

Revista
Latinoamericana de
PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

Editorial

Rodrigo Nel Córdoba Rojas

**Informe preliminar de gestión del Comité Ejecutivo de la APAL
2020 – 2022**

Enrique Bojórquez Giraldo

**Tormentas, tinieblas y esbozos aurales: la “nueva realidad”
de la psiquiatría global**

Renato D. Alarcón

**Hacia la puesta en práctica de un modelo integral de atención
en Salud Mental en Colombia: avances, retos, oportunidades
y propuestas**

*Jairo M. González-Díaz, Iván Darío González Ortiz, Ana F. Olarte Armenta,
Gabriela Ferrero Rincón, Martha Patricia Saavedra, María Isabel Ospina Patiño,
Juan Fernando Cano Romero, Yuli León Vañegas, Samuel García de Vargas, Diana
C. Zamora Rondón, Rodrigo Córdoba Rojas*

Presentación de libros

COMITÉ EJECUTIVO APAL 2020 -2022**Presidente***Enrique Bojórquez Giraldo (Perú)***Vice - Presidenta***Marisol Taveras Ulerio (República Dominicana)***Secretaria General***Elizabeth Rivera Chávez (Perú)***Secretaria de Finanzas***Gisella Vargas Cajahuanca (Perú)***Directora de Secciones***Cora Luquercho (Argentina)***Secretarios Regionales**

Países del Cono Sur

Alejandra Armijo Brescia (Chile)

Países Bolivarianos

Rommel Artieda Maruri (Ecuador)

México, Centroamérica y el Caribe

*Edilberto Peña de León (México)***COMITÉ DE REDACCIÓN****Director***Rodrigo Nel Córdoba Rojas***Miembros***Alexie Vallejo**Angela Vélez T.**Jairo Gonzales**Juan F. Cano R.***COMITÉ EDITORIAL****Argentina***Manuel Vilapriño**Maximiliano Cesoni***Chile***Ulises Ríos Díaz**Leonor Bustamante Calderón***Colombia***José Manuel Santacruz***Cuba***Myriam de La Ossa***Ecuador***Carlos León Andrade***España***Luis Caballero***México***Jesús Ramírez Bermúdez***Perú***Ricardo Bustamante Quiroz***Republica Dominicana***Eddy Peralta***Uruguay***Cecilia Idiarte***Reglamento de Publicaciones** (ver detalle en pág. 41)

La **Revista Latinoamericana de Psiquiatría**, órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), se publica semestralmente en español, con resúmenes en español e inglés.

Los artículos publicados son trabajos originales de investigación, de revisión, casos clínicos, cartas de editor, editoriales, comentarios de libros publicados, así como temas y actividades sobresalientes relacionados con la Psiquiatría.

PRESIDENTES DE SOCIEDADES INTEGRANTES DE APAL**Argentina**

Asociación de Psiquiatras Argentinos
Presidente: Manuel Vilapriño Duprat

Bolivia

Sociedad Boliviana de Psiquiatría
Presidente: Claribel Ramírez Hurtado

Brasil

Asociación Brasileña de Psiquiatría
Presidente: Antonio Geraldo Da Silva

Chile

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía
Presidenta: Daniela Gómez Aguirre

Colombia

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Presidenta: Andrea Otero Ospina

Costa Rica

Asociación Costarricense de Psiquiatría
Presidente: Francisco Golcher Valverde

Cuba

Asociación Cubana de Psiquiatría
Presidenta: Miriam de La Ossa O' Reilly

Ecuador

Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría
Presidente: José Ordoñez Mancheno

El Salvador

Asociación Salvadoreña de Psiquiatría
Presidente: Mario Ernesto Flores Pineda

Guatemala

Asociación Guatemalteca de Psiquiatría
Presidenta: Mirna Santos Ruan

México

Asociación Psiquiátrica Mexicana
Presidenta: Jacqueline Cortés Morelos

Panama

Sociedad Panameña de Psiquiatría
Presidenta: Giselle Guevara Murillo

Paraguay

Sociedad Paraguaya de Psiquiatría
Presidente: Miguel Ángel Cuellar Hoppe

Perú

Asociación Psiquiátrica Peruana
Presidente: José Lining Anticona

Puerto Rico

Asociación Puertorriqueña de Psiquiatría
Presidente: Jesús Saavedra Caballero

República Dominicana

Sociedad Dominicana de Psiquiatría
Presidente: Julio Chestaro Breton

Uruguay

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay
Presidente: Artigas Pouy Aguilera

Venezuela

Sociedad Venezolana de Psiquiatría
Presidenta: Petra Aponte Martínez

ÍNDICE

5	Editorial <i>Rodrigo Nel Córdoba Rojas</i>
6	Informe preliminar de gestión del Comité Ejecutivo de la APAL 2020 – 2022 <i>Enrique Bojórquez Giraldo</i>
13	Tormentas, tinieblas y esbozos aurorales: la “nueva realidad” de la psiquiatría global <i>Renato D. Alarcón</i>
23	Hacia la puesta en práctica de un modelo integral de atención en Salud Mental en Colombia: avances, retos, oportunidades y propuestas <i>Jairo M. González-Díaz , Iván Darío González Ortiz, Ana F. Olarte Armenta, Gabriela Ferrero Rincón, Martha Patricia Saavedra, María Isabel Ospina Patiño, Juan Fernando Cano Romero, Yuli León Vanegas, Samuel García de Vargas, Diana C. Zamora Rondón, Rodrigo Córdoba Rojas</i>
38	Presentación de libros
41	Reglamento de Publicaciones

Diseño y Diagramación

D.I. Pilar Diez - Estudio de diseño
mdpdiez@gmail.com / (+53) 011 3373-1054 - Argentina

www.mdpdiez.wixsite.com/pdestudio

Termina en noviembre de 2022, el periodo estatutario del comité ejecutivo que entró en funciones para el bienio 2020-2022, encabezado por el Dr. Enrique Bojórquez y acompañado de muy representativos colegas de las diferentes regiones en este órgano de gobierno. Un período que estuvo marcado con el inédito hecho de la pandemia por covid-19, la evolución y consolidación de la virtualidad en todo el variopinto de actividades y la transición de unos días con limitada actividad.

Quiero resaltar los logros fundamentales de esta gestión, como fue el desarrollo de la asociación y la promoción amplia, democrática y participativa de todos y cada uno de los países, que además incluyó el regreso a casa de uno de nuestros países hermanos, Panamá. La investigación desarrollada sobre el impacto en la salud mental y las enfermedades psiquiátricas, causados por la pandemia del coronavirus, que dio frutos en un extenso y completo documento, que sirvió de orientación para las políticas públicas de los gobiernos locales. Además, es de resaltar que su diligente actividad y capacidad de gestión, permitió la priorización de la vacunación de los pacientes psiquiátricos. También, este espíritu abierto y transparente, logró retomar las becas y convenios que tenía APAL, como la beca Jofre, que en un concurso amplio y transparente fueron escogidos los futuros colegas que, con sus aprendizajes, traerán nuevas experiencias para el beneficio de pacientes y colegas de toda la América Latina.

Nos llena de orgullo resaltar que después de un receso provocado, la revista ha superado la meta editorial; hoy llega a cerca de los 25.000 colegas de nuestro territorio a través de las asociaciones; han colaborado en ella colegas de la región de alto impacto y hemos sido reconocidos por la calidad de sus contenidos, todo esto gracias al respaldo incondicional del comité ejecutivo. Por eso a nombre mío y en representación de los comités de redacción y editorial, quiero expresar nuestra gratitud por la confianza y solidaridad que nos entregaron.

