad presente, porque en el futuro próximo, al desaparecer todas las personas que actuaron en su estructuración, ya no se tendrá la posibilidad de hablar de la memoria, tan solo se podrá hablar de historia escrita; adicionalmente, vale la pena reflexionar alrededor de la idea de que la historia nace de la memoria (Traverso, 2011).

Cabe aún señalar que existen algunos riesgos cuando se trata del trabajo con la memoria de los acontecimientos, dado que esta se basa en relatos propios o de terceras personas. La memoria humana es una guía muy frágil hacia el pasado, el mapa no es el territorio. Si

consideramos la memoria sólo un mapa, jamás podrá representar la totalidad y la perfección del territorio o de la realidad vivida, con detalles perdidos, confusiones, expresiones de deseos, idiosincrasia y el paso del tiempo que todo lo resignifica. El único elemento en el cual puede alguien basarse para afirmar que tal o cual recuerdo es idéntico o parecido al territorio planteado, es la confrontación y/o contrastación con un testigo que haya presenciado el mismo suceso y así poder decantar la igualdad de recuerdos entre ambos (Solvey P. & Ferrazano R., 2014).

Por su carácter subjetivo, la memoria nunca es fija; se parece más bien a una obra abierta, en transformación permanente; en esa medida, los pensamientos que se tengan frente a la memoria, la reflexiones sobre la memoria cada que esta se repita, la emocionalidad del proceso mnésico, la emoción del presente hacia otros protagonistas de los mismos momentos vividos y los relatos de estos otros protagonistas, permiten que aquellas memorias evolucionen y puedan cambiar, con el tiempo las memorias del pasado; entonces, paradójicamente, se dejan influenciar por el momento presente (Verón O., 2015).

Todos los trabajadores de la salud buscan observar el mundo desde la perspectiva de la vida, en este sentido, las ramas básicas de la medicina facilitan entender que la vida se trata de procesos organizados y dinámicos. Sin embargo, estos procesos no solamente ocurren en la vida desde punto de vista microscópico; por el contrario, la sociedad, en sí misma constituye un macroproceso, y el análisis de estos permite mirar hacia atrás para que, a la luz del camino recorrido, se pueda comprender el presente y planear un mejor futuro (Nietzsche, F., 1900).

Ahora bien, los estudiantes en todos los niveles, incluyendo, por supuesto, a los practicantes de Ciencias de la Salud, deben apropiarse de los procesos históricos, especialmente

tratándose de su propia historia, para que de esta manera sean asimilados los datos que permiten aproximarse al origen y el posterior desarrollo de la Facultad de Ciencias de la salud de la UTP, en particular, a los aportes brindados por el área de Psiquiatría de dicha dependencia académica y al Departamento de Risaralda.

Lo anterior pretende dar cuenta de que el estudio de la historia de las instituciones no sólo es útil para el usuario común de ellas, sino para los líderes y visionarios, que se atreven a proponer alternativas de crecimiento o transformación, las cuales, tratándose de la FACIES de la UTP, implican distintos momentos que parten de su crecimiento, y contemplan su evolución, e incluso el desarrollo mismo de Risaralda, el Eje Cafetero y Colombia.

Cobra así mayor sentido, el análisis de los procesos que dan cabida a la formación y funcionamiento en las áreas de las ciencias para la salud, pues se abre el camino a profesionales que velan por el bienestar y la promoción de la salud humana, así como a la prevención de las enfermedades a nivel primario, secundario y terciario, situación que impacta directamente en el desarrollo social de esta región geográfica.

Bajo esta mirada, buscar el desarrollo de toda una región, está relacionada con que la educación universitaria no debe quedarse sólo en la formación disciplinar que permite obtener un trabajo en el sistema social, sino también en una formación que ayude en la generación de elementos de crítica social y humanística en todas las áreas del saber, para efectos de esta reflexión en los profesionales de la salud.

Para que tal proceso suceda, la educación universitaria debe tener también el ideal de transformar el mundo para una mejor sociedad; es aquí donde un proceso de

autoconocimiento social resulta crucial, toda vez que ello permite desarrollar en el contexto, las motivaciones y las vicisitudes que llevan al surgimiento y fortalecimiento del Área de Psiquiatría dentro del Programa de Medicina, y posteriormente a la formación de la Especialización en Psiquiatría de la UTP.

De allí que sea de vital importancia aproximarse al conocimiento referente al estudio del origen y desarrollo de esta Facultad y los elementos que llevaron a incluir la Psiquiatría como uno de los ejes del programa, para así favorecer el continuo análisis, dado que puede ser la base para generar la debida planeación hacia el futuro, aportando a que los profesionales se involucren a la sociedad y favorezcan su crecimiento.

El Proyecto Educativo Institucional de la UTP propende la formación de profesionales críticos, integrales, comprometidos con la ciudadanía, la democracia y la sostenibilidad. Lo que obliga a que, desde la academia, se fomente la reflexión sobre el origen, el desarrollo y la evolución, en este caso, del Área de Psiquiatría de la FACIES.

Los procesos pedagógicos no pueden estar al margen de las relaciones historia, educación, sociedad, cultura, disciplinar-interdisciplinar, entre otras, que aportan a la construcción y reconstrucción de los procesos educativos de cara al horizonte abierto del porvenir (Nietzsche F., 1900).

Al mirar a través del caleidoscopio de opiniones sobre la realidad ontológica relativa al origen y evolución del Área de Psiquiatría de la UTP y cómo esta ha impactado la salud mental de Risaralda, se desarrolló esta tesis de especialización.

Desde esta óptica, la realidad abordada a lo largo de esta investigación toma en consideración las perspectivas anteriormente descritas y, en consecuencia, ante los hechos, surge la siguiente inquietud investigativa: **¿Cómo ha impactado en la salud mental de Risaralda el área de Psiquiatría de la Universidad Tecnológica de Pereira desde su origen y evolución?**

OBJETIVOS

General:

Identificar el impacto del área de Psiquiatría de la Universidad Tecnológica de Pereira en la salud mental de Risaralda desde su origen y evolución.

Específicos:

- Describir los antecedentes de la Psiquiatría en la región desde su perspectiva histórica.
- Analizar las fuentes de información que relatan los aspectos asistenciales y académicos del área de Psiquiatría y su influencia en la formación médica de la región.
- Interpretar los aportes del área de psiquiatría de la UTP en la salud mental de Risaralda.

CAPITULO 1. APROXIMACIÓN A LA REALIDAD

1.1 Origen y evolución de la Psiquiatría

El origen de la psiquiatría es posible identificarlo desde el momento en que hay pensamiento humano, a partir de este punto progresa con profundas ramificaciones y desgajamientos en la religión, la filosofía, la psicología y el acto médico (González de Rivera, 1998).

Los primeros médicos fueron psicoterapeutas cuyas explicaciones tomaban rutas míticas, religiosas, morales y fenomenológico-existenciales; sin embargo, por la limitación del momento, con imposibilidad de tener un correlato fisiológico preciso. No fue sino hasta la década de los años treinta del siglo pasado, cuando se dio paso a la ruta biológica (Alarcón Renato, 2015). Sin embargo, y con asiento firme, gran parte de las curaciones obtenidas en medicina a lo largo de la historia, se asocian a la correcta interpretación de los procesos sintomáticos, mediante técnicas intuitivas cuyo conjunto constituye la “magia del médico”. (González de Rivera, 1998)

La destreza del psiquiatra radicará en la puesta en marcha de mecanismos que corresponden a la percepción o cambio subjetivo en el otro y que se reconoce como anómalo, originado por una enfermedad o un trastorno que de origen a disfuncionalidad consigo mismo y el entorno. Luego podría decirse que la psiquiatría aparece cuando el humano se interesa e intenta aliviar el sufrimiento de otro mediante su influencia, o sea intrincadamente todo acto médico es un acto curativo psíquico.

Con esta última afirmación, recurrir en primer lugar, al reconocido papel de las narrativas como herramienta epistemológica, es decir, como instrumento interpretativo que permita comprender la racionalidad interna o su ausencia en el discurso cotidiano del ser sufriente. Pero la normalidad es relativa, y sólo puede ser medida en un contexto histórico, que abarque espacio y tiempo específicos (Brainsky, 2014).

Ahora bien, los paralelismos entre historia y clínica son varios, su interacción es tan estrecha que, se sepa o no, en el fondo resultan inseparables. Todo historiador de la psiquiatría, con un modelo clínico en mente, actúa bajo a unas coordenadas médicas, sino bajo un criterio histórico. Dicho en otras palabras, la historia en la psiquiatría cumple un papel epistemológico de primer orden al explicar por qué los profesionales de la salud mental hacen lo que hacen en su práctica cotidiana, y dicen lo que dicen al construir conceptos sólidos, en continua reinterpretación de acuerdo con los marcos estadísticos, normativo, adaptativo y estético. Así las necesidades de cada una de las concepciones filosóficas van determinando la manera de ver al psiquismo desde sus orígenes hasta nuestros días.

El hombre de cada momento histórico se ha enfrentado al problema de la salud mental con base en aspectos propios de cada temporalidad como la cultura, la política, los conocimientos, el avance de la ciencia, etc. La ciencia, y más ampliamente la investigación científica, es un escenario en el que las herramientas se transforman de manera paralela a los métodos idóneos para aplicar.

Los primeros teóricos consideraron el fenómeno mental, como un complejo sistema de elementos localizados en el cerebro, sede del alma. En el que además de las facultades animales (sensación y movimiento), se alojaba facultades superiores imaginativa (fantasía), entendimiento (cognitiva o estimativa) y la memoria; y en el que sus perturbaciones ya sea por abolición, disminución o perversión, era el umbral de los fenómenos mentales. Su preocupación no solo incluía estos dominios sino describir y clasificar complejos sentimientos como el amor, el odio y sus implicaciones humanas (Olbeth, 1989).

En sus intentos por explicar el origen de dichas perturbaciones, los estudiosos del tema las definen como un juego de interacciones entre los principales constituyentes del cuerpo: los humores, las partes sólidas, las complexiones y los espíritus. Así, se idearon como fuerzas o virtudes transmitidas por los espíritus cuyas sedes se encontraban en los ventrículos cerebrales. Siendo este un campo propio del mundo médico, pero aceptando la intervención de otro tipo de saberes o prácticas como la de los brujos y espiritistas, solo ameritando fenomenología y entendimiento, más no un confinamiento (Postel Jacques, Quérel Claude, 1983).

Con los conceptos derivados del cristianismo judaico y su notable expansión que permeó los conceptos espirituales hasta el momento planteados, logró impregnar el concepto de los fenómenos mentales como una lucha de Dios y Satanás por el control del alma. Bajo este planteamiento y con el escalonamiento de la iglesia católica en el poder, convirtiéndola en la rectora imperiosa de la vida de las personas que impuso una serie de estrictos preceptos morales; creando así un choque entre las costumbres de tradición que durante siglos se

caracterizaron por ser liberales y mágicas, arraigadas a la cultura y el folclor popular versus la visión teocentrista.

El conflicto entre tradición y religión y la imposibilidad cotidiana de expresión emocional, acabó por transformar dichos ritos en expresión de comportamientos anómalos, síntomas extraños, poco comprendidos y brotes de locura colectiva, encajando así tales elementos bajo el rótulo de enfermedad.

Estos comportamientos, al no ser admitidos en los preceptos de la época que plantearon que dichas conductas disruptivas pertenecían a las posesiones diabólicas y según su naturaleza, se categorizaban como: a) una enfermedad mental en la que el demonio poseía a su víctima en contra de su voluntad, bien por el abandono de su alma, o bien por el castigo de sus pecados, y b) en el poseso estaba aliado con el demonio, y en el acto de posesión había intervenido un brujo.

Inicialmente su tratamiento se basó en los principios de bondad, cuyo objetivo era devolver la paz espiritual, planteando el exorcismo para liberar al sujeto poseso, expulsando así de su cuerpo a los demonios. Con el paso del tiempo, las técnicas exorcistas se hicieron cada vez más sádicas, así la hostilidad con el poseído era una forma de ser cruel con el demonio que la poseía, y en la que cualquier acción era válida (azotes, encadenamientos, torturas, inmersiones en agua caliente o helada, ayuno o intoxicaciones), con tal de convertir el cuerpo en un lugar desagradable para el demonio.

La iglesia católica se empieza a ver acosada por los movimientos que la fiscalizan, tornando así el inicial clima de compasión en actitudes rígidas e intransigentes. Con el afán de

consolidar su poder y su propia identidad, persiguió los movimientos discordantes y acabó por no diferenciar entre la protesta, la enfermedad mental, la posesión y la herejía donde finalmente el destino de todos aquellos que no se guiaran por sus determinaciones sería guiado a su fin. En suma, era la misma inquisición.

Con la declaración de la guerra abierta contra los herejes y la exhortación a los clérigos a no descansar en la búsqueda de métodos para detectar estos núcleos, el tinte político económico fue evidente, se formaron los grupos de santos inquisidores quienes bajo los preceptos del *Malleus Maleficarum* determinaron los criterios para interpretar todo brote de crítica, ciencia, arte, como conocimientos ligados a la brujería, como también generaron los métodos para juzgarla y castigarla. Bajo estas ideas fallecen entre otros, los literatos, críticos de la sociedad y prominentes investigadores. Como resultado de esto, son desaparecidos críticos de la sociedad, prominentes investigadores y enfermos mentales (Lázaro, 2010).

Dicha postura fue la reacción contra la progresiva decadencia del cristianismo, en un intento desesperado de mantener su posición determinante de la vida humana. Con el inicio del renacimiento y las nuevas posturas críticas, el planteamiento de teorías que explicaban los elementos de locura cultural, la reivindicación de la mujer en la sociedad, la aceptación del fenómeno mental como enfermedad, se inicia la construcción de los primeros centros públicos dedicados exclusivamente a acoger enfermos mentales; a pesar de la progresiva desvinculación de la enfermedad mental y la satanización. (Gonzales L. Teresa. 2004)

Los centros mentales continuaron bajo las órdenes de clérigos y laicos. Fortaleciendo el imaginario de que los excluidos y marginados cuyo sitio era en los asilos. Así la segregación

de estos, los considerados distintos, extraños o peligrosos toma gran auge, buscando proteger al “loco” de la sociedad, pero sobre todo no perturbar a la sociedad con el “loco” (Postel & Quérel, 1983).

Desde este punto se considera que la locura pertenece completamente a las ciencias médicas y se fortalece el interés por su entendimiento naciendo como rama médica la Psiquiatría. Se ha definido que la evolución de la Psiquiatría en el mundo ha transitado por cinco trascendentales momentos o revoluciones. Dichas revoluciones se denominan así por su repercusión en el pensamiento de cada momento, por la reflexión que genera su tratamiento en el contexto de la enfermedad mental y especialmente, por el efecto que han concebido sobre la cotidianidad de la práctica clínica médica (Arango D., 2012).

La primera de ellas planteada por Pinel y Esquirol en 1745, quienes plantean el carácter médico de estas enfermedades y propenden por la liberación de los pacientes locos. Se da voz al alienado, y en dicha liberación afanosa se plantea el intento de ser sanado. Se propone la posibilidad de otorgarles humanidad, hasta ese momento arrebatada por el misticismo (Zilboorg C, Henry G. 1968). A pesar de la revolucionaria pugna, las pobres comprensión de su biología y herramientas terapéuticas hacían que la recurrencia del uso de agua helada, sillas giratorias, inyecciones de trementina y la contención física fuesen los manejos instaurados.

La segunda aparece con Emil Kraepelin en 1855, quien organiza los primeros tratados nosológicos, unificando el lenguaje para dichas patologías: atribuye la concepción

biológica, que corresponde a manifestaciones sintomáticas de un trastorno cerebral, so pena de no poder determinar la etiología (Zilboorg & Henry, 1968).

La tercera revolución nace del padre del psicoanálisis, Sigmund Freud, a inicios del siglo XX, él, con su aguda percepción hermenéutica y su vasta comprensión del sistema nervioso, plantea su teoría respecto al aparato psíquico, incluyendo de manera holística los conceptos de instinto (libido-tánatos) con sus energías, los conceptos de filo y ontogenia, el modelo estructural (Ello, Yo y Superyó), también con sus energías y espacialidades e idealizaciones, la psicología del «sí mismo» («self»), lo tópico (consciente, inconsciente, preconsciente), la relación sujeto-objeto asociada a los sistemas y procesos o posiciones psíquicas con sus defensas y dinamismos, el tan ya nombrado complejo de Edipo y la psicología del narcisismo, y otros más, esquemas referenciales entre los que se encuentran los conceptos de des idealización, diferenciación del Yo e identificación consigo mismo y así tener identidad. (Sánchez Medina 2013). Siendo estos los fundamentos para la mayoría de las psicoterapias actuales.

Una cuarta revolución se suscita con las nuevas terapias biológicas, que cobran fuerza por los estudios de Von Jauregg en sífilis paralítica y sus manifestaciones comportamentales; la inducción de convulsiones químicas por Sakel 1933 y Joseph Meduna (1934), hasta alcanzar el culmen del desarrollo por Ugo Cerletti en 1938 con la terapia electroconvulsiva, que permitía dar manejos a patologías hasta el momento intratables. Es justo aquí donde se fortalece la visión biológica e ingresan los psicofármacos, con los avances continuos en la neuroquímica y neuroimágenes, lo que abrió la oportunidad para entender el punto de vista

etiopatológico de las enfermedades mentales (Jaramillo, D., 2018).

La implementación de ensayos clínicos hizo que la medicina, alcanzara niveles de entendimiento de muchas enfermedades, dando así una connotación de objetividad al acto médico, pretendiendo reducir los errores del aprendizaje empírico, así como elegir los tratamientos más eficaces y seguros. Indudablemente la psiquiatría como rama médica en aras de evolución, fue impregnada por esta corriente con el advenimiento de los primeros psicofármacos, tal como sucedió con el descubrimiento de la clorpromazina en la década de los 50, medicamento que representó la segunda fase de la cuarta revolución de la psiquiatría; debido a que sus propiedades antipsicóticas lograron que el enfermo mental, especialmente el esquizofrénico, pudiera tener una vida más normal, fuera de la reclusión del hospital (López-Muñoz, Boya, Álamo, 2006).

La reintegración del paciente a la comunidad suscitó el debate con el que arrancó la Psiquiatría, la incorporación del paciente mental como un sujeto social. Lo cual configura una visión de la salud no sólo medida desde la ausencia de enfermedad física o mental, sino como el resultado del bienestar social, que finalmente responde a lo que conocemos como calidad de vida. Cuya responsabilidad atañe a múltiples entidades sociales; en coherencia, se producen una serie de declaraciones Alma-Ata 1978, la carta de Ottawa 1986, una demanda de salud pública para el mundo, promulgando como salud no sólo la ausencia de enfermedad, sino satisfacción de necesidades fundamentales, afectivas, sanitarias nutricionales, sociales y culturales; y que se debe asegurar requisitos sin ecuánimes como la paz, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable y justicia social (Corbera Enric, 2015).

Sin embargo, el efecto mediático de dominar la psicosis mediante fármacos incentivó la aceptación de hipótesis que explican la etiología de la enfermedad mental partiendo solo del mecanismo bioquímico. Los nuevos conocimientos devinieron en absolutismos, cayendo en el obstáculo epistemológico de concluir que la explicación de un fenómeno por simplemente haber encontrado “algo” en este caso en términos fisiológicos (positivismo). Para aumentar aún más la brecha del conocimiento, simultáneamente se fueron desplazando los planteamientos realizados desde el fenómeno psicológico y sociocultural, que, a pesar de tener evidencia, empezó a carecer de interés y entrar en desuso (Bachelard, 1974).

No se trata de simplemente criticar el enfoque reduccionista, nos debemos cuestionar por qué justo este y no cualquiera de los otros enfoques fue el que se impuso a mediados del siglo XX. Es así como el interés científico representa muy bien las aspiraciones de determinada sociedad en un determinado tiempo, el momento histórico en el que se desarrollan los psicofármacos es demarcado por la tendencia global económica del capitalismo, que vio en la comercialización masiva de los medicamentos una oportunidad para ofrecerlos como producto altamente lucrativo (López-Muñoz, Boya, Álamo, 2006).

Desde entonces las empresas farmacéuticas han aumentado su poder económico tenido el monopolio para la creación de nuevas moléculas, el diseño y el patrocinio para la elaboración de los ensayos clínicos que respaldan su uso. Resultados que son aceptados de manera casi que irrefutable por la comunidad de médicos que funcionan como los primeros consumidores de esta información y punto clave para sostener este mercado. Es decir, el poder económico es tan enorme que ha podido mostrar los resultados a favor tanto de la eficacia de las terapias

biológicas como de las hipótesis biológicas de enfermedad que promueven estos tratamientos. No es de extrañar que para el año 2000 los antidepresivos fueran la tercera clase de medicamentos más vendida en el mundo (Mata Ruiz & Ortiz Lobo, 2003).

Lejos de pretender despojar al fenómeno biológico de su imprescindible participación en los procesos mentales, es hacer una reflexión acerca del impacto que ha generado su masiva divulgación interpretada como si fuese el único fundamento etiopatogénico existente. Se mencionará algunas situaciones específicas en las que a manera de ilustración se considera que se comenten errores de apreciación por un enfoque biológico reduccionista.

Los trastornos de ansiedad han sido ampliamente estudiados desde un enfoque biológico, primeramente, explicando que estas reacciones de ansiedad patológicas son iguales a aquellas reacciones (huida, lucha, hacerse el muerto) en las que el animal se enfrenta a un potencial peligro para poder sobrevivir a este, pero que simplemente se expresan en el momento o situación inapropiada, es decir cuando no existe tal amenaza. De esta manera, las terapias estarían enfocadas a disminuir esta “activación errónea” mediante la modificación de los neurotransmisores y vías neurológicas implicadas (Tibbetts, 2013).

Estas terapias han tenido una considerable respuesta de mejoría sintomática de tales trastornos, especialmente en las manifestaciones somáticas, sin embargo, no en todos quienes lo padecen funciona de la misma manera. Una de las razones es que a pesar de que tanto el animal y el ser humano son biológicos, y ambos pueden padecer los mismos trastornos de ansiedad (desde la teoría biológica tienen alteraciones fisiológicas y comportamentales casi idénticas). El humano tiene la capacidad de determinarse como enfermo, y de sufrimiento por el percibirse enfermo, por eso quien no está enfermo, la ansiedad antes de cruzar una

calle no le molesta, a diferencia de quien siente que la ansiedad no le permite cruzar la calle (sufre por la frustración que le provoca). El animal también sufre, pero no le da una significación a su sufrimiento por más anormal que este sea.

El sufrimiento, por el síntoma se convierte en parte de la experiencia intrapsíquica del hombre, quien le da un significado individual y genuino de una complejidad que es proporcional al nivel de elaboración de su auto concepto y por tanto de introspección en sí mismo. El síntoma por lo tanto merece en el hombre no sólo ser objeto de supresión sino de significación, ya que no nos importa que este chico logre cruzar la calle sino lo que el chico tiene como objetivo luego de cruzar la calle, es decir, enfocarse en el para qué y no en el cómo. Así al darle un sentido al síntoma se da una esperanza o motivación para la curación, que es la que finalmente impulsa la transformación del sujeto a través del aprendizaje reflexivo (Molina Velásquez, 2011).

Desde las teorías psicológicas de Jung, se puede comprender que el síntoma, sin importar si este es neurótico o psicótico, es una expresión de creatividad que se abrió camino hasta llamar la atención del individuo hacia su universo interno que se encuentra en conflicto doloroso. Se propone que esta misma creatividad canalizada adecuadamente es fuente de construcción del destino del sujeto (Molina Velásquez, 2011).

Patologías mentales graves, que producen una disfuncionalidad importante, tales como el trastorno afectivo bipolar I y II, tienen una alta tasa de herencia genética y proporción del sustrato biológico en su patogenia (Grande, Berk, Birmaher, & Vieta, 2016), estas han sido

objeto de tratamiento biológico con éxito desde la década de los 30 con el litio, molécula que sigue sin entenderse por completo su mecanismo de acción, pero que por su eficacia se le da toda la legitimidad científica para seguirse usando, así nunca se llegue a saber con exactitud cómo funciona, lo importante es que ayuda al sujeto a continuar con su recorrido vital. Sin embargo, en la práctica cotidiana, la frustración de como muchos enfermos bipolares no tienen la adherencia a un tratamiento biológico sencillo (experimentado por ellos mismos de ser eficaz) a pesar de contar con los recursos económicos, de tener el acceso a servicios de salud y por decirlo así intelectuales para hacerlo. Entonces vuelve el cuestionamiento, será suficiente la comprensión biológica del trastorno, que mira a este individuo particular en términos de una crisis psicótica o no psicótica, ciclado rápido etc., para únicamente determinar la opción de terapia biológica a seguir, que como ya sabemos terminaría siendo cada vez más agresiva, implementando sedaciones, terapias electroconvulsivas, hospitalizaciones involuntarias etc. Las cuales sí reducen, plantean un trato al paciente en el que va perdiendo su estatus de humanidad, o sea solo basta con aliviar su síntoma, ya que a este no le inquieta el comprenderse a sí mismo.

Por lo cual, en el tratamiento para este sujeto enfermo, se estaría dejando a un lado el conocer y entender su concepto y el sentido que opera en su existencia, así como lo que implica para sí mismo el estar enfermo. Para que la terapia así biológica tenga un impacto significativo, se requiere que el sujeto descubra una motivación propia que le de esperanza para seguir un tratamiento. Sino es casi que irrelevante lo que el psiquiatra logre hacer durante una hospitalización con un paciente, si se queda hospitalizado un día más o menos, o qué medicamentos se le administraron, el resultado seguirá siendo el mismo, por lo cual reducir

su enfoque a lo biológico terminará perpetuando su problema en cuanto a que solo le puede ofrecer un remedio superficial, es decir desde lo biológico manipular el comportamiento observable a uno más aceptable, mientras que se trata de enmascarar inútilmente el fondo de la crisis manifiesta.

Cuando en el año 1957 se descubrió la Imipramina, el primer fármaco antidepresivo, se marcó otro importante hito de la psiquiatría, no en sí por el éxito del medicamento, sino porque cuando se conoció su mecanismo de acción, fue deducida la hipótesis biológica monoaminérgica de la depresión, explicada por una disminución de la serotonina y dopamina cerebrales, esta hipótesis con sus correspondientes actualizaciones periódicas, ha sido mal interpretada como la causa y no como la probable expresión del mismo síntoma depresivo a nivel molecular (López-muñoz *et al.*, 2006) .

Desde la Imipramina, hace ya sesenta años, la tendencia alrededor de este pensamiento sigue vigente, que además es demostrado por el incesante desarrollo de nuevos fármacos basados en el mismo prototipo de mecanismo de acción (incrementar la disponibilidad de los neurotransmisores) sin encontrar hasta el momento, alguno que sea superior a los demás. Entonces, cabe la pregunta ¿por qué a pesar de la carga de depresión en el mundo, sus cifras continúan aumento se insiste en la búsqueda de soluciones con este abordaje mecanicista? (Arango, Rojas y Moreno, 2008); una explicación a esta disociación, es lo propuesto por Viktor Frankl, quien planteó que el sujeto enfermo era quien había perdido su responsabilidad como creador del síntoma que estuviera padeciendo, porque este lo dominaba desde lo que no podía comprender. Así el dolor no es visto en términos binarios entre lo “bueno o lo malo” sino como una parte inevitable de la experiencia vital, que reafirma el sentido que le haya

dado el individuo. Una concepción netamente biológica hace lo opuesto, al pretender que el enfermo es víctima de un desequilibrio químico fortuito que se le escapa de su propio control, eximiendo así, de toda noción de responsabilidad y autodeterminación frente ello (Frankl, 1946).

El enfoque biológico desligado de las propuestas psicológicas es el que prima para el conocimiento del médico, incluyendo el psiquiatra, que se ha preocupado más por cómo aliviar el síntoma que por quien lo padece. El acto médico, adquiere su autenticidad no por su eficacia diagnóstica o curativa, ya que hipotéticamente podrían ser reemplazadas por otros métodos, sino porque la mejor manera de darle dignidad al ser humano es que su sufrimiento sea comprendido por otro par. Visto de esta manera lo científico-técnico estará al servicio del humanismo médico y no como sustituto de este (Sánchez González, M. Á., 2017).

No se puede separar la historia de la psiquiatría del contexto de la historia general, especialmente para el siglo xx, en cuyo transcurso se han desencadenado dos guerras mundiales, muchas nacionales, varias revoluciones y otros acontecimientos políticos, pero en el que al mismo tiempo se han hecho grandes descubrimientos científicos (Gutiérrez, J. A., 2019). Todo ello ha cambiado por completo, al menos en la cultura occidental, la visión que nos hacíamos de la mente humana y de sus trastornos.

Finalmente, una quinta revolución aparece a partir de la evolución de la historia, la detracción al proceder psiquiátrico, especialmente al señalarse de forma contundente el papel de lo social en el destino de los individuos y la crítica a los métodos restrictivos, opresivos y controladores que han persistido en la psiquiatría desde sus orígenes, oponiéndose a

cualquier tipo de manipulación de la mente, mediante métodos físicos, psicológicos o farmacológicos (Arango-Dávila C. A., 2012).

1.2 Psicopatologías y posmodernidad

Generalmente, el término "postmodernismo" se refiere a la cultura contemporánea que está reemplazando a las culturas industriales, diseñadas por el sistema de Bretton Woods después de la Segunda Guerra Mundial. La postmodernidad, por lo tanto, es un estado o condición económica, social, medioambiental y cultural, aunque sus límites se consideran variables y controvertidos.

La postmodernidad incluye al menos tres fases. La primera se combina con el poscolonialismo y se convierte en post-capitalismo. Este proceso sigue en curso y se añade a la segunda fase en la que surgen nuevos procesos sociales, bastante inesperados y que pueden ser improvisados, en forma de crisis, flujos, transformación, ensamblaje, metamorfosis y mutación. Estos procesos se manifiestan a todos los niveles e incluyen la comunicación, el flujo de ideas y la reorganización del poder. La tercera fase es la de la síntesis, que está representada por una reorganización dentro de los parámetros legales, las relaciones éticas y las normas de seguridad (Beck, 2008).

En la actualidad, la cultura postmoderna está globalizada por la tecnología, definida por la reproducción mecánica de bienes, con los inicios de la teoría de la información, y el desarrollo de los bloques políticos. La organización de los valores se basa en el libre mercado, los fenómenos de neo génesis, la pérdida del valor del conocimiento en cuanto a su consumo,

los cambios en la concepción de la humanidad, el trabajo en el simulacro social y la permanencia del estado de crisis en el paradigma bio-psico-social. No hay duda de que las sociedades siempre han tenido su propia dinámica y, como cualquier otro sistema, también tienen una carga máxima (Nelson, 2015).

Teniendo en cuenta lo anterior, como especialidad de la medicina, la psiquiatría sufre todos estos problemas y, lo que es peor, la psiquiatría es la única especialidad que tiene un verdadero movimiento de protesta ("antipsiquiatría") organizado contra ella. Además, los pacientes psiquiátricos se encuentran cada vez más luchando en las cárceles, los refugios o en las calles en lugar de en las clínicas que reciben atención.

A los psiquiatras se le niegan cada vez más procedimientos, se cierran los espacios de unidades mentales, se recorta presupuesto para intervenciones sociales, el dinero para la investigación está disminuyendo (salvo los problemáticos fondos procedentes de los productos farmacéuticos), no se forma en estrategias de psicoterapia y cada vez menos residentes se dedican a la psiquiatría como opción profesional. Mencionando que aumenta la morbilidad de elementos como violencia de género, maltrato infantil, eventos traumáticos, desastres. Sin embargo, a pesar de su condición claramente asediada, la psiquiatría sigue organizando sus estructuras de conocimientos básicos con pocos cambios significativos (Barthes, 1982).

Desde una perspectiva postmoderna, la psiquiatría debe ser vista como un "estudio humano" interdisciplinario. En un contexto psiquiátrico, la incredulidad de la teoría postmoderna debilita la obsesión de los psiquiatras con la verdad y su fe en la ciencia como único método fiable para el conocimiento.

Una vez que se rompe la idealización de la psiquiatría del método científico, no queda ninguna razón para limitar arbitrariamente el conocimiento psiquiátrico al conocimiento científico. En una psiquiatría postmoderna, toda la universidad, no sólo las ciencias, estaría disponible para la investigación psiquiátrica.

Los temas que se consideraban inabordables bajo un "régimen" científico (la identidad de los psiquiatras, la experiencia de la enfermedad mental, los dilemas de la incertidumbre clínica, el efecto de las diferencias de poder en el entorno clínico, el papel del contexto cultural en las perspectivas de los médicos y los pacientes, y el lugar de la psiquiatría en las tendencias sociales y políticas más amplias) están disponibles para ser considerados, teorizados y criticados con las herramientas de la universidad en su conjunto.

La psiquiatría buscaría ayuda con las complejidades de la interpretación clínica a partir de la teoría literaria, con la creación de interpretaciones de la experiencia humana a partir de las artes y las ciencias sociales cualitativas, con la comprensión de los contextos históricos y filosóficos de la práctica a partir de la filosofía y las humanidades, y con las cuestiones multiculturales y la política a partir de los estudios sobre la mujer, los estudios transculturales, los espectros de la sexualidad y los estudios poscoloniales.

Además, la psiquiatría posmoderna supone ir más allá de la idea utópico modernista de "Progreso" y "Emancipación" al deconstruir el aparato clínico correspondiente de "Cura" y "Salud". En la priorización psiquiátrica, el objetivo de Cure resulta en gastar los recursos en un mundo mejor para después, en lugar de vivir en este mundo ahora. Por ejemplo, ¿cuántos millones de dólares se gastan en curar la esquizofrenia algún día en comparación con la investigación para hacer frente a la esquizofrenia hoy en día? La psiquiatría posmoderna,

basada en la lucha y compromiso, cambiaría el objetivo clínico de "curar" por el de "hacer frente".

Simultáneamente, la psiquiatría postmoderna deconstruiría la distinción entre "salud" y "enfermedad mental". Tanto los pacientes como los médicos serían considerados como siempre es ineludiblemente una mezcla entrelazada de salud y enfermedad mental. Como tal, el objetivo de la interacción clínica sería "vivir con", "adaptarse a" (Lewis, 2000).

Como resultado del encuentro con el posmodernismo, distintos autores han anticipado varios cambios en el conocimiento y la práctica psiquiátrica. Entre esos cambios figuran: 1) un cambio en las estructuras de conocimiento clínico que se aleja de un enfoque exclusivo en la neurociencia y las ciencias sociales cuantitativas y se orienta hacia los enfoques más cualitativos de la filosofía, la teoría literaria, la antropología, los estudios sobre la mujer, los estudios africanos, los estudios culturales y las artes; 2) una fundamentación de las actividades clínicas en la sabiduría de la práctica más que en la "verdad objetiva" de la investigación; y 3) un mayor énfasis en la ética, la política y el placer como directrices y objetivos para el progreso clínico (Docherty, 1993).

En el mejor de los casos, el resultado neto será el surgimiento de una nueva psiquiatría postmoderna y un nuevo modelo de medicina, que será mucho más agradable de practicar y estará mucho más conectado con las preocupaciones de los pacientes. Pero, antes de reimaginar la psiquiatría a través de un paradigma postmoderno, permítanme retroceder para ver más de cerca el modernismo y su crítica postmoderna.

Aparentemente, no hay nada extraño en tales transformaciones, es poco más que tomar en serio el modelo biopsicosocial de George Engel. En cierto modo, sólo articula y teoriza las tendencias que ya están ocurriendo en el currículum de la escuela de medicina preclínica, que se están alejando rápidamente de un currículum basado en la "ciencia" hacia un currículum basado en la "práctica". Incluso desde una perspectiva modernista, la psiquiatría requiere tomar en serio el "contexto psicosocial" incluyen contribuciones de las humanidades, las artes y las ciencias sociales en general.

En la actualidad se ha perdido el sentido del hombre universal, obteniendo una nueva perspectiva de individuo; donde la otredad no tiene valor mayor que el de la curiosidad exploratoria. Este nuevo individuo sin correlato autobiográfico, por lo tanto, ahistórico, sólo experimenta al extremo el personalismo. Así la razón para existir es sustituida por el deseo, el cual es perentorio, ¿qué es lo que verdaderamente se desea? ¿qué es lo que se está satisfaciendo?

Es sabido que la base de la realidad la otorga la correspondencia entre el placer y el displacer, en esta era permeada de hedonismo, ¿realmente habrá realidad?; de este modo la temporalidad, fundamental para esta, se ha abolido, o sea el deseo se vuelve una urgencia, cuyo único mecanismo de resolución será el consumo.

