

La salud mental en Colombia: una revisión de su situación

Olga Luz Peñas Felizzola¹

La salud mental, no solo en nuestro gremio sino en términos generales –Estado y comunidad internacionales–, ha padecido desde siempre un abandono total y crónico. A sabiendas de la importancia de este componente para el desempeño profesional del terapeuta ocupacional, la revisión de la situación nacional urge, sobretodo ante la crítica situación actual y, más aún, ante los pronósticos que vaticinan un futuro desolador en tal ámbito. Es así, que el presente trabajo surge como una aproximación hacia la descripción de la salud mental en Colombia, para lo cual inicialmente se describe el contexto internacional como marco de referencia para un posterior análisis de la situación nacional.

Según la O.M.S. la salud mental es entendida como “un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio ambiente físico y social” (MinSalud, 1997, 1). A lo cual cabe añadir, que no es sólo la ausencia de enfermedad o síntomas diagnosticados (Cocoma y Urrego, 1999). La enfermedad mental, Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV), se entiende como “un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad. Además, este patrón o síndrome no debe ser meramente una respuesta cultural aceptada. Cualquiera

¹ Terapeuta Ocupacional y Candidata a Magíster Sc. en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.

que sea su causa debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica" (American Psychiatry Association, 1994; revisado por Urrego y Cocoma, 1999).

1. SALUD MENTAL EN EL MUNDO

1.1 Revisión de la situación internacional

Desde finales de los años sesenta, la salud mental era planteada ya como un problema de grandes proporciones a nivel internacional, no sólo por la escasez de servicios y planes correspondientes, sino por el paulatino incremento de la problemática, principalmente en los países en desarrollo (A.P.A., 1969). Sin embargo, el reconocimiento de la importancia y las necesidades en esta materia, como problemática nacional, variaba ampliamente de un país a otro. Más recientemente, iniciando los 90, son varios los aspectos a considerar enmarcados en el tema de la salud mental. El primero de ellos es el progresivo incremento que ha presentado el consumo de alcohol y drogas en los últimos años, hasta el punto de convertirse en un problema de salud pública, y hoy día la anterior distinción entre países «productores» y «consumidores» es menos evidente (O.P.S., 1990), a esto debe sumarse que cada vez es más económica y fácil la adquisición de tales productos.

Ya para 1998, la O.P.S. señala con gran preocupación, las cifras crecientes de morbilidad por enfermedades mentales, al igual que el impacto de problemas sociales, como la violencia, sobre la salud pública. El suicidio, como manifestación social de alteraciones en la salud mental de la comunidad, muestra tasas elevadas entre la población de Canadá, Cuba, El Salvador, Trinidad y Tobago y Estados Unidos (con más de 10 casos por 100.000), e intermedias en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Panamá y Puerto Rico (6 por 100.000) (O.P.S., 1990). El incremento de la participación de menores en el mercado laboral es otro de los condicionantes de la salud mental que causa preocupación. Según la O.I.T. en 1996, de los 15 millones de menores trabajadores en Latinoamérica, la mitad de ellos tenía entre 6 y 14 años (O.P.S., 1998); pero, el trabajo desarrollado por menores no es el problema grave, ya que el punto álgido es que ellos generalmente se enfrentan a condiciones sanitarias deficientes en su lugar de trabajo, desvinculados de la seguridad social, a lo que deben sumarse prolongadas jornadas laborales y formas de trabajo forzoso que conllevan serias limitantes en su desarrollo mental,

social y físico². Según estimaciones, en América Latina existen en la actualidad 17 millones de niños entre 4 y 16 años con trastornos mentales que requieren intervención (O.P.S., 1998).

El consumo de drogas –específicamente cocaína y sustancias inhaladas– es hoy finalizada la década, un problema de salud mental creciente, debido al aumento de los casos nuevos y a la fácil disponibilidad de productos, a lo cual se suma una tendencia al consumo temprano de sustancias ilícitas y un patrón de uso que coincide con otros comportamientos como la ingesta de alcohol y tabaquismo. Además, es necesario tener en cuenta también el envejecimiento³ como uno de los factores de riesgo para la aparición de enfermedades neuropsiquiátricas. Para 1995, Canadá, Estados Unidos, Uruguay, Cuba y Puerto Rico poseían los IE más altos (una persona mayor de 60 años por cada dos menores de 15) y en situación intermedia se encontraban Chile, Trinidad y Tobago, Jamaica y Costa Rica (O.P.S., 1998).