Saludamos y deseamos los mejores éxitos, a nuestra nueva presidenta, la Dra. Marisol Taveras (República Dominicana), digna representante de la pujanza de las nuevas generaciones de psiquiatras en América Latina. Estamos seguros, que bajo su dirección y los nuevos dignatarios que se escogerán en la asamblea que se realizará en el marco de nuestro XXXII congreso latinoamericano de psiquiatría, pondrán en alto el nombre de la psiquiatría latinoamericana.

Rodrigo Nel Córdoba Rojas

Director

Informe preliminar de gestión del Comité Ejecutivo de la APAL 2020 – 2022

Preliminary report of the management of the APAL Executive Committee 2020 - 2022

Enrique Bojórquez Giraldo

Presidente de la APAL

*Profesor Principal Facultad de
Medicina de la Universidad Nacional
Mayor de San Marcos*

Hoy, casi a dos años de gestión y en víspera de entregar la posta, permítaseme, primero, saludar a nombre mío y el del Comité Ejecutivo, a todas las Sociedades, Asociaciones y miembros de APAL; y al mismo tiempo asegurarles que hemos dado el mayor de nuestros esfuerzos para estar a la altura de vuestras expectativas y de la alta responsabilidad que se nos encomendó.

La nuestra, ha sido una gestión que se ha dado, en un contexto difícil por la pandemia, lo que nos ha generado dificultades, como consecuencia de las restricciones en las actividades y los desplazamientos; pero, también ventajas, pues la consolidación de la virtualidad ha permitido que podamos estar en contacto con frecuencia y coordinar nuestras tareas por ese medio. Recordemos, primero que al inicio de nuestra gestión, nos planteamos las siguientes líneas básicas de trabajo:

- a. La primera estaba dirigida a fortalecer y modernizar institucionalmente a la APAL.
- b. Otra, que APAL se pronuncie, oriente y responda en lo que nos compete, sobre diversos retos y problemas que vive América Latina;
- c. Una tercera, el fortalecer nuestras relaciones interinstitucionales con la WPA y otras asociaciones nacionales e internacionales;
- d. Finalmente, reforzar nuestras actividades académicas, editoriales y de investigación.

En lo que corresponde al fortalecimiento y modernización institucional de la APAL, hemos desarrollado un trabajo orgánico y consistente a través del Comité Ejecutivo; y de información y consulta permanente con las sociedades bases de la APAL, lo cual se ha traducido en el hecho en 30 sesiones del Comité Ejecutivo, 25 ordinarias y 5 extraordinarias, 3 Asambleas Generales ,2 ordinarias y una extraordinaria, que fue la primera presencial que se dio recientemente el Lima, en el curso de estos 2 años de gestión. Sin embargo, probablemente lo más importante fue nuestra iniciativa de modificación de nuestros actuales estatutos y la necesidad de conseguir que la APAL tenga personería jurídica.

A. Estatutos: En octubre 2021, el Comité Ejecutivo, comienza a discutir la necesidad de cambios en los Estatutos; y el 22 nov 2021 se nombra una Subcomisión para elaborar un Proyecto de Modificación de Estatutos conformada por los Dres. E. Bojórquez, M. Tavera y E. Rivera. El Subcomité en reuniones virtuales desde diciembre 2021 hasta abril 2022 preparo el Anteproyecto de Modificación de Estatutos. El Anteproyecto,

*El autor no declara
conflicto de intereses*

fue presentado, discutido y aprobado por el Comité Ejecutivo, en su sesión del 02 de mayo 2022. Posteriormente, y en cumplimiento al Art. 60 del Estatuto vigente, el Proyecto fue puesto a disposición de todas las Sociedades y Asociaciones bases, el 24 de mayo del 2022, con 3 meses de anticipación, para su revisión y sugerencias, las que deberían ser respondidas hasta el 07 de agosto 2022. Recibidas las sugerencias y observaciones el Comité Ejecutivo, en su sesión del 08 de agosto aprobó el Proyecto definitivo, el que fue nuevamente enviada a las Asociaciones y Sociedades bases, el 13 de agosto 2022, para ser puesta a consideración de la Asamblea General Extraordinaria para su aprobación definitiva. El Proyecto de Modificación de Estatutos, persigue fundamentalmente 2 objetivos:

- a. Iniciar un proceso de incorporación o registro legal de APAL como asociación sin fines de lucro con personalidad jurídica propia.**
- b. Modernizar y agilizar los procesos de gestión institucional.**

Las principales modificaciones estatutarias que se proponen son los siguientes:

- Cambio del nombre de la entidad por: Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL); manteniendo el logo.
- Elección de Santo Domingo, República Dominicana como domicilio legal de la institución; por las facilidades que brinda su legislación; pero con potestad de trasladar su domicilio real y operar en cualquiera de los países que conforman la Asociación.
- Dotar a la APAL de la personería jurídica y patrimonio independiente en el marco de las leyes dominicanas.
- Se define las finalidades: promover la salud mental como una prioridad de política pública, la defensa del ejercicio profesional del psiquiatra, la preocupación por la formación de especialistas, y el apoyo y fomento desarrollo científico técnico de la psiquiatría y la salud mental.
- Define 3 tipos de miembros: fundadores, titulares y honorarios.
- Define como Órganos de Dirección a la Asamblea General; al Comité Ejecutivo, y al Consejo Consultivo.
- Se habilita la celebración de asambleas generales y sesiones de Comité Ejecutivo a través de medios virtuales.
- Define 3 clases de Asambleas Generales: constitutiva, ordinaria y extraordinaria.

- Reestructura el Comité Ejecutivo y demás órganos de dirección de la entidad para hacerla más funcional.
- Se modifica la manera de designación de los miembros de las secciones y se reduce su número.

B. Asamblea General Extraordinaria: Se desarrolló en Lima el día 27 de agosto del 2022, y no se concretó la aprobación del Proyecto de modificación de los Estatutos; pues se plantearon varias importantes observaciones, de las cuales las más importantes son las siguientes:

- a.** Respecto a la forma de elección de Sede y de Vicepresidente: Se acordó que la Sede y la consecuente presidencia pro tempore de la APAL se ejerce por rotación cada 2 años en el orden geográfico de las regiones de la Asociación comenzando por la Región de Países Bolivarianos, seguido de forma continua por la Región México, Centroamérica y Caribe; y la Región de países del Cono Sur. Dentro de cada Región la rotación se hará en orden alfabético, comenzando por los países que todavía no han ostentado la presidencia pro tempore ni han sido sede de los Congresos de la APAL desde la fundación de la entidad. En caso de que, por alguna circunstancia debidamente justificada, el miembro titular no pueda ser Sede y ejercer la presidencia en ese período, se notificará al Comité Ejecutivo, que lo comunicará al resto de los miembros titulares, y la ejercerá el siguiente país dentro de la región de acuerdo al orden alfabético.
- b.** La incorporación de Bolivia a la Región de países Bolivarianos.
- c.** El mantenimiento del Secretario Ejecutivo como miembro del Comité Ejecutivo, que se elige cada 6 años.