Lo único permanente es el hoy y la vida se convierte en una sucesión de presente, tras presente, donde solo adquiere sentido el aquí y el ahora; donde el pasado carece de importancia porque no necesita ser recordado y el futuro se subvalora por su distopía, luego la felicidad debe ser instantánea.

La palabra como herramienta comunicativa se sustrae, y da paso a la imagen, que se apuntala en la tecnología, mostrando una imagen editada; que oculta la realidad, bloqueando así la crítica a la verdadera imagen, son tiempos de espectáculo, de impacto efímero. El personalismo fragmenta la sociedad, pierde trascendencia y estalla en múltiples individualidades, no hay sociedad política, en su remplazo emerge la gestión proveniente del marketing, buscando sólo eficacia, otorgando así respuestas el mercado, instaurándose como el nuevo ordenador social.

El mercado entonces rige el sentido de competencia de esas individualidades y por ende el triunfo de la primacía económica, o sea un sistema neoliberal; una continua competencia con un ideal diario y cambiante que devendrá en desigualdad. Si el mercado domina, ya no hay ciudadanos, hay consumidores, clientes y usuarios. Un consumidor que buscará ser único y diferenciarse del otro, a toda costa, incluso la de su propia vitalidad, porque ya no es un ser de derechos, es un ser de deberes; consumir ira más allá de la capacidad real de compra y la manera más rápida de ofrecerla es a través de la moda.

En tiempo de superficie y de imagen, sin espacio, sin tiempo, donde detenerse implica pérdidas, el cambio se vuelve obligatorio, luego “echar raíces” es valorado como negativo y obsoleto.

La belleza, también es superficial es quien domina la relación con otros individuos, restando importancia al contenido, sólo atraídos por la forma que seduce. La seducción solo reafirma la imperante necesidad de cambio, un cambio permeado de egoísmo, de lo que se quiere ya y de todos los objetos.

Ahora bien, esto hace intolerante el sentido del displacer, todo aquello que atente contra la satisfacción inmediata no se permite, eliminando la crítica, la oposición. Ya no hay verdad absoluta, hay puntos de vista, opiniones, ahora la verdad es individual y la negatividad no cabe en el imaginario. Un punto en el que la visión de autoayuda, de autosugestión para el empoderamiento, la omnipotencia, perfección y éxito se vende en cada esquina; desplazando el fomento de la autocrítica; con este nuevo falso bienestar, solo se tiende a esperar el infierno de lo igual.

En este nuevo estado que promueve la instauración de una norma propia, facilita desdibujar los límites de las normas universales y con esto las jerarquías, la nueva norma será que no hay norma, la única norma es la libertad, pero ¿qué hacer con esta libertad paradójica?, cediendo su paso a la incertidumbre, intolerable por su puesto y al no saber qué hacer con la libertad en un intento desesperado por no perderse, se retoma yugos.

Se disuelve la idea del rebelde porque cada uno piensa lo que quiere; ahora puedo porque puedo, viviendo en la fantasía de ser su propio amo y ser un amo exigente, con las pautas de la moda consumista. El poder del hombre posmoderno se convierte entonces en un imperativo cultural de la felicidad. Esta respuesta de negación del malestar, porque ya no es aceptable decaer, terminado en un cansancio agotador que finalmente consume.

Estos cambios al paradigma social se pueden traducir en términos psicopatológicos. Tendremos así patologías del impulso, como las adicciones, con acceso a la satisfacción inmediata pero fugaz, perpetuando el comportamiento. Por otro lado, la interminable competencia por el éxito obliga al individuo a no parar, no dormir, solo ganar, accediendo al uso de estimulantes para mantenerse en pie; es sabido que la hiperactividad neuroendocrina

deviene en un literal desgaste neuronal, con su concurrente desarrollo de fatigabilidad, hiperreactividad ansiógena y cambios afectivos, acompañados por las cogniciones de elementos cada vez más inalcanzables; así la melancolía producto de la pérdida del objeto amado, desaparece para dar paso a la tristeza por no ser mi objeto idealizado, en una competencia interminable, con sacrificios de carácter obsesivo por tener una imagen corporal perfecta, una imagen intachable, que debe ser admirada universalmente utilizando los sistemas de comunicación, nuevas obsesiones que se vivirán virtualmente. (Levato Mabel, 2018)

Este nuevo modelo de individuo conlleva a que se generen estructuras de personalidad mal adaptativas con creencias inflexibles y aloplasticidad, donde no cabe la autocrítica, solo los deseos y los métodos para ser satisfecho, métodos donde la otredad se aniquila y dicha voracidad será imposible de saciar, generando vacuidad infinita. Dicho vacío es un bucle egoísta. que perpetuará todos los elementos antes mencionados para poder sobrevivir so pena de existir.

Este es el reto de las nuevas generaciones, formadas para atender nuevos estados mentales alterados. Primero será importante identificar que hacen parte de esta sociedad del rendimiento, donde solo logrando desacelerar su vida, se podrá dar cabida a los visos autocríticos, para posteriormente replantear su estrategia de existencia; así con capacidad empática tramitar los nuevos elementos transferenciales, la ocurrencia de nuevos conflictos, pulsiones e ideales de Súper yo, será imperativo.

Solo así en la emergente seguridad de la relación terapéutica, considerando todos los aspectos contextuales, biológicos, psicológicos y sociales, se pueda recuperar el potencial perdido,

integrar sus polaridades en conflicto, entender la diferencia entre vivir para consumir y existir para sí mismo con el objetivo de trascender.

1.3 Perspectivas actuales de la Psiquiatría como especialidad médica

La cuestión de la identidad de la psiquiatría como profesión médica ha sido objeto de muchos debates en esta primera década del nuevo siglo. Los avances tecnológicos en la detección de señales cerebrales, mediante encefalografía, la resonancia magnética, la tomografía por emisión de positrones y otros métodos, y los avances en la terapia psiquiátrica también aumentaron la necesidad de definir la especialidad y sus métodos específicos de diagnóstico y terapia.

Cabe destacar que la psiquiatría es una parte integral de la medicina. Como dijo Gabbard en 1999, los psiquiatras ocupan un "nicho único" entre las especialidades médicas, ya que son "el integrador por excelencia de lo biológico y psicosocial tanto en el diagnóstico como en el tratamiento". El psiquiatra es, pues, el médico mejor cualificado para desenmarañar la relación, a menudo compleja, entre los factores biológicos, psicológicos y sociales en los trastornos somáticos y mentales. Si bien junto a esta idea del psiquiatra como "generalista biopsicosocial" se aconsejan otras diferenciaciones y especializaciones para hacer frente a las crecientes complejidades diagnósticas y terapéuticas del campo, es importante que se siga avanzando en la identidad de la profesión y su fuerza integradora.

En el último siglo la psiquiatría ha tenido un avance significativo en su naturaleza fisiopatológica, consecuencia del desarrollo de las neurociencias y del entendimiento de la diada mente cuerpo, luego la interacción con otras especialidades. Así como también al desarrollo de herramientas y técnicas que permiten objetivar la psiquiatría clínica y han permitido develar su relevancia patológica desde las dimensiones epidemiológicas y sociales (De la Fuente JR, Heinze M G., 2014).

Los correlatos cada vez con más precisión, de los trastornos mentales con sus bases biológicas han aumentado, gracias a las neuroimágenes, que han permitido el estudio cada vez más fino de las estructuras del sistema nervioso central y de su funcionamiento; en tanto que la genómica y la proteómica están abriendo nuevos horizontes en relación con la etiología y el tratamiento de algunas de las principales enfermedades mentales. Así tener una visión más amplia expresados en la confirmación y planteamientos de conceptos y abordajes clínicos; abarcan desde la genética hasta la psicodinámica, pasan por la infancia, el ámbito familiar y social, e inciden en la terapéutica (De la Fuente JR, Heinze M G., 2014).

Para el caso de Latinoamérica en general, y de Colombia en particular, este proceso de profesionalización ha estado marcado, además, por obstáculos geopolíticos que apuntaban hacia Europa como el centro principal del conocimiento en relación con la psiquiatría y hacia Estados Unidos como el centro de las investigaciones y aportes de alcance internacional. Como lo señala Alarcón D (2015) los pocos, aunque significativos, aportes de distintos países latinoamericanos al avance de la psiquiatría a nivel mundial, especialmente con la divulgación de sus resultados a través de revistas especializadas, así como también, por

supuesto, con la creación de centros académicos para la formación de los futuros médicos psiquiatras terapéutica (De la Fuente JR, Heinze M G., 2014).

Los períodos de hospitalización y recuperación de los enfermos mentales se han reducido, la posibilidad de reintegración a entornos de relación productivos está a la orden del día. Sin embargo, hay mucho camino por recorrer, un intrincado mundo que hasta ahora los avances científicos nos permiten conocer, así con estas nuevas herramientas incrementar la eficacia de las intervenciones, en prevención primaria y secundaria (De la Fuente JR, Heinze M G., 2014).

La apuesta será encontrar elementos a nivel molecular y eléctrico, que permitan regular y optimizar procesos mentales que generan disfuncionalidad; logrando efectos sobre los diferentes dominios del cerebro (pensamiento, memoria, afecto, sexualidad, apetito, autoimagen entre otros), pero también estrategias que permitan en la emergencia terapéutica replantear en tiempo real conductas, optimizando dichos procesos. (De la Fuente JR, Heinze M G., 2014).

A pesar de esta nueva perspectiva, muy biológica per se, lo que otorga un carácter más objetivo, el de vital importancia mantener vigentes las dimensiones sistémicas, sociales y medioambientales, porque finalmente todos los humanos somos o existimos en un entorno. Así evaluar con rigor el peso patogénico real de los diversos factores que condicionan los cuadros clínicos propios de la psiquiatría y que con frecuencia determinan el éxito o el fracaso de las intervenciones psiquiátricas.

Dada la diversidad de intereses, fuentes de conocimiento y métodos de investigación que incorpora en su seno, la psiquiatría ha sido considerada como una ciencia heteróclita y heterológica. La cual está más cercana del planteamiento de la complejidad o sea de la transdisciplinariedad, que de una estructura única y formal. Ello la coloca en una posición incómoda dentro del conjunto de las ciencias médicas. De allí que su ruta de desplazamiento pase por el filo de la sospecha epistemológica (Rojas Malpica, 2012).

La Psiquiatría es la más humana de las ciencias médicas y la más médica de las ciencias humanas. Así el valor de la psiquiatría actual no sólo toma peso en ser más científica o experimental, sino que en su perspectiva y orientación incluye de manera amplia y suficiente el carácter subjetivo de la vivencia clínica, los entornos sociales de los predicamentos humanos y las neurociencias.

1.4 Realidad de la Salud Mental En Colombia

1.4.1 Aspecto Político

En Colombia, en materia de salud mental, existe una saturación de normas, leyes, reglamentaciones, incisos y párrafos, cuyo cumplimiento es controvertible; pero una aproximación a los antecedentes y a la evolución de sus referentes normativos permiten plantear tres grandes momentos históricos cuyos límites podrían ubicarse en la época colonial, un medio hacia la década de los años sesenta del siglo pasado y otro en el momento actual, separados por la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante la Ley 100 de 1993 (Ardón y Cubillos 2012).

Desde la Colonia y la naciente República de Colombia, la atención de los enfermos mentales estuvo a cargo de la Iglesia en la parte asistencial y de la sociedad civil mediante las donaciones particulares, sin una responsabilidad formal ni una política del Estado frente a la salud mental de la población. De esta manera se respondía por los ancianatos, los orfanatos y los asilos (Morales, L. 2003).

Cuando los aportes voluntarios fueron insuficientes, el Gobierno Nacional en el año 1923 cedió a las beneficencias lo obtenido de las ganancias ocasionales de las loterías con sus impuestos y rentas, así como, en actos posteriores, el impuesto de registro y anotaciones y el IVA de los licores y las cervezas, a cambio de que mantuvieran sus responsabilidades y se hicieran cargo de la denominada asistencia pública, entendida como hospitales, orfanatos y ancianatos para pobres, donde la salud mental ya fue consagrada como responsabilidad del Estado; después, entre otros, se crean manicomios públicos y privados en diferentes regiones del país (Posada Villa J.,1993).

El gran poder en el manejo de recursos y de los programas sociales que llegaron a tener las beneficencias despertó el interés de los políticos regionales y en muchos casos fueron víctimas de malos manejos, por lo cual sus facultades fueron progresivamente recortadas por la ley y su patrimonio fue decreciendo paulatinamente (Posada Villa J.,1993).

En la década de los cuarenta, Colombia organiza un modelo para atender los problemas de salud, basado en tres subsectores: el de seguridad social, el privado y el oficial o de asistencia pública. El primero estaba dirigido a los trabajadores del sector formal que contaban con una relación estable en las empresas mixtas (Instituto de Seguros Sociales) o en las empresas

públicas (cajas de previsión social); el segundo, a los trabajadores independientes que podían costear el pago de servicios, y el tercero, a todos aquellos que no tenían fuentes de ingresos ni la capacidad de acceder a los servicios; se encargaba, además, de las acciones de salud pública (Morales, L., 2003; Posada Villa J.,1993).

El periodo comprendido entre 1960 y 1993 se caracteriza por los esfuerzos del modelo en brindar atención a la enfermedad mental, ampliando, diversificando y modificando la oferta de servicios e intentando desplazar los servicios prestados en el hospital psiquiátrico, cuyas condiciones acababan de hacer evidente su papel en el deterioro de quienes sufrían algún tipo de trastorno (Ardón-Centeno, N. y Cubillos-Novella, 2012).

De todo esto se desprenden los hitos históricos que atañen a las transformaciones de la percepción de la enfermedad mental, de las personas que la padecen y de su atención, en cuanto el discurso sanitario supera a la casa de beneficencia, ya que la noción de trastorno se va abriendo paso y quienes sufren estas patologías empiezan a ser considerados sujetos de derechos (Ardón-Centeno, N. y Cubillos-Novella, 2012).

Se propende por su inclusión social y por la reorganización y ampliación de los servicios, enfatizando en la necesidad de un desplazamiento de la institución psiquiátrica total, modelo hegemónico de atención, hacia prestaciones de tipo ambulatorio en unidades de hospitales generales, centros comunitarios y en modalidades de hospitalización parcial. Este desplazamiento institucional constituye un hecho, que generó debates importantes, por cuanto no siempre el entorno provee los apoyos necesarios para la inclusión de quienes salen

o no admitidos en un hospital, para que puedan ubicarse de manera efectiva en el medio familiar y social (Ardón-Centeno, N. y Cubillos-Novella, 2012).

Otra connotación contemplada, se enfoca en las modificaciones presentadas que son el resultado de la ocurrencia de una serie de eventos, entre los que se puede señalar los siguientes: la mayor participación de las ciencias sociales a través de la conformación de equipos interdisciplinarios de salud mental; la apertura de programas de especialización en psiquiatría; la provisión de psicofármacos que atenuaban las medidas de contención física, y la regulación de la utilización desmedida de la terapia electroconvulsiva (Ardón-Centeno, N. y Cubillos-Novella, 2012).

Al compartir estos vínculos, se logra que estos elementos tengan gran impacto en todo el mundo y aunado a ello las experiencias italianas lideradas por Franco Basaglia, entre las cuales se nombran la corriente antipsiquiatría, el modelo de comunidad terapéutica, el movimiento de la psiquiatría comunitaria y los planteamientos acerca de la prevención de la patología mental y la promoción de la salud. (Ardón-Centeno, N. y Cubillos-Novella, 2012).

Fueron compendios que formaron parte en esa época de los avances efectuados en el periodo del siglo XX a medida que permitieron fortalecer la intervención psiquiátrica e incrementar las diferentes posturas que facilitaron los avances en esta materia para mejorar la calidad mental de los individuos que padecen de algún trastorno (Posada Villa J.1993).

Es necesario tomar en cuenta todos los referentes anteriores, ya que los mismos están

relacionados con la normatividad en torno a los derechos humanos, al derecho a la salud y, específicamente, el derecho a la salud de los sujetos de especial protección, teniendo en cuenta que está en conexión con un derecho fundamental como lo es el de la vida. En el caso de las personas con trastorno mental se destacan las declaraciones y los principios de distintos organismos que enfatizaban en la igualdad de sus derechos y libertades con respecto al resto de la población. La Organización de las Naciones Unidas promulgó la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental en 1971, la Declaración de los Derechos de los Impedidos en 1975, y los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental en 1991 (Ardón-Centeno, N. y Cubillos-Novella, 2012).

Lo expresado hasta ahora permite inferir que estos importantes desarrollos tuvieron su efecto en el ámbito nacional, inicialmente en lo concerniente a la organización administrativa central y de los servicios que manejan los problemas de salud mental, y luego en la ampliación y transformación de esa atención. Es así como en 1963 se crean y se determinan las funciones de la Sección de Salud Mental de la División de Atención Médica en el Ministerio de la Salud Pública, con el Decreto 3224, y en 1965 el Consejo Nacional de Salud Mental, integrado por representantes de diferentes ministerios.

En 1990, la Ley 10 introdujo un nuevo concepto de sistema de salud más acorde con las tendencias de reestructuración estatal y el reordenamiento de las competencias y los recursos que correspondían a los ámbitos territoriales dentro de un marco de descentralización y participación social. Esta ley se formuló teniendo como base el Estudio Sectorial de Salud, en el cual se planteaba que el proceso de salud está determinado en forma multifactorial y multisectorial y que sobre este no solamente inciden las entidades

especializadas en servicios de salud, sino también todas las entidades públicas y privadas que actúan sobre los factores de riesgo bien sean de orden ambiental, social, biológico o de los servicios propiamente dichos.

La Constitución Política de 1991 consagró la salud como servicio público y derecho social, reafirmó la distribución de competencias institucionales diseñada en la Ley 10 de 1990 y amplió el concepto de seguridad social, al integrarlo con el de asistencia pública. En los artículos 48, 49 y 79 quedó plasmado el compromiso del Estado colombiano con la salud, al establecer que todo ciudadano tiene derecho a la salud, al bienestar, a un ambiente saludable y a la seguridad social.

Se sabe, además, que en el Ministerio de Salud Pública existió hasta 1993 la División de Salud Mental, que fue convertida en Programa de Comportamiento Humano y este a su vez desapareció como tal en las sucesivas reestructuraciones. La Constitución Política de 1991 abolió el concepto de asistencia pública y en su reemplazo estableció el artículo 48, que definió para todos los ciudadanos el derecho irrenunciable a la seguridad social; pero además desarrolló una carta de derechos sociales con artículos especiales de protección para cada uno de los grupos vulnerables: la familia (art. 42), la mujer (art. 43), los niños (art. 44) y los adolescentes (art. 45). Específicamente para proteger los derechos de las personas con discapacidad, además de los derechos fundamentales, sociales, económicos y culturales inherentes a todos los colombianos, la Constitución Política incluyó el artículo 47, que dice: “El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”. Como consecuencia del desarrollo de estos mandatos, en 1993 se plantea una gran reforma al sistema de salud del país plasmada en la Ley 100. Esta ley crea el

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y asigna a las direcciones de salud de los entes territoriales la organización del sistema de subsidios a la seguridad social en salud y autoriza la creación de Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Además, fortalece en forma significativa los aportes fiscales para el sector y ratifica la Ley 10 en la forma de concebir el modelo de salud, al ampliar los conceptos de subsidiariedad, complementariedad y concurrencia en la prestación de servicios. (Ardón-Centeno, N. y Cubillos-Novella, 2012).

La reforma buscó permitir el acceso progresivo de todos los colombianos a un Plan de Protección Integral de Salud y de Seguros Económicos. Así, transformó el modelo de asistencia pública y con ella el esquema de los subsidios fiscales a la oferta de servicios para sustituirlo por un modelo de aseguramiento dentro de un ambiente descentralizado y de libre competencia. Par tal efecto, la ley crea el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud (FOSYGA), para atender mediante subsidios a la demanda la población más pobre que no tiene acceso al régimen contributivo (Morales, L., 2003)

La salud mental ha sido la cenicienta en las políticas públicas en el país. Con la Ley 100 de 1993 se señalaron los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral y calidad en la atención en salud. Esta Ley privilegió la atención en los programas de hospital y excluyó la hospitalización prolongada, la psicoterapia por más de un mes y la psicoterapia individual, esta última solo en la fase inicial de la enfermedad. En 1998 se formuló la Política Nacional de Salud Mental, mediante la resolución 2358, cuya ejecución y cobertura fueron limitadas por falencias en el plan obligatorio de salud. Las deficiencias en la atención

en salud mental obligaron en la década del 90 a que numerosas personas, utilizaran los mecanismos de tutela para procurar una atención integral. Se destaca la Sentencia No. T-013 de enero 17 de 1995, en la que la Corte Constitucional reitera: “(...) el derecho a la salud y la obligación de la atención integral de los enfermos mentales” y desde entonces han sido numerosas las tutelas sancionadas por la Corte Constitucional.

Estas presiones dieron lugar a la elaboración de nuevos lineamientos en salud mental, favoreciendo la inclusión en los planes territoriales de salud del 2005, que dieron origen a la Ley 1122 de 2007, que incluyó la intervención de población vulnerable desde el punto de vista psicosocial, en consonancia el énfasis en la salud mental promovido por la OPS/OMS, que intenta trascender la enfermedad, así como en la elaboración de políticas en esta misma línea. Desde el ámbito nacional se observan avances con miras a definir la responsabilidad del Estado a través de la adopción de políticas públicas para grupos vulnerables o según el ciclo vital, algunas con intención de intersectorialidad, que tratan de hacer posible la garantía de derechos que contribuyan directa o indirectamente a la salud mental. El decreto 3039 de 2007 adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y declara la salud mental como prioridad, si bien lo incluido en el plan obligatorio de salud, no garantizó la atención integral y diferenciaba los regímenes de atención en contributivo y subsidiado (Rojas B, L. Castaño, y Restrepo D, 2018)

Se debe señalar que los avances en la formulación de políticas no obtienen los mejores resultados, debido a la fragilidad en su implementación, a la falta de evaluación o a la fragmentación y a la dificultad para la articulación intersectorial (Ardón-Centeno, N. y

Cubillos-Novella, 2012).

Para desarrollar estos objetivos, la política de salud mental en Colombia propuso actuar, conjuntamente, con el componente de vigilancia en salud pública y con la investigación epidemiológica, sobre cuatro aspectos fundamentales: factores psicosociales y conductuales, que influyen en la salud y en el desarrollo de la población; promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades psiquiátricas; control de los trastornos psiquiátricos, estimulando las iniciativas legislativas al respecto y apoyando la formación del recurso humano, y la evaluación de programas y servicios de salud mental. Desafortunadamente, la escasa difusión y los cambios continuos generados por la adopción del SGSSS no lograron su plena implementación (Ardón-Centeno, N. y Cubillos-Novella, 2012).

De otro lado, entre los años 2003 y 2004, el Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y mediante convenios de cooperación con la OMS, la Universidad de Harvard y la Fundación FES, desarrolló el Tercer Estudio Nacional de Salud Mental, que permitió, conjuntamente, delinear un panorama epidemiológico, constituir relaciones entre salud mental, condiciones socioeconómicas, estado de salud general, medio ambiente social y grado de vulnerabilidad. Luego de este diagnóstico se reformuló la Política Nacional de Salud Mental que había sido diseñada en el año 1998, construyendo los “Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia” (EMAR, 2016).

Tales lineamientos propusieron como objetivo general sugerir contenidos para esa reformulación, recomendaciones para la adecuada incorporación de la salud mental en el SGSSS y diseñar la metodología para establecer los costos de atención de eventos prioritarios en salud mental. La población-blanco identificada por este documento estaba constituida por las personas con trastornos mentales, las personas con problemas psicosociales y la población en general. Los lineamientos se encaminaban a promover la salud mental, prevenir los impactos negativos de los problemas psicosociales y reducir el impacto negativo de los trastornos mentales (EMAR, 2016).

En años recientes se han hecho esfuerzos desde la nación, los departamentos, distritos y municipios, por brindarles a los colombianos y colombianas una Política de Salud Mental integral, coherente y fundamentada en las necesidades de salud de todos y todas. El documento de Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia (2005) y la Política Nacional del Campo de la Salud Mental (2007) hacen parte de los antecedentes que la presente Política Nacional de Salud Mental retoma e integra con el objeto de construir sobre desarrollos previos (Ministerio de la Protección Social, 2005, 2007). La Política Nacional de Salud Mental está edificada sobre contribuciones y aportes de los últimos 15 años, junto con avances del estado de conocimiento en salud mental pública (EMAR, 2016).

De forma paralela, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 incluye la convivencia social y la salud mental como prioridades. Esto fue considerado positivo por profesionales, académicos e instituciones de salud mental, quienes esperaban un cambio sustancial para la salud mental del país. Sin embargo, el acceso al servicio continuó limitado y no por ausencia

de leyes y planes, sino por variables actitudinales, sociales y estructurales propias del sistema de salud, que no dieron los frutos esperados, (Rojas C, Restrepo, 2018).

Hoy en día Colombia es un país distinto. Si bien algunas de las consideraciones y propuestas de la política de 1998 se mantienen vigentes según se desprende del análisis del contenido de algunos documentos, los cambios experimentados por la sociedad colombiana son de tal intensidad que han hecho necesario recontextualizar la situación de la salud mental, modificar descripciones y análisis, y ajustar la Política Nacional de Salud Mental a las condiciones actuales con el fin de asegurar su implementación. La salud mental es concebida por la Ley 1616 de 2013 como derecho, prioridad y asunto de interés nacional; los costos económicos, políticos y humanitarios de los problemas de salud mental son alarmantes (EMAR, 2016).

Seis años después de la Ley 1616, los cambios no han sido sustanciales. La falta de coherencia entre la norma y la realidad ratifica el pensamiento general de que en Colombia se escriben muy bien las leyes en el papel, pero no tienen la fuerza para transformar un sistema de salud fragmentado y en crisis.

Lo cierto es que la resolución 5521 de 2013, aunque establece los mismos servicios para el régimen contributivo y subsidiado, no mejoró la salud del paciente con enfermedad mental. Es más, redujo las posibilidades de beneficio en salud mental para los dos regímenes del sistema, vulnerando a los más pobres. Respecto a la prevención y promoción, el impacto es escaso o nulo, debido a que los lineamientos son muy generales, poco coherentes con las necesidades territoriales, desarticulados a nivel gubernamental y poco conocidos por la comunidad. De otro lado, la actualización del plan obligatorio de salud con el ingreso de

algunos medicamentos para determinados diagnósticos psiquiátricos se constituyó en un nuevo absurdo por la escasez de los medicamentos en las farmacias, la demora para su autorización, la restricción a unos diagnósticos específicos aprobados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos (Invima), y el afán del médico de asignar ciertos diagnósticos para garantizar la entrega de los medicamentos, lo cual se traduce en un falso incremento de la prevalencia e incidencia de trastornos mentales como esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y retraso mental. (Rojas Bernal, Castaño Pérez y Restrepo Bernal D.P., 2018).

Adicionalmente, existen barreras de acceso a los servicios de salud mental, en parte explicadas por la escasez de psiquiatras y su concentración en las grandes ciudades y la imposibilidad de acceder a terapias psicológicas específicas (cognitiva-comportamental, interpersonal, de pareja, de familia y grupal), debido a que los profesionales con esta formación no son contratados por las instituciones de salud. Otros servicios que no se ofrecen son: grupos de apoyo, terapias para la readaptación social y ocupacional, y programas de reinserción laboral, a pesar de que la ley 1616 y el Plan Decenal de Salud Pública plantean la rehabilitación social y laboral como un derecho. Es clara la falta de centros especializados, personal suficiente y capacitado e infraestructura adecuada para el manejo psiquiátrico hospitalario, y de otro lado, los hospitales y clínicas psiquiátricas no están en capacidad de manejar pacientes especiales como ancianos, niños, adolescentes o con enfermedad física comórbida de alta complejidad. Igualmente, numerosos hospitales psiquiátricos del país enfrentan graves problemas económicos, por las deudas de las empresas de salud a quienes prestan servicios (Rojas Bernal, Castaño Pérez y Restrepo Bernal D.P., 2018).

Es clara la falta de centros especializados, personal suficiente y capacitado e infraestructura adecuada para el manejo psiquiátrico hospitalario, y de otro lado, los hospitales y clínicas psiquiátricas no están en capacidad de manejar pacientes especiales como ancianos, niños, adolescentes o con enfermedad física comórbida de alta complejidad. Igualmente, numerosos hospitales psiquiátricos del país enfrentan graves problemas económicos, por las deudas de las empresas de salud a quienes prestan servicios (Rojas, Castaño P, y Restrepo B, 2018).

1.4.2 Diagnóstico Estadístico

en Colombia se han identificado una serie de marcadores, que enmarcan el estado mental de sus pobladores, íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos, tiene un desarrollo, una historia y unas consecuencias propias sobre el estado mental de los individuos: 1. Realidad de la enfermedad mental. 2. Violencia. 3. Pobreza 4. Farmacodependencia y 5. Desastres naturales (Arango D., Rojas F., y Moreno M.,2008).

Según la encuesta nacional de salud mental del año 2015, los colombianos vinculan el concepto de “salud mental”, a los aspectos asociados con la satisfacción de necesidades individuales, particularmente de tipo corporal y con una dimensión temporal en la inmediatez. Hay un alto porcentaje de respuestas positivas, con una autovaloración muy favorable de la salud mental de todos los grupos etarios, un sentimiento global común de felicidad, armonía con los niños descrita por los cuidadores y satisfacción generalizada en las relaciones con los demás, particularmente con la familia, la pareja, amigos y compañeros.

Estas respuestas parecen afectarse por la edad, el género y la situación de pobreza, dando cuenta del efecto del transcurrir vital y de la inequidad, en la reducción de las apreciaciones anotadas. Así mismo, las autopercepciones vinculadas con conductas deseables de solidaridad, empeño y disfrute vital, pero también se encuentran los contrastantes de obtener lo que se desea a cualquier precio, o de indiferencia y desinterés por los demás (Gómez-Restrepo, ENSM, 2015).

En relación con cognición social, que busca entender cómo se comprende, recuerda y predice la conducta social de otras personas, y que se evalúa indagando como procesa la información a partir de funciones motoras y verbales, la capacidad de abstracción, memoria de trabajo, el reconocimiento de emociones y la empatía. Los resultados de la encuesta nacional muestran para las funciones ejecutivas, abstracción y memoria de trabajo, se encuentra un mejor desempeño en las personas jóvenes, que no se encuentran en estado de pobreza y que tienen mayor escolaridad; por el contrario, el peor desempeño se da en las personas de 45 años en adelante en estado de pobreza y con menor escolaridad.

Al analizar el reconocimiento de emociones se encuentra que son más fáciles los de la alegría, sorpresa y los rostros neutros, siendo mejor en las personas más jóvenes que no están en estado de pobreza y tienen mayor escolaridad; contrastado con que solo un cuarto de la población es capaz de reconocer la tristeza y el asco y menos de un quinto el miedo.

Para la empatía se encuentra que el 75,1 % de la población de 18 años en adelante reconocen una acción en la que se hace daño intencional como tal, el 64,4 % en la que se hace daño de forma accidental. Alrededor de la mitad de las personas se sienten triste por la persona lastimada (ya sea accidental o intencionalmente) y al considerar que tan mala es la persona

que comete cada acción, cuando el daño es intencional más de la mitad de personas (70 %), la consideran muy o moderadamente mala, sin embargo, llama la atención que cuando el daño que se hace es accidental poco más del 40 %, de las personas consideran muy o moderadamente mala a la persona que la comete. Todo lo anterior, expone situaciones paradójicas en relación con los componentes de la cognición social: las respuestas empáticas en relación con la tristeza o el malestar contrastan con la emisión de juicios y las factibles acciones punibles (Gómez-Restrepo ENSM 2015). Con relación al apoyo social ante dificultades o problemas se percibe como mala, con especial énfasis en los mayores de 60 años. Sienten que no reciben ayuda, a pesar de haberla solicitado cerca del 85%. La fuente primera de solicitud ayuda para los encuestados es la familia, luego los amigos, la pareja, vecinos y compañeros de trabajo.

Con base en el APGAR familiar, se observa algún grado de disfunción familiar, con incremento en función de la edad, la disfunción moderada y severa. Aumentan de un 11,2 % (12 a 18 años), a un 14,5 % (18-44 años) y 16,3 % (45 y más). Además, a mayor escolaridad de los encuestados de 18 años adelante y en aquellos que no se encuentran en estado de pobreza reportaron menos disfunción familiar. El 51,5% de los niños entre los 7 y 11 años vive con sus padres biológicos; cuando alguno de ellos está ausente en el 59,8 % de las veces es el padre biológico, 27,4 % la madre biológica, y en 12,4 % ambos padres; el 31% de estos niños ha contado con figuras sustitutas (Gómez-Restrepo, ENSM, 2015).

Hasta un 14,8 % de los niños de 7 a 11 años, y un 21,3% de las personas de 45 a 59 años se ha sentido discriminada en distintos ámbitos; a su vez un alto porcentaje de los encuestados excluiría a personas con ciertas características, la primera de éstas los problemas con drogas

o alcohol (Gómez-Restrepo, ENSM, 2015).

Dentro de la consideración del sufrimiento emocional ante eventos críticos (no violentos) en se encuentra que para los de 12 años y más, los sucesos provocadores de sufrimiento emocional están ligados con la enfermedad o muerte de alguien muy cercano, una modificación vital significativa, un problema familiar grave, dificultades económicas serias, y un inconveniente de salud o un accidente.

Los eventos críticos acaecidos antes de los 12 años de los encuestados están relacionados con limitaciones por parte de los adultos en su expresión directa, son el cuidado, en la posibilidad de jugar o de maltrato, la delegación de responsabilidades no concordantes con la edad, o las condiciones de precariedad, arrojando diferencias asociadas con la edad, siendo más frecuentes en el grupo de 45 años y más que en el de 18 a 44, y más infrecuentes aún en los 12 a 17 años (Gómez-Restrepo ENSM 2015; Díaz S., 2015).

En lo concerniente a violencias, el 7,7 % de la población de 18 a 44 años y el 6,1 % de 45 en adelante reportan como evento traumático situaciones de violencia intrafamiliar, donde la prevalencia de violencia intrafamiliar reportada por las mujeres ambos grupos de edad es casi el doble que en los hombres (9,4 % frente a 5,3 % entre los 18 y 44 años y 7,2 % contra 4,5 % en la población de 45 en adelante), mientras que los otros tipos de eventos relacionados con violencia fueron más prevalentes en hombres pero sin diferencias significativas.

El 10,7 % de los de 18 a 44 años y el 10,4 % de 45 años en adelante reportan la vivencia de unos eventos traumáticos relacionado con violencia organizada. El 21,0 % de las personas de 18 a 44 años y el 20,3 % de la población de 45 años en adelante reportan haber experimentado

algún tipo de violencia en el ámbito escolar, siendo en ambos casos mayor la frecuencia en hombres. El 17,8 % del grupo etario de menor edad y el 21 % de los mayores de 45 años presenciaron actos de violencia física entre los padres, el 12,9 % fue víctima de agresión física.

El 18,1% de los adultos entre 18 y 44 años y el 12,5 % de los del grupo etario de mayor edad describen haber experimentado agresión física por parte de sus profesores durante su infancia. La retaliación o la violencia como métodos de crianza alcanzan a ser aceptados por el 10,8% y el 23,9% de las personas menores y el 6,4 % y el 22,0 % de los de 45 años en adelante (Gómez-Restrepo ENSM 2015; Díaz Sotelo, O. D., 2015).

En relación con experiencias relacionadas con la violencia que experimentan más frecuentemente los adultos (población mayor de 18 años) a nivel nacional son el desplazamiento forzoso, con el 13,7 % de la población infantil entre 7 y 11 años, 18,3 % de los jóvenes entre 12 y 18 años y 18,7 % de la población adulta entre 18 y 44.

Además de las personas que han tenido alguna experiencia que consideran traumática, el 7,9 % de las que tienen entre 18 y 44 años y el 7,9 % de las de 45 años en adelante reportan eventos relacionados con el conflicto armado. El 12,5 % de los adultos entre 18 y 44 años y el 11,5 % de 45 años y más reportan la exposición a más de un evento traumático. Los eventos traumáticos más prevalentes en los adultos son: accidente de tránsito, violencia por delincuencia organizada o común, conflicto armado y violencia intrafamiliar, con prevalencias entre el 18,3 % y el 6,1 %.

Cuatro de cada diez mujeres y tres de cada diez adultos mayores de 18 años, han experimentado violencia por delincuencia organizada y afirman que sufren un trauma

psicológico. Cinco de cada diez adultos que sufrieron una experiencia traumática asociada al conflicto armado y tienen un reporte positivo de trauma psíquico por el evento, sin diferencias significativas entre los sexos (Gómez-Restrepo ENSM, 2015).