Para resumir el panorama internacional, es necesario agregar que los problemas de salud mental, aún cuando son poco visibles en el marco de las políticas de salud, en realidad constituyen un problema de gran magnitud y de preocupante crecimiento. Según estimaciones hechas, para el 2000 se esperaba un incremento aproximado del 48% en la prevalencia de los trastornos mentales, teniendo en cuenta el aumento y el envejecimiento relativo de la población. A estos hechos se suman, para desmejorar el panorama, que:

- En el mundo hay aproximadamente 851 millones de personas con algún trastorno mental.
- Cinco de las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo, son psiquiátricas, siendo la demencia la más importante (MinSàlud, 1998; O.P.S., 1998).
- Según el Banco Mundial, el 9% del total de las pérdidas económicas por enfermedades y el 8% de los AVAD son atribuibles a estos trastornos (MinSalud, 1997, 1998).

² Al respecto revisar a María Cristina Salazar, en Niños y jóvenes trabajadores. Ediciones Universidad Nacional, Bogotá, 1990, cuyo trabajo describe brevemente la situación internacional y entra en detalle en el análisis colombiano.

³ Para su mejor manejo y comprensión se emplea en la actualidad el índice de envejecimiento (IE) o razón existente entre la población mayor de 60 años y la menor de 15. Sin embargo, la edad de 60 años obedece a una selección arbitraria que responde antetodo a intereses económicos –al coincidir con la edad de jubilación en gran número de países– (O.P.S., 1989).

- Se espera el incremento de los grupos de mayor edad, con el consecuente aumento del riesgo para enfermedades mentales: iniciando el 2000 Estados Unidos y Canadá tendrán 50 millones de ancianos, mientras que Latinoamérica 42; y para el 2.025, respectivamente, albergarán a 98 y 97 millones (MinSalud e I.N.S., 1999).

1.2 Propuestas internacionales para el manejo de la problemática mental

Es importante anotar que las políticas de salud mental están integradas frecuentemente por una compleja red de disposiciones sociales, teniendo en cuenta que “el campo de la salud mental puede ser afectado por muchas políticas, estándares y filosofías no directamente relacionadas con aquella” (W.H.O., 1996, 5). En lo relacionado con las políticas, planes y programas para la salud mental, casi el único elemento característico, por lo general compartido entre las diversas propuestas, son los limitados recursos disponibles para su puesta en marcha, aún en los países industrializados, ya que, según la O.P.S. (1998, 202) “el cuidado de la enfermedad mental no se considera por lo general prioritario”. A continuación el **cuadro 1** muestra, grosso modo, algunos lineamientos –aquellos de mayor impacto– relacionados con estrategias en pro de la salud mental.

Cuadro 1. *Políticas, programas y planes para la salud mental, a nivel internacional.*

70's	En Europa se promueven lineamientos para la desinstitucionalización de la atención en salud mental, prueba de ello es la Ley italiana 180 de 1978 que ordenó este nuevo giro en su manejo.
1975	O.M.S.: realiza el Estudio para la Ampliación de la Atención en Salud Mental.
1978	O.M.S.: propone la participación comunitaria en la atención y prestación de servicios en la problemática relacionada con la salud mental.
80's	O.M.S.: el Grupo de Estudio sobre Atención en Salud Mental propone la descentralización y atención primaria en los servicios, esto último como consecuencia del boom despertado por la Declaración de Alma Ata.
90's	O.E.A.: crea la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas –CICAD–.

(Continúa...)

(Continuación)

	O.P.S.: se realiza la Conferencia Internacional "Reestructuración de la Atención Psiquiátrica para América Latina", de la cual nace la Declaración de Caracas y el movimiento Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. O.M.S.: promulga la Política de Salud Mental, de cobertura mundial.
1996	O.P.S.: da a conocer el Plan de Acción Regional para la Salud de los Adolescentes, enfocada hacia la prevención y manejo de la adicción a drogas en este grupo etáreo. O.M.S.: implementa la Guía para la Elaboración de Planes Nacionales de Salud Mental.
1998	O.P.S.: se elabora el Plan de Acción 1999-2000, donde se resalta el Paradigma del Envejecimiento para impulsar estrategias que mejoren la calidad de vida de este creciente grupo de edad.