Dadas estas observaciones, el Comité Ejecutivo en su sesión del 3 de octubre 2022, acordó incorporar los cambios planteados en la Asamblea Extraordinaria en el Proyecto de Estatutos y denominarlo Proyecto 1; pero al mismo tiempo evaluando el impacto que en la marcha de nuestra institución podrían tener dichos cambios, y que ellos podrían desincentivar la participación de las sociedades bases y afectar la sana competencia, clave en toda institución democrática; pues solo a modo de ejemplo esto implicaría que Uruguay y Venezuela tendrían que esperar 36 y 38 años respectivamente para ser sede de la APA, y como con-

secuencia de dicho análisis, hemos acordado insistir en el Proyecto de Modificación de Estatutos original, con algunos cambios puntuales, al que denominamos Proyecto 2. Por estas razones, estamos poniendo a disposición de todas las Sociedades y Asociaciones bases de la APAL, con anticipación, los 2 Proyectos para su revisión y evaluación; y que posteriormente sean discutidas y decididas democráticamente en la próxima Asamblea General Ordinaria de Punta Cana.

C. Personería Jurídica de la APAL: A más de 60 años de fundación y funcionamiento la APAL, carece de personería legal o jurídica; lo que ocasiona una serie de dificultades en su gestión; así, cuando cada dos años hay cambio de Sede y de Comité Ejecutivo, comienza, por ejemplo, el problema de cómo manejar los ingresos y gastos de la institución, lo que hace que, para el manejo financiero, se requiera abrir cuentas a nombre de la Sociedad base, lo que es incómodo para ambos. Para solucionar este problema se explora, que país conformante de la APAL, ofrece mayores facilidades para formalizar nuestra institución y se encuentra que lo más factible era hacerlo en República Dominicana. Para ello, en agosto 2021, se programa una reunión con un grupo de abogados dominicanos expertos en aspectos civiles y de derecho internacional necesario para este proceso. Ellos explican los diversos procedimientos que deben seguirse, para que APAL pueda ser reconocida como una entidad internacional, sin fines de lucro, en la que los miembros pueden ser locales o internacionales y desarrollar sus actividades de modo formal. A partir de que se incorpore la sede legal es en República Dominicana; pero las sedes y las cuentas se pueden funcionar en los diferentes países. Posteriormente, en noviembre del 2021, se hace contacto con Grupo FORMULA de República Dominicana, expertos en el tema, quienes reiteran lo informado anteriormente, pero además se comprometen a apoyar en la redacción, edición y adaptación de los estatutos a la legislación dominicana; y por cuyo trabajo total presentan una cotización de 6545 dólares americanos. El requisito indispensable para la personería jurídica es el cambio de los estatutos en una Asamblea General y que se adapte a la legislación dominicana.

D. Reuniones con la Región Cono Sur: un hecho encomiable ha sido las reuniones mensuales de las sociedades de los países del cono Sur, que permitió en estos 2 años organizar un webinar sobre la Tele-

medicina en Psiquiatría y el desarrollo de una investigación sobre la situación de los psiquiatras de esos países durante la pandemia.

E. Reincorporación a la APAL de la Sociedad Panameña de Psiquiatría: en el afán de superar este doloroso acontecimiento, el Comité Ejecutivo, envió una carta a las Sociedades de Psiquiatría de Panamá, Nicaragua y Honduras invitándolos a reincorporarse a la APAL (30 Set 2021).. Posteriormente, se recibió carta del presidente de la Sociedad Panameña de Psiquiatría informando que se ha convocado a Asamblea General para ver su reincorporación y luego otra en la que solicita su reincorporación (22 nov 2021); la cual se aprueba por unanimidad, dándoles la bienvenida, lo cual se informará a la Asamblea General de la APAL. Lamentablemente, no se ha recibido respuesta de Nicaragua ni de Honduras, que hacemos votos pueda ser realidad pronto.

F. Elecciones próximas Sede de la APAL y Vicepresidencia: De acuerdo al estatuto, se envió carta a todas las Sociedades bases de la Región de países del Cono Sur recordándoles que hasta el 11 de agosto 2022 podían enviar la propuesta para ser sede de APAL y candidatura de presidente electo. Dentro del plazo se recibió propuestas de Argentina, Bolivia y Chile como sedes del próximo Congreso de la APAL y las Candidaturas de Santiago Levín, Claribel Ramírez y Daniela Gómez para la vicepresidencia de la APAL. Por acuerdo de Comité Ejecutivo, se ha enviado el Directorio de la APAL para que puedan comunicarse con las bases de nuestra Asociación y presentar sus propuestas de modo fraterno y democrático.

En lo que respecta, a que APAL se pronuncie, oriente y responda en lo que nos compete, sobre diversos retos y problemas que vive América Latina; es de resaltar lo siguiente:

A. Pronunciamiento en relación a la prioridad de la vacuna contra COVID-19 para pacientes con trastornos mentales graves (30 de enero de 2021): En este pronunciamiento, la APAL, comienza planteando, que como consecuencia de la pandemia COVID 19, los gobiernos debían tomar decisiones que nos afectan y que ellas deberían estar basadas en criterios científicos y éticos; y que en este contexto que la disponibilidad limitada de vacunas, aparecía como un desafío de decidir, qué grupos de personas deberían recibir las vacunas con carácter prioritario. Frente a esta situación la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), declaraba lo si-

guiente: La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras instituciones nacionales e internacionales, han elaborado marcos éticos, sobre las poblaciones en las que se debería priorizar el uso de las vacunas; basados en valores éticos universales: minimizar los daños y maximizar los beneficios; dar prioridad a las poblaciones que pueden experimentar cargas de salud desproporcionadamente mayores como resultado de la pandemia; el respeto por igual para todas las personas; la equidad; y la reciprocidad. Todas ellas coinciden en conceder prioridad a las personas encargadas de ayudar a otros y a quienes corren un mayor riesgo de infección y de contraer formas graves de la enfermedad. y reportes diversos vienen mostrando evidencia de que las personas con trastornos mentales graves, pueden tener un mayor riesgo de contagio y mortalidad por COVID 19, debido a sus desventajas sociales, problemas para comprender la información o practicar medidas preventivas, dificultades para comunicar los síntomas de la enfermedad, la presencia de más comorbilidades que la población general, y las barreras de acceso a la atención sanitaria. Por estas consideraciones, instabamos a todas nuestras Asociaciones y Sociedades bases de APAL, solicitar a sus gobiernos y responsables del cuidado de la salud pública, lo siguiente:

- Considerar de primera prioridad la vacunación de las personas que sufren trastorno mental grave.
- Destinar los recursos financieros, logísticos y de personal, que permitan enfrentar los graves problemas de la salud mental consecuencia de la pandemia.
- Medidas de protección, incentivos y capacitación del personal sanitario, y en especial de los psiquiatras y otros trabajadores de la salud mental.

Este pronunciamiento, se hizo llegar a las sociedades bases, para que se pueda difundir en la población y elevar a las autoridades políticas y sanitarias. También se puso en conocimiento de los expresidentes de APAL. Finalmente se envió una copia a la WPA. Es reconfortante, comprobar que en muchos de nuestros países fue acogido nuestro pedido y que beneficio a nuestros pacientes.