Proyecciones estadísticas muestran que las condiciones psiquiátricas y neurológicas en el mundo se incrementarán de un 10,5% a un 15%, del total de la carga de la enfermedad para el año 2020, lo cual equivale a un incremento proporcional mayor que para las enfermedades cardiovasculares. En Colombia para el año 2015 se proyectó que los trastornos depresivos serían la primera causa general de consulta (Arango-Dávila C. A. ,2012).

En Colombia los adultos de 18 a 44 años, el 9,6%, presenta síntomas sugestivos de algún trastorno mental, el 52,9% tiene uno o más síntomas de ansiedad y el 80,2% manifiesta de 1 a 3 síntomas depresivos. Un 44,7% de la población infantil de 7 a 11 años, requiere evaluación formal por parte de un profesional de la salud mental para descartar problemas o posibles trastornos.

Al comparar la prevalencia de los trastornos mentales en Colombia con otros 14 estudios homólogos de otros países desarrollados y en desarrollo, donde Colombia ocupa los primeros puestos en carga de enfermedades mentales (primero puesto en los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, segundo puesto en el trastorno por control de impulsos, tercer y cuarto puestos en los trastornos de ansiedad y trastornos afectivos, quinto en cualquier otro trastorno (trastorno de ansiedad de separación en la infancia, trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante, trastorno de ansiedad de separación del adulto y bulimia nerviosa. (Arango-Dávila C. A., 2012).

Los trastornos mentales en Colombia afectan especialmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes, situación que empeora en gran medida el pronóstico, la productividad académica y económica de la población y, en últimas, el capital global, que incluye los factores personales, simbólicos, culturales y relacionales.

Estos trastornos se inician entre los 9 y los 23 años. La mediana en la edad para las primeras manifestaciones de los trastornos afectivos, como el episodio depresivo mayor, se sitúa en los 24 años, para la manía, en los 20 años, y para la hipomanía, en los 27 años. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad se encuentra entre los 7 y los 28 años, con un promedio a los 17 años, y la de los trastornos por uso de sustancias, entre los 20 y los 27 años, con un promedio a los 22 años. La edad de inicio de otros trastornos, como el de ansiedad de separación en la infancia, el de déficit de atención, el de conducta, el negativista desafiante, el de ansiedad de separación del adulto y la bulimia nerviosa, se encuentra entre los 8 y 20 años, con un promedio a los 11 años (Arango-Dávila C. A., 2012).

La tasa más reciente que se tienen para suicidio es de 2016, para Colombia es de 5,07 por 100.000 habitantes (Min Salud 2018). El 7,4 % de los adultos ha pensado en suicidarse siendo mayor la proporción en mujeres con 7,6% que en hombres 5,5%. La ideación suicida en adolescentes de 12 a 17 años tiene una prevalencia de 6,6 %; el plan suicida tiene una prevalencia de 1,8 %; el intento suicida tiene una prevalencia de 2,5 % y 37,6 % de los adolescentes que han pensado suicidarse lo han intentado (Gómez-Restrepo, ENSM, 2015).

En cuanto a los rasgos de personalidad el 46,0 % tienen 1 o 2 rasgos de personalidad del grupo A (Paranoide, Esquizoide o Esquizotípico); En relación con los rasgos límites de

personalidad (Grupo B) el 4,6 % de la población colombiana de 18 años en adelante tienen 6 o más rasgos. El 1,8 % de la población tienen 6 o más rasgos de personalidad antisocial (Grupo B), donde es mayor la proporción en hombres 2,8 % comparado con 0,9 % en mujeres. Respecto a los rasgos de personalidad del grupo C (Evitativo, Dependiente u Obsesivo-Compulsivo), la mitad de la población colombiana de 18 años en adelante no tienen ninguno de este tipo, 49,4 % y la distribución de 1 a 2, de 3 a 5 y 6 rasgos es similar para la población de hombres y mujeres (Gómez-Restrepo, ENSM, 2015).

El comportamiento del uso de sustancias psicoactivas es bajo en la población infantil entre 7 y 11 años. El alcohol es la sustancia psicoactiva más frecuentemente usada, el 20,4% de los adolescentes reportan haberlo hecho alguna vez en la vida, con uso recreacional y frecuente en cerca del 45,8 % de la población entre 18 y 44 años. (Gómez-Restrepo, ENSM, 2015).

El cigarrillo es la segunda sustancia más frecuentemente usada; el consumo en la vida reportado por los grupos etarios aumenta en relación con la edad, es del 5,8 % para adolescentes, de 15,9 % para adultos entre 18 y 44 años y de 20,9 % para personas mayores de 45 años, con una mayor proporción de hombres que lo han hecho. De igual forma aumenta el consumo en el último año siendo del 3,8 % para el grupo más joven, del 11,3 % para el siguiente y del 12,4 % para los mayores, en los dos últimos casos reportando el patrón más frecuente de consumo el diario.

Al analizar el consumo de sustancias psicoactivas ilegales, la marihuana es la más usada y es la tercera después del alcohol y cigarrillo; el 3,5 % de los adolescentes, el 6,3 % de los adultos entre los 18 y 44 años y el 2,6 % de los mayores de 45 años reportan haber consumido

cannabinoides alguna vez en la vida; el consumo durante los últimos 12 meses se presenta en el 2,2 % de la población entre 18 y 44 años. La frecuencia de otras sustancias es aún más baja (Gómez-Restrepo, ENSM, 2015).

Al igual que muchos países en América Latina, Colombia enfrenta grandes retos que amenazan seriamente su desarrollo. Factores como el desplazamiento de población de las zonas rurales a las zonas urbanas, la degradación ambiental y el cambio acelerado del uso del suelo amplifican dichos retos. Estas condiciones socio económicas, aunadas a la propensión del país a la ocurrencia de fenómenos naturales, tales como sismos, inundaciones y deslizamientos, entre otros, exacerbados por las acciones humanas y las condiciones variantes del clima, confirman un proceso continuo de construcción y acumulación de riesgos. La materialización de estos riesgos en desastres, afectan el desarrollo del país e impiden y retrasan el logro de las metas de bienestar social (Campos Ana, 2012).

Los avances conceptuales sobre la relación entre gestión del riesgo y desarrollo no han podido ser llevados a nivel de políticas de Estado, ni han sido incorporados como parte integral de la gestión pública, contribuyendo así al crecimiento del riesgo. El riesgo se está acumulando permanentemente en las ciudades y en las áreas rurales, debido a la falta de aplicación y control de las políticas e instrumentos de ordenamiento territorial municipal, y a la insuficiencia en el manejo de cuencas hidrográficas (Campos, et al., 2012).

Los vacíos en el tema de gestión del riesgo de desastres en las políticas y planes sectoriales amenazan la sostenibilidad de las inversiones, tanto de sectores productivos como de servicios, contribuyendo de esta manera al aumento de la exposición y la vulnerabilidad (Campos, et al., 2012).

El conflicto armado de 52 años entre las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) y el gobierno culminó oficialmente en 2016 con un acuerdo de paz. La violencia relacionada con el conflicto armado disminuyó significativamente, al principio, pero luego adoptó nuevas formas y persisten graves abusos. Conflicto que ha provocado el desplazamiento forzado de más de 8,1 millones de colombianos desde 1985.

En 2019, la población civil sufrió abusos a manos de miembros del Ejército de Liberación Nacional (ELN), disidentes de las FARC y grupos sucesores del paramilitarismo. Defensores de derechos humanos, periodistas, líderes indígenas y afrocolombianos y otros activistas comunitarios han sufrido amenazas de muerte y actos de violencia, con alertas por importantes estamentos internacionales. El gobierno ha adoptado medidas insuficientes o prácticamente nulas para proteger a estas personas.

En 2017, el gobierno colombiano inició conversaciones de paz formales con el ELN. Sin embargo, en enero de 2019, poco después de que el ELN perpetró un atentado con un coche bomba en una escuela de policía en Bogotá, el gobierno del presidente Iván Duque interrumpió las conversaciones de paz.

Entre los serios problemas de derechos humanos que persisten en Colombia se incluyen la impunidad por abusos del pasado, obstáculos a la restitución de tierras para las personas desplazadas, limitaciones a los derechos reproductivos y condiciones de pobreza extrema y aislamiento que sufren las comunidades indígenas.

1.5 Salud Mental En Risaralda

En Caldas el porcentaje de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento es de 7,41%, en Risaralda 5,89%, en el distrito de Cartagena 5,43% y en Quindío 5,08%. Obsérvese que 3 de las cuatro entidades territoriales con porcentajes más altos están ubicadas en el eje cafetero, sería importante determinar qué tipo de asociación existe entre el evento y este determinante geográfico. (Min Salud II, 2018). Colombia tiene una tasa de intento de suicidio de 11,7 por 100.000 habitantes, Para 2017 Risaralda ostenta una tasa de 16,9.

Analizando la distribución geográfica de la prestación de los servicios de salud para eventos de salud mental en el país, las mayores tasas de prevalencia para los eventos diagnosticados las presentan, en primer lugar, el departamento de Risaralda, con una tasa de 15,1 por cada 100.000 habitantes (Acuerdo N° 26, 2017), teniendo un pico más frecuente de consulta de trastornos de ansiedad en mujeres y de trastorno por consumo de sustancias en hombres; sin embargo, el departamento no cuenta con estudios epidemiológicos que discernan el tipo de patología.

En cuanto a este último, según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2013, Risaralda ocupa el quinto lugar, siendo Pereira el tercero en aportante de consumidores de heroína inyectada y el subsecuente incremento de enfermedades infectocontagiosas. Otro dato relevante es superar la media nacional en la tasa de suicidios (Acuerdo No. 26,2017) y una importante referencia a maltrato infantil y a la mujer alcanzando hasta un 71% de la población (Muñoz, L., 2018).

Este liderazgo se profundiza día a día porque en la ciudad, según informaciones emitidas por los responsables en materia de psiquiatría en la región, no hay suficientes instituciones de salud para atender a personas con dolencias mentales, motivado a las estructuras de salud.

En este orden de ideas, según informaciones la Secretaría de Salud y Seguridad Social de Pereira en declaraciones emitidas a un diario nacional en el año 2018, se afirma que el panorama de la salud mental en la capital de Risaralda es sombrío en el sentido de que todavía hay muchas dificultades básicamente por problemas de acceso oportuno a los servicios de salud mental, barreras que ponen las EPS y de personal de salud mental, aún insuficiente para las necesidades de la población que se tiene.

También explica en su intervención que los tabúes, los estigmas que subsisten en las familias y la sociedad alrededor de la consulta al psicólogo o al psiquiatra, contribuyen a oscurecer ese panorama y a que sigan aumentando las patologías de salud mental y el consumo de estupefacientes” (Muñoz, L., 2018).

La salud mental en la ciudad es una "problemática social", que se aborda equivocadamente y demanda un tratamiento integral que es inexistente”. De igual forma, en Pereira solo hay dos centros médicos especializados en salud mental, uno público, el Hospital Mental de Risaralda, y otro, privado. Otras no tienen la infraestructura suficiente ni el personal adecuado para prestar un servicio oportuno, eficiente y eficaz (Muñoz, L., 2018).

1.6 Enseñanza de la psiquiatría en Colombia

Desde 1596, la orden de San Juan de Dios recibió pacientes con problemáticas mentales en improvisados albergues (Gómez Restrepo et al., 2008); los manejos planteados eran netamente de asilamiento de las locuras furiosas y de estigmatización de quienes las padecían, puede intuirse las formas de segregación racial, social y económica del momento (Cruz Montalvo, 2011).

La prehistoria de la psiquiatría colombiana se debe situar en el siglo pasado cuando en la década de 1870, se fundaron los primeros establecimientos para enfermos mentales en Bogotá y Medellín. Así, en 1870 se funda el manicomio para hombres, para 1874 el asilo de locas, ambos en Bogotá y en 1878 el asilo de locos en Medellín. (Gómez Restrepo et al., 2008). Estos con una característica particular, eran hospitales de la beneficencia. De manera paralela, se crean el asilo San José, manejado por la sociedad de cirugía de Bogotá, que era la parte privada. En Medellín el primer asilo de hombres estaba en el barrio Aranjuez, luego trasladado a Bello y ese es el mental de Antioquia.

Hacia 1916 y años siguientes se inauguraron las primeras cátedras de enfermedades nerviosas y mentales, en las facultades de medicina de Bogotá y Medellín, La universidad nacional y la universidad Javeriana, han sido las escuelas más viejas. En 1941 sólo había tres Facultades de Medicina en el país (Nacional, Antioquia y Cartagena). Para 1942 surgió la primera facultad privada en Bogotá en la Universidad Javeriana. Posteriormente en 1950, se reinauguró la de la Universidad del Cauca en Popayán, ya que había tenido existencia previa.

Posteriormente se crearon de la Universidad del Valle (1950), la de Caldas (1952), la del Rosario (1966), la de la Universidad Industrial de Santander (1967), todas con su programa de Psiquiatría (Roselli H., 1999).

Uno de los primeros profesores, considerando como "el primer psiquiatra completo" de la medicina colombiana, doctor Maximiliano Rueda Galvis (1886-1944), quien, emprendió las primeras investigaciones biológicas sobre enfermedades mentales y fue así como estudió la parálisis general, la malario-terapia, las psicosis parasitarias y, hacia 1930, las Encefalitis psicóticas agudas azoémicas, variedades del delirio agudo mortal, investigaciones que le fueron reconocidas en Francia y que le merecieron los elogios de los Profesores Marchand, Toulouse y Courtois de la Facultad de Medicina de París. Fue esta la primera vez que nuestra psiquiatría colombiana se asomó, tímidamente a un escenario exterior (Roselli H., 1999).

Solo hasta 1937, tuvieron lugar en Santiago de Chile, patrocinadas por el Gobierno chileno y la Universidad de Chile, las Primeras Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, a las que asistieron médicos alienistas y neurólogos de nueve países latinoamericanos, destacando la participación de Colombia (Araya Ibacache, 2014).

A mediados del siglo ya el grupo de psiquiatras colombianos fue creciendo, se fundaron clínicas y hospitales psiquiátricos, nuevas facultades de medicina en las cuales también se comenzó a enseñar la psiquiatría, se introdujo el psicoanálisis, aparecieron los neurolépticos y los antidepresivos, todo lo cual fue dando un sentido y una coherencia al ejercicio de la psiquiatría que se fue formando como especialidad.

Se planteó la necesidad del desarrollo científico de la psiquiatría y sus disciplinas afines

“Las ciencias de la mente y la perfección humana”, esto solo lo otorgó la difusión mediante congresos científicos y ponencias, que por su puesto solo se lograron a partir del fortalecimiento de la academia (Araya Ibacache, 2014).

La psiquiatría, a diferencia de otras especialidades médicas, continuó siendo durante la primera mitad del siglo XX al menos, una disciplina especulativa, sin herramientas científicas diagnósticas ni terapéuticas. En ese sentido, contar con el patrocinio del Estado y de su Universidad, aparece como un aval fundamental del discurso científico, que intentaban consolidar los médicos psiquiatras. Por lo mismo no debe extrañarnos que los discursos inaugurales de los representantes institucionales en las Jornadas apunten precisamente al origen orgánico de los trastornos mentales y por ende al carácter marcadamente científico que debía asumir la psiquiatría. Así situar los trastornos mentales a la misma altura que enfermedades somáticas, con una larga historia de repercusión social al nivel de la tuberculosis y la sífilis (Araya Ibacache, 2014).

La Asociación Colombiana de Psiquiatría se fundó en 1961, ha agrupado la mayor parte de los psiquiatras colombianos formados en el país y en el exterior. Empezó a celebrar congresos y publicaciones en la revista Colombiana de Psiquiatría, una de las más antiguas del subcontinente. Esta posición como gremio científico impulsó a que varios miembros lograran ocupar cargos, como la presidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). Y se fortalecieron otras agremiaciones y Sociedades de Psicoanálisis, de Psiquiatría biológica, Neuropsicología (Rosselli H., 1999).

Otras proyecciones colombianas en el campo internacional han sido los aportes de la Escuela de Cali con el Profesor Carlos A. León a la cabeza, quien ha estado en las directivas de la

Asociación Mundial de Psiquiatría, ha presentado numerosos trabajos de investigación sobre realidades y fenómenos autóctonos, ha sido conferencista invitado en dos ocasiones a congresos de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana con las conferencias "Simón Bolívar" sobre la violencia en Colombia, lo mismo que ha presentado lecturas en los Congresos Mundiales y en numerosos otros países sobre temas de la especialidad (Rosselli H., 1999).

Desde 1930, tesis de psicoanálisis fueron presentados en la Universidad Nacional inicialmente, posteriormente otras facultades privadas incorporaron el modelo. Sin embargo, siempre se presentaron las dos opciones, la biológica naturalista y la psicológica influenciada por el psicoanálisis. Hasta que finalmente se toma la biopsiquiatría y se desplaza al psicoanálisis en unas facultades más que en otras, por ejemplo, la Javeriana y Rosario sí que tiene importancia fuerte, pero no en escuelas nacional, sabana o militar, que son más biomédicos.

También hay un giro importante, los primeros psiquiatras formados dentro de la tradición freudiana tenían que hacerse psicoanalizar y formarse en psicoanálisis, con las asociaciones avaladas, el ministerio nunca dio aval a una formación Universitaria de la rama, a diferencia de pocas cátedras. De manera progresiva este enfoque se fue cerrando y en la actualidad pocos programas conservan esa enseñanza, casi que ha desaparecido, y la mayoría de las residentes no deben psicoanalizarse, luego se pierde este interés de formación.

Los psiquiatras de inicios de siglo tienen diálogos con otras disciplinas, muchos tenían filiación por las novelas, eran escritores, otros eran artistas, la pintura (línea de Charcot,

pinturas y registro fotográfico), lo que también puede verse ligado a los rostros de la locura y el registro de las psicopatologías, la cinematografía también, muy del corte de las corrientes analíticas. Vale decir que, la relación locura y cinematografía es vieja como fotografía y psiquiatría, esto se adjudica a Charcot, quien lo volvió un instrumento de investigación, y el cine lo explotó como gran intriga para sus tramas, en el que mostraba locura.

Por otro lado, la psiquiatría siempre ha tenido esa tensión con el cuerpo principal de la medicina, en la que se genera un vaivén entre sí encaja o no. Siendo una especialidad clínica, siempre ha sido un terreno fértil para los cruces, las otras líneas de trabajo y pensamiento, por ejemplo, siempre hay más proximidad a la sociología antropología y psiquiatría; hay una sensibilidad en muchos de los psiquiatras y de las escuelas por la literatura y la filosofía.

Esto para entender el fenómeno mental en su naturaleza, además solo se entiende al individuo en términos de psicopatología desde su relación social, una biografía, una historia, y por eso implica esa exploración histórica que es de lo más interesante de esta profesión médica.

Hay sitios tradicionales para la enseñanza de la psiquiatría, esencialmente en Bogotá, con referencia directa de la Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Nacional de Colombia y Universidad Colegio Mayor del Rosario. Formar especialistas en psiquiatría en la década del sesenta fue uno de los objetivos de estos grandes centros. Con la exposición de áreas fuertes empiezan a emerger otros grupos en las universidades nacientes, aparecen para esta época Juan N. Corpas, Universidad del Bosque, Universidad Militar, para hablar de estas tres nuevas, y ponerlas en contraposición de las que ya se mencionaron anteriormente. Por su parte, en Medellín, es posible hablar de la Universidad de Antioquia, y a la labor de la

Pontificia Bolivariana en Medellín y los grandes avances en la materia, adicionalmente, debe mencionarse la importancia de la Universidad de Caldas y de la Universidad de Cartagena.

Menciono departamento de psiquiatría porque hegemónicamente, las áreas fuertes en esta materia tienen estructuras fuertes y clásicas que no solo formaban médicos sino especialistas en la rama. Otro escenario es, que donde hay pacientes mentales, se inmiscuida la academia, y terminaban en una relación casi simbiótica, en los que tanto los psiquiatras, como los médicos forman su entrenamiento y ayudan en la gestión de instituciones tanto públicas como privadas para este fin (Uribe, 2017).

Es necesario reconocer también la trayectoria que se ha desarrollado en Pasto y Bucaramanga, Departamentos en los que han entrenado muchos residentes psiquiatría; y otra institución de renombre alrededor de este campo médico es la Asociación colombiana de Psiquiatría, que está presente en el espectro nacional desde los años sesenta, pese a que los primeros psiquiatras empezaron a formarse desde los años cuarenta que es la fecha cuando se inicia una formación formal, y luego viene la gran reforma médica y se instaura el modelo desarrollado en Estados Unidos en la vía de formar residentes, asunto que fue dado en parte por el contexto de la posguerra (Uribe, 2017).

Entre los paradigmas de la psiquiatría colombiana, hay una clara tendencia de medicina somática, hay algo que está pasando en el sistema nervioso central, hay que corregirlo es una reducción médica, una toma de partido del dualismo cartesiano, “*rex extensa y la rex cognita*”, se va más a lo biológico, y dentro de lo psicosocial o sea la dimensión psique (alma espíritu mente aquello que no se ve, sabemos que existe porque si, fenómenos de conciencia,

cognición) las grandes orientaciones, Freudiana, las grandes teorías originadas de sus obras, debates disidentes y transformadores, Jung, Adler, Fromm (Uribe, 2017).

Otra gran rival en términos de los paradigmas es el comportamental, el cual surge como una crítica a requerir introspección, y de la ciencia empírica positiva y que propone trabajar desde el comportamiento y no de lo que pase en la mente; están las escuelas clásicas, la fase experimental psicológica de Estados Unidos con su máximo exponente Watson Skinner, y la reintroducción del fenómeno mental que, además, incluye la neurociencia, lo cognoscitivo comportamental. También se encuentran las escuelas humanistas. Y por supuesto, una tercera escuela que se nutre de la teoría sistémica con Gregory Batson, quien plantea la aproximación sistémica, las redes e interacciones sociales, y cómo estos soportes fomentan e intervienen en la enfermedad mental (Uribe, 2017).

La cognitiva conductual es la aproximación psicoterapéutica de apoyo más utilizada de los neuro fármacos, y la orientación biológica. Toda vez que el mundo contemporáneo se centra en los psicofármacos, pero la cura por el habla es fundamental y se nutre de los debates de la condición humana, que es lo que es el ser humano, como funciona esa naturaleza, sujetos en interacción social, como somos sujetos, pero también somos otros. Psiquiatría el énfasis en la disfunción de neurotransmisores, pero está en un sujeto con biografía en un tejido social en una relación con objetos y esto hace fértil esta ciencia (Uribe, 2017).

La formación y la experiencia son fundamentales para nuestra vida, ya que nos permiten potenciar y desarrollar nuestras habilidades. El objetivo principal de la educación superior es que la formación y la investigación ayuden a mejorar el bienestar social y cultural de nuestra

sociedad. Por supuesto, la formación universitaria también contribuye a crear conocimiento técnico, científico, humanístico, cultural y cívico.

Por tal fin, la educación superior también insiste en la enseñanza de valores, promoviendo así una participación ciudadana libre, responsable y comprometida. Al mismo tiempo, es importante saber que la formación no se limita a una etapa concreta, sino que es fundamental a lo largo de toda nuestra vida, ya que constituye un proceso constante de cambio.

Al respecto se considera relevante, significativa y congruente la forma como se hace gestión en las instituciones de educación superior, las cuales inciden en su éxito o el fracaso de la formación de sus egresados. Pues su impacto formativo es la garantía de la calidad de profesional que puede graduarse. En el ámbito de la medicina el profesional debe ser dedicado y contar con una planta de formación académica adecuada para desempeñarse en el área de la salud con efectividad, eficiencia y muy primordialmente en la especialidad de la psiquiatría.

La enseñanza de la psiquiatría en Colombia es el resultado de la confluencia de diferentes corrientes conceptuales que, desde inicios del siglo XX, empezaron a hacer parte del quehacer psiquiátrico. Este conocimiento se ha trasladado de generación en generación mediante procesos pedagógicos hasta cristalizarse en la noción actual de la formación universitaria (Arango, 2012).

Bajo esta dinámica, aprendizaje–enseñanza, se deriva un conjunto de métodos, resultados conceptuales y técnicas para abordar la psicopatología y la salud mental. La estructuración

actual toma de la psiquiatría órgano dinámica francesa algunos reductos, especialmente de los aspectos conceptuales y clínicos; así mismo, se forma a partir de la concepción kraepeliana y las terapias biológicas introducidas desde el segundo cuarto del siglo pasado y la tendencia psicoanalítica introducida desde 1950 (Arango, 2012).

Por tal fin, los departamentos de psiquiatría de nuestro país forman un médico general y un psiquiatra hábil y destacado en el manejo de las enfermedades mentales, con conocimientos básicos en la fisiopatología y la psicopatología, con buen entrenamiento en psicofarmacología y en mayor o menor proporción en psicoterapia (Arango, 2012).

1.6.1 El rol del médico general en la psiquiatría en Colombia

Según la editorial de Campo (2019) la psiquiatría es la cuarta especialidad médica en número de créditos académicos en las escuelas de medicina, a pesar de no estar dentro de las especialidades básicas.

Existe cada vez más evidencia científica que respalda la importante e innegable contribución de los factores biológicos para el buen funcionamiento de la cognición, los afectos y la conducta del individuo, observando cómo se involucran en el desarrollo de algunos síntomas asociados a la disfunción de los mismos, por ejemplo, trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, adicciones, etc., lo cual la ha convertido en un componente importante de otras especialidades como medicina familiar, medicina interna neurología, geriatría, pediatría (Espinosa, 2014).

No obstante, la importancia relativa en la formación médica, la psiquiatría es de las especialidades menos atractivas para los estudiantes de medicina. Según Guzmán et al., (2012) dentro de las razones priorizar su interés por otras especialidades, la percepción de que la psiquiatría es muy compleja, el temor a ser afectados en su propia salud mental, o no tener las herramientas personales para ejercerla, como paciencia, tranquilidad y capacidad de comprensión. Adicionalmente, se percibe que los pacientes se recuperan poco y que es una especialidad en desarrollo, cerca del 95% de los estudiantes de medicina no la consideran su opción de especialización o trabajo (Campo, 2019).

El pequeño grupo que la considera opina que su interés por la conducta humana, la posibilidad de un manejo interdisciplinario y de ayudar a pacientes que son estigmatizados. A pesar de la tendencia de aceptación de la Psiquiatría como rama médica, se percibe que la diferencia con la psicología es solo la posibilidad de la formulación de psicofármacos. (Guzmán et al., 2012).

Este fenómeno se puede explicar, en parte, por un lado, al oscurantismo asociado a la psiquiatría años atrás y que se conserva en el imaginario de las otras especialidades, y las teorías más cercanas al esoterismo y la astrología, que a las bases biomédicas hoy hegemónicas. Y por el otro lado, al complejo estigma-discriminación relacionado con los trastornos mentales que hacen de la psiquiatría la especialidad médica más estigmatizada-discriminada y, en consecuencia, motivo frecuente de todo tipo de chistes y descalificaciones (Campo, 2019).

La formación médica actual de la psiquiatría tiene, fuertes principios positivistas del campo de la biomedicina y ha reorientado la práctica clínica. Ha hecho de la entrevista clínica psiquiátrica, un instrumento lo más objetivo posible, como un pilar del ejercicio profesional. La entrevista clínica psiquiátrica, estructurada o no, permite evaluaciones lo suficientemente válidas y confiables, no solo para los médicos psiquiatras sino también en manos de otros profesionales de la salud, médicos generales y especialistas no psiquiatras, con el entrenamiento básico y la adecuada motivación (Campo, 2019).

Las adecuaciones metodológicas, el perfil de enseñanza y la guía asertiva en la asignatura de psiquiatría, se relaciona con el cambio en la percepción sobre ella, desde el concepto de enfermedad mental al de salud mental, introduciendo así la concepción multifactorial etiológica de las enfermedades mentales y ampliar la conceptualización en torno a lo que se considera enfermedad mental, incluyendo en ella los cuadros adaptativos y las manifestaciones psiquiátricas de otras enfermedades mentales (Guzmán et al., 2012).

En consecuencia, es posible y deseable que los médicos generales colombianos diagnostiquen y manejen los trastornos mentales no complicados más frecuentes, en las regiones que no cuentan con profesionales de la psiquiatría. Los médicos generales tienen la formación necesaria para el diagnóstico y manejo integral, farmacológico y psicosocial de los trastornos más comunes, como los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, y para aquellos trastornos como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, con mayor externalidad ya sea por el deterioro en el funcionamiento global de las personas o la carga que representa para las familias, los sistemas de salud o sociedad en general (Campo, 2019).

El contexto actual del sistema de salud colombiano, inmerso en el proceso de implementación del Modelo Integral de Atención en Salud, es favorable para que los médicos generales colombianos contribuyan aún más al bienestar de los distintos colectivos, al ser los vigilantes de la salud en muchas regiones del país que no cuentan con médicos especialistas en psiquiatría. Especialmente en este largo período que sigue a la firma de los acuerdos de paz y en un territorio con frecuentes eventos de desastres naturales y de tragedias derivadas del manejo inadecuado de los asuntos públicos y ambientales. Sin duda, un mayor protagonismo de los médicos generales incrementará el acceso a los servicios en salud mental y la reducción del estigma por la consulta al psiquiatra (Campo, 2019).

Así en concordancia a las políticas públicas internacionales y nacionales, la atención en los Servicios de Salud Mental debe considerarse una prioridad, concebida desde un enfoque múltiple, previniendo su aparición, tratando sus manifestaciones y evitando la discapacidad derivada del padecimiento de este. Para ello un entrenamiento adecuado a los profesionales médicos generales, permite intervenciones precoces, sospecha diagnóstica adecuada y movilización de recursos permitan realizar un tratamiento efectivo (Mingote Adán & Núñez López, 2011).

1.6.2 Perfil para formar el Psiquiatría En Colombia

Según el Instituto Colombiano Para el fomento de La Educación Superior – ICFES y la Asociación Colombiana De Facultades De Medicina ASCOFAME, el perfil de enseñanza de la Psiquiatría en Colombia debe cumplir con las siguientes características:

- **Nivel Asistencial:** El especialista en psiquiatría es un profesional que se encuentra capacitado para diseñar e implementar programas y estrategias educativas encaminadas a fomentar la salud mental; diseñar e implementar programas y estrategias educativas encaminadas a prevenir las patologías que epidemiológicamente han sido detectadas como más problemáticas para la salud mental de la población; reconocer y aplicar de manera oportuna, eficiente, ética, las diferentes modalidades terapéuticas en psiquiatría (psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, individuales y grupales, etc.); y, manejar estrategias que permitan en lo posible el reintegro de los pacientes a su familia, comunidad, trabajo, etc., con la participación de disciplinas afines y la conformación de grupos interdisciplinarios.
- **Nivel Administrativo:** El psiquiatra dispone de los conocimientos de ley sobre salud mental, posibilidades de atención para los pacientes, reglamentación de las instituciones de salud para el desarrollo de convenios docente asistenciales.
- **Nivel docente:** Está en capacidad de desarrollar habilidades para permitir la trasmisión de conocimientos en sus posibles educandos.
- **Nivel investigativo:** Propiciar a través del entrenamiento la adquisición de conocimientos y desarrollo de habilidades para plantear en cualquier momento un proceso de investigación.

Para ingresar debe ser entrevistado a entrevista, buscando al menos las siguientes. El especialista en Psiquiatría debe contar con unas características innatas, luego el proceso de

entrevistas es un factor especialmente importante en psiquiatría para escoger a quien mejor se acomode al perfil de terapeuta ideal:

- a. Estructura ética y moral.
- b. Capacidad de liderazgo
- c. Habilidad y seguridad en la toma de decisiones
- d. Capacidad de trabajar bajo situaciones de presión
- e. Capacidad de trabajo en equipo

- **Objetivo General para la Especialidad**

Preparar un profesional en la especialidad con excelente nivel de conocimientos y actitud crítica, frente a los mismos, de gran formación humanística, y con las competencias necesarias para abordar exitosamente, con visión integral, los problemas de la salud mental.

- **Objetivos Específicos**

A través de su entrenamiento el estudiante de posgrado deberá adquirir conocimientos, habilidades y destrezas para:

- Diagnosticar, tratar integralmente y establecer acciones preventivas de los trastornos psiquiátricos y médicos que se relacionan con la práctica psiquiátrica.
- Integrar en su práctica los factores biológicos, psicológicos y socioculturales necesarios para la comprensión de los trastornos mentales y para el diseño de intervenciones terapéuticas apropiadas para ello.
- Preparar, diseñar, elaborar, publicar y presentar proyectos de investigación relacionados con la psiquiatría.
- Evaluar críticamente las limitaciones y progresos del conocimiento contemporáneo.

- Reconocer las propias capacidades y limitaciones en el ejercicio profesional, en general, y ante un caso individual, en particular.
- Ser capaz de trabajar en equipo con otros profesionales de salud, como un médico con amplia y suficiente formación en el tratamiento de los diferentes trastornos psiquiátricos.
- Conocer la normatividad vigente y aspectos éticos relacionados con la práctica médica en general y en particular de la especialidad.

● **Contenidos Básicos Para La Formación Del Especialista**

- Semiología y entrevista.
- Ciencias básicas aplicadas a psiquiatría.
- Psicofarmacología.
- Psicoterapias.
- Componente sociocultural.
- Epidemiología psiquiátrica.
- Seminario de Clínica Psiquiátrica.
- Psiquiatría infantil y adolescente.
- Psiquiatría de enlace.
- Psiquiatría comunitaria.
- Psiquiatría forense.
- Farmacodependencia.
- Neurología (inmunología-endocrinología).
- Geriatría (psicogeriatría).

- Metodología de la investigación.
- Historia de la psiquiatría.
- Ética
- Test psicológicos.

- **Rotaciones mínimas:**

- Unidad de Agudos.
- Hospitalización parcial o total.
- Consulta externa.
- Urgencias.
- Psiquiatría del niño y adolescente.
- Psiquiatría de enlace.
- Psiquiatría forense.
- Psiquiatría comunitaria.
- Neurología.
- Endocrinología.

- **Procedimientos Básicos Obligatorios**

- Terapia Electroconvulsiva, (TEC).

- **Componentes Básicos en Investigación**

- Metodología de la investigación.
- Desarrollar las capacidades de hacer lectura crítica de estudios.
- Desarrollar por lo menos un proyecto de investigación como requisito para

optar por el título de especialista con evaluaciones periódicas anuales.

- **Duración Mínima en Horas**

El equivalente a 3 años. Formación teórica, 30%. Formación práctica, 70%.

Considerando que la práctica debe ser teórico-práctica y supervisada.

- **Recursos Para Desarrollar El Programa**

- Perfil de los docentes: Tienen que ser especialistas en el área de psiquiatría y ser idóneo en el área de enseñanza y que tenga entrenamiento y experiencia docente. La relación docente de tiempo completo: residente debe ser 1:1; idealmente dos y medio tiempos completos de docente por residente.
- Administrativos y de apoyo logístico: Todo posgrado debe hacer parte de una Facultad de Medicina que cumpla con los requisitos establecidos en el Decreto 917 de 2001.
- Tecnológicos: Cámara de Gessel y apoyos audiovisuales.
- Características necesarias para los principales escenarios de formación del especialista: Las instalaciones básicas de acuerdo con las rotaciones estipuladas anteriormente y las instituciones idóneas con los cuales se realicen los convenios docente asistenciales convenientes para las partes.
- La planta física hospitalaria debe cumplir con los requisitos mínimos estipulados por el ministerio de salud.
- Debe contar con una biblioteca especializada, aula de ayudas audiovisuales con tecnología informática necesaria para una adecuada formación. Áreas de reposo para docentes y residentes. Si existen convenios docentes-asistentes, los sitios externos al principal de rotación, debe cumplir con las características enunciadas anteriormente.

En los sitios de rotación, el estudiante de postgrado debe estar asesorado en forma permanente y presencial por un especialista.

1.6.3 Caracterización del residente de psiquiatría en Colombia

Para 2013 en el marco del congreso nacional de Residentes de Psiquiatría, se realizó la encuesta para conocer el perfil del residente de psiquiatría en Colombia, (Sánchez, 2013)

Para la fecha se ofertaba la especialidad en 16 programas distribuidos así: Bogotá: 7 (Pontificia Universidad Javeriana, U. del Bosque, U. del Rosario, U. Nacional de Colombia, Unisanitas, U. Militar, U. Juan N. Corpas); Medellín: 3 (U. de Antioquia, CES, U. Pontificia Bolivariana); Barranquilla: 2 (U. Simón Bolívar, U. Del norte). Cali: U. Del Valle. Pereira: U. Tecnológica de Pereira. Manizales: U. De Caldas. Cartagena: U. De Cartagena. Con un total, de 132 residentes. Actualmente se encuentra cerrado el programa de la Juan N. Corpas, y la Universidad ICESI abrió programa en la ciudad de Cali.