2. SALUD MENTAL EN COLOMBIA

2.1 Los factores de riesgo de la salud mental en Colombia

Innumerables son los factores de riesgo en la problemática mental que cobran gran vigencia en el país, teniendo en cuenta las características propias de este y las complejas situaciones que en la actualidad enfrenta. Tales factores de riesgo pueden abordarse desde las categorías propuestas por la O.N.U., desarrolladas en el **cuadro 2**.

Cuadro 2. Los factores de riesgo de la salud mental colombiana.

Factores socioculturales y ambientales	<ul style="list-style-type: none"> <i>En lo económico:</i> los 90's se han caracterizado por una recesión generalizada, con despidos masivos y el incremento del desempleo hasta la cifra de 20,1% para el pasado mes de octubre.
	<ul style="list-style-type: none"> <i>Núcleo familiar:</i> el 30,9% de las familias colombianas está desintegrada, en gran medida por el componente de violencia (MinSalud, O.P.S. y O.M.S., 1996).

(Continúa...)

(Continuación)

	<ul style="list-style-type: none"> <i>Población menor:</i> crecen las cifras de maltrato, orfandad, participación en el conflicto armado, consumo de drogas, desescolarización. Además, de cada 100 familias, en el 9,7% hay niños con maltrato verbal, en el 4,3% con maltrato físico, y en el 0,8% con abuso sexual (MinSalud, 1997).
	<ul style="list-style-type: none"> <i>Tercera edad:</i> para 1993 el 87,5% se hallaba sin cobertura de la seguridad social, el 42% en miseria, el 11% vivía en tugurios, y el 39% debía trabajar para subsistir (O.P.S., 1998).
Factores genéticos	El 28,3% de los trastornos mentales y emocionales se deben a este componente (Estudio Piloto de Discapacidad, UniJaveriana, 1994; revisado por MinSalud, O.P.S. y O.M.S., 1996).
Factores biológicos	<i>Transición demográfica:</i> el IE para 1997 se calculaba en 20 por cada 100 jóvenes, y para el 2025 se pronostica en 54 (MinSalud e I.N.S., 1999).
Accidentes y desastres	<ul style="list-style-type: none"> <i>Desplazamiento forzado:</i> entre diciembre de 1995 y el de 1996 se desplazaron en Colombia aproximadamente 36.202 hogares por causa de la violencia y cada hora lo siguen haciendo cuatro familias por la misma causa (Cruz Roja Internacional, 1999).
	<ul style="list-style-type: none"> <i>Población adulta:</i> este grupo encuentra en los homicidios la principal causa de muerte, situación que se traduce en un importante "componente psicopatológico" (Asociación Colombiana de Psiquiatría, 1995, 83). Además, el 22% de la población ha perdido algún familiar por homicidio; y el 4,3 y 1,7% refirió haber sufrido la desaparición y el secuestro de un miembro de su familia, respectivamente (MinSalud, 1997).
	<ul style="list-style-type: none"> <i>Desastres⁴:</i> los accidentes y desastres ocasionan el 12,1% de los casos de alteración mental y emocional (Calderón, 1993).

2.2 La salud mental en Colombia: descripción de su situación

A mediados de los 60' en Colombia se registraba una tasa global de enfermedad mental de 12 por diez mil, la cual pasó a 18 en 1972, y a 23 en 1987 (A.C.P., 1995). En los 80' las cifras de suicidio en Colombia mostraron algunas variaciones entre las cuales se cuentan su incremento en mujeres y jóvenes, y el alarmante crecimiento en los menores de 16 años; estos últimos que pasaron del 10% en 1971, al 37%

en 1991. Entre 1982 y 1985 la O.P.S. llevó a cabo el estudio Años Potenciales de Vida Perdidos por Causa con Componente Psiquiátrico, el cual registró para Colombia una cifra de 45,6% (Posada, 1995). Para esta época las cifras del suicidio se encontraban en una tasa del 0,7 por 100 mil, entre los 15 y 44 años de edad y en 5,2 en los mayores de 60 años (I.N.S., 1988). Adicionalmente, según datos de MinSalud, entre 1989 y 1991 las enfermedades neuropsiquiátricas produjeron el 4% del total de años de vida saludable perdidos en el país (MinSalud, 1994).