B. Grupo de Trabajo Situación de la Pandemia por COVID19 en América Latina y la Salud Mental“: El Comité Ejecutivo de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), en marzo del

2021, debido a los graves problemas que la pandemia por la COVID-19 viene generando en el mundo, y en particular en América Latina, decidió conformar un Grupo de Trabajo que estudie la situación de la salud mental en América Latina durante la pandemia por la COVID-19 y, con la finalidad de recoger información sobre el estado de la pandemia en cada uno de los países miembros de nuestra institución y conocer las consecuencias en la salud mental de su población; de tal manera que podamos realizar un diagnóstico de está y en base a ello elaborar un conjunto de propuestas de políticas y estrategias en salud mental que podamos hacer llegar a nuestros gobiernos a la situación de la pandemia en Latinoamérica y la salud mental. Este grupo estuvo conformado por conformado por Enrique Bojórquez (Perú), Gisella Vargas (Perú), Diana Zalzman (Argentina), Nicolas Martínez (México), Angel Almanzar (República Dominicana), Freddy Carrion Suarez (Ecuador), Jeff Huarcaya (Perú), Vania Martínez (Chile), Claudio Martins (Brasil) y Antonio Toro Obando (Colombia). Se usó como método la revisión narrativa diseñada con la finalidad de recolectar la información de las medidas que se adoptaron en los distintos países de Latinoamérica sobre la salud mental durante la pandemia de la COVID-19. Adicionalmente se envió un cuestionario en línea a todos los presidentes de las diferentes sociedades de psiquiatría miembros de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). Contestaron un total de 12 países. Se encontró que, la respuesta sanitaria a la pandemia, fue heterogénea, aunque con elementos comunes como un incremento de camas hospitalarias para atender pacientes con COVID-19, confinamiento estricto, distanciamiento social y medidas de apoyo económico a poblaciones vulnerables. Sin embargo, en lo referente a la Salud Mental, más allá del discurso y el desarrollo de guías y otros documentos no tuvo el énfasis y la prioridad política que requiere. Si es de destacar el uso de los medios virtuales para brindar apoyo emocional y primeros auxilios psicosociales, como también, su aplicación en las áreas asistencial, de capacitación, docencia e investigación, que viene dando lugar a una transformación de la práctica psiquiátrica. En conclusión, se requiere una respuesta integral de atención en salud y salud mental, que exprese su prioridad política, buscando un equilibrio adecuado entre el control de la pandemia y la disminución de los efectos socioeconómicos negativos, y

que garantice el acceso universal a cuidados de salud mental, generando estrategias de prevención y promoción de la salud mental. Este documento APAL lo hizo cumpliendo su responsabilidad técnica y científica como institución líder en Psiquiatría y Salud Mental en América Latina; y estamos seguros contribuirá al debate y sobre todo a la toma de decisiones que permita superar la dramática situación provocada por la pandemia COVID-19. Finalmente, el resultado del trabajo fue la publicación como edición especial en la Revista de la APAL y su discusión en el Webinar de la Investigación APAL: “Salud Mental en América Latina durante la Pandemia de COVID-19: ¿Qué hemos aprendido y cuáles son las recomendaciones?”; que se llevó a cabo el 6 de abril 2022.

En lo que corresponde a la tarea de fortalecer nuestras relaciones interinstitucionales con la WPA y otras asociaciones nacionales e internacionales; hemos desarrollado las siguientes actividades:

- A. Renovación Convenio Beca Jofre:** este convenio entre APAL y la Sociedad Española de Patología Dual, se ha renovado por otros 4 años, lo que redundará en beneficio de la formación de los miembros de la APAL.
- B. El convenio con la Asociación Mundial de Patología dual,** Recibimos solicitud de la WADD, para la firma de un convenio y un anexo de adhesión a la Beca Jofre, lo cual ha sido aceptado por el Comité Ejecutivo y se firmará en el congreso de APAL de Punta Cana,
- C. Participación de la APAL en los Congresos de la WPA en Cartagena (Colombia 2021) y Bangkok (Tailandia 2022):** en Cartagena hicimos un Simposio sobre la pandemia y participamos en un Simposio Interorganizacional, junto con otras organizaciones regionales del mundo. En Bangkok, tuvimos una conferencia
- D. Participación en el Congreso Chileno organizado por SONEPSYN:** esta se llevó a cabo el 9 de octubre 2021, a través del simposio: Desafíos de la Salud Mental en Latinoamérica. Participaron Enrique Bojórquez Presidente de la APAL, Miguel Ángel Cuellar Presidente de la Sociedad Psiquiátrica de Paraguay, Edilberto de la Peña de México, Rommel Artieda de Ecuador, y Marisol Taveras de República Dominicana. Posteriormente, en septiembre de este año estuvimos invitados por SONEPSYN en la Conferencia Internacional Animo y

cognición, participando en una mesa redonda.

- E. Participación en los Congresos Mexicano de Psiquiatría, 2021 y 2022:** en el primero de modo virtual con una conferencia sobre Pandemia y salud mental en América Latina, En el segundo, en 2022: participamos como organización asociada, presentando los resultados de la investigación Pandemia y Salud Mental en América Latina. También, por iniciativa de la vicepresidenta se nos proporcionó un espacio para poder promocionar el Congreso de Punta Cana.
- F. Participación en el Congreso Dominicano de Psiquiatría y Congreso Centroamericano y del Caribe:** a través de una conferencia virtual sobre Metas en Depresión Unipolar,
- G. Participación en el congreso zonal de la WPA y Colombiano de Psiquiatría en Cartagena (2022):** Se participó a través de una mesa de la APAL, para presentar los resultados del trabajo Pandemia y Salud Mental.
- H. Congreso APSA 2022 en Mar del Plata:** se participó a través simposios sobre Depresión Refractaria en América Latina, y Situación de la salud mental en países del cono sur. Fue un congreso presencial, muy bien organizado y con más de 6000 asistentes.
- I. Invitación del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi” del Perú:** solicito la participación de la APAL y la organización de un Simposio de Políticas públicas en Salud Mental.

En lo que tiene que ver con la tarea de reforzar nuestras actividades académicas, editoriales y de investigación, quisiera destacar lo siguiente

- A. Revista APAL:** De acuerdo a estatutos, en comité Ejecutivo, a solicitud del Director de la Revista se aprobó la conformación del Comité de Redacción y del Comité Editorial. La revista tiene una versión física y otra virtual y una penetrancia de alto nivel. Hemos publicado 5 números, 4 que corresponde al nuestro periodo, y una edición especial. El número de la revista que se sacó sobre COVID-19, también se difundió masivamente, haciendo la salvedad que fueron editadas en gestión pasada.
- B. La Página Web:** Recibimos la página web anterior, pero sin acceso al panel de control, lo que impedía la actualización de los contenidos. Por ello se desarrolló una página nueva, más moderna, y

amigable. Se compró el diseño APAL.org a nombre de APAL, con el hosting y soporte técnico. Por este motivo se organizó un webinar para el lanzamiento de la nueva página web y la presentación de la revista APAL el 13 de mayo 2021.

C. Secciones: A pesar del esfuerzo de la Directora de Secciones, éstas casi no han funcionado, el problema tiene que ver con lo engorroso en el procedimiento de la composición de las secciones. Por ello en el Proyecto de Estatutos se presenta una propuesta que haga más sencillo y menos burocrático la organización de las secciones y la reducción de su número.