En los datos demográficos encontramos que la edad promedio es 29 años, la proporción hombres/mujeres es 1:1,2, 78% de los residentes son solteros, y el 13% de los residentes tiene hijos. Para financiar sus estudios 42% de los residentes cuenta con apoyo familiar, el 23% acude a crédito educativo y el 18% lo hace con ingresos propios.

Esto explica que el 32% de los residentes entrevistados trabaje durante la residencia y de aquellos que trabajan, el 59% lo hace en servicios de salud mental, el 21% como médico general, el 15% en otras actividades y el 2% en trabajos administrativos. Con respecto a las perspectivas laborales, se encuentra que el 97% de los residentes piensa trabajar en el país

una vez termine su residencia. El 42% piensa trabajar en Bogotá, el 22% en Medellín, 6% en Barranquilla, 5% en Cali y otras ciudades mencionadas con porcentaje menor tales como: Bucaramanga, Cartagena, Ibagué, Manizales, Pereira, Quibdó y Tunja.

Para concluir, se puede indicar que pocos se forman en el área de psiquiatría y que los que asumen esta formación académica están orientados en la calidad de servicio que se puede prestar a la sociedad y especialmente a esas personas que se encuentran en calidad de enfermo mental. Por tal motivo, el participante en la formación de especialista en psiquiatría posee una alta calidad como ser humano con principios y valores en colaborar incansablemente con la población vulnerable y su sociedad.

Colombia era el único país del mundo que no les pagaba a sus médicos residentes, quienes ya han pasado seis años de formación, ya han hecho su servicio social obligatorio, y que están de tiempo completo dedicados a volverse especialistas, lo que dura entre tres y cinco años. En noviembre de 2018, tuvo sanción presidencial la ley 1917 del 12 de julio de 2017, dando vía libre a la creación del Sistema Nacional de Residencias Médicas.

La Ley consta de dos partes principales. La primera establece un contrato especial para la práctica formativa del residente, que incluye una remuneración mensual superior a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes, la afiliación al sistema general de seguridad social y vacaciones remuneradas. Los recursos para estos pagos provienen del sistema de seguridad social en salud, de los fondos del ICETEX que se destinaban para las becas-créditos hoy otorgadas a una parte de los residentes y del presupuesto general de la Nación.

La segunda parte de la Ley regula los precios de las matrículas, estableciendo que no podrán sobrepasar los costos administrativos y operativos que sean demostrables y verificables. Con ese fin, la ley prohíbe que las clínicas y hospitales les cobren a las universidades por la rotación de los residentes. De ahora en adelante, los convenios entre estas instituciones deberán estar al servicio de la capacitación, investigación e innovación, es decir, del aumento del capital intelectual, un elemento fundamental para cualquier sistema de salud.

La ley fue sancionada en junio de 2017 y estableció un año de plazo para ser reglamentada. En efecto, el Ministerio de Salud emitió la resolución 1872 el 12 de julio del año en curso, ordenando que el pago a los residentes comenzara en 2020. Pero la resolución dejó sujeto el comienzo del programa a la disponibilidad presupuestal, lo cual implica que la financiación quedó amarrada al incierto debate legislativo sobre el Presupuesto General de la Nación.

Por eso, la Federación Médica Colombiana dirigió una carta al ministro de Salud Juan Pablo Uribe donde exige la apropiación de recursos para el pago de los residentes, lo cual implicaría que el Gobierno incluya en la ley del presupuesto la partida que asegure estos fondos para el próximo año (Corcho C., 2019).

Por otro lado, el ministerio de Educación Nacional no ha cumplido el mandato de establecer el tope de costos operativos y administrativos de las matrículas. La Asociación Nacional de Internos solicitó información al respecto, pero el ministerio se escudó en el principio de autonomía universitaria, asegurando que solo puede vigilar los reportes que presentan las instituciones educativas para justificar los aumentos de matrículas (Corcho C., 2019).

El panorama sigue siendo incierto, la realidad implica que no hay recursos para su aplicación, el actual gobierno no ha mostrado interés en la progresiva implementación, el programa piloto se dio con los residentes de la Universidad del Valle (Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle: 50 años de historia). Continúa el resto de los residentes a la espera de dicha implementación.

1.7 Psiquiatría En La Universidad Tecnológica De Pereira

Por medio de la Ley 41 de 1958, se creó la Universidad Tecnológica de Pereira como máxima expresión cultural y patrimonio de la región y como una entidad de carácter oficial seccional.

Posteriormente se decretó como un establecimiento de carácter académico del orden nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrito al Ministerio de la Educación y a la Asociación Colombiana de Universidades.

La Universidad entró en funcionamiento el 4 de marzo de 1961, con 76 estudiantes, inscritos en las Facultades de Ingeniería Eléctrica. La edificación se ubicó en la zona Sur Oriente del municipio de Pereira, sector la Julita, comuna Universidad, con vías de acceso a la Vereda Mundo Nuevo, a la calle 14 y la carrera 27. Al año siguiente se crearon las Facultades de Ingeniería Mecánica e Ingeniería Industrial (Trujillo et al., 2019).

A través del tiempo la planta física ha ido cambiando, de acuerdo con las necesidades de nuevos espacios, conservando la tipología inicial, espacios horizontales amplios y predominio hacia lo simétrico. Sin embargo, a partir de 1970, se comenzaron a levantar otro tipo de edificaciones, que obedecen a las necesidades de espacio, economía y funcionalidad, debido a la aplicación de la oferta académica.

En 1977 se creó la Facultad de Medicina, para atender las necesidades en salud de la gente de la región, mediante el Acuerdo 012 de Julio 6. Esto se logró gracias a la confluencia de aspiraciones, trabajo intenso y propósitos de un grupo de médicos, directivos académicos universitarios, Gobernación del departamento de Risaralda y Alcaldía de la ciudad de Pereira, retomando las ideas del fundador de la UTP, Dr. Jorge Roa Martínez y bajo la coordinación del Dr. Juan Guillermo Ángel (Rector).

La Facultad de Medicina cambio su nombre a Facultad de Ciencias de la Salud en 1989, cuando se diseñó y se puso en funcionamiento el programa de Ciencias del Deporte y la Recreación, hito que abrió la puerta a otros programas de pregrado y postgrado, Se trata de la oferta de nuevos programas como el de Ciencias del Deporte y la Recreación, a partir de 1991; Tecnología en Atención Prehospitalaria (TAPH) desde el año 2007; Medicina Veterinaria y Zootecnia, que inició labores desde el año 2009, y una cantidad considerable de programas de especialización médico quirúrgica en los que se ofrece formación avanzada con rigor científico y un alto compromiso ético-humanista.

A partir del año 1.995 se empezaron a generar ofertas académicas de postgrado como la Especialización en Gerencia de Sistemas de Salud, la Especialización en Biología Molecular y Biotecnología y la Especialización en Gerencia de Prevención y Atención de Desastres, entre otros.

En el 2005, luego de 28 años de iniciadas las labores de la Facultad, un grupo de docentes del área de psiquiatría y el decano, Dr. Samuel Eduardo Trujillo, consideraron que se cumplían las condiciones necesarias para iniciar la formación postgraduada en áreas clínicas y se dieron a la tarea de diseñar los componentes del postgrado de psiquiatría, siempre en

armonía con los lineamientos nacionales, las directrices institucionales y los principios de la Facultad. Los docentes que formularon la propuesta fueron Dora Cardona, Rafael Alarcón, Jorge Enrique Echeverry, Osvaldo Castilla, Ruby Mejía, Julio César Gutiérrez, Jairo Franco, Miguel Ángel Rodríguez y Stella Lozano.

El 28 de diciembre de 2007 el programa de especialización en psiquiatría obtuvo el registro calificado por cinco años mediante la resolución 8200 del Ministerio de Educación Nacional, con un cupo de 12 estudiantes. El postgrado ha estado dirigido por la Dra. Dora Cardona (julio 2008-diciembre de 2009 y enero-diciembre 2011), el Dr. Rafael Alarcón (enero a diciembre 2010) y el Dr. Julio César Gutiérrez, quien asumió labores a partir de enero de 2012 hasta el 2016, a partir de ese momento asumió el Dr. Jairo Franco Londoño hasta la fecha. Hasta el momento se han admitido 7 cohortes (UTP, 2012).

1.7.1 Rasgos distintivos de la enseñanza en pregrado

La estructuración transversal de la psiquiatría, es uno de los marcadores del área de Psiquiatría de la UTP, con componentes teóricos en diferentes niveles para lograr que el egresado de la UTP tenga una formación académica y personal que lo haga competente para abordar, evaluar, diagnosticar y tratar los pacientes que presenten alteraciones de su salud mental, con un estilo humano y una alta calidad profesional.

El perfil de enseñanza inicia con el componente de Psiquiatría dentro de la materia Semiología General. Allí, la enseñanza de las bases de la psicodinámica permite al estudiante una interacción genuina y la comprensión de la mente humana, optimizando así las estrategias de entrevista en Psiquiatría. Paralelamente, la enseñanza de las descripciones

sintomáticas a través de la semiología normal y patológica, fortaleciendo la realización de una correcta historia clínica psiquiátrica y la construcción de un examen mental con su adecuada interpretación de lo normal y lo patológico. Dentro de las estrategias implementadas para la enseñanza se cuenta con clases magistrales, talleres (videos), prácticas con pacientes en las diversas instituciones de atención psiquiátrica de la ciudad, elaboración de historias clínicas guiadas, películas, lecturas dirigidas, visitas domiciliarias.

La siguiente fase pertenece a la asignatura Psiquiatría y Psicopatología; contempla los conocimientos que explican la etiología, el diagnóstico, la clínica y la terapéutica de los procesos mórbidos mentales. Además, brinda los fundamentos biológicos, psíquicos y sociales que permiten la reflexión para estructurar una concepción holística del ser humano y del proceso salud- enfermedad mental. Induce al estudio del comportamiento humano y los componentes que determinan las patologías, su duración, las recaídas de la enfermedad, los costos económicos y la pérdida de la calidad de vida. La asignatura está dirigida a los aspectos clínicos de los trastornos psiquiátricos más prevalentes, por medio de actividades teóricas, prácticas y sociales para facilitar la integración de los conocimientos. Con este enfoque se desarrollan las competencias para establecer una adecuada relación con el paciente y su familia, hacer entrevistas apropiadas, llegar al diagnóstico correcto y tomar las medidas terapéuticas apropiadas al nivel de médico general. Las actividades prácticas se realizan en diferentes instituciones de salud y niveles de atención, para que el estudiante adquiera una concepción integral del ser humano sano y enfermo y de las posibles intervenciones, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Con el objetivo general enfocado a desarrollar las habilidades y competencias necesarias para

evaluar, diagnosticar e implementar las terapéuticas integrales a los pacientes con trastornos psiquiátricos más prevalentes, de acuerdo con el nivel de complejidad en el que se desempeña el médico general.

En el componente de especialidades quirúrgicas se incluye Psiquiatría de Enlace, donde se introducen los aspectos relativos a las manifestaciones neuropsiquiátricas de otras patologías generales y el abordaje de la conducta suicida, con componente magistral, ronda clínica y un componente de investigación.

Dentro del área de Pediatría, en la ronda de pediatría social se abordan las conductas normales y las psicopatologías más frecuentes por grupo etario, con énfasis en las más prevalentes: las consecuencias psicológicas del maltrato en la infancia, pautas de crianza adecuadas y fracaso escolar. Con clases magistrales, intervenciones en los centros de atención integral de Pediatría y casos clínicos.

Se cuenta con una electiva en el semestre XI: durante nueve semanas, los estudiantes tienen la posibilidad de reforzar conocimientos previamente adquiridos, revisiones de tema, rondas clínicas, presentación de casos clínicos y abordajes terapéuticos básicos. En el internado se rota un mes obligatorio, en los servicios de hospitalización, de las diferentes unidades mentales, se hace el análisis de casos clínicos en conjunto con la residencia y se revisan las guías de práctica clínica del ministerio para depresión, alcoholismo, se refuerza el manejo de psicofármacos y las patologías de mayor prevalencia en la consulta médica general.

De esta manera, la UTP ha establecido, durante esta transferencia de conocimiento, el compromiso de formar un profesional en medicina con suficiencia y excelencia en el área

de la Psiquiatría, capaz de manejar las enfermedades mentales en los diferentes niveles de atención, obteniendo cada día un avance significativo en la aplicación clínica y técnicas para mejorar al individuo en sus esferas biopsicosociales (UTP, 2019).

1.7.2 Rasgos distintivos del programa de especialización en psiquiatría

El postgrado es una unidad académica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira, que forma profesionales de la psiquiatría, con enfoque bio-psico-social y desarrolla el conocimiento científico en el área de la salud mental a partir de la investigación para beneficio de las personas y las comunidades. (UTP 2012)

Principios del programa

- **Autonomía:** es la capacidad del postgrado para autodeterminar la ejecución de sus actividades académicas.
- **Libertad:** es la capacidad de tomar medidas para la reflexión crítica y responsable.
- **Dimensión social del conocimiento:** la creación y transmisión del conocimiento está orientada a promover el desarrollo de los procesos productivos y el mejoramiento del nivel de vida de cada sociedad.
- **Calidad:** es la capacidad de fundamentar y generar procesos académicos (docencia, investigación, extensión, administrativos y de desarrollo humano) de excelencia, desde las diversas posturas epistemológicas y teóricas.
- **Justicia y equidad:** la admisión de estudiantes e incorporación del personal del programa se realiza de acuerdo con sus competencias, en igualdad de oportunidades, evitando la

selección por razones culturales, religiosas, sexuales, socioeconómicas y étnicas. Además, la formación busca estimular la aceptación de la diferencia en sus egresados, aplicando justicia y equidad en su accionar médico.

- **Corporatividad:** se entiende como el sentido de identidad y pertenencia institucional plasmado en la capacidad de realizar un trabajo colectivo. El personal docente y administrativo se caracteriza por ser un grupo de personas unidas y comprometidas; las habilidades individuales se entrelazan y dirigen a lograr mejores resultados y cumplir con los objetivos del programa.
- **Integralidad:** busca el desarrollo total del individuo en sus dimensiones intelectual, física, ética, moral, interaccional y estética.
- **Universalidad:** se refiere al espacio conceptual en el que confluyen y se respetan la multiplicidad de los saberes.
- **Respeto:** reconoce y garantiza los derechos universales e irrenunciables de las personas, con el fin de mejorar la calidad de vida y desarrollo individual, aceptando así el valor de la dignidad humana y actuando conforme a ellos.
- **Excelencia:** se busca mantener al programa dentro de los mejores a nivel nacional, en concordancia con la acreditación de la Facultad y la Institución. Existe un esfuerzo permanente por ser excelentes en cuanto a recursos humanos, procesos, tecnología y estructura.
- **Democracia:** se permite la participación de estudiantes y docentes en la toma de decisiones y en los procesos de selección de representantes ante los entes directivos y

superiores, con el fin de garantizar la transparencia y claridad en las medidas que afectan a la comunidad universitaria y de desarrollar un trabajo mancomunado.

- **Perfil profesional**

El Especialista en Psiquiatría de la Universidad Tecnológica de Pereira es un profesional que está en capacidad de responder a las necesidades de los procesos salud-enfermedad mental de la población y contribuir al avance del conocimiento en este campo específico de la ciencia, mediante la producción de nuevos saberes, en un ejercicio ético en la sociedad.

- **Ámbito asistencial**

En el campo de la salud pública, el egresado es un profesional capacitado para diseñar, implementar y ejecutar estrategias y programas dirigidos a promover la salud y prevenir la enfermedad mental, además de determinar el perfil epidemiológico de una comunidad.

En el campo clínico psiquiátrico, tiene la capacidad de diagnosticar y aplicar de manera oportuna, eficiente y ética la terapéutica psiquiátrica más apropiada para cada caso e implementar estrategias que permitan la rehabilitación y el reintegro de los pacientes a su familia, comunidad y trabajo, teniendo en cuenta las diferencias de género y edad, con la participación de disciplinas afines y la conformación de grupos interdisciplinarios.

En la clínica general, el egresado está en capacidad de identificar y manejar las reacciones psicoemocionales normales y anormales asociadas a las patologías médicas generales, con los fundamentos de la Medicina General y la Psiquiatría de Enlace.

Tiene el entrenamiento suficiente para manejar las urgencias psiquiátricas y médicas asociadas a la especialidad, así como los aspectos emocionales, generados en situaciones que

amenacen la vida y salud de individuos y comunidades, ya sean desastres de origen natural o antrópico.

El psiquiatra de la UTP está en capacidad de prestar la atención adecuada y oportuna en los niveles primario, secundario y terciario, además de remitir los pacientes que requieren atención en un nivel superior, siguiendo las normas de referencia y contrarreferencia.

- **Nivel administrativo**

El especialista en psiquiatría dispone de los conocimientos básicos de las leyes que rigen el sistema de salud, el ejercicio médico y el de la especialidad, las normas que reglamentan las posibilidades de atención para los pacientes y los convenios docentes asistenciales.

Está en capacidad de estructurar el desarrollo de una unidad de salud mental por niveles de complejidad, teniendo en cuenta el marco legal vigente, en lo referente a aspectos locativos, requerimientos tecnológicos, estructuración del recurso humano, elaboración de guías de manejo, planes de trabajo estratégicos con base en las necesidades institucionales y garantía de calidad.

Puede diseñar y liderar el desarrollo de servicios y programas de salud mental en general, y de asistencia psiquiátrica individualizada y de grupos para disminuir el impacto de los trastornos mentales.

- **Nivel docente**

El especialista en Psiquiatría tiene conocimientos psicopedagógicos, para llevar a cabo programas educativos en poblaciones, en la formación de estudiantes de pre y postgrado de

Ciencias de la Salud con énfasis en Salud Mental y Psiquiatría, así como procesos de educación continuada con médicos no psiquiatras, estando en capacidad de:

- Realizar actividades educativas durante el desempeño del acto médico.
- Educar y motivar a la comunidad sobre los problemas de salud mental.
- Diseñar, ejecutar y evaluar programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades mentales en la comunidad, de acuerdo con las características particulares del entorno.
- Diseñar, desarrollar y evaluar programas de capacitación para el personal médico y paramédico.
- Participar en la formación del estudiante de pregrado y posgrado de las áreas de la salud.
- Ámbito investigativo

Es un especialista con conocimientos en metodología de la investigación, epidemiología clínica y medicina basada en evidencia, capaz de desarrollar investigación, mediante el diseño, ejecución y difusión de investigaciones básicas, clínicas y sociales, para el desarrollo del conocimiento y el avance de las condiciones de salud mental de la población. Está en capacidad de:

- Diseñar o participar en investigaciones en las áreas básica, social y clínica.
- Divulgar los resultados de las investigaciones a la comunidad científica y la sociedad.
- Utilizar los resultados de las investigaciones para generar y promover el desarrollo científico-tecnológico, proponiendo alternativas de solución a los problemas de la comunidad.

- **Plan de estudios**

El programa en su totalidad está diseñado para seis semestres, en los cuales el estudiante desarrolla competencias en áreas disciplinares propias de la Psiquiatría, áreas socio-humanísticas con énfasis en bioética y administración en salud, como fortalezas de nuestra universidad y áreas investigativas, distribuidos en contenidos generales, nucleares, electivos y de desarrollo personal, así:

- Veintitrés (23) asignaturas teórico- prácticas, que agrupan los contenidos nucleares de la especialización en psiquiatría.
- Diez (10) seminarios, cuatro (4) generales que le permiten al psiquiatra contextualizar su formación y su práctica en el momento histórico y seis (6) de investigación, que se realizará en forma permanente, que tiene como principal objetivo desarrollar competencias investigativas y permitir la realización de la tesis de grado. En el último semestre la asignatura Investigación se denomina Trabajo de Grado.
- Tres (3) módulos de desarrollo personal, que incluyen diversos elementos de una cultura para la salud.
- Una (1) asignatura electiva, que el residente realiza en el último trimestre de la formación. Se ofrecen seis opciones, de las cuales el estudiante escoge una, que puede realizar en la Universidad o en otra institución, en la modalidad de rotación externa.

- **Contenidos nucleares**

- Biología y neurociencias
- Introducción a la Psiquiatría General
- Semiología y Entrevista

- Clínica I, II, III, IV, V y VI
- Psicofarmacología I y II
- Introducción a las Psicoterapias
- Psicoterapia Dinámica I, II y III
- Neurología Clínica
- Neuropsicología
- Medicina Interna
- Terapia Cognitivo-conductual
- Psiquiatría Forense
- Terapias Biológicas y Tecnología Aplicada
- Otros Abordajes Psicoterapéuticos
- Psiquiatría Social y Comunitaria

Estas asignaturas están distribuidas proporcionalmente en cuanto a intensidad horaria, créditos académicos y grado de complejidad, en los seis semestres que dura el postgrado. Los contenidos teóricos se llevan a cabo en forma presencial, de lunes a viernes, en las modalidades de clase magistral, seminario, taller, video, grupo de discusión, revisión de casos clínicos y debate, entre otras. Se contempla la participación de profesores visitantes, en cuyo caso se ajustan las actividades teóricas y las prácticas, para el mayor aprovechamiento del tiempo de los expertos. Los aspectos prácticos se desarrollan en forma presencial, de lunes a viernes, en los respectivos sitios de rotación, tales como unidades de salud, hospitales y

comunidad. Aunque hay un seminario de Bioética, este es un componente transversal en todas las asignaturas nucleares.

- **Seminarios**

- Investigación I, II, III, IV, V y VI
- Epistemología e Historia de la Psiquiatría
- Bioética y Derecho Médico
- Administración
- Psiquiatría y Cultura

Los seminarios se llevan a cabo a través de lecturas dirigidas, talleres, foros, discusiones en grupo y ensayos, que se realizan en forma presencial o virtual. Los seminarios de Investigación y Bioética se realizan en conjunto con estudiantes de otras especializaciones, lo que enriquece la formación de los diferentes especialistas, ante la posibilidad de compartir, intercambiar e integrar conocimientos disciplinares.

- **Módulo de desarrollo personal**

- Cultura de la Salud I, II y III.

El módulo de desarrollo personal se realiza a través de actividades magistrales y experiencias vivenciales individuales y grupales, que se llevan a cabo en el campus universitario o fuera de él. La distribución de asignaturas y créditos del Programa se rige actualmente por el Plan de Estudios aprobado por el Consejo Superior de la Universidad Tecnológica de Pereira, mediante Acuerdo No. 66 del 05 de diciembre de 2006. Su seguimiento, control y mejoramiento están a cargo del Comité Curricular, compuesto por el director del programa,

un representante de los docentes, un representante estudiantil y un representante de los egresados.

- **Formación investigativa**

Constituye una de las áreas de mayor énfasis durante el proceso de formación. Se insiste en la necesidad de contar con médicos que planteen problemas sobre la realidad del país, no solo en el campo de las ciencias clínicas, sino en el campo social y en las ciencias básicas.

El Plan de estudios contempla seminarios de investigación, durante los seis semestres, siendo el último de ellos el Trabajo de Grado, que se constituye en la forma de verificar la competencia investigativa de cada uno de los estudiantes.

En los seminarios se revisan y profundizan los aspectos conceptuales de la investigación en salud, la metodología de la investigación, la búsqueda en bases de datos y el análisis crítico de literatura científica, de acuerdo con los parámetros de la medicina basada en la evidencia, buscando la apropiación de esta metodología tanto en el quehacer académico propio de la formación de postgrado, como en la investigación y las decisiones clínicas.

De igual modo, se establece una estrecha colaboración con las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Psiquiatría de Enlace y Psicología Infantil con objetivo de compartir y ampliar información sobre la atención a distintas poblaciones de pacientes. (UTP 2012)

CAPÍTULO 2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Diseño

Investigación histórica de cohorte cualitativo, desde el enfoque histórico hermenéutico. El enfoque histórico, privilegia la contrastación de fuentes documentales y escritas, con las fuentes orales, esta última utilizando las potencialidades de la teoría fundamentada y la fase que corresponde a la hermenéutica, que permitirá la interpretación y la explicación de los procesos históricos, políticos, académicos e institucionales que se han desarrollado a lo largo del surgimiento y consolidación del área de Psiquiatría de la Universidad Tecnológica de Pereira y sus aportes a la región.

Unidad de análisis: Este proyecto pretende realizar una teorización histórica, de los cuarenta y dos años, desde el origen del área de Psiquiatría de la Universidad Tecnológica de Pereira. Luego el área de Psiquiatría y lo relativo a esta es la unidad de análisis.

- **Fuentes Primarias:** Material que esté en relación tiempo espacio con el evento de estudio: Testimonios, documentos y archivos.
- **Fuentes Secundarias:** Información obtenida de elementos que no participaron directamente del hecho: Libros, periódicos, manuales, trabajos de grado.

MOMENTOS	FASES	ACTIVIDADES	INSTRUMENTOS
1. ANTECEDENTES	1. Búsqueda en bases de datos	<p>Exploración de base de datos físicas</p> <hr/> <p>Exploración de base de datos digitales</p>	<p>Archivos documentales UTP.</p> <p>Archivos documentales instituciones de salud mental.</p> <p>Bibliotecas públicas y privadas</p> <p>Librerías de Pereira</p> <p>Bases de datos de la red de historia y Salud Mental</p>
2. DISEÑO METODOLÓGICO	1. Desarrollo de la Entrevista Semiestructurada	Validación Interna	<p>Revisión por Dra. Ruby Mejía (docente de semiología y entrevista) y Profesor. Jhon Jaime Correa Docente historiador - Pereira</p>

		Validación Externa	Revisión grupo PEMPRO Conexo a objetivos del Macroproyecto “La Facultad Vivida”.
	2. Selección de personajes significativos	Indagación cultural Grupo PEMPRO	Técnica de grupos focales: Docentes jubilados Docentes actuales Otros profesionales de la Salud Mental de la región Egresados
3. HISTORIOGRAFÍA	1. Análisis crítico fuentes primarias y secundarias	Análisis de los archivos documentales medicina UTP Balance Historiográfico	- Identifica los hechos históricos académicos relativos al área de Psiquiatría -Selecciona los datos y fechas más relevantes a partir de una cronología acerca de esos acontecimientos.

4. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE INFORMACIÓN	1. Matriz de codificación abierta resultado de las entrevistas a personajes significativos	Categorías emergentes	Elaboración Inductiva Categorización axial Saturación de matrices	Teoría fundamentada
	Triangulación de cotejo	Cruce de los análisis histórico-hermenéuticos, análisis de las voces y posición crítica del autor	Discusión e interpretación de los procesos históricos, políticos y académicos	Enfoque hermenéutico
CONCLUSIONES				

Tabla 1 Estructura metodológica por Fases.

2.2 Entrevista Semiestructurada

Fuentes orales: Se tendrán en cuenta testimonios orales de las personas directamente involucradas, estos testimonios se obtendrán a través de una entrevista semiestructurada, la cual permite a los entrevistados responder libremente, exponer sus perspectivas que luego podrán ser confrontadas según técnica.

La entrevista semiestructurada incrementa la probabilidad de que participantes muy ocupados cubran tópicos de interés de una forma eficiente. La guía de la entrevista solo servirá de estructura para los tópicos que serán cubiertos, El entrevistador tendrá la posibilidad de profundizar en temas que surjan durante la entrevista, aunque no estén contemplados en la guía. El entrevistador por la naturaleza de su profesión recibió el entrenamiento requerido. Las entrevistas serán grabadas previo consentimiento del entrevistado y luego transcritas para el análisis, el cual se realizará a través de la codificación y categorización (Menchero de los Ríos, M. (1997)).

Orden	PREGUNTAS	Categorías	Objetivos
	<ul style="list-style-type: none">- Presentación- Descripciones académicas- Tiempo ejerciendo la profesión	Académico	Orígenes y niveles de formación

1	¿Cuál era el estado de la Psiquiatría en la ciudad cuando usted llega a ejercer la profesión?	Contexto	Aspectos que contextualicen la Psiquiatría de la región.
2	¿Cómo y en qué momento llega a ser parte de la facultad de ciencias de la salud?	Motivación	Aspectos que expliquen la creación.
3	¿Por qué es importante enseñar al médico general de la UTP Psiquiatría?	Motivación	Importancia del quehacer Psiquiátrico,
4	¿Cómo se estructuró el pensum académico para la enseñanza de Psiquiatría en la UTP?	Perfil	Plan de estudios – carácter diferencial
5	¿Cuáles fueron los centros de práctica para la enseñanza de la psiquiatría?	Institucional	Escenarios comunitarios, hospitalarios y académicos.
6	¿Cuál era el modelo imperante del momento para la enseñanza y el manejo del paciente con psicopatología?	Académico	Modelos de enseñanza.

7	¿Cuáles fueron los retos a los que se enfrentó la estructuración y enseñanza de la psiquiatría en la UTP?	Contexto Académico	Una vez creada, avances y dificultades con los Facultades, Universidad, Programas de mismo tipo en el país, Comunidad
8	¿Recuerda usted algún evento o eventos particulares que marcaran o influyeran sobre la evolución del área de psiquiatría?	Contexto	Elementos externos, nacionales, comunitarios que marcaran el rumbo de la enseñanza.
9	¿Destaca usted la labor de alguien en el fortalecimiento del área de psiquiatría y su labor académica y asistencial?	Impacto	Impactos en términos académicos, sociales, políticos.
10	¿Qué suscita que se creara la especialización en Psiquiatría?	Hitos Motivación	Momentos clave en el desarrollo.
11	¿Cuáles considera usted que son las fortalezas y las debilidades de la enseñanza de la psiquiatría en Pereira?	Introspectivos Académico	Claves de estructura académica e institucional

12	¿Cuáles son los retos en salud mental que enfrentará el programa de Psiquiatría?	Prospectiva	Desafíos, cambio del perfil, internacionalización, sugerencias para el futuro.
13	¿Cuál es su opinión respecto a los profesionales egresados del programa de medicina y Psiquiatría?	Académico Introspectivo	Percepción de la formación.

Tabla 2 Entrevista Semiestructurada

El componente cualitativo de la investigación se realizó así:

1. A través de la técnica de grupos focales, realizada inicialmente con los docentes del área de Psiquiatría se seleccionó el grupo de personas que cumplan con los criterios de inclusión seleccionadas intencionalmente de manera que puedan aportar efectivamente en la discusión, la reflexión y los objetivos del presente estudio.

Personaje	Perfil
Rafael Patrocinio Alarcón Velandia	Médico Psiquiatra – Máster en Psicogeriatría. Ex decano de la facultad de medicina, ex director de la especialidad en Psiquiatría. Docente activo de Posgrado

Benjamín Eduardo Baena Restrepo	Médico Psiquiatra, Ex decano de la facultad de medicina UTP. Docente Jubilado.
Félix Edgar Beltrán Salazar	Médico Psiquiatra, Ex decano de la facultad de medicina UTP. Docente Jubilado
Oswaldo Castilla Contreras	Médico Psiquiatra, Especialista en Psiquiatría infantil. Docente Jubilado.
María del Pilar de Moya	Médica Psiquiatra, Docente activa de pre y posgrado UTP
Jorge Enrique Echeverry Chabur	Médico Psiquiatra, especialista en medicina del sueño, máster en enlace. Ex director de posgrado Psiquiatría UTP. Exdocente.
Dora Cardona Giraldo	Médica Psiquiatra, especialista en gestión de riesgos. Exdirectora de posgrado en Psiquiatría. Docente activa de pre y posgrado
Julio César Gutiérrez Segura	Médico Psiquiatra, especialista en Psiquiatría de enlace. Exdirector de posgrado en Psiquiatría. Docente activa de pre y posgrado
Carolina Jaramillo Toro	Médica Psiquiatra, especialista en Psiquiatría Forense. Docente activa de pre y posgrado.

Tabla 3 Personajes significativos

2. Cada sesión fue grabada en aplicación móvil, previo consentimiento informado de los asistentes. De cada una de las reuniones se hará un resumen inmediato de la discusión y los acuerdos.
3. La información se procesó de la siguiente manera:
 - Luego de la transcripción de las voces de los informantes, se procedió a la revisión de las unidades textuales resultantes “frases”, denominada matriz de codificación. (anexo 1 – desglosamiento)
 - La matriz de codificación se organizó en tablas de Excel y se seleccionó por colores aquellas que pertenecieran a contextos relacionados (anexo 2 tablas de Excel) confrontaron con conocimiento acumulado mediante revisión bibliográfica que permitió darle sentido a cada una de ellas
 - Los grupos emergentes producto de los contextos relacionados, se saturó hasta llevar a la nominación de treinta y ocho nodos (Anexo 3 tablas de Word)
 - Se procede a hacer las relaciones significativas y contextuales de los grupos nodales, (imágenes) identificando aquellas que están presentes en todas las discusiones y que hacen parte del mundo cotidiano de las personas que han actuado como informantes.
 - Dicha saturación llevó a la emergencia de las categorías que se agruparon por contexto, que de acuerdo con los objetivos de la investigación han guiado la búsqueda.
 - Finalmente emergen 4 categorías axiales, que irán complementando no solo el trabajo descriptivo, sino que darán entrada al trabajo interpretativo.

El trabajo interpretativo se adelantó mediante la técnica de triangulación, la cual permitirá confrontar las voces de los informantes, las voces del conocimiento acumulado y las voces de los investigadores. De la contrastación de las diferentes voces, surgirá el corpus teórico que permitirá comprender el fenómeno que ha sido objeto de estudio. Se complementará con triangulación de métodos y fuentes, triangulación de investigadores y triangulación teórica.

Se realizó una prueba piloto para probar los instrumentos y realizar ajustes al método de entrevista. Previa a la realización de las entrevistas, se explicó a cada persona seleccionada los objetivos de la investigación y se obtuvo su consentimiento para participar en la investigación. De acuerdo con la resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de salud la presente corresponde a una investigación sin riesgo.

CAPÍTULO 3. BALANCE HISTORIOGRÁFICO

El médico comparte aspectos esenciales con el historiador: el primero es su naturaleza teórica, el segundo, una curiosidad innata y el tercero, un riguroso método científico con el fin de analizar procesos. Ambas ramas están ligadas profundamente a las ciencias humanas (Moradiellos García, 2013)

3.1 Breve recuento histórico de Risaralda

Antes de la conquista el territorio estaba habitado grupos aborígenes, entre los más significativos fueron los Quimbayas (agricultores, orfebres, tejedores), Pijaos (guerra, agricultura), Chamies (deformaban su cuerpo, prácticas canibalísticas, orfebrería de oro), entre otros subgrupos como los Chocoes, Guaticas, Umbrías, Apías (Londoño William, 1974 p 111 - 115).

El primer conquistador en llegar al territorio fue Sebastián de Belalcázar en 1537; posteriormente llegó una expedición a cargo de Juan de Badillo. A la cabeza de algunos españoles se fundaron algunos pueblos, sin embargo la disminución de la población indígena y el poco interés de los europeos por estas tierras hizo que permanecieran abandonadas hasta mediados del siglo XIX, cuando la colonización antioqueña trajo el cultivo del café (Londoño W., 1974 p 26).

Londoño 1974, relata “la llegada de españoles, solo significó un etnocidio, al indio le destruyeron sus códigos de comportamiento, su religión, sus costumbres. La conquista fue tan brutal que la raza americana quedó traumatizada, los indios que quedan ya al mestizaje viven con el miedo heredado. Violar una cultura no es civilizada (...) sin embargo, el secreto

de nuestra historia fue intentar recuperar nuestras tradiciones, la autenticidad y la capacidad de hacerlo por los propios medios... tenemos que crear nuestra historia y no que otros la construyan”.

Durante la colonia y primeros años de la República, la región estuvo sujeta a la provincia de Popayán, en 1821 hizo parte del departamento del Cauca; desde 1857 formó parte del Estado Soberano del Cauca. En 1905 fue anexado al departamento de Caldas y en 1966 fue creado como departamento independiente con capital en Pereira (Londoño, 1974 p 70).

Las repercusiones de la guerra civil Antioqueña, vivida en 1860 a 1862, tuvo un gran impacto sobre la propiedad y la actividad monetaria. Dicha situación movilizó a gran cantidad de familias antioqueñas, hacia territorios del sur, con la idea de fundar nuevas poblaciones y de crear rutas de comercio con los estados de Cundinamarca y Cauca. A este proceso se le llamó Colonización antioqueña (Giraldo Jurado Jonni, 2003).

Durante este periodo se fundaron la gran mayoría de los municipios del departamento. Después de 1880 cobró fuerza el cultivo de café y le restó base a la economía del maíz, del frijol y del plátano, abriendo puertas a una actividad más empresarial y articulada en el mercado.