En los 90' la situación de la salud mental infantil parece que empezara a ser tenida en cuenta, por lo menos en lo que se evidencia en la literatura. En el contexto nacional, la población infantil está desarrollándose en medio de altos índices de pobreza (42%) y condiciones de miseria (23,6%), situación que se agrava con la violencia generalizada: gaminismo, prostitución, desapariciones, maltrato. Valga señalar que el 75% de los niños que habitan en la calle refiere maltrato en el hogar, y para 1996 la tasa de desescolarización entre los 12 y 17 años se ubica en el 46% (Alvis y Gómez, 1996).

Para conocer la magnitud del problema de salud mental en Colombia, en 1993 se realizó un estudio nacional que involucraba también el consumo de sustancias psicoactivas. A grosso modo, algunos hallazgos fueron: una morbilidad sentida de 7,9%; aproximadamente el 39% de la población padece algún trastorno mental; el 32% de la población infantil podría estar padeciendo alguna alteración de este tipo; el 14,3% de la población general muestra algún rasgo psicótico; el 12,9% muestra signos de algún grado de ansiedad; el 23,3% muestra depresión; y el 5,7% intentó alguna vez suicidarse (I.S.S. y ASCOFAME, 1997). Además, la demencia está presente por lo menos en el 5% de la población mayor de 65 años, ocasionada en un 60% aproximadamente por la enfermedad de Alzheimer (I.S.S. y ASCOFAME, 1997). Según el Estudio el indicador de discapacidad permanente por enfermedad mental es alto: tres de cada mil jóvenes entre 12 y 15 años, cifra que varía entre los grupos etáreos hasta alcanzar los 19 por mil en el grupo de 50 a 60 años. Además, la depresión clínica tiene una prevalencia de 25,1% y la discapacidad severa de 3,6% (MinSalud, O.P.S. y O.M.S., 1996). El núcleo familiar, determinante en la

⁴ Entendidos como "perturbaciones ecológicas que sobrepasan la capacidad de adaptación de la comunidad afectada con respecto a la amenaza que sufren sus vidas, su salud o sus pertenencias" (Calderón, 1993, 51).

salud mental de la población, se encontró afectado por múltiples causas: amenazas (5,2% de las familias); secuestro (1,4%); homicidio (5%); suicidio (0,8%); abandono de padres o cónyuge (4,5%); y por muertes en accidente (4,5%) (Posada, 1995). El consumo de sustancias ilegales, comparado con las cifras de un estudio anterior (1987), mostró algunas variaciones. La prevalencia de consumo mostró que el uso de la marihuana fue estable en ambos estudios (11%); el de cocaína y basuco disminuyeron (de 3 a 2,8% y de 6 a 3,6% respectivamente). El uso de tranquilizantes aumentó (60 por mil en 1987 a 319 en 1992), mientras que la ingesta de alcohol disminuyó (560 a 520 por mil) (O.P.S., 1994; Posada, 1995). Traducido en números, para la fecha del estudio «cinco millones de personas usan y abusan de fármacos y sustancias psicoactivas» (Alarcón, 1996, 294).

Ya a mediados de los 90' el Ministerio de Salud estimaba que el 14% de los colombianos padecía trastornos neuróticos, el 5% presentaba retraso mental, el 2% epilepsia, el 1% esquizofrenia, y un 0,5% enfermedad afectiva primaria (MinSalud y D.N.P., 1996; ver también Minsalud, O.P.S. y O.M.S., 1996). Además de estas cifras, otros hechos indicaban que la salud mental en Colombia requería especial atención: el progresivo y rápido incremento en el consumo de sustancias adictivas (en su orden alcohol, tranquilizantes, marihuana, basuco, cocaína), las condiciones de extrema pobreza de una gran parte de la población menor (cinco millones de niños) y el fuerte impacto de la violencia, reflejado en las tasas de mortalidad prematura que se registran.

Para conocer la situación actual de la salud mental de los colombianos es tan importante como necesario remitirse a la información condensada en el último Estudio Nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas (1997), ya que es la información más completa y reciente acerca del tema. Algunos hallazgos se muestran en los **cuadros 3 y 4**.

Cuadro 3. Consumo de sustancias psicoactivas: prevalencia y población en riesgo.