D. Beca Jofre: es un concurso en la que pueden participar todas las Sociedades bases de APAL para la asignación de Becas para hacer pasantías en España sobre Patología Dual con el patrocinio de la Fundación Española de Patología Dual. Durante el primer semestre 2021 se ofreció una beca que incluía transporte, alojamiento y seguro médico por tres meses y una media beca que consiste en solo pasajes. El 19 de mayo, se envía una Carta a los 17 Presidentes de las Asociaciones integrantes de APAL para informar del concurso; por lo que se les solicita se envíen una propuesta por cada Sociedad. Se recibió propuestas de 12 Sociedades bases, el Comité Ejecutivo, procedió a la evaluación de las propuestas, para posteriormente decidir por consenso dar como ganador de la Beca Completa al Dr. Marcelo Gerardo O'higgins Roche, candidato propuesto por la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría. Y como ganadora de la Beca Parcial (solo financiamiento de pasajes aéreos) a la Dra. Abigail Teresa Villafan Ramírez, candidata propuesta por la Sociedad Boliviana de Psiquiatría. A fines de diciembre 2021 recibió un correo de Gonzalo Haro en la cual comunicado que la candidata de Bolivia no había podido lograr la visa respectiva. En virtud de ello Gonzalo Haro pidió que se pudiera enviar otro candidato que reemplazara a la colega de Bolivia, pero bajo la modalidad del autofinanciamiento. Se utilizó el orden de méritos, y acepto el Dr. Sergio Cabezas de Chile. El día 20 de enero 2022 se recibió otro correo de Gonzalo Haro, informándonos que ya se podía poner en marcha el Concurso APAL – 2022 y elegir a dos becarios. Luego, se envió la convocatoria a las 18 Sociedades conformantes de APAL para que propongan

2 candidatos: Un médico residente de Psiquiatría del último año; y un Médico Psiquiatra con hasta 3 años de haber terminado la especialidad o que esté haciendo o haya terminado la subespecialidad en adicciones. Posteriormente, cada Sociedad hizo un concurso interno, como consecuencia de la cual recibimos propuestas de candidatos de 13 Sociedades miembros de APAL. Por último, el Comité Ejecutivo de la APAL en su sesión del 21 de marzo 2022, procedió a la evaluación de las propuestas recibidas y de acuerdo a su calificación por orden de méritos se decidió dar como ganador de la Beca Completa en la categoría de Médicos Residentes de Psiquiatría a la Dra. Sara María, Vélez Parra, candidata propuesta por la Sociedad Panameña de Psiquiatría y como ganador de la Beca Completa en la categoría de Médicos Psiquiatras al Dr. Leandro Bazzán Ruiz, candidato propuesto por la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría; y se elaboró el orden de méritos respectivo. Lamentablemente, luego, se nos informó que uno de los ganadores, no mandó sus documentos de manera oportuna, por lo que se ha perdido esa beca y no se puede reemplazar. Posteriormente, se volvió a recibir comunicación del Dr. Gonzalo Haro, quien nos informa que se ha asignado a la APAL, cuatro becas parciales, en Castellón, Barcelona, Zaragoza y Madrid; pero que solo se financiará el Programa, pero el pasaje, estadía y seguro deben ser asumidos por los postulantes. Se acuerda que las 4 vacantes del Programa Jofre se llenaran siguiendo el orden de méritos; por lo que se propuso a Gastelum Quevedo, Elisa Mariela; médica residente de Psiquiatría de México; Quintero Gómez, Tito Cesar; médico Psiquiatra de Colombia; Castro Martínez, Juan Camilo; médico Residente de Psiquiatra de Colombia; y Huamani Parvina, Frescia, medica psiquiatra de Perú.

E. Investigación APAL: “Salud Mental en América Latina durante la Pandemia de COVID-19: ¿Qué hemos aprendido y cuáles son las recomendaciones?": a la que ya nos referimos líneas arriba

Otros aspectos a mencionar son:

A. Administración y situación económica: APAL no tiene personería jurídica; lo que nos obligó a firmar un Convenio APAL/Asociación Psiquiátrica Peruana (APP), que ha permitido que se abra una cuenta en dólares a nombre de la APAL y que ha sido operador la APP, para el manejo financiero de

la institución Es necesario aclarar que la gestión anterior nos entregó las cuentas en rojo. El principal ingreso que hemos obtenido es por el Congreso APAL 2021, que se hizo conjuntamente con el Congreso de la APP; y no habiendo antecedentes se acordó de acuerdo con el Consejo Directivo APP que los excedentes del congreso se distribuyan. 60 % para APP Y 40% para APAL. Aceptar la propuesta del Consejo Directivo APP de que los excedentes obtenidos del congreso serían de 60 % para APP Y 40% para APAL (21 junio 2021).

B. Congreso APAL 2021: se realizó con bastante éxito el 26, 27 y 28 de agosto. Fue totalmente virtual, cumpliéndose el programa y los tiempos. Todas las esiones han sido grabadas, se nos ha entregado el contenido del congreso. Hubo 850 inscritos. Han participado casi todos los países. Logramos el auspicio de varias compañías farmacéuticas. El comité organizador tuvo destacada participación.

Antes de terminar, permítaseme expresar mi profundo agradecimiento al Comité Ejecutivo que me acompañó, quienes, con su entusiasmo, su inteligencia y su calidez personal hicieron trabajo más sencillo,

Finalmente, expresar que siempre hemos tenido clara nuestra vocación democrática, y por ello hemos fomentado la participación activa de nuestras Asociaciones y Sociedades bases en las decisiones y acciones que hemos tomado. APAL somos todos, no solo su Comité Ejecutivo. En ese sentido necesitamos mantener una comunicación de ida y vuelta entre el Comité Ejecutivo y las bases de APAL. La nuestra es una Institución democrática y eso no puede ser sólo un enunciado sino una práctica. Es necesaria nuestra voz y que esta sea escuchada. Como dijo el poeta peruano César Vallejo, "hay, hermanos y hermanas, muchísimo que hacer".

Tormentas, tinieblas y esbozos aurorales: la “nueva realidad” de la psiquiatría global

Storms, darkness and auroral sketches: the "New reality" of global psychiatry

Renato D. Alarcón

*Titular de la Cátedra Honorario
Delgado, Universidad Peruana
Cayetano Heredia, Lima, Perú;*

*Profesor Emérito de Psiquiatría,
Escuela de Medicina de la Clínica
Mayo, Rochester, Minnesota, EE.UU.*

Resumen Las diferentes secciones de este análisis intentan explorar la “nueva realidad” de la psiquiatría global mediante el examen de su pasado, su presente y el afronte de su futuro. Las llamadas cuatro “revoluciones psiquiátricas” a lo largo de su historia fueron periodos tormentosos que reflejaron, sin duda, enfrentamientos y antagonismos pero que, a la vez, generaron elementos promisorios de superación y cambio. Los conflictos-fuente en la psiquiatría universal de nuestros días son la polémica Ciencia-Humanismo, la relación Medicina-Psiquiatría, la proliferación de teorías y escuelas, psiquiatría biológica vs. socio-cultural, Salud Mental y Salud Pública, crisis climática y migraciones. Las fases de “tinieblas” incluyen las múltiples definiciones de Salud Mental, aspectos negativos de la educación e investigación psiquiátrica con énfasis en deficiencias en el adiestramiento psicoterapéutico, la deshumanización de la práctica y los desastres climáticos, naturales, sanitarios y sociales del mundo contemporáneo. Los esbozos aurorales de la “nueva psiquiatría” abarcan la creciente prioridad de la salud mental en el contexto de la salud pública, el empuje del movimiento de Salud Mental Comunitaria, el trabajo médico integrado (multidisciplinario), impacto tecnológico (i.e., tele-psiquiatría), cambios en el enfoque educativo y reafirmación de la esencia humana y humanística de la especialidad. Se pasa revista a la nueva realidad de la Psiquiatría Latinoamericana y a la imperecedera influencia de sus más destacadas figuras.

palabras clave: “Nueva realidad”, psiquiatría comunitaria, psiquiatría global, humanismo, psiquiatría latinoamericana.