Desde la creación de la Confederación Granadina en 1858, se planteó la idea de crear un nuevo departamento al sur del Estado Soberano de Antioquia; sin embargo la idea no tuvo acogida. Nuevamente lo propuso en 1888 con el nombre de «Departamento de Sur» con Manizales como su capital. Más tarde, en la Regeneración Conservadora, Rafael Uribe Uribe, apoyado ampliamente por Aquilino Villegas y Daniel Gutiérrez Arango, propuso la creación del Departamento de Córdoba, con capital también en Manizales. El nombre de Córdoba

tenía la finalidad de rendirle un homenaje al prócer antioqueño. Pero Uribe Uribe fue derrotado con la oposición de las representaciones de Cauca, Antioquia y Cundinamarca, varios ministros del Despacho y la inmensa mayoría conservadora de la Asamblea Nacional Constituyente (Valencia Ll., 2014).

Los pocos caseríos de Cartago viejo en vista del abandono y su pobre vínculo al gobierno Caucano, decidieron tener su organización sociopolítica (Echeverry Uribe, 1921). A principios del siglo XX, el gobierno del presidente Rafael Reyes, con la finalidad de debilitar la hegemonía de los antiguos Estados Soberanos, propuso la creación de varios departamentos, entre ellos el «Departamento de Los Andes» con capital en Manizales, Cuando se decidió crear el departamento, hubo un desacuerdo en el congreso de la República: los antioqueños querían llamar al departamento Córdoba en honor al prócer de la independencia José María Córdova, sin embargo, los caucanos, dueños de la otra parte del territorio, querían llamarlo como el sabio naturalista, Francisco José de Caldas, condición que fue impuesta por el Cauca para aportar la otra mitad del nuevo departamento.

Definidos los límites, el departamento ocuparía una parte de Antioquia y otra parte del Cauca en partes iguales 50 por ciento cada uno, según lo dispuesto por la ley 17 de dicho año (Ley 17 de 1905). Después en 1908, se anexa a dicha unidad administrativa el actual Quindío, que en ese entonces era territorio caucano. Caldas finalmente termina siendo un departamento con más del 65 % de su territorio conformado por territorio que era caucano. (López Pacheco J.A., 2011).

Hacia 1920, se presentó un fenómeno que contribuyó a la formación de fincas cafeteras, haciendas ganaderas y de trapiches paneleros y fue la culminación del proceso colonizador o

el fin de los territorios libres para ser colonizados por los campesinos sin tierra. El departamento de Risaralda fue creado por el Congreso de Colombia en 1966. Fue el resultado de un proceso de movilización político y social principalmente dirigido por las élites regionales y que llevó a la fragmentación del antiguo Viejo Caldas (López Pacheco & Correa Ramírez, 2012).

La campaña para la creación del departamento fue estimulado por una amalgama de discursos que pusieron el énfasis en la identidad campesina, las relaciones económicas, sociales y culturales de Pereira (que sería la futura capital) con los municipios del occidente caldense, así mismo, se esgrimieron razones políticas y administrativas referentes a la desatención por parte de Manizales (capital del Viejo Caldas) en temas de inversión e infraestructura, al tiempo que era Pereira la ciudad asumió todo liderazgo de estos municipios. (Correa Ramírez et al, 2016)

Los discursos sobre descentralización surgieron como la esperanza de que con el departamento de Risaralda habría una distribución más equitativa de los recursos, que irrigaría a los municipios y veredas más olvidadas. (López P. & Correa R., 2012). Los medios de comunicación, en especial la prensa, se encargaron de legitimar y promocionar todos estos discursos promovidos desde la Junta Pro-Risaralda, encabezada por Gonzalo Vallejo Restrepo. Justamente con dicho propósito se creó el periódico El Diario de Risaralda, como la principal tribuna de las ideas separatistas y el principal medio de controversia. (Gil Pérez, 2015).

3.2 Historiografía de la Psiquiatría en Risaralda

Al hablar de la historiografía del área de Psiquiatría de Pereira, es ineludible ubicar el contexto de la rama en Colombia, concomitante a realizar un recuento de las principales corrientes teórico-metodológicas médicas del eje cafetero, sobre la institucionalidad, la práctica y la formación de estas dentro del saber psiquiátrico. Conjeturando al tiempo la perspectiva crítica del fenómeno sociocultural y político de la locura, así como de la epistemología y la historia conceptual de los síntomas de los trastornos mentales.

Es así como, en la tradición de la historia de la psiquiatría colombiana, se registra el discurso clínico y administrativo de los médicos de los asilos, así como tesis de medicina y artículos científicos, en los cuales, al referirse a las causas de la locura y de la degeneración de la raza, plantearon condiciones históricas, antropológicas y sociológicas para fundamentar sus explicaciones etiológicas. (Gutiérrez, J. A. 2019). En las primeras publicaciones predominaron los géneros de la semblanza, la reseña histórica y psicografías de personajes notables de la cultura, la política y la medicina; también aparecieron los primeros ensayos de historia de la especialidad.

Una serie de autores, quienes dan cuenta de la asimilación, traducción y circulación en castellano de los principales autores de la psiquiatría clásica y moderna (Rojas, C., Portilla, N. y Villaseñor, S., 2002) y la creación de las cátedras de clínica psiquiátrica y enfermedades nerviosas, que propiciaron la constitución de la psiquiatría como especialidad médica y fundamentan las primeras escuelas de enseñanza, como la de Bernardo Echebare, Medellín (1914) y Miguel Jiménez López Bogotá (1916).

Si bien en Colombia no existe una revista especializada en Historia de las Ciencias y en particular de la Psiquiatría, los avances de esta con respecto de sus antecedentes en Psicopatología y Terapéutica, así como de sus precursores, se encuentran en la *Revista Colombiana de Psiquiatría*, editada desde 1964 por la Sociedad Colombiana de Psiquiatría, aunque fundada en 1961; de igual forma, se encuentra una producción dispersa en revistas de la disciplina histórica y, en general, de las ciencias humanas y sociales, así como de la salud (Gutiérrez, J. A., 2019).

Desde 1905 Risaralda hacía parte del departamento de Caldas, y tan solo desde 1966 Risaralda se alza como departamento con capital Pereira. Tradicionalmente se ha hablado del origen antioqueño, su naturaleza e influencia cultural y en general demográfica del antiguo Estado soberano del Cauca y toda posteriormente la conformación Caldense (Correa Ramírez et al, 2016).

La proto-medicalización noción que propone Foucault en “Historia de la medicalización”, como una serie de terapéuticas aplicadas a un problema de salud individual o social que llegó a padecer una población en una circunstancia específica. En otras palabras, este concepto abarca para él preocupaciones iniciales de enfermedades masivas como la tuberculosis europea, las enfermedades basílicas, y otras en las que ciertas prácticas de higiene, aislamiento, adaptaciones y terapéuticas se vuelven importantes para tratar el problema de salud.

Se puede afirmar que en la evolución que presentó el Departamento de Risaralda desde finales de siglo XIX hasta mitad de este, no existió directamente una medicalización psiquiátrica, pero si preexistieron una serie de condiciones que permitieron que tal

medicalización surgiera en las condiciones particulares en las que lo hizo. En este sentido existió una proto-medicalización psiquiátrica que anudó una serie de condiciones sociales, políticas, morales, económicas e institucionales (Amado Julián 2019), que permitieron el surgimiento de la medicalización psiquiátrica moderna en los últimos 30 años del siglo XX. Esta noción debe ser entendida en Risaralda bajo la perspectiva histórica y el entendimiento de su reciente surgimiento como departamento. Aceptando su íntima vinculación a la evolución de salud de Caldas, bajo los márgenes de prácticas de aislamiento de los locos, envío de los mismos a otras ciudades, partidas presupuestales y pronunciamientos ante estas acciones. Es decir, pensar que la preocupación gubernamental teje más allá del propio saber médico, vasto una acción normativa y terapéutica indirecta sobre la locura a través de instituciones con funciones indistintas dadas a principios a principios de la segunda mitad del siglo XX (Amado J., 2019).

Dos instituciones han tenido un papel directo o indirecto en la administración de los asilos, tratamiento o sostenimiento de los locos en Colombia, la iglesia católica y el Estado (Uribe Gómez 2006). En un primer momento la institución que velaba por la acogida misericorde de los enajenados o locos a lo largo del siglo XIX y principios del siglo XX en Colombia fue la iglesia a través de sus instituciones de caridad de beneficencia religiosas encargadas directamente de ello (Álvarez H., 2000).

Un segundo momento de 1920 a 1930 se logra una relación mixta de la iglesia católica con el Estado, este da una partida específica de mayor financiamiento a los hospitales, asilos, manicomios y otros juntando lo recibido por la iglesia, lo puesto por algunos fieles y el Estado bajo la dinámica de la Beneficencia pública (Álvarez H., 2000). En un tercer momento de

1930 a 1940 el Estado colombiano empieza a separarse lentamente de la iglesia tejiendo una responsabilidad social y cerrando a las asistencias caritativas. Yendo más allá del sostenimiento, aislamiento y adoctrinamiento religioso por higienización de la población para el trabajo y el avance industrial del país. Reflejándose en mayores partidas de presupuesto a los departamentos de higiene y asistencia social, complejizarían de las partidas de asignación, creación de nuevos puestos y profesionalización del saber social frente a las anteriores dinámicas tradicionales (Amado J., 2019).

Periodización	Fechas	Ministerio encargado	Dependencias locales
La caridad y filantropía político-religiosa	1880-1907	Ministerio de Instrucción Pública.	Departamento de Beneficencia y recompensas del Cauca
Beneficencia caritativa e intervención estatal auxiliar	1908-1934	Ministerio de Salubridad Pública. (Dividido Higiene y asistencia pública) ¹³	Departamento de Beneficencia de Caldas
Intervención estatal laica	1936-1944	Ministerio de Salud	Departamento de Higiene y Asistencia Social

Estado y salud pública	1946-1953	Ministerio de Higiene	Departamento de salud
-------------------------------	-----------	-----------------------	-----------------------

Tabla 4 - Periodos y medicalización de la enfermedad mental.

El periodo caritativo o filántropo religioso tenía como característica general las formas en las que se solventó los problemas de salud, “la práctica de los médicos profesionales, la beneficencia privada administrada especialmente por la Iglesia Católica y las prácticas médicas populares” (Álvarez H., 2000).

Eran estas las formas en las que el país de finales del siglo XIX y principios del siglo XX solucionaba los problemas de salud, el primero atendía de forma privada a las personas que pudiesen pagar, la beneficencia privada y las prácticas médicas populares atendían las necesidades de los pobres que para la época era la mayoría de la población. Prevalecía en asuntos médicos generales, desvalidos, leprosos y enajenados la figura del “hospital de caridad”, un modelo en el que se daba alojamiento, comida y servicios generales de salud y un morir “decente” a los necesitados. Dentro de esta periodización entran también las tipificaciones de asilos para indigentes, locos, orfanatos, ancianatos, casas de leprosos, pobres y varios comedores comunitarios.

La institución que tomó protagonismo en este periodo fue la Beneficencia de Cundinamarca creada en 1869, en la coyuntura de las transformaciones liberales, con la intención de tratar la pobreza que caracterizaba al país de finales del siglo XIX. “El objetivo de esta entidad era crear un conjunto de instituciones adscritas al Estado que se encargaran de la asistencia

social. Sin embargo, las dificultades económicas que enfrentaban los estados soberanos y la falta de personal técnico calificado para desarrollar actividades de asistencia hicieron que la administración de la asistencia recayera fundamentalmente sobre las instituciones religiosas.” (Sánchez S., 2014).

Esta institución empezó siendo el proyecto que trataría el problema de la pobreza, la locura y la marginación de forma asistencial, pero en la puesta en acción no logró articular nodos con las regiones y centralizó todos los servicios para las ciudades que no contaron con los recursos o establecimientos para estas labores (Amado, J.,2019).

En relación con lo anterior, para 1904 el ministro de instrucción pública, Antonio José Uribe, dio un informe al Congreso de la República. Allí, dividió el apartado dedicado al Departamento de Beneficencia en lo concerniente a:

- Los lazaretos, referido a la capacitación de algunos de ellos en el exterior para mejorar sus conocimientos en medicina.
- Asilos y hospitales concerniente a los auxilios mensuales que le daba el gobierno a varios hospitales, asilos, casas de corrección moral y cocinas de caridad, junto a un llamado de atención a prestarle más atención al Hospital, al Asilo de locos y el Hospicio de Bogotá por ser lugares en los que la beneficencia recibe más individuos de varios Departamentos del país afirmando que estos deberían seguir teniendo apoyo del Gobierno Nacional.
- Higiene, relativo a un llamado de atención a las funciones que cumple la Junta Central de Higiene como administradora de estos servicios y como Cuerpo de consulta de gobierno frente a los temas de salud pública.

- Parque de Vacunación, respectivo a jornadas permanentes de vacunación al ganado vacuno para prevenir la viruela.
- Cuarentenas, referido a impedir la expansión de la peste bubónica que venía desde el Perú.
- Recompensas, concerniente a construcción de monumentos y pinturas de personajes destacados de la vida nacional como el Sr. Dr. Manuel Antonio Sanclemente.

En síntesis, el informe que da al Congreso de la República el Ministro de Instrucción Pública da un panorama general de lo que fue el periodo caritativo o filantrópico religioso/político en el país de 1869 (aproximadamente) a 1908 cuando se crea Ministerio de Salubridad Pública y la acción del Estado comienza a ser más activa en los asuntos concernientes a los auxilios de hospitales y asilos de algunas regiones del país. No hay otros registros.

Para Caldas quedó registrado de 1906 una partida de asignación general anual de \$ 4.31219 al Departamento de Beneficencia y Recompensas encargado de auxilios a hospitales, casas para pobres, asilos y sostenimiento de enajenados, como también de varios gastos en patrimonio (estatuas y pinturas a personajes destacados de la región) (Amado J., 2019).

En el segundo periodo o de Beneficencia caritativa e intervención estatal auxiliar 1908-1934, tiene varias características generales importantes, la institución de la Beneficencia Pública sigue teniendo importancia, las medidas estatales van por un lado a un lento aumento de las partidas de auxilios, las instituciones religiosas complejizan su margen de acción social, los médicos políticos comienzan a participar en el proyecto modernización de la salud en las

instituciones de caridad, de beneficencia e higiene, y hay una lenta recuperación económica del país.

Esta etapa marcada por el pacto bipartidista puesto como solución al conflicto partidista que originó la Guerra de los Mil Días tuvo como protagonista a Carlos E. Restrepo que marcó desde 1910 un nuevo enfoque de gobierno del país. La modernización económica de estos años fue vital dónde el país se desarrolló al entrar al comercio mundial, tejiendo nuevas relaciones administrativas de los recursos públicos dentro del país. Lo social continuó bajo la tutoría de la iglesia, pero como un aliado más que procura ayudar o solventar las limitantes del Estado en capital humano y de infraestructura. El Estado comienza toma funciones de inversor y dinamizador del comercio con políticas liberales económicas que pretender anudar a las regiones bajo el símbolo modernizador (Álvarez H, 2000).

Por otro lado, el papel de la Beneficencia Pública se complejiza y dinamiza localmente con las Juntas de beneficencia regionales "...compuestas por el Gobernador o el alcalde en el caso de ciudades grandes, un representante del jerarca eclesiástico regional, uno o dos miembros de la Asamblea Departamental o del Consejo, y, con frecuencia, un médico reconocido de la región" (JGB 1916). Esto permitió expandir el rango de acción, decisión e impacto de la Beneficencia bajo un enfoque caritativo respaldado por la iglesia, las autoridades locales y los médicos letrados de las regiones.

Tener políticas de higiene se volvió vital para el país para poder entrar a las dinámicas del mercado internacional a través del café. Es por eso por lo que las alianzas tejidas entre higienistas, la Fundación Rockefeller, los propietarios de tierras y los gobiernos del eje cafetero son importantes para entender este periodo (Álvarez H., 2000).

Las dinámicas de la medicina tradicional, las organizaciones de caridad cristiana y las políticas de higiene que intentaban modernizar en asuntos de salud al país con las propuestas de los médicos letrados muchas veces tejieron inconvenientes con la beneficencia. Por la separación de la higiene y la asistencia pública, mientras la higiene deseaba crear políticas públicas que previnieran, trataran y gestionaran los temas de salud, la asistencia pública aún funcionaba de modo auxiliado y gestionado por el enfoque caritativo de sobrevivencia de la iglesia católica.

A lo largo de la década del 20 los médicos se constituían como parte de un grupo económico y político privilegiado del país que prestaba servicios a ricos y ofrecían sus servicios caritativamente a pobres por posición social y por juramento hipocrático. “...trabajaba en las mañanas en un hospital de caridad, en las tardes en sus consultorios y clínicas y, los más prestantes, desarrollaron sus propias instituciones de beneficencia o participaron en la modernización higienista”²⁵. Los médicos dinamizaron las instituciones de la beneficencia, los organismos nacientes de higiene, el ejercicio profesional de la medicina al punto de apoyar el ejercicio caritativo católico y apoyar al Estado en su labor modernizadora higienista bajo las banderas de un cierto liberalismo presto a la mutación económica y social que poco a poco se iba dando (Álvarez H., 2000).

En Caldas las Juntas Centrales de Beneficencia, los médicos letrados filántropos, las comunidades religiosas y la gobernación tomaron un papel activo en el aumento de recursos para el Departamento de Beneficencia, que en su labor caritativa y auxiliar se encargó de otorgar recursos para el sostenimiento y conducción de enajenados a Bogotá, de auxiliar a los hospitales de Manizales y Pereira, a asilos de mendigos de Manizales y al Orfelinato.

En el periodo de 1936-1944 poco a poco el aparato estatal se iba fortaleciendo por iniciativas políticas tanto conservadoras como liberales, construyendo los, ya no como un auxiliar sino como un protagonista en materias financieras, asistenciales, educativas y/u otros que tuvieran que ver con la nueva clase económica y social que surgía en el país, los obreros, desempleados en grandes ciudades y pobres en general (Montoya Jorge 1953). La economía cafetera se constituiría como fuente importante de riqueza para el país tejiendo alrededor programas de servicios de salud para campesinos haciendo un para-Estado para ayudar al campesino a aumentar la producción y su eficiencia (Amado Julián 2019)

Heno Toro, en el año 1984 narra la historia de la medicina en Manizales desde la guerra civil del año 1860 y termina aproximadamente cien años adelante con la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Caldas en el año 1957; destaca aspectos políticos y las técnicas de atención. Los recursos del Departamento de Beneficencia no sólo fueron para el auxilio de las instituciones nombradas anteriormente, también lo fueron para las primeras gestiones de higiene público en la ciudad capital y otras de Caldas. Manizales y la mayoría de las ciudades de Caldas en la década de 1910 a 1920 no gozaban de letrinas o excusados dentro o fuera de la vivienda, tampoco de un alcantarillado o servicios de higiene públicos.

Las ciudades de Caldas iban aumentando población por las dinámicas del café mientras se hacían escasos los espacios dedicados a la sanidad caritativa. Los cuales, por gestión del gobierno central, las Juntas de Beneficencia de Caldas y la gobernación departamental fueron aumentando sus recursos para construir espacios públicos de sanidad, como lo fue el

cementerio de San Esteban en 1922, baños públicos en 1926 en los que se podían tomar baños a cualquier hora del día. En esta obra hay pocas o nulas referencias a la especialidad (Henao T., 1984).

Son Albeiro Valencia Llano y Alberto Gómez Giraldo en su recopilación de los hechos administrativos e históricos más relevantes respecto a la Universidad de Caldas, quienes destacan las vicisitudes de la creación de la Facultad de Medicina y cómo para 1977 el saliente rector de la Universidad de Caldas, Guillermo Arcila Arango, médico psicoanalista, pugna para la aprobación del posgrado en Psiquiatría (Valencia Llano, A. y Gómez Giraldo, A., 1994).

Una compilación meritoria y que sigue el rigor científico la realiza el doctor Rosselli en 1968, donde relata la evolución histórica de la psiquiatría colombiana, los grandes centros, destacando a Antioquia, Bogotá y Cali como las figuras destacables, la fuerte influencia inicialmente psicoanalítica y con el advenimiento de los psicofármacos cambio a la visión biológica, la importancia que toma la enseñanza de esta rama médica en las diferentes facultades de todo el país, y la propuesta de enseñanza de la psiquiatría. (Rosselli Humberto 1968).

Hacia 1934 el departamento de Caldas compró un lote en la región de Villa María, destinado para la construcción de un Hospital mental, con un presupuesto de dos millones de pesos; proyecto que fue archivado por aproximadamente 15 años. Los pacientes procedentes de todo el viejo Caldas entonces eran conducidos hacia Bogotá, en condiciones inhumanas, y hospitalizados en el asilo de Sibaté, mediante contrato de beneficencia con Cundinamarca (Rosselli H., 1968).

En 1949 los hermanos de la comunidad de San Juan de Dios adquieren el terreno en San Cancio, a las afueras de Manizales; sus gestiones no inician sino hasta 1952 con la construcción de dicha unidad. No es sino hasta 1953 cuando el departamento de Caldas logra ofrecer una asistencia psiquiátrica organizada, inaugurándose con una disponibilidad de 150 camas. Rápidamente la demanda de atención se amplió, evidenciando que hasta el momento la psicopatología del territorio había sido olvidada. En 1959, el Dr. Alfonso Giraldo Rivera lleva al congreso médico nacional la ponencia «Asistencia psiquiátrica en Caldas», lo que suscitó en 1961 la estructuración del área de psiquiatría en la Universidad de Caldas, en cabeza del Dr. Tulio Estrada, quien en convenio a dicha institución mental permitió una formación integral al médico y otros profesionales de la salud en dicha área con el aval académico de la escuela antioqueña (Rosselli H., 1968).

En el departamento de Risaralda poco se ha consignado respecto al quehacer médico psiquiátrico; las referencias contienen un escaso discurso, enfocándose en generalidades y tomando las enfermedades mentales con grave consternación. En la serie Clásicos Pereiranos, redactados con el motivo del primer centenario de la ciudad, se describe un aparte particular Desde la fundación de Pereira en 1869 y los posteriores cambios geopolíticos, que implicaron el posicionamiento de la ciudad como capital del departamento de Risaralda en 1966, los primeros visos de atención médica a psicopatología y asistencia pública estaban bajo la tutoría del farmacéuta del pueblo Delfín Cano; con algunos apartes de la administración de preparados magistrales de sales volcánicas para tratar descripciones que podrían corresponder a depresiones, posteriormente las áreas de salubridad, fueron asignadas a la caridad y gestionadas por la inglesa, particularmente a las hermanas de la comunidad de

San Vicente, la primera institución en prestar sus servicios a pacientes con alteraciones comportamentales graves secundarias a sífilis fue el Hospital San Jorge en 1897, en su apartado de instituto profiláctico tanto interno como externo, guardando elementos estadísticos con 3280 tratados, pero los casos incurables, o que se asociaban al deterioro por la vejez eran trasladados al Asilo de ancianos, quien recibía este tipo de pacientes, con referencias de funcionamiento desde 1935, aquí ya el municipio asignaba un rubro de sus ingresos para que su funcionamiento fuese óptimo.

Los pacientes considerados mendigos “los locos”, fueron asignados al Asilo de mendigos, ubicado en los terrenos donde funcionaba la planta de energía, gestionado tanto labores de asistencia y cuidado por las hermanas de San Pedro Claver, que empezó a dar servicio en 1935, con capacidad de contención para 22 mendigos, que se sostenía con un rubro muy básico municipal y las donaciones de las casas de familia prestigiosas, para mantener embellecida la ciudad, y los mendigos fuera de la vista de propios y visitantes.

Se describe que muchos de los pacientes con deterioros mentales más crónicos fueron trasladados a grandes centros de acopio nacional manejados por la orden de San Juan de Dios, como el hospital de Sibaté o el Hospital San Rafael de Nariño y más tardíamente el psiquiátrico de Manizales 1953. Que por decreto nacional obligaba al reporte para el envío de enajenados a estos asilos (circular N°24, 1953), con nombre, edad, profesión, familia de procedencia; antecedentes - hereditarios “¿Viven los padres?, son alcohólicos, sifilíticos, locos, ¿murieron? de qué? ¿Ha habido locos en los miembros de la familia?, ¿Quiénes?, ¿cuántos hermanos tiene?, ¿son sanos?”; - Personales: “¿Es alcohólico?, ¿en que trabaja?, ¿estaba completamente sano?, ¿había estado loco antes?, ¿sufría de ataques?, ¿tiene hijos,

estos son sanos?, ¿ha sufrido golpes, ha sufrido enfermedades, ha caído en desgracias?; - enfermedad actual: ¿Cómo comenzó la locura?, ¿Cuándo le comenzó la locura? Relate con detalle lo que hacía y decía el enfermo. Muchos de estos traslados eran en Mula, tardaban días, los enajenados pasaban horas de hambre y frío; elementos incompatibles con la vida con su consecuente descenso (Echeverry U.,1921).

Para 1966 se asigna un espacio para la atención de múltiples condiciones que destinaban asilamiento y se crea el sanatorio para tuberculosos, funcionando hasta 1967. (Sánchez, R., 2002). Por su parte Grisales Jorge para el año 1985, en su escrito “Los primeros cien años de la medicina en Pereira”, abarca desde su fundación en 1863 hasta el año 1963, cuando estaba a pocos años de convertirse en el naciente departamento de Risaralda, antes de su primera Escuela de Medicina, describiendo particularidades, censando el número de profesionales y no profesionales que practicaban la medicina, con pocas referencias para la especialidad. Destacando el quehacer de los primeros boticarios “médicos de práctica”, hasta los primeros profesionales graduados. “la trilogía conformada por Delfín Cano (boticario que ejercía la medicina y dirección salubridad), Alcides Campo (boticario y espiritista) y Jaime Mejía (primer médico graduado), fueron los que desarrollaron la asistencia en la antigua Pereira. Dentro de los diagnósticos informados en esta obra destaca “debilidad de la cabeza: agrupando la alienación, la gota coral, la debilidad moral y los cretinos”. Y la descripción de personalidad la descripción realizada por estructura de la personalidad: “El hombre nace con su temperamento determinado que lo lleva a ser un despreciable o un músico virtuoso, un sensitivo o un matemático, un materialista o un sacerdote, un perezoso o un diligente. Esto en lo que se relaciona con el espíritu. Y con relación a su organismo puede nacer propenso a

contraer determinadas enfermedades o ser refractario a ellas, el papel de la sociedad y la medicina es frenar las malas inclinaciones del espíritu para que no aflore lo antisocial que duerme en él” (Grisales P., 1985).

Dentro de los tratamientos recomendados estaban los extractos botánicos e intervenciones espirituales. (Grisales P., 1985). Hasta 1965 la ciudad no contó con médicos especialistas en Psiquiatría. Previamente escasos médicos generales se encargaron de estas desconocidas condiciones se destaca el Dr. Alfonso Yépez, quien atendía de manera privada en la clínica Risaralda. El primer Psiquiatra que tuvo la ciudad fue el Dr. Francisco Javier Escobar, médico de la universidad de Buenos Aires y Psiquiatra de la universidad Central de Madrid, ejerció durante pocos años y posteriormente se retiró de la ciudad. (Grisales Pérez 1985).

Con los nuevos cambios geográficos y políticos dados en 1966, y la aparición del nuevo departamento de Risaralda en Pereira, la capital de dicho nuevo departamento, el Dr. Federico Guillermo Klinkert, exdirector de Salud pública para el Ministerio nacional y radicado en Pereira, célebre por ser quien impulsó a nivel nacional la creación de unidades de salud mental en los hospitales generales, luego de cerca de dos años de gestión logra en 1968 la creación de un centro para la atención en salud mental. (Rivera, Alberto 2017).

Nuevamente, Roselli (1984) relata que hasta 1965 el espacio asignado ofició como escuela primaria; luego, con una serie de ampliaciones y un cupo de 80 camas, era un sanatorio antituberculoso; entre 1966-1967, y desde 1968 a 1980 se denominó hogar mendigo, frenocomnio y centro de salud mental, con cupo de 120 camas; se trasladaron todos los pacientes que se encontraban en los sanatorios de Sibaté, cuya influencia regional

perteneciera al nuevo departamento, como también todos los mendigos que al momento estaban en hogares transitorios o en el hospital San Jorge.

Sólo hasta 1974, arribó un grupo de Psiquiatras a la ciudad entre los que se destacan Eduardo Baena, Félix Edgar Beltrán, Juvenal Gómez, Jaime Meza, Jaime Rodríguez (Grisales P.,1985). Posteriormente, el doctor y docente Samuel Trujillo, cuando la Facultad de Ciencias de la Salud cumplía treinta años y la Universidad Tecnológica de Pereira celebraba su primer cincuentenario, es quien recopila los datos relativos al origen de esta Facultad: en el que se le dio participación a las voces de algunas personas que en sus roles profesionales, auxiliares y administrativos coadyuvaron al encumbramiento académico y educativo de esta Facultad, o que gracias a la mirada retrospectiva que el tiempo otorga, lograron rescatar para la posteridad un gran número de anécdotas, historias, discursos, perspectivas, visiones relevantes de la trayectoria académica que se había llevado a cabo hasta ese momento. Habla sobre los programas, áreas, asociaciones académicas, homenajes, hitos y finaliza retando a la a la educación médica en pro del desarrollo social, en el que se le dio participación a las voces de algunas personas que en sus roles profesionales, auxiliares y administrativos coadyuvaron al encumbramiento académico y educativo de esta Facultad, o que gracias a la mirada retrospectiva que el tiempo otorga, lograron rescatar para la posteridad un gran número de anécdotas, historias, discursos, perspectivas, visiones relevantes de la trayectoria académica que se había llevado a cabo hasta ese momento.

3.3 Historia de las instituciones prestadoras de servicios de salud mental en Risaralda

3.3.1 Hospital Universitario Mental De Risaralda

El Dr. Federico Guillermo Klinklert, exdirector de Salud Mental para el Ministerio, célebre por ser quien impulsó a nivel nacional la creación de unidades de salud mental en los hospitales generales; luego de cerca de dos años de gestión logra en 1968 la creación de un centro de salud mental para Risaralda. (Rosselli Humberto 1968)

Hasta 1965 el espacio asignado ofició como escuela primaria, luego con una serie de ampliaciones, con cupo de 80 camas, era un sanatorio antituberculoso 1966-1967, y desde 1968 a 1980 se denominó hogar mendigo, frenocomnio y centro de salud mental, con cupo de 120 camas; se trasladaron todos los pacientes que se encontraban en los sanatorios de Sibaté cuya influencia regional perteneciera al nuevo departamento, como también todos los mendigos que al momento estaban en hogares transitorios o en el hospital San Jorge (Fernández 2018).

Para 1970 y con cupo lleno, bajo la dirección de Dr. Gustavo Álvarez se suscitan ampliaciones y permiten la asistencia de médicos internos de la Universidad de Caldas. Para 1978 asume la dirección el Dr. Eduardo Baena; ya contando la unidad con 100 camas, empieza el diseño de los talleres protegidos para crónicos; sin embargo, con el terremoto de 1979, se daña la estructura, requiriendo incluso retrasado de pacientes a las unidades de salud mental general hospitalarias.

Regresa el Dr. Álvarez a la dirección temporal, instaura la colocación de tuberías, reconstruye las pérdidas y reinaugura para 1980 la unidad bajo el nombre de Hospital Mental de Risaralda. Desde 1969 a 1981 la reclusión incluía todo tipo de pacientes. Mendigos y mentales, no se contaba con diagnósticos oficiales ni registros en historias clínicas, los tratamientos al momento realizados eran contenciones físicas, aislamiento y baños de agua. Los esquemas farmacológicos recién ingresados a la región eran administrados por el personal de enfermería a libre demanda, incluso hay registro de utilización de terapia electroconvulsiva por el personal auxiliar de enfermería. Los alimentos eran preparados en cocina de leña y servidos en platos metálicos, sin cubiertos y en comedores de cemento. No se contaba con especialista que pasara ronda. (Marulanda M., 1989)

Con la llegada del Dr. Edgar Beltrán en 1989, se produce una serie de gestiones en búsqueda de la humanización del centro de salud mental, ampliando la planta de personal asistencial, contratando equipo integral de médico general, terapia ocupacional, psicología, personal administrativo. Se empieza a tener registros escritos de cada paciente, valoraciones semanales por el psiquiatra en su momento director; hasta 1992 se instauró un plan de humanización de los servicios de salud, los planes de psiquiatría comunitaria, se instaura el programa de farmacodependencia y alcoholismo. Desde 1992 asume como director el Dr. Uriel Escobar, quien fortalece y estructura el convenio docente asistencial con la Universidad Tecnológica de Pereira, siendo este el centro de enseñanza inicial para el entrenamiento médico. Las unidades de los servicios generales del hospital San Jorge se convierten en las unidades psicosomáticas, dado que se inaugura el servicio de urgencias psiquiátricas en el hospital mental de Risaralda; hay una llegada de profesionales especializados en psiquiatría

a la ciudad, y con criterio científico se instauran los manejos farmacológicos y de terapias biológicas como la TECAR (Fernández, 2018).

Para 1999 con el terremoto, se instaura el programa Vida y Futuro, donde se fortalecen programa salud mental comunitaria, intervención y seguimiento a víctimas del desastre. Desde el 2001 y bajo la dirección de la Dra. Patiño se amplía el portafolio de servicios, incluyendo la creación de clínica Santa Ana (pensión, servicio al Ministerio de Justicia) para inimputables, con área de consulta externa, terapia ocupacional, psicología. Desde el 2008, con el Dr. Barón se lleva a cabo la construcción y remodelación del área de urgencias y TECAR, nuevas áreas de salud ocupacional, remodelación y embellecimiento del servicio de hospitalización y pensión. 2015–2016, remodelación y mejoramiento de la cancha múltiple. 2015–2016, renovación de la historia digital, enero del 2015 y consolidación CADRI, programa Metadona.

Actualmente, la institución ha prestado servicios durante 51 años. Según el actual gerente, Zacarías Mosquera Lara, ha gestionado ampliaciones y bajo la gobernación de Risaralda se ha invertido en estructura física y funcional. Es de exaltar un buen trabajo en el departamento, esperando que sean muchos más; lo importante es que se está trabajando en la humanización del servicio y, aparte de esto, que nosotros podamos presentarle a Risaralda un buen estado de salud mental en el departamento.

3.3.2 Unidad De Salud Mental Hospital Universitario San Jorge

Nuevamente la gestión del Dr. Guillermo Federico Klinklert médico epidemiólogo en salud mental, en el año de 1971 siendo jefe de salud mental del ministerio de salud pública, creó, en los hospitales generales de todo el país, unidades mentales, con el fin de racionalizar la consulta y hospitalización del paciente psiquiátrico. El 12 de febrero de 1972 se inaugura la unidad del hospital San Jorge de Pereira que recibió el nombre de Guillermo Jaramillo Arrubla (primer gobernador de Risaralda). La unidad como tal no fue asignada a pacientes con enfermedad mental, sino como extensión de los servicios de la clínica Carvajal, con hospitalización de pacientes con múltiples patologías, incluidos algunos pacientes mentales. Para 1978 el Dr. Eduardo Baena Restrepo solicitó al entonces director del hospital Alberto Vega, tal cual como fue indicada, su creación a destinación exclusiva de la sección para atender pacientes con alteraciones mentales (Echeverry Jorge 2000). Aceptada tal petición, el servicio inició actividades con 28 camas de hospitalización, consulta externa de psiquiatría y además con personal especializado: la enfermera posgraduada en Salud Mental, Amanda Gómez, diez auxiliares de enfermería y secretaria clínica. El servicio de Psiquiatría funcionó un año, a cargo del psiquiatra pediatra Juvenal Gómez, hasta que el terremoto de 1979 obligó a que por un programa de emergencia cediera su espacio a los otros servicios del hospital, convirtiéndose en un ala de la Clínica Carvajal y el servicio de Ginecoobstetricia.

El 4 de agosto de 1986, en convenio con el área de Psiquiatría de la UTP, con la coordinación del Psiquiatra Edgar Beltrán, y la anuencia de la pediatra y directora del hospital, María Cristina Cardona, se reabrió la unidad mental, con diez camas para hospitalización, consulta externa y personal especializado para su atención, enfermera con entrenamiento en salud

mental, trabajadora social especializada en psiquiatría, terapeuta ocupacional y siete auxiliares de enfermería.