Sustancia	Prevalencia anual	Población en riesgo	Regiones en riesgo
Alcohol	7,1%	Hombres: 25-29 12-15 años	Guajira, Huila, Amazonas Magdalena
Tranquilizantes menores	5,7%	Mujeres: 25-29 años	Quindío, Meta, Santander, Sucre
Anfetaminas	0,6%	Hombres: 30-37 años	San Andrés, Quindío, Guaviare, Antioquia
Marihuana	4,1%	Hombres: 25-29	Guajira, Antioquia, Quindío, Guaviare, Bogotá
Basuco	3,5%	Hombres: 12-15	Guajira, Quindío, Chocó, Santander, Sucre
Cocaína	1,4%	Hombres: 12-15	Norte de Santander, Risaralda, Amazonas, Guajira, Antioquia
Heroína	1,2%	Hombres: 20-24 12-15	Guajira, Sucre, Amazonas, Chocó, Tolima
Inhalables	1,6%	Hombres: menores de 19 años	Guajira, Sucre, Chocó, Quindío, Norte de Santander

Elaborado con base en II Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de sustancias Psicoactivas (1997).

Cuadro 4. Alteraciones mentales: prevalencia y población en riesgo.

ALTERACIÓN MENTAL	PREVALENCIA DE VIDA	POBLACIÓN DE RIESGO	REGIONES EN RIESGO
TRASTORNOS AFECTIVOS			
Trastorno depresivo mayor	19,6%	Mujeres: más de 61 y 16-19 años	Cauca, Risaralda, Sucre, Valle
Ideación suicida	M: 5,6% H: 3,6%	Mujeres: 25-29 16-19	Vaupés, San Andrés, Cauca, Amazonas
Intento suicida	M: 1,9% H: 1,5%	---	San Andrés, Magdalena, Vaupés, Guajira
Trastorno bipolar I	1,2%	Hombres: 20-24	Guajira, Córdoba, Bogotá
Trastorno bipolar II	0,5%	12-15	Guajira, Córdoba, Bogotá
TRASTORNOS DE ANSIEDAD			
Síndrome de estrés postraumático	4,3%	Hombres: (5:1) 25-29	Bolívar, Arauca, Quindío, Casanare, Santander
Trastorno de pánico	0,3%	Hombres: 25-29	----
Fobias	3,8%	Indiferenciado	San Andrés, Vaupés, Córdoba, Santander
Trastorno de ansiedad generalizada	3,1%	P. anual: 38-49 P. vida: 16-19	----
Trastorno obsesivo compulsivo	3,6%	Mujeres: 50-60	Caquetá, Sucre, Nariño
TRASTORNO SOMATOFORME			
Somatización	4,9%	16-49	Antioquia, Tolima, Risaralda, Vaupés
Hipocondriasis	0,8%	38-49	Vaupés, S. Andrés, Amazonas, Norte de Santander
TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN			
Anorexia nerviosa	2,3%	Mujeres: 38-49	Putumayo, Caquetá, Guajira, Stder.
Bulimia nerviosa	0,1%	Mujeres: 30-37	-----
ESQUIZOFRENIA	1,4%	16-19	Guajira, Córdoba, Quindío, Magdal.
TRASTORNOS COGNOSCITIVOS (DEMENCIAS)	2,6%	Hombres: más de 61	Bolívar, Magdal., Quindío, Guajira

— sin especificación.
Elaborado con base en II Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de sustancias Psicoactivas (1997).

Otros hallazgos del Estudio son:

- Uno de cada siete individuos siente la necesidad de solicitar ayuda por problemas psicológicos, de los cuales la tercera parte no tiene acceso a la atención.
- El uso y abuso de alcohol se ha estabilizado, pero es preocupante el incremento en el sexo femenino y la temprana edad a la que se inicia -12 años-.
- El consumo de tranquilizantes, marihuana, cocaína, heroína y basuco van en aumento, con una importante participación de la población más joven.
- La prevalencia de trastornos psiquiátricos por sexo y grupos etáreos es:
- En mujeres: depresión, fobias, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, somatización y alteraciones de la alimentación.
- En hombres: dependencia al alcohol, trastornos cognitivos y síndrome de estrés postraumático.
- En jóvenes: uso de alcohol, síndrome de estrés postraumático y somatización.
- En adultos: depresión, ansiedad generalizada, síndrome de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo y abuso de alcohol.
- En la tercera edad: depresión, anorexia y trastornos cognitivos.
- La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente entre los colombianos.