Abstract *The different sections of this analysis attempt to explore the “new reality” of*

global psychiatry through the examination of its past, its current existence and the facing of its future. The so-called four “psychiatric revolutions” were stormy periods that reflected confrontations and antagonisms but generated, at the same time, promising elements of change and improvement. The conflict-sources in contemporary universal psychiatry are the Science-Humanism debates, the Medicine-Psychiatry relationship, the proliferation of theories and schools, biological vs. socio-cultural psychiatry, Mental Health and Public Health, climatic crises and migrations. The cloudy phases of this reality include the multiple definitions of Mental Health, negative aspects of psychiatric

*El autor no declara
conflicto de intereses*

education and research, particularly the training in psychotherapy, the dehumanization of clinical practice and the climatic, natural, health-related and social disasters of contemporary world. The dawning sketches of the “new psychiatry” encompass the growing priority of mental health in the public health context, the advances of the Community Mental Health Movement, the multidisciplinary integration of the medical work, technology’s impact (tele-psychiatry), changes in specialized teaching, and reaffirmation of its human and humanistic essence. The new reality of Latin American Psychiatry and the permanent influence of its most notable figures are reviewed.

Keywords: “New reality”, community psychiatry, global psychiatry, humanism, Latin American Psychiatry.

Introducción

Las singulares características de la psiquiatría como territorio clínico y cuando comparada con otras especialidades médicas, le confieren una naturaleza distintiva, que ha conducido a su designación, entre otras, como “la disciplina de los perennes comienzos” (1). Se trata no solamente de la compleja variedad de síntomas, síndromes y entidades nosológicas bajo su estudio, sino también de la multitud de rasgos de experiencia y sufrimiento de los seres humanos afectados. Al renovado interés en aspectos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales contra un telón de fondo en casi perpetuos cambios de orientación doctrinaria y/o pragmática, se añaden componentes de la investigación básica apoyada en una tecnología fascinante y millonaria y énfasis humanísticos nacidos de debates ideológicos, impactos socio-políticos o factores histórico-culturales sencillamente innegables (2).

Sobre estas multifacéticas bases, la historia de la psiquiatría ha conocido etapas epistemológicamente complicadas, en su afán de explicación de síntomas y cuadros clínicos variados. Tales etapas, de naturaleza etérea, animista, religiosa o teodemonológica, fenomenológica, existencial o científicista, han conducido a nuestra disciplina hacia la búsqueda tanto de bases bio-fisio-patológicas o experimentales como a intentos de auténtica comprensión inter-humana. Se trata de un “movimiento de opuestos” (3, 4), orientado tanto al desentrañamiento de las causas de la enfermedad mental como a la percepción pública de ésta y a los diversos grados de estima (de compasión a estigma, de comprensión a discriminación y hasta desprecio) que la sociedad y el resto de la profesión médica ofertan a la psiquiatría y a sus cultores.

La historia de la psiquiatría recibió, por cierto, sus iniciales fundamentos hermenéuticos en la forma de

postulados hipocráticos, cuestionamientos paracelsianos o aportes racionales de Galeno o Griesinger. Les sucedió la intolerancia obscurantista del Malleus Malleficarum de Sprenger y Kramer y del Tribunal del Santo Oficio. Así, al humanismo renacentista --que engendró la apertura de los primeros establecimientos para el cuidado de enfermos mentales en Europa-- sucedieron el hacinamiento y la promiscuidad de esos mismos “asilos de lunáticos” convertidos en símbolos de la estigmatización, el desamparo y la auto-negación de una sociedad incapaz de asociar a sus fastuosos oropeles cortesanos, el espectáculo de sus intrínsecas miserias (5, 6). En los siglos XVI y XVII, la psiquiatría fue solo la “hermana menor”, apéndice y minimizada, de una neurología pujante, avezada y audaz. El cerebro --se sabía ya-- presidía muchas de las llamadas funciones superiores, pero esta intuición se perdía en el debate bizantino de dualidades o dicotomías, predecesoras de polémicas que aun hoy, enarbolan pendones intolerantes y reduccionistas (7, 8). El concepto de Globalización --término más técnico pero, probablemente, menos gráfico y elocuente que el de “aldea global”-- se aplica hoy en día a las discusiones de todo orden en torno al presente y el futuro de la humanidad. Los avances en áreas de comunicación, información, movilizaciones poblacionales (i.e., migraciones) y disponibilidad de recursos tecnológicos hacen que, prácticamente, eventos o acontecimientos que tienen lugar en cualquier punto, grande o pequeño, del planeta provoquen repercusiones muchas veces impredecibles pero siempre intensas, en países o regiones física o geográficamente distantes y distintas (9, 10). Y, en esta época de descalabros climáticos evidentemente interminables, el lenguaje de este campo tiene aplicaciones no solo metafóricas sino también precisas para con la historia de la psiquiatría. Tal es

el enfoque de las diferentes secciones de este análisis, intento de exploración de la “nueva realidad” de una psiquiatría global que examina su pasado, vive su presente y afronta su futuro en medio de una sucesión de tormentas, una gama de tinieblas y asomos o esbozos aurales cargados de expectativas y esperanzas.

Tormentas en la historia de la psiquiatría

Dentro de la terminología climatológica, las tormentas entrañan tantas experiencias duras y agitadas, cuanto refuerzo potencial de cultivos y caudales de riego. La metáfora, en relación a la historia de nuestra disciplina, tiene que ver con periodos que reflejaron, sin duda, enfrentamientos y antagonismos pero que, a la vez, generaron elementos promisorios de cambio y superación. Los mejores ejemplos de tales tormentas son las llamadas “revoluciones psiquiátricas”, la primera de las cuales, expresión elocuente de gloriosos principios de la Revolución Francesa de fines del Siglo XVIII, condujo a la liberación de los pacientes mentales encadenados en las mazmorras de la Bicêtre. Este evento –y la leyenda de Pinel, su protagonista– simbolizaron la restitución de la dimensión humana de la enfermedad y de la dignidad de todo enfermo mental. El pendularismo histórico mencionado arriba –la realidad tormentosa de aquella época– se dio con la emergencia de un nuevo “biologismo” en los escritos de Griesinger, Esquirol o Conolly (3, 5).