Desde la reapertura de la unidad, la modalidad de trabajo dependía enteramente del convenio docente asistencial mediante los psiquiatras del área de la UTP, quienes se encargaban de las labores de atención de hospitalización y consulta externa. Contaba con cuatro psiquiatras: Dr. Edgar Beltrán, Dr. Eduardo Baena, Juvenal Gómez y Dr. Gustavo Álvarez. Esta reorganización incluyó los siguientes servicios: hospitalización a pacientes con cuadro mental primer episodio: Sd mental orgánico, intento de suicidio, depresión, intoxicaciones agudas, con promedio estancia de diez días. Consulta externa Psiquiatría en la mañana y en la tarde, consulta de psicología y aplicación de pruebas psicométricas, terapia ocupacional a pacientes hospitalizados y modalidad de hospital día, respuesta a interconsultas de otros servicios, reuniones informativas a familiares, rotación de médicos internos. Se realizaban rondas de carácter interdisciplinar. Se contaba con el acceso a los servicios de ayudas diagnósticas del hospital. (Echeverry Jorge 2000)

Con esta modalidad se continuó hasta 1995 cuando el jefe del departamento, Dr. Rafael Alarcón, puso en funcionamiento una sala anexa de urgencias psiquiátricas; durante la jefatura del Dr. Rafael se remodeló la planta física, dotándolo de numerosos elementos. Desde 1996 la unidad ha estado a cargo de psiquiatras nombrados por el hospital San Jorge, pues antes eran designados por la UTP. Con la llegada de la Dra. Pilar de Moya y Ruby Mejía, se propusieron las estrategias de enlace, con el fin de mejorar la interrelación del paciente con síntomas mentales, la psiquiatría y las ramas médicas; continuó con esta modalidad de trabajo el Dr. Echeverry Chabur, con integración a todos los servicios del

hospital. Desde 1998 tomó el nombre de Unidad Psicosomática, puesto que hospitalizaba también enfermos de cuidado paliativo, dolor de difícil manejo, cáncer avanzado y desintoxicación.

En el año 2006 la Dra. Juliana Gómez, argumentando necesidades de reestructuración, cierra la unidad mental y la destruye, trasladando los servicios de atención completamente al Hospital Mental de Risaralda.

3.3.3 Instituto Del Sistema Nervioso De Risaralda

En septiembre de 1989, cuatro psiquiatras, los doctores Alarcón, Castilla, Beltrán y Escobar, identificaron la necesidad que existía en la ciudad de un centro hospitalario privado para pacientes con trastornos psiquiátricos, ya que solo existía en esa época el Hospital Mental de Risaralda, institución oficial que no era suficiente para atender la demanda.

Los nombrados profesionales crearon una Sociedad Limitada con el nombre de Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda (ISNR). Inicialmente con una capacidad de siete camas en el barrio Maraya.

En el año 1994 se compró una casa en el barrio Álamos de 500 m² de área, se inició el servicio de Psicología y Terapia Ocupacional, lo cual amplió la oferta en la prestación de servicios. Se logró tener una capacidad de veintitrés camas para hospitalización y suficientes espacios para Consulta Externa y Hospital Día.

En el 2006 se construyeron dos consultorios para mejorar la atención quedando con un total de cuatro. En el 2010, se arrendó un espacio para sede administrativa y servicio de consulta externa, posibilitando, así, la ampliación en la oferta a treinta camas.

El 1° de junio de 2011, cambia la composición accionaria de la Institución, por la venta de acciones de los doctores Eduardo Baena, Osvaldo Castilla y Edgar Beltrán; acciones estas adquiridas por los psiquiatras Dora Cardona, Jairo Franco Londoño y Consultores Asociados en Salud S.A.

El 20 de febrero de 2012, se da apertura a una nueva sede de hospitalización ubicada en la avenida 30 de agosto, con una oferta de 17 camas y el servicio de hospital día. A partir del mes de mayo de 2012, se transformó en Sociedad Anónima Simplificada. (Instituto del sistema Nervioso de Risaralda, 2019 online)

3.3.4 Instituto Pro-integración De La Salud I.P.I.S.

El IPIS fue una clínica que se fundó en 1990 con personal de HOMERIS y algunos del HUSJ; éramos varios socios entre los cuales estábamos el psiquiatra Dr. Echeverry, la Dra. Pilar de Moya, la terapeuta ocupacional Pilar Prada, entre otros profesionales de la salud. Comenzamos nuestras labores en la avenida 30 de agosto; la institución logró tener espacio para quince camas, pero abrimos en IPIS ofreciendo hospital domiciliario, un programa muy lindo que permitía un trabajo integral, como un *home care* en salud mental, con medicamentos, cuidados, medidas psicoeducativas y en casa. Obviamente también tenía trabajo hospitalario, hubo una crisis y se cerró, luego se renovó, pero el enfoque tuvo que cambiar con el paciente hospitalario y la consulta externa. Se cierra en el año 2016,

esencialmente por problemas económicos; en el momento aún nos deben cartera y cada vez las exigencias eran más intensas: mucha gente se había ido, de modo que se cierra fundamentalmente por dificultades económicas, pero esa psiquiatría, desde mi punto de vista personal, era más gratificante como especialista y para los pacientes. (De Moya Mejía. 2019-entrevista)

3.3.5 Psico salud y Transformación

Esta institución fue creada por el Dr. Uriel Escobar, en el año 2008, con la finalidad de atender conductas adictivas (químicas y no químicas) y personas con patología dual, es decir, que tienen un trastorno psiquiátrico (depresión, esquizofrenia, etc.) y un trastorno por consumo de sustancias. Actualmente cuenta con tres sedes, ubicadas en Cartago, Valle, Pereira y Dosquebradas. La sede Cartago está ubicada en la zona Santa Ana. La unidad mental tiene capacidad para treinta pacientes, con módulos separados de hombres y mujeres. La unidad de conductas adictivas tiene capacidad para albergar a treinta usuarios. Las dos unidades son confortables, con amplias zonas verdes y piscina que se convierten en espacios terapéuticos naturales. La sede Pereira está ubicada en el sector Cerritos, una zona exclusiva de la ciudad, con un agradable clima y unas hermosas instalaciones. Cuenta con zonas verdes, canchas, piscina y consultorio. La capacidad instalada es para atender treintauna personas con varios módulos habitacionales. El centro de atención ambulatorio para el tratamiento de conductas adictivas se encuentra ubicado el barrio Santa Mónica del municipio de Dosquebradas, Risaralda, cuenta con un salón de actividades para treinta personas y consultorios para la atención individualizada de los pacientes. El Psico centro ambulatorio cuenta con un amplio portafolio de servicios (valoraciones, asesorías, consultas,

tratamiento ambulatorio, capacitaciones, charlas educativas, foros, simposios, congresos), fácil ubicación para sus usuarios, cerca de Megabus (estación santa Mónica), atención para hombres y mujeres. (Psico Salud y transformación. 2019)

3.5 Líneas de Tiempo: Psiquiatría a partir de los archivos documentales de la FACIES

- **UTP:** Se utilizó el conjunto de documentos producidos, recopilados y utilizados por la facultad de Ciencias de la Salud de la UTP, en el periodo 1977-2017, en el desarrollo de sus actividades estructurales, principalmente relacionadas con los actos inaugurales, las modificaciones en la distribución de carga académica, las adiciones horarias, reestructuraciones para cumplir con la misión y la optimización de competencias.

El protocolo de gestión documental incluyó una primera fase realizada por el grupo PEMPRO con un ejercicio de carácter reflexivo, recopilando, organizando y preservando los documentos considerados significativos, como construcción y aporte a la memoria institucional.

El segundo paso comprende la búsqueda de palabras clave y la visita a las fuentes de archivos oficiales a la universidad, y el tercero consiste en la elaboración de los denominados mapas de cuerpo, con el cotejo al proceso de entrevista de los actores descritos en la entrevista, para crear las líneas temporales.

Para el 13 de mayo de 1977, el ICFES autorizó iniciar con el programa de Medicina. Para julio 6 del mismo año, se crea la Facultad de Medicina como dependencia de la UTP, con la formalización del área de Ciencias Básicas. Para el mes de octubre se estructura el pensum para primer y segundo semestre.

Transcurriendo junio de 1978, se planteó la primera reforma curricular, donde se incluye que todas las áreas deben articular su desarrollo y enseñanza a la integración social, formación continuada a los docentes y se organizan las áreas de ciencias clínicas, entre ellas la Psiquiatría.

Bajo la coordinación del Dr. Juvenal Gómez (psiquiatra, pediatra, decano 1979–1981), en marzo de 1980 se estructura el pensum de V semestre, instaurándose la materia Psiquiatría Básica I, netamente teórica con intensidad de cuatro horas a la semana. Para abril 1980, con el pensum de VI semestre se instaure la asignatura Psiquiatría básica II, con 4 horas de componente teórico y 1 hora de componente práctico a la semana. En diciembre de 1980 se plantea la segunda reforma curricular, impartiendo la materia de Sociología en primer semestre y Socio-antropología en II semestre. Para julio de 1981, se incrementa la carga horaria para Psiquiatría I a siete horas teóricas a la semana, cuatro horas prácticas; Psiquiatría II, siete horas a la semana, con cuatro horas prácticas y se crea Psiquiatría III: ocho horas teóricas semana y 4 horas prácticas. En agosto de 1981, Psiquiatría II aumenta su componente horario a 9 horas a la semana teóricas y 4 horas prácticas.

En diciembre de 1983 se da la primera reforma al currículo del área de Psiquiatría, planteándose en V semestre: Psicología General, VI semestre Psicopatología, VII semestre Salud Mental, VIII semestre Psiquiatría de enlace y se plantea que en internado rotatorio dos

semanas pertenezcan a la especialidad dentro del bloque Neurocirugía, Anestesiología, Psiquiatría.

En 1986 se fundamenta la electiva de XI semestre en Psiquiatría. En 1988 con la ampliación a 50 cupos, se reestructura la distribución académica, y bajo la decanatura del Dr. Eduardo Baena (1988-1989), ajustándose así: V semestre, Psiquiatría I, VI semestre, Psicopatología, Psiquiatría II, VII semestre, Salud Mental, Psiquiatría III y IV.

En 1990 se modifican asignaturas básicas: desaparece la formación en Antropología y Socioantropología, pasan a ser cátedras dentro del área de Comunitarias y empieza el área de Comunitarias a incluir, en sus proyectos de intervención, trabajo en comunidad e investigación.

En 1994, con la decanatura del Dr. Edgar Beltrán, (1992-1994), se presenta la reforma curricular al área de Psiquiatría, realizando los ajustes para el área. En la materia de Comunitarias: Hombre, Ambiente y Sociedad, donde se abordarían fundamentos antropológicos de la mente; se suprime Psicología General y reubica Psicopatología, para V semestre: Semiología debe tener un espacio de cátedra de Semiología Psiquiátrica; en VI semestre, Psicopatología disminuye la intensidad horaria teórica y se asigna espacio más amplio de horas prácticas.

Para diciembre de 1995, con a la decanatura del Dr. Rafael Alarcón (1994 – 1996), desaparece la asignatura Salud Mental; se asigna un componente amplio en VII Semestre: Psicopatología y Psiquiatría se designan para que queden como componentes curriculares en otros semestres; V semestre, Semiología del Comportamiento, VIII semestre, Psiquiatría de

Enlace, IX semestre, Psiquiatría Infantil y Maternidad, XI semestre, electiva, y dos semanas de rotación en internado. Se estipula que debe estar integrado a los procesos de investigación y al área de Medicina Comunitaria.

Para el año 2006, se crea la Especialización en Psiquiatría, proponiendo la articulación del pre y posgrado, determinando para la misión la formación docente de la especialidad; para 2007 se amplía el número de horas a Psiquiatría y Clínica Psiquiátrica: VII cuatro horas teóricas y cuatro horas prácticas a la semana; para junio de 2009 se propone la especialidad en Medicina del Sueño y fellow para Psiquiatría, la cual no surtió, por dificultades en los pasos reglamentarios en el Ministerio de Educación Nacional. Para El 16 de octubre de 2013, se renueva el registro calificado de la especialidad por siete años. Para 21 de mayo de 2014 se asigna Psiquiatría como uno de los bloques fijos de rotación con cuatro semanas.

Actualmente, la especialidad se encuentra en análisis y reestructuración para renovar su registro calificado. Se ha transitado en la enseñanza de pregrado a metodologías centradas en competencias y en autogestión del conocimiento, que lidera y ejecuta acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidado paliativo al individuo, la familia, la comunidad y las instituciones, mediante el uso adecuado de la evidencia científica y los recursos tecnológicos y terapéuticos disponibles, desde su diversidad cultural, en los niveles y ámbitos de atención nacional e internacional. Posee un pensamiento crítico que le permite entender la situación del país, cuestionar y participar en los procesos socioeconómicos, legislativos, administrativos, ecológicos y políticos que inciden en la salud y la vida como derechos fundamentales del ser humano. Se comunica efectivamente y trabaja en equipo con el paciente, su familia, el personal de salud y la sociedad en la búsqueda de la calidad en la

atención (archivos documentales UTP ÍNDICE DE 1977 – 1997), (Trujillo H, Cabrales V, Patiño S, Moreno G, Ramírez V, García Castro Ardila O, Franco L. 2019).

CAPÍTULO 4 ANÁLISIS Y SÍNTESIS

Este trabajo se presenta como pionero en las descripciones de la historia de la Psiquiatría como rama médica en la región risaraldense. Trabajos con el mismo contexto se encuentran delimitados a regiones de mayor tiempo de funcionamiento o limitados a contenidos históricos institucionales.

Como ya se debatió previamente esta teorización utilizó la metodología histórico-hermenéutica para el análisis de los textos en físico, tanto bibliográficos, como de carácter institucional y administrativo que permitieron reconstruir, el transitar de esta rama en el departamento.

Además, bajo el análisis cualitativo y utilizando las potencialidades de la teoría fundamentada saturar las voces de los versionantes significativos. Siendo fieles a los objetivos de la presente investigación, cuya selección y sistematización fue sometida a la confrontación y discusión con los mencionados análisis. Así se enmarcará en tres grandes temporalidades 1. Antes de 1977, 2. Desde 1977 – Creación de Facultad de ciencias de la Salud y 3. A partir de 2006 con el nacimiento de la Especialización en Psiquiatría, y cuatro categorías obtenidas del análisis bajo teoría fundamentada: 1. Institucional-Asistencial 2. Político-normativo 3. Conceptual-teórico y 4. Metodológico Académico.

INSTITUCIONAL Y ASISTENCIAL

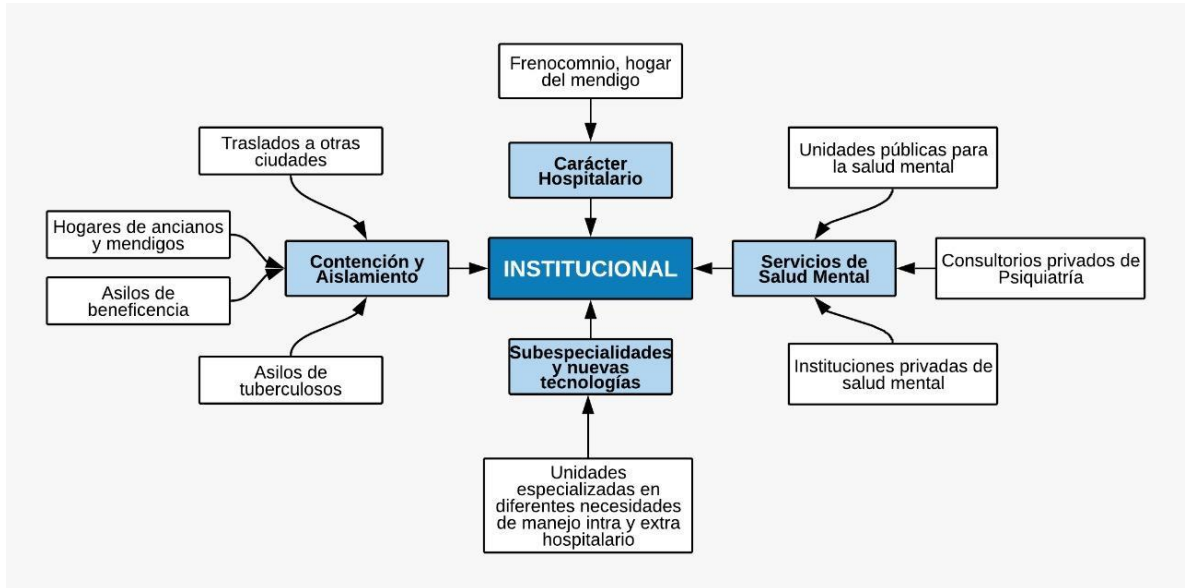


Ilustración 1 Institucional y Asistencial

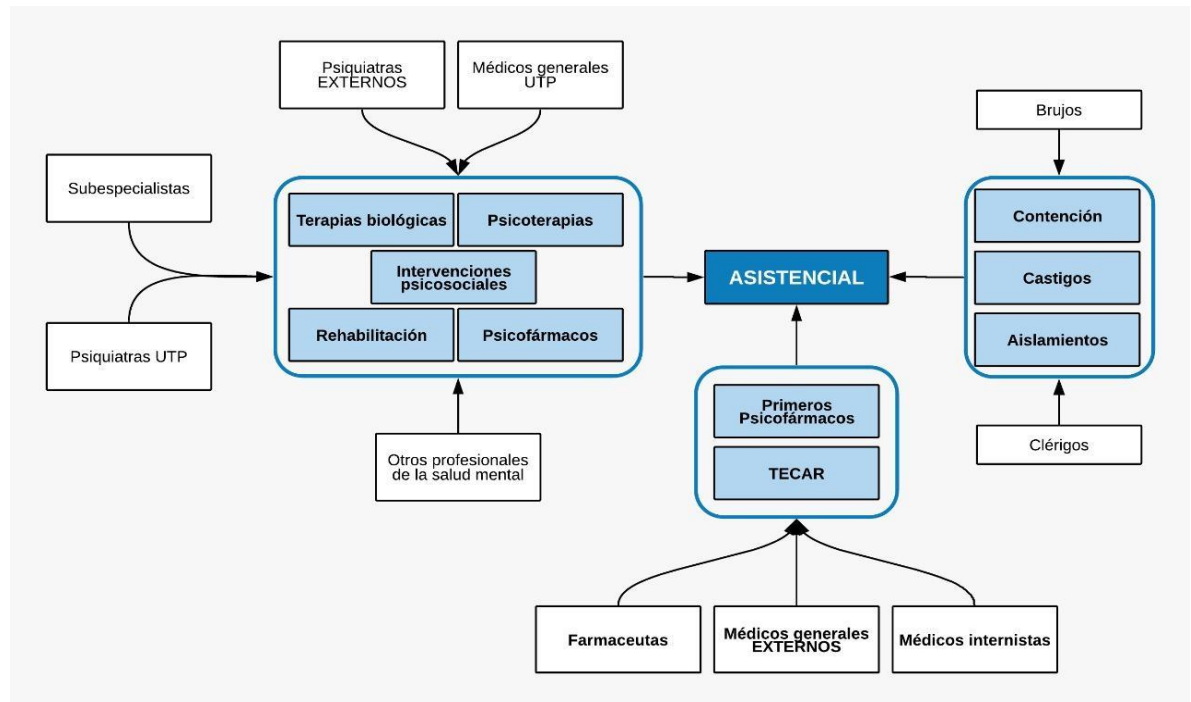


Ilustración 2 Institucional y Asistencial

Desde la fundación de Pereira en 1869 y los posteriores cambios geopolíticos que implicaron el posicionamiento de la ciudad como capital del naciente departamento de Risaralda, en 1966 (López P., 2011), han transcurrido múltiples cambios.

Los primeros visos de atención médica en la región datan de finales del siglo XIX y estaban a cargo de prácticas médicas populares (Álvarez Hernández 2000). La psicopatología, en la naciente Pereira, estaba bajo la tutoría del farmacéuta del pueblo, con algunos apartes, en la administración de preparados magistrales a partir de sales volcánicas y extractos florales para tratar debilidades del cerebro (Grisales Jorge, 1986) o aflicciones del alma (Sánchez, 2002).

Posteriormente la asistencia en salud fue asumida por la beneficencia y caridad, gestionadas por la inglesa, particularmente a las hermanas de la comunidad de San Vicente, quien tomó a su cargo la primera institución en prestar servicios de salud a pacientes en general en Pereira, este fue el Hospital San Jorge que abrió sus puertas en 1897, un modelo en el que prevalecían asuntos médicos generales, protección a los desvalidos y alienados y un morir decente (Álvarez H., 2000).

Con registros especiales en su apartado de instituto profiláctico, tanto interno como externo, que atendió a pacientes con alteraciones físicas y comportamentales graves, secundarias a sífilis (Uribe U., 2002), que registró elementos estadísticos con aproximadamente 3280 tratados, es sus primeros 30 años de funcionamiento. Los casos incurables, o que se asociaba al deterioro por la vejez, eran trasladados al Asilo de ancianos, con referencias de funcionamiento desde 1935, aquí ya el municipio asignaba un rubro de sus ingresos, para que su funcionamiento fuese óptimo (Uribe U., 2002).

Los pacientes considerados mendigos, fueron asignados al Asilo de igual nombre, ubicado en los terrenos donde funcionaba la planta de energía. Las hermanas de San Pedro Claver gestionaban labores de asistencia y cuidado, con registro de funcionamiento desde 1935 y capacidad para 22 mendigos, que se sostenía con un rubro muy básico municipal y las donaciones de las casas de familia pudientes, para mantener “embellecida la ciudad, y los mendigos fuera de la vista de propios y visitantes”. (Uribe U., 2002)

Los pacientes con deterioros mentales más crónicos fueron trasladados, con obligatorio registro en la gaceta de Caldas para su remisión, a los grandes centros de acogida nacional manejados por la orden de San Juan de Dios, como el hospital de Sibaté o el Hospital San Rafael de Nariño y más tardíamente el psiquiátrico de Manizales 1953. (Rosselli, H.,1968). Dolorosamente, algunos de estos pacientes fallecían en el traslado, que se hacía en mula con pobres condiciones de protección del clima. (Amado J., 2019)

Para 1966 se asigna un espacio destinado a la atención de múltiples condiciones, que se consideraban de asilamiento y se crea el sanatorio para tuberculosos, que funcionó hasta 1967. Por injerencia de políticas nacionales y por la cantidad de asilados, se convierte en el hogar del mendigo, frenocomnio y centro de salud mental de Risaralda, con cupo de 120 camas, esto permite contra remisiones de los pacientes pertenecientes a la región desde los grandes centros nacionales. Hasta este momento la atención asistencial solo se limitaba a los elementos de cuidado básico, contención intramural y manejos de inmovilización, asilamiento y baños de agua fría. La estructura de esta unidad con similitud carcelaria no ofrecía asistencia de carácter médico y hasta el momento no se contaba con personal especializado en salud mental (Fernández, 2013).

Para 1970, se asigna la dirección de la institución al Dr. Gustavo Álvarez, médico general con experiencia en manejo de pacientes mentales, quien promovió ampliaciones y reestructuración de la planta física, así como la asistencia de médicos internos de la Universidad de Caldas y la introducción de medicamentos psicotrópicos como el carbonato de litio, los antidepresivos tricíclicos y los antipsicóticos de primera generación. Cabe destacar, que se desconocía a cabalidad las indicaciones de los esquemas farmacológicos, esto develó la imperiosa necesidad de entrenamiento diagnóstico y estructuración de protocolos de manejo (Marulanda M., 1989).

Para 1974, con la llegada de los primeros especialistas en Psiquiatría a la ciudad (entrevista Dr. Baena) y concomitante a las gestiones que venía realizando la Universidad Tecnológica de Pereira para abrir, su programa de medicina, estos profesionales son incluidos entre el panel de expertos invitados y se plantea la estructuración de la enseñanza médica y de la rama.

Los exrectores Luis Enrique Arango Jiménez y Juan Guillermo Ángel Mejía coinciden en la importancia de favorecer este proceso, para aportar a la región, aún con la férrea resistencia de los entes nacionales con respecto a la creación de programas o facultades que impartieran educación médica (década de los 70). Se recurrió al apoyo y al compromiso de diversos actores sociales de la región, para concretar la idea, asegurando que los recursos presupuestales, que la nación destinaba a la universidad, no iban a ser menoscabados por la existencia de este programa o unidad académica. (Trujillo, 2011, p. 52).

Sin embargo, como lo describe el mismo Dr. Eduardo Baena, a pesar de no estar de acuerdo inicialmente con la apertura del programa, decidió unirse al panel de expertos para “asegurar” que su creación fuese de calidad, dando inicio en 1977 al programa de medicina.

En 1978 y bajo la dirección del Psiquiatra Eduardo Baena, docente de la UTP y ex decano de la facultad de medicina, se realiza la transformación de la razón social a Hospital Mental de Risaralda, siendo esta la primera institución especializada en salud mental de la región, dándole el carácter metodológico, científico sólido para el desarrollo y la evaluación de pacientes con psicopatología, así como la aplicación de tratamientos con base en criterios biológicos y neuroquímicos, aquí se inicia la supervisión diaria, los registros en historias clínicas, el seguimiento a los manuales diagnósticos vigentes y se gestiona la ampliación de camas, para pacientes que cumplieran criterios para enfermedad mental, así como la reorganización de otras personas marginadas pero sin psicopatología en el anexo de hogar protegido. También se fomenta que sea el centro de práctica para los estudiantes de medicina de la UTP, en el área de Psiquiatría. (Marulanda M., 1989).

Desde 1971, se había destinado un área del hospital San Jorge, de 20 camas con supuesta destinación exclusiva para la atención de pacientes con enfermedad mental, pero es solo hasta 1978 y posterior a la gestión y conminación legal, del mencionado Psiquiatra Eduardo Baena, que se logra la asignación exclusiva para atención de estos pacientes; sin embargo por el terremoto ocurrido en 1979, con afección a varias áreas se cedió el espacio a otras especialidades, manteniendo la presencia docente asistencial del Dr. Juvenal Gómez, Pediatra y Psiquiatra, en las áreas de consulta externa (Echeverry J., 2000).

Para 1979, ingresa el Dr. Edgar Beltrán –quien venía trabajando con el Dr. Baena–, como docente de la UTP y fortalece la estructuración de la malla curricular para la enseñanza de la Psiquiatría. En 1979, un nuevo terremoto sacude a la región, con destrucción parcial de múltiples instituciones (hospital San Jorge, Hospital Mental y UTP). Gracias a la intervención de gobiernos extranjeros, se obtuvieron donaciones. El gobierno italiano especifica que las donaciones deben ser destinadas a la construcción de un hospital general. Los terrenos fueron donados por la Universidad Tecnológica de Pereira para tal fin. Entre tanto el área de salud mental del hospital San Jorge nuevamente tuvo que ceder su espacio para la atención provisional de otras especialidades.

La construcción del hospital sugerido por el gobierno italiano quedó inconclusa por agotamiento de los recursos. Posteriormente las directivas de la facultad de medicina solicitan esta construcción, para culminarla como aulas de clase y sede principal del programa de medicina, ya que hasta ese entonces las locaciones de enseñanza eran rústicas, en otras facultades y en casas cerca a las instituciones de salud dónde se realizaban las prácticas médicas.

En 1984 con el ingreso del Dr. Osvaldo Castilla, Psiquiatra infantil y el Dr. Rafael Alarcón Psiquiatra Salubrista, empieza el fortalecimiento de la atención en estas áreas en la ciudad, vinculando se también al proceso, de enseñanza de la UTP, el Dr. Castilla trae la iniciativa de hacer grupos de apoyo a familias, que llegan a constituirse en un elemento insignia del área de Psiquiatría y de la facultad de medicina. El Dr. Alarcón se vincula de manera intensa a las políticas públicas y la organización de políticas de salud mental, asumiendo cargos de carácter administrativo en la Secretaria de Salud. (Calderón G., 2020)

El Dr. Beltrán en 1986 es el gestor de la reapertura de la unidad mental en el hospital San Jorge. En congruencia con las políticas de humanización al paciente con enfermedad mental, gestiona el ingreso de otras profesiones a la unidad, como trabajo social, terapia ocupacional y enfermería especializada en salud mental. (Echeverry J., 2000). El mencionado docente para 1989 se posesiona como gerente del hospital mental, e inicia el programa de Psiquiatría comunitaria, vinculando también a otros profesionales a esta institución, al igual que la unidad mental del San Jorge. En 1990 el Hospital mental, recibe en la institución a la primera Psiquiatra mujer en Risaralda, la Dra. María del Pilar de Moya, quien también se vincula a la docencia en la UTP y se encarga del programa de atención domiciliaria y clínica de Litio, en los diferentes municipios del departamento de Risaralda (Marulanda M., 1989).

La demanda de centros de hospitalización de pacientes mentales incentiva la creación de instituciones de carácter privado, en 1989 los Psiquiatras Beltrán, Alarcón, Castilla y Escobar gestionan la creación del Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda (ISNR), como nueva opción de atención especializada. (historia del ISNR)

En 1990 se asocian los Psiquiatras Pilar de Moya, Enrique Echeverry y otros profesionales y fundan el Instituto Pro-integración de la Salud Mental (IPIS), con enfoque comunitario, con servicio de hospitalización domiciliaria, entre otros elementos (entrevista Dra. Pilar de Moya).

Para 1995 el Dr. Rafael Alarcón remodela la planta física de la unidad de salud mental del hospital San Jorge, se crea la cámara de Gessel, para la formación en entrevista Psiquiátrica y la unidad de atención para urgencias psiquiátricas. Bajo la dirección de los Psiquiatras Dr. Jorge Echeverry y la Dra. Pilar de Moya, esta unidad inicia atención en medicina

psicosomática, con áreas de electroencefalograma, manejo de dolor, cuidados paliativos y desarrollo de programas psicoeducativos en todas las áreas del hospital general. Paralelamente ingresa la Dra. Ruby Mejía al hospital San Jorge, quien se hace cargo del área de materno infantil, quien también se vincula a la docencia y con el Dr. Juvenal y el Dr. Castilla, inician actividades de extensión en Psiquiatría infantil (Echeverry J., 2000).

En 1992 el Dr. Uriel Escobar (docente de la UTP desde 1984), asume la dirección del hospital mental y abre el servicio de Terapia electroconvulsiva. En 1997 ingresa a la región la Psiquiatra Dra. Dora Cardona, a cargo de la dirección científica del hospital mental de Risaralda y en el 2000, se vincula como Docente en la UTP, proponiendo una visión estructurada y su experiencia en desastres naturales y gestión de riesgos en la región. (Fernández 2013). En el 2001 se inicia el programa de inimputables en el HOMERIS.

En 2006, por lamentables decisiones administrativas se cierra definitivamente la unidad mental del hospital San Jorge. Para el mismo año, ingresan el Dr. Julio Gutiérrez y Dr. Carlos J. Fernández al panel de académicos UTP, al IPIS y HOMERIS, respectivamente, y en el 2007 el Dr. Jairo Franco, fortaleciendo las instituciones con su orientación biológica y en neurociencias (Fernández, 2013).

En 2008 el Dr. Uriel Escobar, crea Psico salud, institución especializada en el manejo de adicciones. (historia de Psico, 2019). Tímidamente el instituto del sistema nervioso amplía su número de camas y se estructura en otros espacios, ofreciendo servicios de consulta externa. Para el 2011, la sociedad es vendida a los Dres. Dora Cardona, Jairo Franco y sociedad anónima, gestionando una serie de ampliaciones y apertura de otra sede. (ISNR, 2019)

Desde el 2008 el hospital mental presenta una serie de ampliaciones en su planta física, para optimizar sus servicios de urgencias, (Fernández, 2013) e instaura el modelo de atención al consumidor CADRI en el 2015.

En el 2016, por razones económicas el IPIS suspende su funcionamiento. (entrevistas Dra. Pilar de Moya). Quedando como única opción de atención privada el ISNR. En el 2018 Psico inaugura su unidad de atención ambulatoria al drogodependiente en Risaralda, (historia de Psico, 2019) y la gran mayoría de hospitales generales de tercer nivel cuentan con interconsulta especializada por Psiquiatría.

Para el 2019 la ciudad cuenta con 34 especialistas en Psiquiatría, hay subespecialidades como Psicogeriatría, Psiquiatría infantil, adicciones, psiquiatría de enlace, forense, dolor, entrenamientos en Psicoterapia, cognitiva, dialéctica, psicodinámicamente orientada, existencial; la gran mayoría de profesionales se encuentran vinculados a las instituciones de educación superior.

La gestión se basa en la experiencia, los contactos, en las intuiciones, en la capacidad de adaptación del gestor al medio. De los hechos más destacables por el área de Psiquiatría de la UTP, es la visión con la que sus docentes gestionaron la estructuración de la planta física y los sistemas de atención, tanto de espacios públicos y privados destinados a pacientes con condiciones mentales. Salvaguardando el precepto básico de contribuir a mejorar los niveles de bienestar de individuos y poblaciones en los aspectos relacionados con la salud.

Ortún, V. (2003), presenta en su texto la relación bidireccional de la academia y la gestión clínica, dónde a mayor nivel de estructuración académica en un área, independientemente

del tipo de sistema de salud, permite enfocar todos los procesos de asistencia, basados en estándares de calidad y rigurosidad. Señala también, que ligar dicho proceso a otras áreas como la política, administración, cultura y economía, permite el crecimiento paralelo de la academia y la asistencia. Esta afirmación abre el espacio para mencionar, que solo a través del fortalecimiento del convenio academia asistencia, se permitió el ingreso basado en la evidencia de manejos farmacológicos y biológicos, la apertura a los programas de atención comunitaria, la incorporación de nuevas ramas profesionales complementarias al trabajo en salud mental, la llegada de subespecialidades y la apertura de servicios específicos. La formación y aporte de profesionales tanto en la rama médica, psiquiátrica, de enfermería, psicología clínica y trabajo social, se logró solo a través al tener dichas instituciones de atención especializada con protocolos de manejo pertinentes

POLÍTICO NORMATIVO

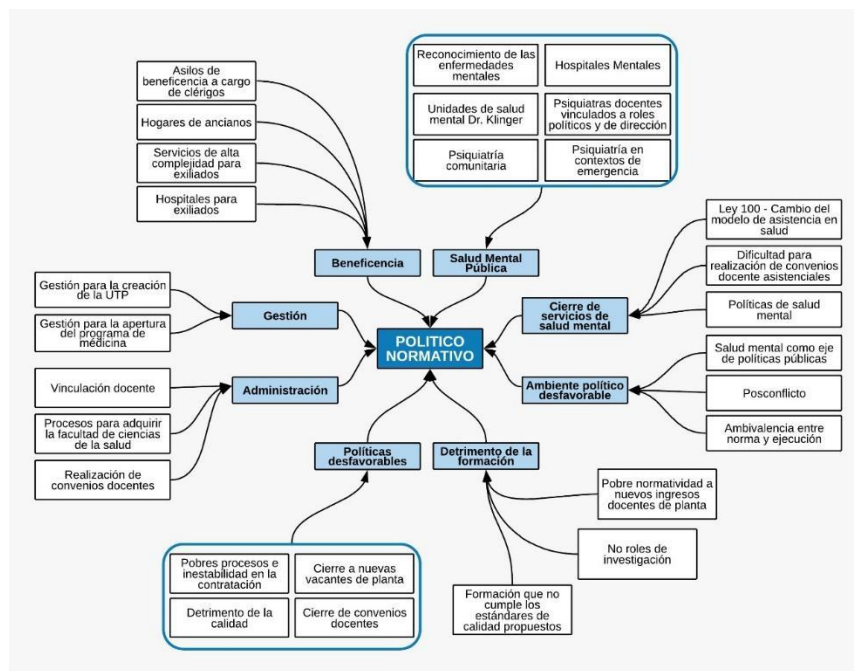


Ilustración 3 Político Normativo

En 1863 el célebre remigio Antonio Cañarte, clérigo patriota y ficha importante en la libertad colombiana por su papel en la Guerra Magna (1816), oficializa la fundación de Pereira (AHMP 1874-1897), la consolidación de la ciudad se dio gracias a varios liderazgos: el civil, el religioso y el colonizador; destacando que el rol de sacerdote, desde una perspectiva contextual del siglo XIX, era determinante. Por tal motivo, como lo presenta (Ortiz 2019), “...en la segunda mitad del siglo XIX las poblaciones que no contaban con “cura” propio, estaban destinadas a desaparecer, debido a la raigambre católica de los colonizadores

caucanos y antioqueños...” Esta fue la razón por la cual, Cartago viejo pudo progresar hasta convertirse en villa, aldea y municipalidad con el nombre de Pereira.