En síntesis, las proyecciones nacionales e internacionales, coinciden en afirmar que hacia el futuro se espera un progresivo incremento en la incidencia de enfermedades mentales. Lo anterior se fundamenta en el mejoramiento de la expectativa de vida a nivel global, el acelerado proceso de desarrollo económico y su casi obligatoria urbanización, el incremento del consumo de sustancias psicoactivas, la problemática social acarreada por la violencia y el rápido avance de la medicina que aumenta las posibilidades de supervivencia en enfermedades anteriormente crónicas.

2.3 Políticas, programas y planes: la experiencia naciona

La salud mental ha despertado poco interés en la formulación de estrategias, no solo a nivel internacional, sino también en el país, pues, aún cuando algunas han sido propuestas, su puesta en marcha generalmente se ve truncada por diversos factores. Una posible explicación al abandono y falta de interés de la sociedad y el

Estado hacia la problemática de la salud mental, podría ser que no conlleva una mortalidad directa, excepto en el suicidio, a lo cual se suma su bajo peso en los porcentajes de consulta externa (1,6%) y egreso hospitalario (2%) (MinSalud y D.N.P., 1996). Sin embargo, debería ser considerada la elevada y creciente morbilidad que ocasiona y todas las implicaciones que acarrea, junto con los AVPP que le pueden ser conferidos a dicho fenómeno.

Algunas de las estrategias dispuestas en Colombia para el mejoramiento de la salud mental son enumeradas en el **cuadro 5**.

Cuadro 5. Políticas, programas y planes para la salud mental, a nivel nacional.

60's	<i>Resolución 679/67</i>	Creación de unidades de salud mental en los hospitales generales.
90's	<i>Propuesta de rehabilitación basada en la comunidad</i>	Propuesta orientada a hacer participé a la comunidad en el primer nivel de atención. Es posible en la medida en que puede satisfacer los requerimientos que el modelo tradicional de atención (institucional-individual) no ha podido suplir: cobertura, participación de la sociedad, atención no individualizada, disminución de costos, etc.
	<i>Manual de rehabilitación basada en la comunidad</i>	Propone que «(...) la responsabilidad principal de la rehabilitación funcional a las personas con discapacidad se confíe a la familia con el apoyo de las instancias de salud territorial» (MinSalud, 1996, 55).
	<i>Propuesta de priorización de actividades preventivas por grupo etáreo</i>	en el grupo 0-5 años: maltrato infantil y retardo mental; de 6-18 años: maltrato infantil; de 18-35: drogadicción y situaciones de crisis afectiva o emocional; y mayores de 35 años: problemas de ansiedad y depresión.
	<i>Plan Nacional de Acción a favor de la Infancia</i>	Para el logro de mejores condiciones de vida de los menores, a sabiendas de las posibilidades reducidas con que cuentan para su desarrollo.
	<i>Comité Interagencial para la Prevención del Maltrato Infantil</i>	Implementación de estrategias y acciones nacionales, departamentales y municipales para la detección precoz y manejo oportuno de tal situación.
	<i>Programa de Salud del Anciano</i>	Establece «(...) la política del régimen de la seguridad social para conseguir la satisfacción íntegra de las necesidades de este grupo, el fortalecimiento de su identidad y autoestima, el autorreconocimiento, la prevención y el tratamiento de enfermedades, y el mejoramiento de los servicios asistenciales» (O.P.S., 1998,187). Pareciera que este programa se quedó en el papel, ya que no se ha cumplido siquiera con la vinculación al sistema de salud de la población anciana más pobre.
	<i>Ley 100/93: P.O.S. y P.A.B.</i>	Muestran exclusión y limitación en los servicios asistenciales de salud mental.
	<i>Ley 383 de 1997</i>	Destina parte del denominado IVA social para la infraestructura en servicios de salud mental.
	<i>Política Nacional de Salud Mental (1998)</i>	Creada bajo la premisa de <i>prioridad sanitaria</i> . En algunos de sus apartes parece utópica cuando propone una serie de metas de muy difícil alcance.