La “segunda revolución psiquiátrica” fue, sin duda, la de Sigmund Freud y el psicoanálisis, iniciada en el pasaje del Siglo XIX al XX. Postulando el predominio de factores relativamente intangibles en el origen y el manejo del trastorno mental, el psicoanálisis trascendió el mero encasillamiento corporal o biológico en la circunstancia vital del paciente, reforzó la relación interhumana y el valor de la naciente psicoterapia y dejó claramente establecida la posibilidad del manejo ambulatorio de la dolencia mental. Freud y sus escuelas –muchas reconociéndolo como su Sumo Pontífice pero prontas a renegar, cambiar o distorsionar varios de sus postulados más sacrosantos– dominaron la escena psiquiátrica durante varias décadas de la primera mitad del Siglo XX (11, 12). No obstante, las tormentas desencadenadas por el credo freudiano fueron severas, no solo por el carácter dogmático de sus postulados (que crearon intolerancia, disidencias, críticas y divisionismos enconados) sino también por la imposibilidad de demostrar claras pruebas científicas de validez y apli-

cabilidad universal. Como evidencias de la exhaustibilidad histórica del psicoanálisis, las tormentas dentro y fuera de sus territorios doctrinarios resultaron, por ejemplo, en los primeros esbozos de la fenomenología descriptiva en Europa y la publicación de los trabajos de la primera generación de psiquiatras-genetistas (Kallman, Slater y otros) citando la incidencia familiar de los grandes síndromes psicóticos y su excesiva co-ocurrencia en gemelos univitelinos (13, 14).

Así, no sorprende que la “tercera revolución psiquiátrica”, la psicofarmacológica, comience en la década de los años 50 con la publicación de los trabajos de Delay y Deniker en La Salpêtrière. Con datos precisos y resultados demostrables y, en casos, dramáticamente efectivos, y en un escenario presto a recibir buenas nuevas en reemplazo de la agotada, fragmentada y mitologizada hegemonía freudiana, la revolución farmacológica casi inmediatamente empezó a crear, sin embargo, sus propias tormentas, nacidas de interpretaciones superficiales y apresuradas: la “magia de las pastillas”, la rapidez de la respuesta clínica en la que, paradójicamente, fueron los doctores los que buscaron “refugio” al lado de sus pacientes, con prescripciones masivas, menos tiempo dedicado al diálogo (para no mencionar psicoterapia), deshumanización de la relación psiquiatra-paciente, consideración de una “máquina malograda” (el cerebro) como razón única del padecimiento clínico, etc. (15).

Fue en la década de los años 60 que se inicia la “cuarta revolución psiquiátrica”, la de la llamada psiquiatría social o comunitaria, considerada en parte, respuesta a la automatización derivada del progreso psicofarmacológico y en parte expresión de una marcada liberalización en el ámbito político, particularmente en Estados Unidos y países de Europa Occidental. Basada fundamentalmente en la adjudicación de un rol etiopatogénico a factores sociales en el desarrollo de enfermedades y en la instrumentalización de agresivas políticas de salud pública destinadas a promover la salud mental y a prevenir la ocurrencia o el agravamiento de trastornos mentales (16, 17), la psiquiatría socio-comunitaria tuvo inicialmente las características de una cruzada romántica y liberadora, la “adolescencia profesional” descrita por Mandell (18). No sorprende que la iniciativa política se dio en los breves años de la administración Kennedy en la Casa Blanca, pero su acción más dramática y dañina tuvo lugar en el gobierno conservador de Ronald Reagan

que decretó la “desinstitucionalización” de la población de pacientes en hospitales psiquiátricos, es decir su alta sin una planificación ordenada. En un lapso menor de 10 a 15 años, el movimiento comunitario, naufragando ya en un océano de conflictos tormentosos, reproches, deudas, dudas y desmoralización, dio lugar a un fenómeno social que aun azota al país del norte: los “sin techo” (homelessness) (19) Es ésta, sin duda, una fase de tinieblas que se extiende hasta hoy y que, por lo mismo, será examinada más adelante.

El análisis de cada una de las revoluciones psiquiátricas muestra su carácter conflictivo, su basamento en principios alturados, promesas de logros trascendentes, desenlaces ambiguos, éxitos y fracasos, luces y sombras (no necesariamente tinieblas), relámpagos, truenos, vientos huracanados –tormentas. Su secuencia constituye un modelo extendido de salud y enfermedad (20), un listado de procesos que se convierten en telón de fondo de un futuro ineludible; hoy más que nunca estos factores adquieren profunda relevancia histórica, ya que de su afronte y manejo depende el advenimiento de tinieblas ennegrecedoras o el asomo promisor de auroras en ese futuro que nos espera.

¿Cuáles son, entonces, los conflicto-fuente de posibles tormentas en la psiquiatría universal de nuestros días? La siguiente es una lista resumida:

Ciencia y Humanismo: Es importantísimo posibilitar el tránsito de la polémica al diálogo entre estos dos poderosos componentes de conocimientos, acciones y emociones de los seres humanos, más aún de aquéllos que transitan por las sendas de la medicina, la salud y la salud mental (21, 22). La búsqueda y el logro de un genuino entendimiento son esenciales para la prevención de un serio conflicto doctrinario y fáctico.

Relación Medicina-Psiquiatría: ¿O tal vez mejor, Psiquiatría-Medicina?. Sea cual fuere el orden de la ecuación, su estructura entraña elementos de jerarquía, subordinación, dependencia vs. independencia, respetabilidad, amplitud de miras y cobertura teórica y práctica en el ejercicio de una y otra (23, 24). Son precisamente estas características las que, pese a su naturaleza aparentemente constructiva, configuran áreas de debate, críticas mutuas y desconocimientos deliberados.

Teorías y escuelas psiquiátricas: La multitud de orientaciones teóricas dentro de la psiquiatría y de ramas como la psicoterapia (25), constituyen significativa fuente de conflictos y debates en la historia, provocan-

do no solo desacuerdos o confusiones sino enfoques a veces irreconciliables, críticas militantes y asertos mutuamente excluyentes. La falta de enfoques genuinamente integrativos impide diálogos constructivos o soluciones válidas (26, 27).

Psiquiatría biológica vs. psiquiatría socio-cultural es una de las confrontaciones más acervas en el momento actual (28), tal vez acentuada por el indudable (y paradójico) avance de ambas orientaciones en épocas recientes. El escenario se complica por la injerencia de factores de tipo metodológico, económico/corporativo, ambiental y hasta político, con dicotomías marcadas y audiencias muchas veces incondicionales.

Salud Mental como prioridad en salud pública es materia de intensos debates caracterizados por demandas de mejores servicios y facilidades, mayores asignaciones presupuestales, más personal debidamente adiestrado, etc. La paradoja conflictiva se configura en base al hecho de que las autoridades responsables de materializar tales demandas no muestran desacuerdo alguno y reafirman más bien una y otra vez su apoyo a la causa; las más de las veces, lamentablemente, tales promesas no se traducen en realidades concretas (29, 30).

Crisis y cambios climáticos y Migraciones son dos ejemplos específicos de temas cuya consideración y manejo son materia de profundos desacuerdos a diversos niveles, incluido el de su repercusión en la salud mental de individuos y grupos comprometidos (31, 32). Muchos autores añadirían también guerras y trastornos socio-políticos en diversos países y regiones, con evidencia de un relevante impacto emocional en la población global (33).

Tinieblas de la psiquiatría global

Se ha dicho ya que el término “tinieblas” implica obscuridad profunda y una subsecuente incapacidad de percibir el escenario en el que individuos, grupos, comunidades e instituciones actúan cotidianamente. La psiquiatría actual, imbuida de su ropaje global por obra de la tecnología comunicacional e informativa, experimenta tinieblas de diversa magnitud en numerosos terrenos, generando con ellas confusiones e incertidumbres, en casos mucho más agudos e intensos que las de aquellas tormentas descritas previamente. Su duración puede ser, asimismo, más breve que la de las tormentas, pero su impacto puede ser más poderoso dado el efecto paralizante de la obscuridad total

a la que dan lugar. Las áreas afectadas pueden ser más circunscritas y, por ello, el daño infligido puede ser más intenso y profundo.