Cartago viejo para ese momento, pertenecía a los territorios del estado soberano del gran Cauca (1857) y por indicación del ministerio de instrucción pública 1880, crea el departamento de Beneficencia del gran Cauca, que no tuvo injerencia en los avances, en los aspectos de salud en la región, solo se dedicó a fortalecer la presencia de clérigos directivos. (Leyes estado soberano del cauca 1860)

Se relata en clásicos Pereiranos por (Sánchez Ricardo 2002), que solo hasta 1880, se dio autorización para la apertura de la primera farmacia, en donde oficiaba como galeno Delfín Cano Uribe y dentro de sus manejos, usó belladona, sales volcánicas y esencia de flores, para “afecciones del alma”. Para 1897, se da apertura al hospital de caridad San Jorge, creado por la gestión del General Valentín Dezza y bajo la asistencia de Hermanas Vicentinas, empieza a fortalecer los manejos en salud (Sánchez Ricardo 2002) y se inicia la llegada de profesionales médicos a la región (Grisales H.J. 1985).

Antonio José Uribe, impulsa la Ley Orgánica de Instrucción Pública (ley 39 de 1903), que ordena cuatro niveles de educación: primaria, secundaria, industrial y profesional y se ordenan seis aspectos para la restructuración en procesos de higiene y salud: primero el entrenamiento en artes curativas y medicas a las comunidades religiosas. Segundo: dar un rubro económico a los hospitales y asilos. Tercero: es deber del estado, actuar sobre el bienestar de los individuos. Cuarto: los programas de vacunación a animales. Quinto: la creación de las juntas de higiene regionales y Sexto: programa de recompensas, la realización de monumentos para quienes gestionan aspectos de higiene y salud.

Con la asignación de Pereira al gran Caldas en 1905 y la organización administrativa, se crea el departamento de beneficencia de Caldas y se destinan los rubros económicos, a las instituciones que atendían a los enfermos. Así para 1905 por gestiones de Carlos Echeverry Uribe, el Hospital San Jorge, da apertura a las unidades del Instituto profiláctico, para manejo de manifestaciones físicas y comportamentales secundarios a sífilis. (Ricardo Arenas 2002).

En 1906 ocurre el terremoto nacional, con una magnitud de 8.8 y reportes de daño importantes, el área de Pereira presentó daños en las estructuras de varios centros emblemáticos, entre ellos la nascente construcción del hospital San Jorge, obligando a las entidades públicas, a analizar la necesidad de estructurar planes de ordenamiento de sus construcciones. (ficha resumen terremoto 1906) (Ricardo Sánchez 2002)

En 1913 mediante ordenanza No. 29, se crea la Oficina Médico legal y de Higiene Pública y ordenamiento territorial del Gran Caldas.

Para 1921, en la ordenanza No. 34, la asamblea departamental de Caldas crea en cada uno de los pueblos del departamento, las juntas de Sanidad, que serían las encargadas de la higiene en cada municipio.

Para 1922 se crea la unidad Sanitaria de Pereira, con 43 subunidades sanitarias, con cobertura rural y urbana. Se empieza la búsqueda activa de antecedentes de locura, como parte obligatoria para el certificado prenupcial. (Ricardo Sánchez 2002).

En 1935, se da la creación por ordenanza municipal, de dos asilos, el de ancianos dirigido por Santiago Jaramillo y el asilo de mendigos, gestionado por la Reverenda Fermina de San José.

En la búsqueda de una red de atención en salud, para la población colombiana, aparece la ley 90 de 1946, que crea el Instituto de Seguros Sociales, que procuraba una red de atención integral a toda la población, entrando en funcionamiento en 1949.

Esto permitió la creación de múltiples entidades hospitalarias a nivel nacional, destacándose la gestión y creación de unidades mentales a nivel nacional.

En 1963, bajo el marco de la política nacional de salud pública, se crea la sección de salud mental, mediante la ley 12 del 63, para fortalecer las instituciones prestadoras de salud mental, prestar servicios en salud pública, a poblaciones vulnerables y discapacitados mentales.

En 1965, mediante el decreto 3060 de 1965, el consejo nacional de salud mental reconoce como problemática, la emergencia de enfermedades mentales y solicita el fortalecimiento en atención institucional y formación en talento humano en medicina. En Pereira, se crea en 1965, el asilo de Tuberculosos, que inicialmente alberga también, los pacientes con alteraciones mentales.

En 1966, nace del departamento de Risaralda y bajo la dirección nacional del Dr. Federico Klinker, salubrista experto en salud mental, mediante la resolución 679 de mayo 17, de 1967, se generan las políticas de implementación de unidades mentales, en los hospitales generales y por medio de esta ley, se reglamenta la transformación de centros de beneficencia, en hospitales mentales. En aplicación de esta norma, en 1968, ocurre la transformación del asilo de tuberculosos de Pereira y nace el Frenocomio y hospital del mendigo de Risaralda. Sin embargo, su carácter de asilo persistió por la ausencia de personal médico entrenado.

El mencionado Dr. Klinkert, en 1971, basado en la normatividad mencionada, en aras de la racionalización e inclusión, de los servicios de salud mental en los hospitales generales, da la indicación de la apertura de la unidad mental Guillermo Jaramillo Arrubla del Hospital San Jorge. Sin embargo, no se destinó dicha unidad a pacientes mentales (Echeverry 2000).

Con la llegada de los primeros especialistas en salud mental, con perspectivas internacionales y la aplicación de políticas nacionales (declaración de derechos del retrasado mental 1971. El programa nacional de salud mental para atención, promoción y prevención de Colombia, 1974 y declaración de los derechos de los impedidos de la ONU en 1975), se inicia una gestión interna para reestructuración de los servicios de salud mental y desinstitucionalización de gran parte de los habitantes de estos asilos.

Como uno de los objetivos de la creación de la facultad de medicina, fue atender las necesidades de la región, en materia de salud con énfasis comunitario (historia de la UTP) y con el favor de la aplicación en 1975 del decreto 056, se crea, la facultad de medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira.

Con la entrada en funcionamiento del programa y la estructuración de un perfil de enseñanza de la salud mental, se incentiva la aplicación de las normas, para la gestión de unidades de salud mental en los hospitales de carácter público y progresivamente la emergencia de unidades mentales privadas. Se fortalece el aprendizaje de la rama, con nuevos convenios docente asistenciales, gracias a la gestión y vinculación de personal docente especializado y trabajos mancomunados entre la academia, e instituciones de salud mental, dicha enseñanza se articula a los planes de políticas de atención comunitaria propuestos en las declaraciones de Alma Ata.

Durante la dirección del Dr. Eduardo Baena y junto al abogado Vega Vega, exigen la destinación exclusiva de la unidad mental a pacientes con alteraciones mentales en el Hospital Universitario San Jorge.

Con el terremoto de 1979 se reasigna los servicios de la unidad a otras áreas médicas y solo hasta 1986, el Dr. Félix Edgar Beltrán y la Pediatra Cristina Cardona de Márquez, gerente del hospital San Jorge, dan reapertura de la unidad mental. Esta vez, se contempla que sea la sede de área de Psiquiatría de la UTP y se fortalece el convenio docente asistencial.

La Constitución Política de 1991, consagró la salud como servicio público y derecho social. Reafirmó la distribución de competencias institucionales, diseñadas en la Ley 10 de 1990 y amplió el concepto de seguridad social, al integrarlo con el de asistencia pública. En los artículos 48, 49 y 79, quedó plasmado el compromiso del Estado colombiano con la salud, al establecer que todo ciudadano, tiene derecho a la salud, al bienestar, a un ambiente saludable y a la seguridad social.

Desde 1992, por medio de la Ley 30, que fija las normas que reglamentan las funciones y los requerimientos, que garantizaron la calidad de la educación superior y regula los rubros destinados a la educación superior, se determinó el aumento del presupuesto destinado anualmente a las universidades públicas, ajustado, al aumento del índice de Precios al Consumidor.

Con la instauración de la ley 100 en 1993, el campo de la salud mental quedó, de manera tácita, excluida del actual sistema general de seguridad social en salud (Morales, L. 2003). La División de Salud Mental, del ministerio de salud, fue convertida en el programa de

Comportamiento Humano y éste a su vez, desapareció como tal, en las sucesivas reestructuraciones y sólo resoluciones ambiguas entraron a reglamentar este tipo de servicio. Esto generó, que la asignación de rubros para programas de Psiquiatría comunitaria, fueran suspendidos y que los recursos para diversas modalidades de tratamiento quedaran fuera de la obligatoriedad, de servicios instaurados. (Morales, L. 2003).

La gestión del entonces gerente del hospital San Jorge, Dr. Rafael Alarcón, permitió que la unidad de salud mental del san Jorge continuara siendo viable y bajo la tutoría del Dr. Jorge Echeverry se amplían los servicios ofrecidos por la unidad, durante la primera década.

En 1999, ocurre un tercer terremoto que afecta a la región, en este momento la Dra. Dora Cardona, directora médica del hospital Mental de Risaralda, hace parte de las intervenciones del programa de salud urbana, durante la reconstrucción de la ciudad de Pereira y propone la rehabilitación psicosocial, como un eje del proyecto. Este proyecto contó con la especial dirección de otra docente del programa de medicina comunitaria, la Dra. Patricia Granada.

El primer estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, realizado por el ministerio, es publicado en 2002, mostrando la grave situación de las enfermedades mentales en el país, entre las cuales estaban los trastornos depresivos y los trastornos ansiosos y revela el consumo de sustancias psicoactivas como una patología altamente problemática y en creciente prevalencia.

Para 2004 El Dr. Escobar docente del área, hace parte del comité de expertos llamados a la estructuración de la política de salud mental y reducción de consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

De manera progresiva, se fueron incorporando decretos que optimizaban los esquemas de los servicios en salud mental, Ley 1122 2007 y el decreto 3039, especificando los mecanismos de atención en salud mental. Dichas estudios y sucesos normativos permitieron al grupo docente, demostrar la necesidad de especialistas en la rama en la región y en el año 2006, se crea la especialización en Psiquiatría y su currículo se rige, por las exigencias nacionales de ASCOFAME para formadores en salud (resolución 425) y se orienta a la promoción de la red comunitaria en salud mental.

Más adelante, la ley 1438 de 2011, reglamenta la rehabilitación integral y protección de mujeres víctimas de violencia y finalmente se produce la Ley 1616 de salud mental 2013, con la cual se rige las prestaciones de servicios de salud mental.

Para el 2016, con la implementación de los acuerdos de paz, cobra importancia en el marco de la Justicia especial para la Paz, la salud mental, tanto de víctimas como de victimarios reintegrados, en su proceso de socialización, con participación del área de Psiquiatría de la UTP en el proceso.

Finalmente, en 2017, en Risaralda, se estructura el acuerdo no. 26-2017 (por medio del cual se adopta la política pública de promoción, protección y atención integral de la salud mental y sustancias psicoactivas en el municipio de Pereira para el periodo 2017-2027), sin contar con la participación de los académicos en el debate para su construcción.

Las nuevas reformas en políticas de salud mental se realizaron, incluyendo nuevos esquemas farmacológicos y modalidades terapéuticas; sin embargo, el pobre cumplimiento de las leyes

por parte de los prestadores de servicios de salud agudiza la situación de los pacientes y aumentan la tasa de padecimientos y el número de complicaciones.

Actualmente, la situación de la salud mental en Colombia es crítica, más aún en el marco del difícil proceso de paz y reconciliación, el microtráfico, la violencia intrafamiliar, la trata de personas, que hacen emerger modalidades más complejas y duales de enfermedad mental. Situaciones que hacen de vital importancia la participación de la academia como la voz más autorizada, para establecer políticas y pautas de intervención.

Así cuando el área de Psiquiatría de la UTP ha tenido injerencia en las estructuras directivas, tanto de la academia como de las instituciones asistenciales, ha sido garante del cumplimiento de políticas públicas en salud mental, liderado transformaciones, desde la planta física, hasta la calidad de la asistencia a pacientes y comunidades. Ha generado investigaciones de problemas específicos de la salud mental de la región, ha transversalizado la enseñanza de la salud mental en estudiantes de pregrado y posgrado, siempre con miras a la dignificación y defensa del paciente mental y por la mejora del sistema de salud, en lo comunitario, en la gestión de la atención de desastres y problemáticas de interés local y nacional.

Ha sido notorio que una vez que la académica se retira de estas esferas directivas y suspende el trabajo sobre los modelos de políticas, retrocede los logros mencionados y con impacto inmediato sobre los servicios, cobertura y calidad de atención.

CONCEPTUAL TEÓRICO

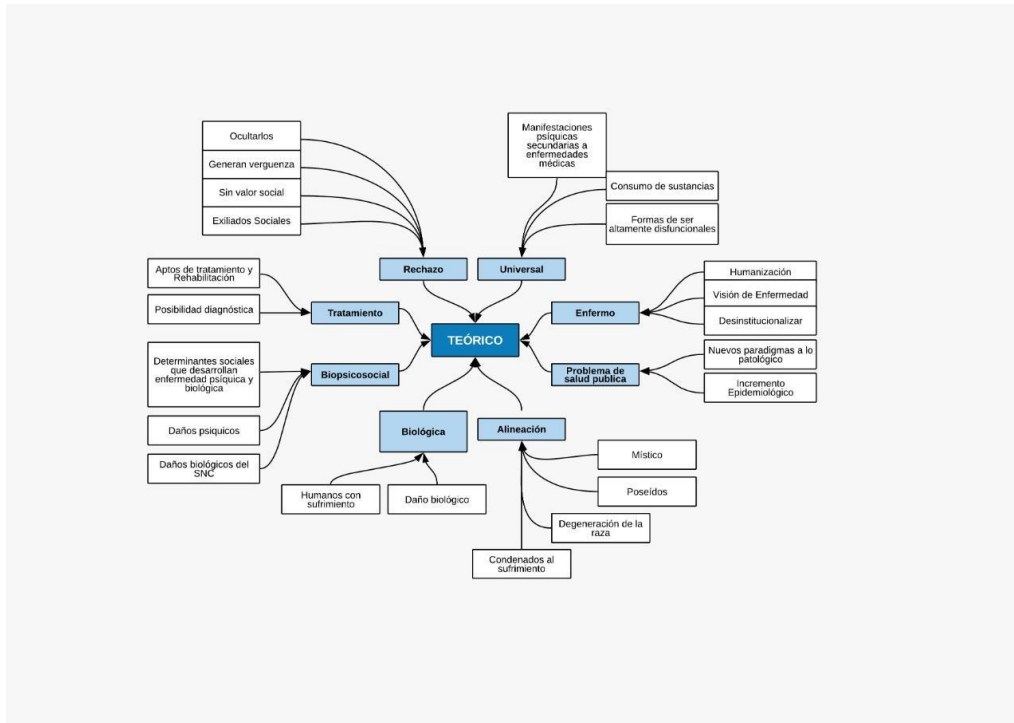


Ilustración 4 Conceptual Teórico

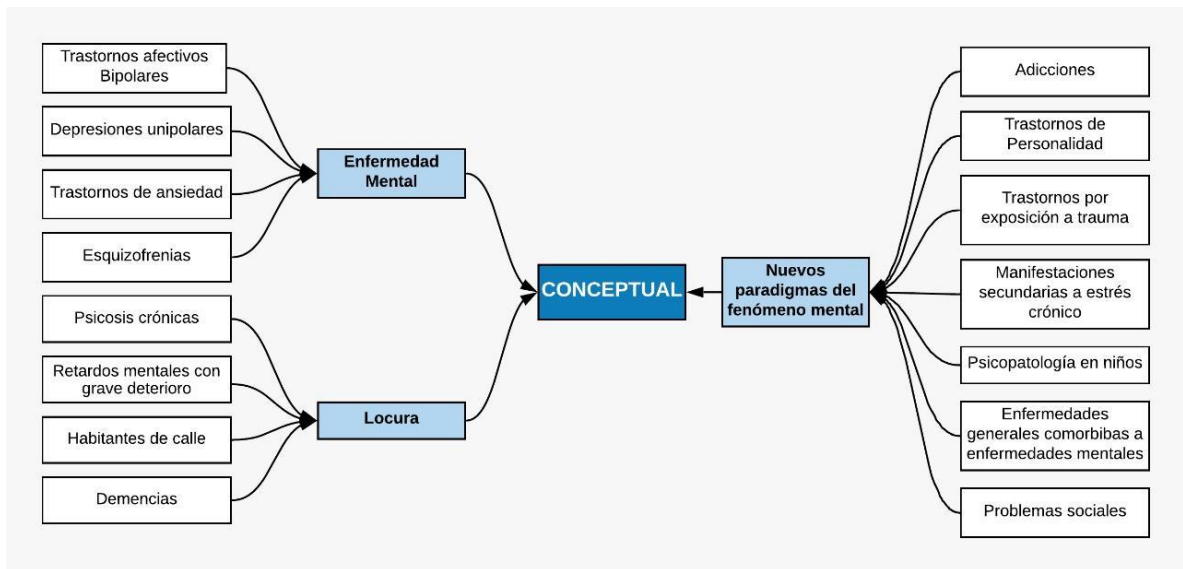


Ilustración 5 Conceptual Teórico

Según el diccionario de lengua castellana 1611 (Covarrubias 1943): “LOCURA: Enfermedad que priva del juicio, y embaraza el uso de la razón”. La sin razón, es la enfermedad incontrolable por excelencia, sus efectos son trascendentales a nivel social porque encarnan el desorden (Cruz Montalvo 2011).

El concepto de locura pone al descubierto los valores, ideales que promueve la sociedad, mientras que la relación entre locos y cuerdos evidencia las formas de sociabilidad (Sacristán, M. C. 1992).

La primera referencia a un suicidio registrado en Pereira ocurrió, en 1896, fue cometido por el señor Manuel José Gordillo, quien tenía una personalidad previa “excesivamente alegre”. Se relata que entró en un periodo de improductividad y que tuvo grandes pérdidas económicas, al punto que sería penalizado; antes de emitirse la sanción se disparó. Posteriormente encontraron una carta explicando razones, se había despedido de amigos y conocidos y pedía que su padre saldara sus deudas. Dicho evento, causó gran consternación entre los habitantes del naciente Pereira y a pesar de la negativa de muchos, se le dio sagrada sepultura (Sánchez Ricardo 2002).

La siguiente referencia, aparece con descripciones de un grupo de mujeres, con llanto frecuente, sentimiento de abatimiento y desmayos. Alteraciones atribuidas a una especie concreta de castigo moral, frente a ciertas faltas o pérdidas de cualquier naturaleza. Cuyo tratamiento sugerido por el boticario, era el acompañamiento y charla con matronas o curas, dar paseos recurrentes (Henaó, T.R. 1984), además de la administración de preparados de

esencias florales y sales volcánicas. (Sánchez Ricardo 2002). Este tipo de padecimientos frecuentemente eran tratados por personal perteneciente al clérigo, curanderos o hechiceras, enfocados al autodomínio y el perdón espiritual. (Cruz Montalvo 2011)

La tercera referencia encontrada, habla de casos puntuales de hijos de familias, que sufrían de enajenación mental, comprendiendo esta, la demencia, la manía, la parálisis general, los alcoholizados crónicos, los atáxicos, los epilépticos, los cretinos, sifilíticos, tuberculosos o a quienes una lesión, impedía el trabajo (Carrizosa Moog 2014). La única manera de contener a estos pacientes era bajo la “gavia” (especie de palo o mástil para inmovilizar las agitaciones). Muchas de las casas coloniales pereiranas contaban con dicha estructura rústica, para contener los períodos de alteración (Montoya Velásquez, Jorge. 2005). La preocupación principal en el tratamiento de estas manifestaciones, era asegurarlo y evitar que hiciera daño a sí mismo o a otros. Los religiosos y las familias eran quienes decidían que hacer con los enfermos (Cruz Montalvo 2011).

Las teorías que permitían entender la naturaleza de estos padecimientos eran las asociaciones a degeneración de la raza “eugenesia”; con la particularidad, que, si la familia de quien padecía la enfermedad pertenecía a grupos adinerados, tenía un carácter patológico; si pertenecía a un grupo migrante o a familias pobres, podía ser acusado de falsedad y/o falta de temple (Cruz Montalvo 2011), y era de obligatorio reporte a nivel nacional (Carrizosa Moog 2014).

En esta época el Hospital San Jorge de Pereira, bajo la asistencia benéfica de la iglesia daba atención a los enfermos, especialmente a los sifilíticos y tuberculosos, muchos de los cuales tenían manifestaciones comportamentales. Se empieza a dar un carácter médico a “la locura”,

aún con medidas terapéuticas muy pobres y absolutamente todas las modalidades, implicaron contención mecánica (Sánchez 2002).

En 1935 en Pereira, la concepción de la locura adquirió un carácter social y se describieron como “desheredados de fortuna, que dan espectáculos desagradables, exhibiendo lacraduras, clamantes de caridad, incapacitados para el trabajo y que la miseria los mantenía como desperdicios sociales” (Sánchez 2002). Estas situaciones de vergüenza, cuyo infortunio merecía ser exiliado, ya no por lo difícil de su comportamiento, sino por el “mal aspecto”, llevó a que las familias adineradas, donaran recursos a la caridad, para crear asilos de mendigos y “mantener embellecida la ciudad”. (Sánchez 2002).

Con el auge económico que presentó Pereira en la década de los años 50, la mendicidad en el centro de la ciudad aumentó considerablemente debido a un mal ordenamiento territorial, pobreza en la estructura social y económica, que no permitió un desarrollo equitativo de la capacidad adquisitiva de la población. Así, el Alcalde Municipal de Pereira Jorge Roa Martínez (1950), consideraba que debido “al espíritu generoso de los pereiranos la ciudad había sido invadida por incontables mendigos en las calles y tiendas de comercio, que interferían y mortificaban con su presencia a los ciudadanos, por su actitud de abandono social y falta de aseo”, por lo que decide decretar: “Artículo 1. No se permite la mendicidad pública. Artículo 2. Los mendigos se internarán por ahora en el Asilo de Ancianos. Artículo 3. Los niños-mendigos serán internados en el Hospital Infantil. Artículo 4. La Policía dará estricto cumplimiento al presente Decreto” (Montoya Velásquez, Jorge. 2005). Esta situación mezcló en un mismo grupo e institución a los mendigos con los “locos”, que abarcaban, a los enajenados, los retardados mentales, los dementes, los habitantes de calle, huérfanos,

sifilíticos, tuberculosos y vendedores ambulantes; su diagnóstico carecía de importancia, solo representaba un mecanismo de control social.

La llegada de profesionales médicos, interesados en el área y especializados en Psiquiatría, marcó una diferencia significativa (Álvarez 1989), concurrentemente las políticas nacionales se volcaron a la gran reforma psiquiátrica, que se institucionalizó e incorporó a las agendas regionales, la salud mental. Brindando un panorama de atención comunitaria, la aceptación de las declaraciones de los derechos de los impedidos, los movimientos pro-desinstitucionalización (1961), Antipsiquiatría (1960 Foucault), la psiquiatría social y comunitaria, de los pacientes con enfermedades mentales.

Solo con la apertura del programa de medicina de la UTP, en Risaralda inician las primeras cátedras de salud mental (entrevista Baena). Al incorporarse las clasificaciones nosológicas con la aplicación del DSM II CIE 6 (la primera clasificación internacional que incluía enfermedades mentales publicada 1968), esto permitió definir la enfermedad mental como una serie de comportamientos y un grupo de síntomas identificables, que en la mayoría de los casos se acompañaban de malestar e interferían en la funcionalidad del individuo; este concepto es uno de los fundamentos que da asiento a la psiquiatría como especialidad médica y constituye el núcleo de las discusiones sobre qué estados mentales han de ser considerados patológicos y cuáles como situaciones de padecimientos o problemas de la vida cotidiana.(DSM-5)

A pesar de que en Colombia ya se había introducido las obras freudianas, los conceptos del psicoanálisis, solo se empiezan a enseñar y aplicar en grandes centros nacionales a partir de

1950, por los primeros teóricos con formación Arturo Lizarazo y Francisco Socarras. En Risaralda, no hay registro de aplicación de esta teoría sino hasta la creación del área de Psiquiatría de la facultad de medicina de la UTP. Se introducen los conceptos de funcionamiento del aparato mental y los componentes dinámicos del inconsciente, aportados por el Dr. Eduardo Baena, quien venía de la Universidad Nacional, cuya orientación en psicoanálisis hizo presencia fuerte en el currículo desde 1970. (el psicoanálisis en la UNAL 2019). Se introduce también en el currículo, los avances científicos en el campo de la neurociencia, el rol de la neurotransmisión y los psicofármacos, permitiendo comprender la compleja organización y funcionamiento del sistema nervioso central y caracterizar las alteraciones estructurales, metabólicas y fisiopatológicas de los trastornos mentales. (Arango-Dávila C. A 2012).

El Dr. Osvaldo Castilla, fue uno de los gestores y fundadores de la sociedad colombiana de Psiquiatría Biológica, cuyo primer congreso se realizó en Manizales en 1968 (entrevista Dr. Castilla). Se inicia la divulgación regional del componente biológico de las enfermedades mentales, a través de los simposios de Psiquiatría, con su versión para profesionales y en paralelo una versión para la comunidad, esto permitió ir educando a la comunidad sobre la enfermedad mental. Adicionalmente crea los grupos de apoyo a familias, docentes y pacientes; con el grupo de atención de los trastornos ansioso depresivos (GATA), Asociación Bipolar del eje Cafetero (ABC) y el programa insignia, Programa de ayuda para padres, docentes para manejo de niños y adolescentes con problemas de atención y aprendizaje (PANDA), que funcionan desde 1969 hasta la actualidad.

Dichas introducciones, permitieron tener claridad diagnóstica y enfoques terapéuticos direccionados. En concordancia, aparecen nuevas posibilidades terapéuticas, nuevos profesionales en otras áreas de la salud relacionadas (psicología, terapia ocupacional, trabajo social, enfermería especializada etc.), que permitieron un manejo más humanizado, asertivo y eficaz. Se empezó a denominar, el tipo de padecimientos entre los que se incluía Esquizofrenia, episodios afectivos de carácter unipolar o bipolar y trastornos de ansiedad graves.

El adecuado diagnóstico y los conceptos, que permitieron ampliar los dominios que implican el desarrollo y evolución de las enfermedades mentales, da cuenta del gran porcentaje de pacientes con dichos padecimientos, llegando a alcanzar niveles estadísticos, que ponen las psicopatologías entre las primeras causas de morbi-mortalidad.

Se empieza con publicaciones de ámbito local y caracterizaciones de la población. Es muy llamativo la forma en que el grupo de docentes de esta facultad fue tomando conciencia de la necesidad de un enfoque amplio e integral de la formación médica, mediante la articulación de conocimientos clínicos, humanísticos y sociales, en un tipo de medicina que incluya el bienestar del individuo, en todas sus dimensiones, lo cual se convierte en un sello característico de la enseñanza impartida en la UTP en cuanto a las ciencias de la salud.

Esto catapultó el desarrollo investigativo, documentado en la Revista Médica de Risaralda, cuyo primer número fue publicado en abril de 1995. Que propendió por alcanzar estándares en el desarrollo científico e investigativo a pesar de las dificultades técnicas y económicas propias de la provincia (Calderón Gil 2020).

Así emergen los primeros datos locales, referentes a los trastornos de ansiedad y depresión prevalentes en poblaciones de estudiantes, también como la publicación de libros relacionados a estos contenidos. (UTP 2012).

En resumen, los conceptos de locura en la región aparecen concurrentes a las teorías místico-espirituales, concibiendo dichas entidades, como aspectos de un sufrimiento moral, que solo ameritaban acompañamiento. Posteriormente, con el advenimiento de las teorías de la eugenesia y la degeneración racial, en Risaralda se tiñe de vergüenza, el infortunio, la enfermedad, la marginación, la deformidad y la enajenación mental, haciéndolos merecedores de exilio y el ocultamiento, desproveyéndolos de todo valor social. La utilización del rótulo de locura se usó como herramienta de control social al servicio de la política imperante.

Solo con la llegada de profesionales médicos, interesados en el área, con conocimientos basados en la ciencia y en la evidencia, se empieza a tener una visión de enfermedad mental, que conlleva la necesidad de métodos de asistencia adecuados, basados en el trato humanizado, en una relación médico paciente regida por el derecho de los pacientes a ser aliviados de su sufrimiento al igual que en otras enfermedades físicas, a pesar de las disfuncionales manifestaciones.

Con el ingreso de médicos especialistas en la rama, y a la luz de los avances científicos, se otorga la completa validez del carácter patológico del padecimiento y se incorporan las clasificaciones nosológicas, conceptos de funcionamiento del aparato mental y las estructuras neurobiológicas. Dicho consenso permite tener enfoques terapéuticos fundamentados y concomitantemente al advenimiento de modalidades farmacológicas y psicoterapéuticas,

permiten un manejo más asertivo de dichas manifestaciones clínicas. En concordancia, aparecen nuevas posibilidades terapéuticas, nuevos profesionales en ramas afines, que permiten un manejo más integral tanto al paciente como a sus familias.

Esto permitió una visión de la salud mental como un delicado equilibrio entre susceptibilidades biológicas, estilos de vida, patrones de crianza, exposición a eventos vitales, calidad de vida, servicios de asistencia, etc. Incluyendo las manifestaciones asociadas al uso de sustancias psicoactivas, estructuras mal funcionantes de la personalidad y manifestaciones psíquicas de otras enfermedades médicas.

Estos elementos establecen unas bases seguras para desarrollos futuros, que corresponderán a las nuevas generaciones.

METODOLÓGICO ACADÉMICO

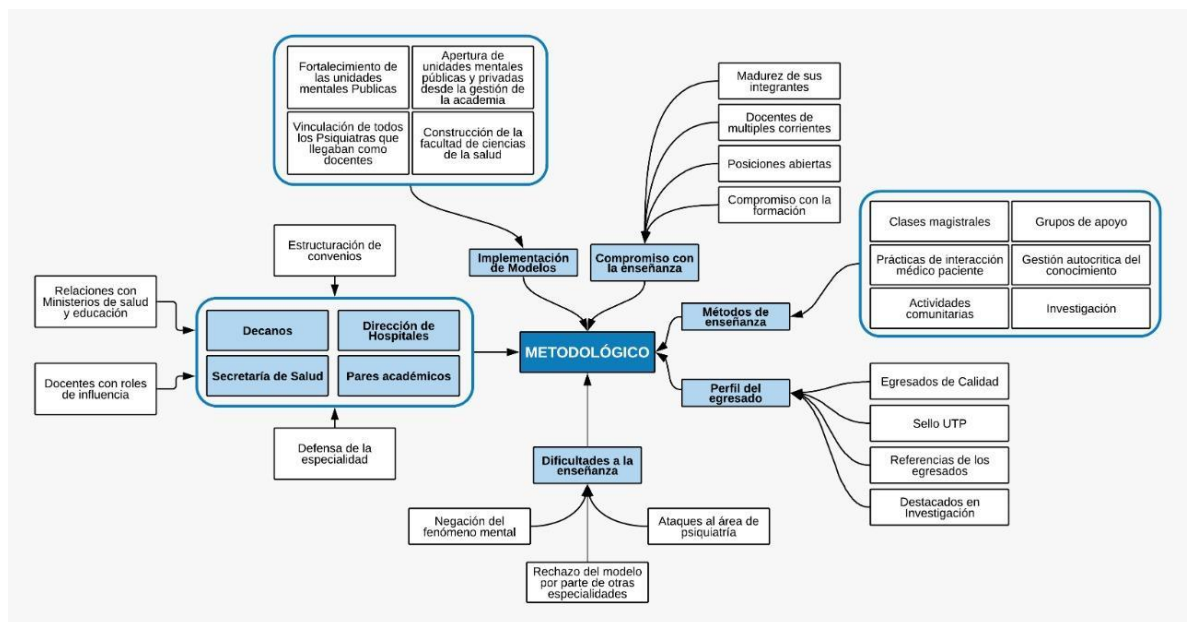


Ilustración 6 Metodológico Académico

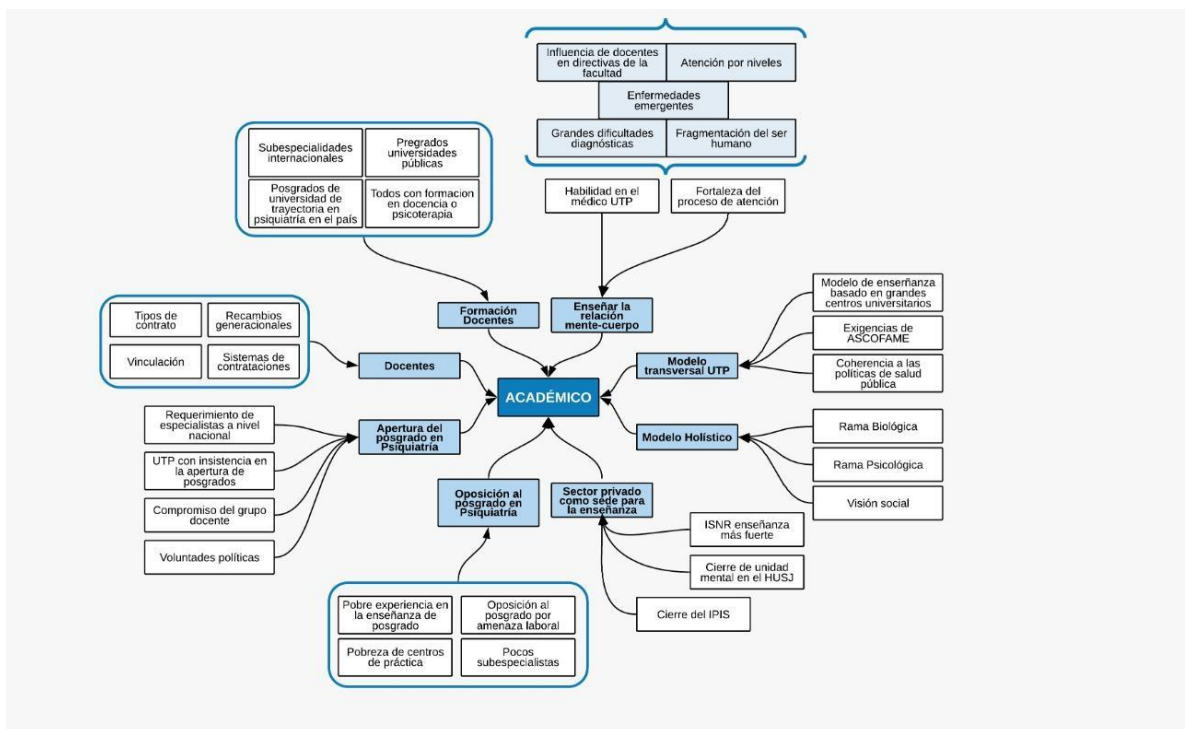


Ilustración 7 Metodológico Académico

Sólo hasta 1959, la Universidad de Caldas, con el inicio del programa de medicina, de manera paralela inició la cátedra de salud mental. Los estudiantes de las primeras promociones no

recibían clases teóricas y eran asistentes pasivos a la Clínica Psiquiátrica "para ver las Plazas", se trataba de una práctica supervisada por el doctor Alfonso Giraldo.

Un año más tarde llega el doctor Guillermo Arcila Arango Médico Psiquiatra especializado en Psicoanálisis en Argentina, quien reforma e introduce en el Plan de Estudios, el desarrollo de algunas asignaturas teóricas. La mayoría de las exposiciones eran hechas por él y aún son recordadas como unas conferencias realmente magistrales (Historia del departamento de Salud mental y comportamiento humano Universidad de Caldas).

Desde 1970 El frenocomnio y hogar del mendigo de Risaralda, empieza a recibir, médicos internos de la Universidad de Caldas, sin embargo, no existía un registro diagnóstico, los manejos solo eran de contención y no había un proceso de formación académica (Álvarez, 1989)

Solo hasta 1974 hubo presencia de profesionales médicos especialistas en Psiquiatría en Risaralda (entrevista Dr. Eduardo Baena), previamente el manejo en Pereira estaba a cargo de clérigos y escasos médicos generales interesados en la rama (Henaó T, 1986).

Inicialmente con posiciones ambivalentes, frente al surgimiento del programa de medicina, se da apertura a este en la Universidad Tecnológica de Pereira. El Dr. Eduardo Baena, desarrolló el primer planteamiento curricular, con la asistencia del Dr. Edgar Beltrán, quienes tomaron como modelo los currículos de sus universidades de pregrado y posgrado, respectivamente, la Universidad Nacional que, en la década de los sesenta tenía al psicoanálisis como un saber destacado que se impartirá en la Facultad de Medicina y como parte de la formación psiquiátrica, con su fuerte trayectoria siendo la primera universidad

que impartiera la cátedra de Medicina Mental y Nerviosa (historia psicoanálisis UNAL) y Universidad del Valle con un concepto fuerte en intervenciones de psiquiatría comunitaria (historia psiquiatría universidad del Valle). Asociado a su formación médica de pregrado en la Universidad de Caldas, que tenía un perfil asistencial clínico y de características psicoanalíticas (historia psiquiatría universidad de Caldas). Poco después con el arribo del Dr. Juvenal Gómez, médico Pediatra y Psiquiatra, magister de bioquímica por la Universidad de New York, se incluye al pensum los conceptos de neurotransmisión e ingresa con fuerza el carácter biológico de las enfermedades mentales.