Para finalizar, el reto que debe asumir el terapeuta ocupacional en Colombia es enorme, ya que se encuentra al frente de una situación de rápido crecimiento y de elevado costo social; además -teniendo en cuenta su idoneidad en dicha intervención-, la responsabilidad y el compromiso con la población son incalculables, en la medida en que su quehacer involucra parte de la solución de este complejo asunto de la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, Rafael. La reglamentación de la Ley 100 en contravía de la salud mental de los colombianos. En: Revista Colombiana de Psiquiatría, vol XXV, Núm. 4, 1996.
- Alvis, Diana y Gómez, Martha. Salud mental y factores de riesgo en preescolares de Bienestar Familiar -zona Germania-, Bogotá. Secretaría Distrital de Salud, Hospital primer nivel La Perseverancia, 1996.
- ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. Posición y propuesta de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría frente a la reglamentación de la Ley 100 de 1993. Vol. XXIV, Núm. 2, 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Mental health in the Americas. Washington, 1969.
- Calderón. Los desastres: reacciones psicológicas y psicosociales. En: La salud mental en situaciones de desastre. Editorial Uniantioquia; Medellín, 1993.
- Cocoma, J. C. y Urrego, Diana. Por la salud mental. En: Revista de Salud Pública, vol. 1, Núm. 1, 1999.
- CRUZ ROJA INTERNACIONAL. Infracciones a la misión médica en el conflicto armado colombiano. Bogotá, 1999.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. La salud de los colombianos: Diagnóstico integral de salud. Bogotá, 1988.
- I.S.S. y ASCOFAME. Urgencias psiquiátricas. Editorial maldonado, Bogotá, 1997.
- Jaramillo, I. El futuro de la salud en Colombia. Editado por FESCOL, FES, F.R.B. y Fundación Corona, Bogotá, 1999.

- MINISTERIO DE SALUD. I Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de sustancias psicoactivas. 1993.
- _____. La carga de la enfermedad en Colombia. Bogotá, 1994.
- _____. II Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de sustancias psicoactivas. 1997.
- _____. El sector salud frente a la violencia en Colombia: política y plan de acción. 1998.
- _____. Política Nacional de Salud Mental, Bogotá, 1998.
- _____. O.P.S. y O.M.S. Lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía. Bogotá, 1996.
- _____. e I.N.S. Informe epidemiológico nacional, quincenal. Vol. 4, Núm. 7, Santa Fe de Bogotá, 15 de abril de 1999.
- _____. y D.N.P. La salud en Colombia: hallazgos y recomendaciones. Bogotá, 1996.
- Murray, C. Y López, A. Cuantificación de la discapacidad: datos, métodos y resultados. En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 118, Núm. 5, 1995.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Plan decenal de salud para las Américas. Washington, 1973.
- _____. Dimensiones sociales de la salud mental, Washington, 1983.
- _____. La salud en la tercera edad: resultados preliminares de la Encuesta de Necesidades de los Ancianos en América Latina y el Caribe. En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 107, Núm. 4, 1989.
- _____. Las condiciones de salud en las Américas, vol. I. Washington, 1990.
- _____. Las condiciones de salud en las Américas, volumen II. Washington, 1994.
- _____. Vigilancia epidemiológica de homicidios y suicidios. En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 120, Núm. 4, 1996.
- _____. La salud en las Américas, vol. I y II. Washington, 1998.

_____ y O.M.S.. Programa de salud mental: evaluación de la calidad de la atención en salud mental, Milán, 1994.

Posada, J. Estudio Nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. En: Seminario "Políticas, gestión y desarrollo de la investigación en salud". ICFES y Colegio Mayor de Cundinamarca, Bogotá, 1995.

Salazar, María Cristina. Niños y jóvenes trabajadores. Ediciones Universidad Nacional, Bogotá, 1990.

Vásquez, Rafael. El intento de suicidio en niños pequeños. En: Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXIII, Núm. 4, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Public mental health: guidelines for the elaboration and management of national mental health programmes. Ginebra, 1996.

The advertisement features a central illustration of a person in a dynamic pose, possibly running or jumping, with a large orthopedic boot on their right leg. To the right of this figure is a circular inset showing several people in various physical therapy or orthopedic treatment scenarios. Below these images is a large, bold title: **ELABORACION DE TODA CLASE DE ARTICULOS ORTOPEDICOS MATERIALES PARA FERULAS**. Below this title, the company name is displayed in large, bold, sans-serif font: **ORTOPEDICOS FISIOLOGICOS[®]**. At the bottom of the main section, the address is given as **UNICENTRO : CENTRO COMERCIAL ORBICENTRO AV. 15 N° 118 - 45 LOC. 201 TEL 2156917**. A small vertical text on the left edge of the main illustration reads **ABRIL 1997**.

El arte de servir rehabilitando haciendo las cosas bien con calidad, precio y diseño