Esta primera cohorte, encargada del proceso pedagógico de la enseñanza médica, generando la primera malla curricular, con estrategias y métodos para: 1. articular la enseñanza de la relación mente cuerpo, 2. la clarificación de entidades diagnósticas, 3. tratamientos basados en la evidencia, 4. estrategias que permitan recuperar la funcionalidad 5. la implementación de políticas comunitarias, 6. la enseñanza de la dinámica inconsciente. Dado a la amplitud de los contenidos temáticos, surge la motivación para incorporar dicha enseñanza de manera transversal al programa de medicina y que esta estructura se vuelva una característica del médico general UTP.

Este modelo se desarrolló para que, la Psiquiatría tuviese cabida en todas las otras ramas médicas, se acoplara a las directrices nacionales de ASCOFAME, el movimiento de políticas públicas en salud mental y las guías de práctica basadas en la evidencia para el manejo de enfermedades mentales. Así para 1980 se planteó un proceso que iniciara en primer semestre con la enseñanza de Socio antropología, en quinto semestre Psiquiatría I (psicología dinámica

y entrevista), Psiquiatría II (psicopatología e intervenciones) y Psiquiatría III (especialidades).

En 1983 se reestructura la malla curricular se quita la asignatura de sociología, y se modifica a V semestre: Psicología general, VI semestre: Psicopatología, VII semestre: Programas de Salud mental, VIII semestre: especialidades.

La llegada del primer Psiquiatra sub especializado en Psiquiatría infantil Dr. Osvaldo Castilla, con formación en Francia, fortalece las estructuras de enseñanza e incluyen nuevos conceptos asistenciales pertenecientes a la ola europea. Concurrentemente regresa el Dr. Rafael Alarcón previamente pertenencia al programa de medicina comunitaria) y el Dr. Uriel Escobar, formados en la Universidad Javeriana, quienes incorporan el enfoque político público y carácter directivo para vincular la academia a elementos políticos departamentales (las secretarías de Salud) y aportar a las políticas públicas que fortalecieron la salud mental en la región. Todos los docentes mencionados gestionan el grupo de Psicoanálisis y sociedad, de los cuales hay aproximadamente 80 volúmenes resultado de las reuniones semanales, para tratar temas de crítica social, estructuras académicas, sociopolítica e higiene (Entrevista Dr. Alarcón).

En 1986 el documento redactado (Lanzas, Arango & Bravo, 1986), en el que se debatía una propuesta del perfil médico deseado, hablaba de “la relación fuerte que debía existir entre epistemología y currículo, la necesidad de un cambio de actitudes teórico-prácticas, la formación de un profesional con un fundamentación psicobiológica, ético-humanística, clínica e investigativa científicamente integrada, con enfoque interdisciplinario, capaz de tratar, controlar u orientar el tratamiento de las enfermedades y los problemas relacionados

con la salud mental del individuo y de la comunidad, la formulación de objetivos determinados por las necesidades de la salud de la población”. Así se da obligatoriedad para que desde 1990, se oficialice la realización de investigaciones en salud mental.

Con el arribo de la primera Psiquiatra vinculada al grupo docente Dra. Pilar de Moya de la Universidad de Caldas y el Dr. Echeverry Psiquiatra subespecialista en medicina del sueño en México, se gestiona el fortalecimiento de la Psiquiatría de enlace, laboratorio del sueño y medicina psicosomática. (líneas de tiempo)

La segunda Psiquiatra docente en vincularse fue la Dra. Ruby Mejía proveniente de la Universidad Javeriana, quien ingresa a la unidad Psicosomática y toma la cátedra de enseñanza de entrevista y los programas de Psiquiatría infantil. Desde 1993 se regula el ingreso de docentes por concurso de méritos con periodicidad anual.

Para 1995 se modifica el currículo y se designa que un componente de enseñanza de la rama recaiga sobre ciencias básicas, I semestre: conceptos químicos de la neurotransmisión, II semestre: estructuras neuroanatómicas y en III: bloque de neurofisiología. Para, en V semestre, se deje un espacio dentro de semiología, con una carga destinada a semiología del comportamiento, en VII semestre la cátedra de Psicopatología y Psiquiatría, en VIII en el bloque Quirúrgico carga horaria para Psiquiatría de enlace, en IX semestre carga horaria para Psiquiatría Infantil y rotación obligatoria de 2 semanas por Internado.

Para el año 2000 ingresa la Dra. Dora Cardona, Psiquiatra proveniente de la Universidad Javeriana, se incorpora al grupo de docentes, y trae un enfoque de trabajo en la prevención

de riesgos y gestión de desastres, fortalece e incentiva las líneas de investigación y los marcos de enseñanza académica muy estructurados.

Para el 2004 el ingreso de los Dres. Julio Gutiérrez y en 2007 el Dr. Jairo Franco, quienes fortalecen los campos de investigación, académico y forense respectivamente. Los Dres. Alarcón, Echeverry y Cardona, empiezan la gestión para la creación del posgrado en Psiquiatría; la madurez adquirida por el cuerpo docente y los roles de compromiso con la academia, permitieron que este grupo, planteara una especialidad en Psiquiatría, y posterior a un proceso autocrítico intenso, dando balance, a los aspectos negativos, como la nula experiencia en formación posgraduada, el momento crítico del sistema de salud que obligaba a cerrar instituciones de salud, amenazas laborales; versus la emergente necesidad de la formación de especialistas, las disposición de la UTP para la apertura de especialidad es médicas, las adecuadas relaciones con estamentos a nivel nacional, la vocación y compromiso de enseñanza y los buenos resultados en la formación en Psiquiatría que tenía el médico general, se vota por su apertura del posgrado. Inicialmente hubo rechazo por los otros docentes y unidades hospitalarias locales y del eje cafetero, pero el fuerte compromiso de los mencionados docente y su intensa gestión local y nacional hace que, para para el año 2006 se abriera de la especialidad, siendo la primera especialidad médico-quirúrgica de la UTP.

Esta especialidad plantea tres grandes bloques de enseñanza, donde el primer año se abordan los conceptos de psicopatologías graves, los planteamientos teóricos y abordajes clínicos de las mismas, el segundo año se transita a la interfaz mente cuerpo y su complementariedad y

el tercer año todos los abordajes subespecialidades de la rama. Con una enseñanza transversal de modalidades psicoterapéuticas, con mayor fortaleza la orientación dinámica, pero con bloques dedicados a otros abordajes basados en la evidencia.

Cabe destacar que la apertura de la especialidad obligó a reestructurar las cargas horarias docentes y permitió el ingreso de nuevos Psiquiatras vinculados a través de hora cátedra a la enseñanza, de esta manera se amplió el portafolio de especialistas vinculados a la docencia, se permite a los residentes formados por el área, desarrollar parte de su entrenamiento docente e incluir nuevas perspectivas de enseñanza teórico prácticas.

Desde el 2004 los concursos de méritos para el ingreso docente tiempo completo han sido muy esporádicos, las vacantes para profesionales de tiempo completo no se han ofertado, y con el proceso de jubilación de la primera y segunda generación de docentes no ha logrado ser remplazada con las subsecuentes pérdidas de docentes tiempo completo, por lo que se ha recurrido a las contrataciones cátedra para poder dar suficiencia a la atención de pre y posgrado.

Para el 2009 se creó desde por gestión del Dr. Echeverry la especialización en Medicina del sueño, sin embargo, no cumplió trámite para Ministerio de educación nacional y no se dio apertura (Trujillo, et al., 2019).

A partir del tercer relevo generacional, que fue dado por médicos generales de formación en la UTP y especializados en centros de gran fortaleza en la rama, todos en mayor o menor medida con formaciones en docencia y en abordajes terapéuticos.

Para el 2017 ingresa la Dra. Paula Herrera, Psiquiatra subespecialista en Psiquiatría infantil y doctorada en neurociencia en Francia, quien aporta una visión de investigación en neuro marcadores eléctricos, se amplía los vínculos a otras facultades de la UTP como la de ingeniería para trabajo investigativo mancomunado.

Desde su creación e incorporación progresiva de docentes se planteó un ambiente de trabajo dónde había aceptación de todas las corrientes, que permitían entender el fenómeno mental, pero sobre todo con gran compromiso sobre la enseñanza de sus teorías y posiciones, fundamentando una de las características del modelo UTP, una fuerte visión biológica, un entendimiento psicológico profundo y una prospectiva social. Este proceso se adapta a las recomendaciones presentadas por el Comité de Revisión de Residencias de Psiquiatría del consejo americano de especialidades médicas 2019, en las cuales plantea que el residente idóneo en Psiquiatría debe contar con una visión Biológica, Psicológica, social y cultural. Dónde obtengan la competencia razonable en el diagnóstico eficiente, pericia en el uso de psicofármacos y al menos 5 modalidades de psicoterapia (Psicodinámica a largo plazo, de apoyo, cognitivo conductual, psicoterapia breve, y psicoterapia combinada con psicofarmacología).

Este modelo transversalizado ha presentado fuertes críticas por parte de otras áreas, acusando al médico UTP de tener una excesiva formación en Psiquiatría, sin embargo, la relevancia epidemiológica y de la estructura social con sus manifestaciones, han permitido que el modelo UTP se sostenga en su evolución. La OMS plantea, en su programa de acción para superar la brecha en salud mental del 2008, la utilización de técnicas, instrumentos y módulos de capacitación basados en evidencia, para ampliar la prestación de servicios de salud mental

por los profesionales médicos en los países, en los que el recurso especializado es escaso. Dicho programa se centra en una serie de afecciones prioritarias y, hecho importante, dirige la capacitación hacia los profesionales sanitarios no especializados con un enfoque integrado que fomenta la salud mental en todos los niveles asistenciales (OMS 2019).

Los métodos de enseñanza, que buscan un egresado integral en medicina, plantean el fuerte trabajo para desarrollar competencias comunicativas, empleo de tecnologías informáticas, la comprensión y asimilación de los contenidos, una ejecución práctica suficiente, pero sin convertirse en una camisa de fuerza que frene la creatividad y desarrollo individual de estudiantes. (Cuenca, et al., 2013).

Esto implica que los nuevos docentes viren sus metodologías de enseñanza, a elementos que, desde la autogestión del conocimiento, desarrollen estrategias de integración de los elementos teóricos y prácticos. Elementos que la estricta autocrítica del Área ha permitido tener al día con propuestas didácticas comunitarias y asistenciales.

El grupo docente ha jugado importantes roles en los elementos administrativos de la UTP, ocupando posiciones de decanatura en cuatro ocasiones, roles de dirección de programa y gestión como pares académicos de otros posgrados nacionales. El desarrollo de la función docente educativa, requiere de un enfoque basado en las relaciones interdisciplinarias y transdisciplinarias y exige del trabajo metodológico a todos los niveles y subsistemas, que debe partir del pleno conocimiento de las fortalezas que existen en la carrera, desde el propio currículo, del contenido, sistema de evaluación y estrategia docente de cada disciplina y asignatura, cómo encontrar estrategias para potenciar desde el proceso, con la sistematicidad y la atención diferenciada si se requiere (Carrasco Feria, et al., 2016).

Según la ponencia realizada por el Instituto colombiano del sistema Nervioso en 2019, durante el congreso colombiano de Psiquiatría del mismo año, plantea una serie de objetivos para alcanzar una enseñanza de la psiquiatría óptima, entre las cuales propone: 1. ampliar el número de convenios, 2. articular en la formación de pre y posgrado a equipos multidisciplinarios, 3. incentivar programas de intercambio para optimizar conocimientos y espacios de conversación y reflexión continua, 4. encontrar reconocimiento de las prerrogativas según el nivel de formación y capacidad de maniobra, 5. un constante acompañamiento de supervisores y tutores.

Los elementos metodológicos del área de psiquiatría de la UTP han guardado el misticismo del modelo clásico, derivados del modelo psicoanalítico: “semanarios teóricos, presentación de casos, entrenamiento didáctico” (Elgarte, 2009), con clases magistrales sobre las temáticas y conceptos, y la interacción en el proceso médico - paciente, actividades de carácter comunitario e investigativo. Los continuos procesos de autocrítica y replanteamiento de las metodologías son constantes en el área de psiquiatría de la UTP, esto ha permitido una capacidad de adaptación a las falencias actuales ya discutidas, siempre con miras a la gestión efectiva del conocimiento. En el nuevo paradigma del concepto del aprendizaje y su puesta en escena, se abandonan los viejos escenarios en los que el estudiante era un elemento pasivo, limitándose a “recibir” contenidos relacionados con la materia actuando de contenedor.

La práctica muestra que se tiene falencias en el programa, esencialmente dado por la escasa disponibilidad de centros de rotación, por la demora administrativa para realizar los convenios, o por las dificultades para realizar rotaciones externas, pobre número de docentes de planta y dificultades económicas per se. A pesar de esto en el transcurso de los años de

formación de especialistas se ha ido construyendo un área fuerte, con un modelo holístico, que permitió la articulación al pregrado, con elementos que no han logrado las otras especialidades, los profesionales egresados han logrado hacer relevos generacionales en la enseñanza de universidades públicas y privadas, han migrado a otras regiones del país, se ha ganado premios de investigación a nivel nacional e internacional, cumpliendo con los requerimientos y las exigencias de las dinámicas del país. Muchos de los especialistas están en procesos de subspecialización, la UTP por su área de Psiquiatría se ha destacado con profesionales de calidad.

De manera ambivalente a medida que la academia fortalece la enseñanza, las instituciones públicas rechazan la realización de convenios docente asistenciales, por lo que las instituciones de carácter privado tomaron la vocería para la aceptación de residentes, desaprovechando un recurso valioso.

La formación académica por Universidades públicas en Colombia presenta grandes dificultades, con la ley 30 la asignación de rubros a la enseñanza Universitaria basada en el IPC fracasó, el crecimiento de estas superó los recursos. Esto lleva a escasez de recursos tanto físicos como de docencia. La enseñanza en medicina requiere estrategias diferentes, adicional a su carácter académico asistencial inherente a la enseñanza. Dicha escasez de recursos se ha visto en la disminución de docentes de planta, en la precarización de los sueldos docentes, cambios en las dinámicas de enseñanza, dificultades en la gestión de convenios docentes asistenciales, o sea directamente proporcional a la calidad de los médicos formados. (UNIANDES, 2018).

A pesar de las dificultades con las que cuenta un programa de auto sostenimiento, la continua pérdida de docentes y sin una sustitución efectiva por dificultades en las contrataciones, el compromiso, dedicación, autocrítica muestran la solidez del área de psiquiatría de la UTP.

CONCLUSIONES

La historiografía actual, presenta que la concepción del fenómeno mental busca una expresión pato plástica ligada al contexto histórico. Así los aportes del área de Psiquiatría de la UTP han llevado al desarrollo de un enfoque holístico de la enfermedad mental; esto a su vez ha permitido progreso y fortalecimiento de la salud mental en ámbitos académicos, institucionales y políticos.

Desde los albores del nacimiento de Pereira hasta su consolidación como capital del Departamento de Risaralda, la locura ha sido un concepto de difícil incorporación, que ha migrado desde las acotaciones morales pasando por explicaciones místico-religiosas hasta la expresión de la degeneración de la raza, el desprestigio vergonzante y deshumanizante. Solo con el cambio de paradigma teórico y la aplicación del carácter médico científico, se logró mostrar la naturaleza de la enfermedad mental, con evidencia de peso clínico y estadístico. Luego entonces la asistencia pública pudo ser obligada y aplicada efectivamente. Esto devolvió el carácter humano a los pacientes. El Área ha promovido el retiro del estigma y empoderó la Psiquiatría como rama médica en la región, con el objetivo último de luchar por los derechos de los pacientes con estos padecimientos.

Así se logró el desarrollo de un modelo de enseñanza propio, adaptado a las necesidades de la región, con la estructura suficiente para abordar temáticas de manera actualizada, con metodologías creativas que promuevan el aprendizaje por competencias y la aplicabilidad clínica.

Que ha permitido sortear las vicisitudes de los sistemas de salud y educativo, encontrando estrategias para el cumplimiento de los requisitos de enseñanza. Esto gracias a la conformación de un equipo de profesionales docentes comprometidos con la mística de la enseñanza y el sentido social que atañe a la misma, empoderando la rama médico-Psiquiátrica en la región.

Este progresivo empoderamiento llevó a impulsar y ejecutar las políticas públicas de salud mental, crear y reestructurar la planta física de las instituciones mentales, aumentar la oferta de programas de manejo integral en salud mental, incorporar múltiples técnicas que permitan manejos basados en la evidencia, entrenar y aportar profesionales en la rama de la medicina y la especialidad en Psiquiatría con suficiencia en dichos abordajes.

Actualmente se asiste un cambio conceptual, en cual el estudiante es el protagonista, de su potencial, constructor del aprendizaje y de su saber. El docente se centra en buscar caminos que despierten el desarrollo de cada potencial individual, generando aprendizaje de conocimiento y habilidades, no sólo a nivel cognitivo, también en actitudes, particularmente en aquellas ramas, en los que los valores inherentes a la profesión tienen particular importancia (Soler R., Solanas S., Aymerich M., y Brugada T., 2011).

Es evidente que faltan muchos elementos por pulir, propios de un proyecto que progresivamente se fortalece y continuamente se reorganiza; como lo muestra la historia requiere cambios generacionales y reflexión crítica en pro de evolucionar al ritmo del mundo. Pero también una mirada desde otros entes directivos, que permitan el reconocimiento de esta valiosa rama.

Desafíos a múltiples niveles le esperan al área de Psiquiatría UTP, a nivel investigativo, tecnológico, presupuestal, de incorporación docente, como en fortalecimiento de convenios con instituciones de carácter público e inclusiones en las agendas de políticas regionales. Es claro que la academia es pilar de la evolución y asertividad en toma de decisiones en pro de salud mental de Risaralda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fuentes Primarias

Acuerdo N° 26 (2017). Concejo de Pereira. Política pública de promoción, protección y atención integral de la salud mental y sustancias psicoactivas en el municipio de Pereira para el periodo 2017-2027.

Archivo Histórico Municipal de Pereira (AHMP), (1874-1897). Antiguo Fondo del Concejo, ed. *Serie Acuerdos*. p. 116r.

Colección de leyes del Estado Soberano del Cauca. Ed. oficial. 1860 Cauca. Imprenta Colegio Mayor del Cauca.

Rivera, A. Risaralda, una causa común. El Diario del Otún. Consultado el 03 de diciembre de 2017.

Roa Martínez Jorge, Pereira, 09-Sep-1950, AAMP, Decretos, Archivo Central Alcaldía Municipal. Pereira-Colombia.

Circular N°24 1953 del departamento de Caldas. Gobierno del Departamento de Caldas. Gaceta departamental (Imprenta Departamental, 1948 de 1910).

Libros

Campos Ana, Niels Holm-Nielsen, Carolina Díaz, Diana M. Rubiano V., Carlos R. Costa P., Fernando Ramírez C. y Eric Dickson. (2012). *Análisis de la gestión del riesgo de desastres en Colombia Un aporte para la construcción de políticas públicas.*

American Board of Medical Specialties. (2019). *Guide To Medical Specialties – Psychiatry.*

Barañano Ascensión (2010). *Introducción A La Antropología Social y Cultural: materiales docentes para su estudio.* Universidad Complutense de Madrid.

Beck, A. T., Freeman, A. M., & Davis, D. D. (1990). *Cognitive therapy of Personality Disorders.* New York: Guilford Press.

Brainsky Simón. (2014). *Manual de psicología y psicopatología dinámicas. Fundamentos de psicoanálisis.* Bogotá: 3ra ed, Ancora.

Barthes, R. (1982). *Inaugural Lecture.* New York.

Bachelard, G., & Babini, J. (1991). *La formación del espíritu científico.* México, D.F.: Siglo Veintiuno.

- Correa Ramírez Jhon Jaime et al., (2016). *50/60 Una historia compartida. Investigación 50 años de Risaralda y 60 años de Comfamiliar. Mapa histórico cultural*. Pereira: editorial planeta.
- Corbera, E. (2015). *El arte de desaprender*. Barcelona: El grano de mostaza.
- Covarrubias Orozco, S., Bernat Vistarini, A., Arellano, I., & Zafra, R. (2006). *Tesoro de la lengua castellana o española*. Navarra: Universidad de Navarra.
- Docherty, J. (1983). Psychosocial Treatment Research in Psychiatry: a Task Force Report of
- Echeverry, Jorge. (2000). *Reseña histórica. ESE hospital Universitario San Jorge de Pereira*.
- Echeverri Uribe, C. (1921). *Apuntes para la historia de Pereira*. Medellín: Imprenta de C. Farcy.
- James H. Schwartz, Thomas M. Jessell, Steven A. Siegelbaum, A. J. Hudspeth, and Sarah Mack. (2013). *Principles of Neural Science. The Quarterly Review of Biology* 88:2. 139-140.
- Frankl, V. E. (1946). *Psicoanálisis y existencialismo: de la psicoterapia a la logoterapia*. 12ava ed. Fondo de Cultura Económica.
- Fernández Javier. (2013). *Breve Recuento Histórico del Hospital Mental Universitario de Risaralda*. Pereira.
- Foucault, Michel. «Historia de la medicalización», en *La vida de los hombres infames* (La Plata, Argentina: Altamira, 1996), 84-106.

- Gobierno Nacional de la República de Colombia. (2013). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Informe Final*. Bogotá: ALVI Impresores S.A.S.
- Grisales H.J. (1985). *Los primeros 100 años de la medicina en Pereira*. Pereira: Talleres Gráficas Olímpica.
- Gómez Restrepo, Hernández Bayona, Rojas Urrego, Santacruz Oleas, Uribe Restrepo. (2008) *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamientos en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá. Editorial Panamericana.
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561-1572
- Giraldo Jurado Jonni. 2003. Guerra civil de 1876. Capítulo 2. Guerras civiles antioqueñas. NY. Editorial LAVP
- Instituto colombiano para el fomento de la educación superior – ICFES y la asociación colombiana de facultades de medicina ASCOFAME, el perfil de enseñanza de la Psiquiatría en Colombia. 2016
- Henao, T.R. (1984). *Apuntes sobre la Historia de la Medicina en Manizales*. Manizales: Imprenta departamental de Caldas.
- Hansberg Olbeth. (1989) *La Naturaleza de los Fenómenos Mentales. Instituto de Investigaciones filosóficas*. Madrid
- Hobsbawm E.J. (1998). *Historia del Siglo XX*. Buenos Aires. Grijalbo Mondadori.
- Ministerio de Salud (2018). Boletín de salud mental. Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio.

- Moradiellos García, E. (2013). *El oficio de historiador. Estudiar, enseñar investigar*. España. Ediciones Akal.
- Muñoz, L. (2018). *Asesor técnico de la secretaría de salud y seguridad Social de Pereira*. Diario El Tiempo, Risaralda Colombia.
- Montoya, Jorge. (1953). *Pereira en Marcha*. Colección clásicos Pereiranos n°.8. Pereira: Academia Pereirana de Historia.
- Ministerio de Salud de Colombia. (2018). *Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. n/a.
- Nietzsche F. (1900). *Consideraciones Intempestivas*. 1a. Ed 2015. Madrid: Alianza Editorial.
- Nelson R. (2015). *Looking backward and forward: impact of nuclear disasters*. Lancet Published online August 1.
- Ministerio de Salud de Colombia II (2018) *Boletín de salud mental Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio Subdirección de Enfermedades No Transmisibles Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental*. n/a.
- López-Muñoz, Francisco C. Á. G. (2006). *Historia de la psicofarmacología* (Vol. II). Buenos Aires: Panamericana.
- Londoño William. (1974). *Risaralda su Geografía y su Historia*. 1a ed. Bogotá: Editorial Visión.

- Levato Mabel (2017). *Las adicciones en la hipermodernidad. La incidencia del semejante en la constitución subjetiva-. Un abordaje de las toxicomanías.* Logos Kalos. Buenos Aires, Bogotá. Portoalegre.
- Lanzas Novoa Danilo, Arango Gaviria Sary, Bravo Molina Carlos Ramiro. (1986). *Propuesta del perfil médico para la facultad de medicina Universidad Tecnológica de Pereira. Facultad de Ciencias de la Salud. Medicina.* Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira.
- Ortún, V. (2003). *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta.* Barcelona Elsevier-Masson.
- Postel Jacques, Quérel Claude. (1983). *Historia de la Psiquiatría.* México. Fondo de Cultura Económica.
- Rosselli, H. (1968). *Historia de la Psiquiatría en Colombia.* Bogotá: Editorial Horizontes.
- Sin autor. (2000). *Reseña Histórica Empresa Social del Estado Asociación Hospital Universitario San Jorge de Pereira.*
- Sánchez Medina, G. (2013). *Psiquiatría, Estado del arte. Academia Nacional de Medicina de Colombia sesión académica del jueves 7 de marzo.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Sánchez A Ricardo, 2002. *Pereira 1875 - 1953. Clásicos Pereiranos volumen 2.* Pereira: Academia Pereirana de Historia.
- Solvey, Pablo & Ferrazano Raquel. (2014). *Terapias de Avanzada - Teoría y técnica.* Vol. 4. 2ed. Buenos Aires: Terapias de avanzada editores.
- Traverso E. (2011). *El Pasado, instrucciones de uso.* Buenos Aires: Prometeo.

Trujillo Henao S.E. (2011). *La Facultad de Ciencias de la Salud en los cincuenta años de la UTP*. Pereira: Red Alma Mater.

Tibbetts, P. E. (2013). *Principles of Neural Science edited by Eric R. Kandel*.

Uribe Uribe Fernando (2002). *Pereira con motivo del primer centenario 1863 1963*. clásicos Pereiranos Vol. 4. Colección clásicos Pereiranos. Pereira: Academia Pereirana de Historia.

Universidad Tecnológica de Pereira. (2019) *Microcurriculum, Psicopatología y clínica Psiquiátrica*. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira.

Trujillo H, Cabrales V, Patiño S, Moreno G, Ramírez V, García Castro Ardila O, Franco L. 2019. *La Facultad Vivida- Investigación histórica en la Facultad de Ciencias de la Salud (FACIES) 1977-2017*. Pereira. Editorial UTP.

Universidad Tecnológica de Pereira (2012). *Documento para renovación de registro calificado del programa psiquiatría*. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira.

Valencia Llano, A. y Gómez Giraldo, A. (1994). *Evolución histórica de la Universidad de Caldas*. Manizales: Sección de Publicaciones.

Verón Ospina, Alberto Antonio (2015). *Crónica de un viaje: de la lectura de la recepción a la lectura de la historia en Walter Benjamin*. Revista Letra Anexa (1), 139-147.

Zilboorg C, Henry G. (1968). *Historia de la sicología médica*. Buenos Aires: Psique.

Revistas

- Alarcón, Renato D. (2015). El precio de la ausencia: La Psiquiatría Latinoamericana en el mundo. *Salud mental*, 38(2), 81-88.
- Arango-Dávila, César Augusto. (2012). Aspectos conceptuales de la enseñanza de la psiquiatría en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, (41), 11-21.
- Arango Dávila, Rojas Fernández y Moreno Mauricio. (2008). Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37(4),538-563.
- Ardón-Centeno N, Cubillos-Novella (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 11 (23), 12-38.
- Álvarez Hernández, Mario (2000). La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* (27), 7-26.
- Campo C., Gerardo. (2005). Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle: 50 años de historia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 482-489.
- Díaz Sotelo, O. D. (2015). Prevalencia de los diagnósticos de salud mental en Colombia: análisis de los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología* 14 (2), 65-74.

- Carrasco Feria, María de los Ángeles, Labrada García, Mildred, Velázquez Zúñiga, George A, Guevara Guerrero, Hermelis, & Cruz Casaus, Milca. (2016). Atención a la función docente educativa en la formación del médico general. *Correo Científico Médico*, 20(4), 714-728.
- Carrizosa Moog, Jaime. (2014). Eugenesia y discriminación en Colombia: el papel de la medicina y la psiquiatría en la política inmigratoria a principios del siglo XX. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(1), 58-63.
- Correa Ramírez Jhon. (2016). Institucionalización del departamento de Risaralda. El primer paso para la “anhelada descentralización administrativa” del “departamento piloto” 1966 – 1986. *Revista Historia y Región* (22), 12-31.
- Elgarte, R. J. (2009). Contribuciones del psicoanálisis a la educación. *Educación, Lenguaje y Sociedad*, (6), 317-328.
- Cruz Montalvo. (2011). Expresiones de la locura en el virreinato de la nueva granada durante el siglo XVIII. *Revista Frenia*. 11:1.
- Campo-Arias Edwin Herazo (2019). El papel de los médicos generales en la psiquiatría en Colombia. *Revista Universidad de Magdalena*. 16 (2), 185 – 187.
- De la Fuente, Juan Ramón, & Heinze Martin, Gerhard. (2014). La enseñanza de la Psiquiatría en México. *Salud mental*, 37(6), 523-530.
- Cuenca Doimeadios, Edeltes, Reyes Hernández, Dunia, Ellis Yards, María Luisa, Navarro Hernández, Marlene, & Alvelo Pérez, Dania. (2013). Recursos de aprendizaje en la

- asignatura de Psiquiatría para la formación del Médico Integral Comunitario. *Educación Médica Superior*, 27(1), 31-37.
- Gonzales L. Teresa. (2004) Las Creencias Religiosas y su relación con el concepto salud enfermedad. UNAM. Vol. 7 N 2. *Revista electrónica de psicología de Iztacala*.
- Glantz, L. A., & Lewis, D. A. (2000). Decreased Dendritic Spine Density on Prefrontal Cortical Pyramidal Neurons in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 65.
- González de Rivera J.L (1998). Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis* 19 (5):183-200.
- Gutiérrez, J. A. (2019). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en Colombia. De los médicos escritores a la perspectiva crítica, 1968-2018. *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local*. 11 (21). 285- 318.
- Marulanda Mejía Hernán. (1989). Aparte historia del hospital. *Revista del hospital mental de Risaralda*.
- Mata Ruiz, Iván de la, & Ortiz Lobo, Alberto. (2003). Industria Farmacéutica y Psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (86), 49-71.
- Molina Velásquez, D. I. (2011). Una Pregunta del Destino El síntoma y su significado en la psicología de Jung. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* 1 (11).
- Morales, L. (2003). Los pacientes psiquiátricos en la Ley 100 de 1993 *Revista Colombiana de Psiquiatría*, (1).
- Menchero de los Ríos, M. (1997). Diseño de un Sistema de Gestión de Base Documental al servicio de un proyecto de investigación documental. En Actas del Congreso

Internacional sobre sistemas de Información Histórica. Juntas Generales de Álava, Vitoria (España).

Mingote Adán, José Carlos, & Núñez López, Concepción. (2011). Importancia de la consideración de la salud mental en la gestión de la salud laboral: una responsabilidad compartida. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Supl. 1), 239-262

López Pacheco & Correa Ramírez (2012). Disputas por la centralización/ descentralización administrativa en el Viejo Caldas, 1905-1966: los casos de Manizales y Pereira. *ACHC* 39 (2).

López-Muñoz Francisco, Boya Jesús, Alamo Cecilio. (2006) Neuron theory, the cornerstone of neuroscience, on the centenary of the Nobel Prize award to Santiago Ramón y Cajal. *Brain research bulletin*. 70: 4-6.

López Pacheco J A. (2011). Movilización regionalista y nuevos poderes regionales: la fragmentación administrativa del Viejo Caldas y la creación de Risaralda. *Sociedad y Economía* (21), 125-145.

Posada Villa. (2003). La Salud mental en Colombia y la ley 100 de 1993. Oportunidades y amenazas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, (Suplemento.1).

Rojas Bernal, L.A., Castaño Pérez, G.A., y Restrepo Bernal D.P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Revistas CES, Méd.*, 32 (2). 129-140.

Rojas, C., Portilla, N.y Villaseñor, S. (2002). Historiografía de la psiquiatría latinoamericana. *Investigación en Salud*. 4(3). 58-70.

- Rojas Malpica, Carlos. (2012). Definición, contenido y límites de la psiquiatría contemporánea. *Salud mental*, 35(3), 181-188.
- Rosselli, Humberto. (1999). Rodrigo A. Muñoz Y La Psiquiatría Colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 28(3), 240-248.
- Guzmán Sabogal, Yahira Rossini, Sánchez Pedraza, Ricardo, & Rodríguez-Losada Allende, Jorge. (2012). Percepción de la psiquiatría en estudiantes de pregrado de una facultad de medicina. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(Suppl. 1), 136-149.
- Soler Ranzani, Solanas Saura, Aymerich Martínez, Brugada Terradellas. (2011). Autogestión en el proceso de aprendizaje. Girona: Univest.
- Sánchez González, M. Á. (2017). El humanismo y la enseñanza de las humanidades médicas. *Educación Médica*, 18(3), 212-218.
- Uribe Gómez, Mónica (2006). Entre la beneficencia y la asistencia pública, *Trabajo Social*, (8), 37-44.

Trabajos de Grado

- Araya Ibacache 2014. Claudia Inserción de las psiquiatrías nacionales en el contexto de consolidación de la modernización latinoamericana: Primeras Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, Santiago de Chile, 1937. Tesis de doctorado inédita.

Gil Pérez, Anderson Paul (2015). «Prensa y movilización en la creación de Risaralda: Análisis histórico desde el periódico Diario de Risaralda (1966-1967)». Trabajo de Grado, Universidad Tecnológica de Pereira.

Sitios Web

Corcho Carolina. «¿Qué va a pasar con la Ley de Residencias Médicas?». Disponible en:
<https://razonpublica.com/que-va-a-pasar-con-la-ley-de-residencias-medicas/>

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5). Disponible en:
www.DSM5.org

EMAR. «Política pública de Salud: Análisis de la dimensión salud mental en el Departamento de Santander». Disponible en:
<https://racionalidadltda.wordpress.com/2015/09/30/politica-publica-de-salud-analisis-de-la-dimension-salud-mental-en-el-departamento-de-santander/>

Espinosa Adriana. «La importancia de la psiquiatría en la salud mental». Disponible en:
<https://www.centroeleia.edu.mx/blog/la-importancia-de-la-psiquiatria-en-la-salud-mental/>

Sánchez Díaz Natalia C. «Perfil Del Residente De Psiquiatría En Colombia». Disponible en:
<http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2013/08/Perfil-del-residentes-de-psiquiatri%C3%ACa-Colombiano.pdf>

«El psicoanálisis en la Universidad Nacional.Historia». Disponible en:
<http://www.humanas.unal.edu.co/2017/unidades-academicas/escuelas/escuela-de->

estudios-en-psicoanalisis-y-cultura/quienes-somos/historia/el-psicoanalisis-en-la-universidad-nacional

«Instituto del sistema Nervioso de Risaralda». Recuperado de:
www.institutosistemanervioso.com/resena-historica

Informe mundial 2020. Estado de la violencia armada en Colombia. Recuperado de:
<https://www.hrw.org/es/world-report/2020/country-chapters/337323>

Montoya Velásquez, Jorge. «Pereira en marcha: 1953 Ilegalidad y mendicidad en los años 50 de Pereira». Disponible en <https://www.lacoladerata.co/conlupa/ilegalidad-mendicidad-pereira-los-50/>

OMS 2019. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

«Psico Salud y transformación» Disponible en: <https://www.psico.com.co/>

Uribe Carlos Alberto. «Apuntes para una historia de la psiquiatría en Colombia» (entrevista disponible en: <https://www.javeriana.edu.co/mentalpuntodeapoyo/?p=871>)

Universidad de los Andes. «26 años de crisis en la universidad pública». Disponible en:
<https://cerosetenta.uniandes.edu.co/26-anos-de-crisis-de-la-universidad-publica/>

Urantia Foundation. «The Urantia Book». Disponible en: www.urantia.org

Valencia Llano, Alonso. «Los Intelectuales en la Conformación de la Región Caldense. Tertulia Literaria». Disponible en:
<http://albeirovalencia.com/recursos/LOS%20INTELECTUALES%20EN%20LA%20INFORMACION%20DE%20LA%20REGION%20CALDENSE.pdf>

«Historia del departamento de Salud mental y comportamiento humano Universidad de Caldas»: disponible en:
<http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/sitiopsoque/historia.htm>

Ponencias

Jaramillo, Daniel (2018). Mitos y realidades alrededor de la terapia electroconvulsiva.

Ponencia congreso de Residencias médicas UTP.

Instituto colombiano del sistema Nervioso (2019). Complejidad en la formación de un psiquiatra: Desafíos en la docencia. Congreso Nacional de Psiquiatría. 2019