Enumeraremos enseguida temas y hechos que han generado tinieblas en la marcha de la psiquiatría global, particularmente en décadas recientes. Debe reiterarse que ellas están de uno y otro modo vinculadas a las tormentas, sea precediéndolas o sucediéndolas en el tiempo. Su carácter episódico o restringido no atenúa su seriedad o la magnitud de su impacto, aun cuando, al igual que en las tormentas, la psiquiatría emergerá de ellas mediante esbozos aurorales que marcarán la continuidad eterna de su historia.

He aquí el listado:

- **Salud Mental, definiciones y alcances:** Puede decirse que cada una de las cuatro “revoluciones psiquiátricas” provino de sendos periodos de profundas tinieblas. Si psiquiatría es un término relativamente joven en el campo de la medicina, salud mental es un concepto reciente que por muchas décadas ha estado tratando de ubicarse en el amplio escenario de la salud pública (34). Aun en el sacrosanto tablado de entidades como la Organización Mundial de la Salud, salud mental ha sido objeto de formulaciones y reformulaciones (35) que reflejan fundamentalmente obscuridades e incertidumbres conceptuales. Y no son pocos los casos en los que la dialéctica burocrática (local, nacional, regional o universal) perpetúa una insuficiente efectividad de definiciones y alcances.
- **Educación psiquiátrica:** Relegada por décadas a áreas reducidas de los currícula médicos, la psiquiatría ha tenido fases de práctica invisibilidad en la formación de muchas generaciones médicas. Sea de manera sistemática o inadvertida, su mensaje humanístico ha sido mediatizado y hundido muchas veces en el vacío de bromas, frases hechas o clichés pseudoliterarios (36). Al mismo tiempo (y en el contexto de otra paradoja) sus logros científicos o heurísticos han sido minimizados por investigadores del establishment (37). Finalmente, estas tinieblas han sido nutridas por evidentes deficiencias de personal, equipos y programas de educación médica y adiestramiento especializado.
- **Educación y entrenamiento en psicoterapia:** No cabe duda de que un aspecto crucial de la educación en psiquiatría es el adiestramiento en psicoterapia. Tal vez las tinieblas más poderosas en este terreno y en la época actual, radican en la significativa reducción de capítulos y programas curriculares en relación al tema, la crecientemente escasa atención que se presta a aspectos teóricos y prácticos de la psicoterapia en los programas de residencia psiquiátrica (38, 39), el abandono de la práctica psicoterapéutica por parte de psiquiatras de las nuevas generaciones en beneficio de psicólogos y otros profesionales de la salud mental (40). El foco bio-farmacológico en la formación y la práctica del psiquiatra de hoy (41) genera claro detrimento de un necesario afronte fenomenológico-clínico en la psiquiatría didáctica (42).
- **Investigación en psiquiatría:** Se trata de un área de desarrollo desigual, generado por diferencias en objetivos, metodologías, protocolos y propósitos, factores que, en última instancia, dan lugar a diferencias en apoyo y financiación sea de fuentes privadas o públicas. En términos más concretos, la investigación de tipo biológico, sea en ciencias básicas o áreas clínicas (i.e., psicofarmacología) cuenta definitivamente con más soporte financiero que la orientada a temas puramente clínicos (diagnóstico, nosología, psicopatología, con excepción de epidemiología) o psico-socio-culturales (43). En estos últimos, los hallazgos pueden reflejar realidades de difícil manejo. La diferencia deja un vacío difícil de cubrir, aun cuando es necesario reconocer que en los últimos años y debido a una variedad de circunstancias, este panorama ha tendido a mejorar.
- **Procesos de deshumanización de la práctica psiquiátrica:** Este es un fenómeno que debe su origen a una variedad de factores que dejan un saldo casi trágico de insensibilidad, distanciamiento afectivo y discriminación de las personas y grupos que sufren de padecimientos mentales o emocionales. Estigmatización es un hecho universal cuya creciente magnitud (acentuada por violencia, crueldad y hasta acciones criminales) obstaculiza poderosamente la concepción y aplicación de programas de atención y asistencia mental (44, 45). En otra dimensión, el uso muchas veces justificado, pero ocasionalmente excesivo, de recursos tecnológicos como tele-salud mental o telepsiquiatría ha contribuido a una suerte de despersonalización de la relación profesional-paciente

que, en casos, involucre hacia la total deshumanización (i.e., automatización o mecanización) del vínculo (46-48). Las tinieblas de este proceso se tornan más intensas cuando se examinan incidencia, prevalencia y cuadro clínico en función de los llamados “determinantes sociales de la salud mental” (49), tema cuya relevancia se ha intensificado en los últimos dos lustros.

- **Desastres climáticos, naturales, sanitarios y sociales:** Considerados individualmente o en conjunto, estos diferentes tipos de desastres constituyen probablemente la amenaza más seria a la salud del mundo, con especial énfasis en la salud mental ya que sus efectos e implicaciones alcanzan niveles profundos de la existencia humana. El calentamiento global suena, en ocasiones, como el anuncio de un nuevo apocalipsis (50); huracanes, tifones, terremotos, erupciones, incendios forestales son cada vez más intensos e incontrolables (51); los problemas sanitarios (y de todo tipo) descubiertos o desatados por la pandemia del COVID-19 a nivel mundial constituyeron desde su inicio la razón más elocuente para el desencadenamiento de la llamada “nueva realidad” global: la vida en este mundo ya no será igual a la de 50, 25 o tal vez solo 10 años atrás (52, 53); y last but not least, los desastres sociales, llámense guerras, violencia (doméstica, callejera, criminal, de género o política), conflagraciones civiles, tiroteos y matanzas, desórdenes públicos, corrupciones gubernamentales, etc. configuran el círculo tenebroso de un mundo azotado, las abrumadoras tinieblas que parecieran circundar a la “nueva realidad”. Los segmentos más dramáticos de esta realidad incluyen una percepción diferente de uno mismo y de “los otros”, una suerte de nueva conciencia de labor y deber, polarizaciones diferentes, un retorno de fe y nociones religiosas, concepciones diferentes de individualismo o socialización, barreras socio-económicas transformadas, incremento de un estilo de realidad virtual y vida digitalizada (incluida la telemedicina) y cambios en el vínculo familiar (54).

Esbozos aurales en la psiquiatría contemporánea

Mas no todo es desaliento o desesperanza. Si bien la salud mental de la población global ha sido y sigue siendo duramente golpeada transcurrido casi un cuar-

to de este siglo y las profesiones de la salud mental en el mundo (concretamente la psiquiatría) han tenido y tienen que responder a retos nunca antes enfrentados (con COVID-19 como símbolo irreprochable), jamás podrá decirse que la salud mental ya no existe o que la profesión psiquiátrica (y todas las que tienen que ver con ella) ha sido doblegada. Por el contrario, a lo largo del mundo (y en nuestro continente, por cierto) han surgido héroes de nueva factura que no vacilaron en afrontar incluso la muerte para responder al desafío de un virus cruel o a las deficiencias de un sistema no preparado, han emergido poblaciones y comunidades plenas de solidaridad y coraje, de fe y de aliento. Así, ante las tormentas y sus tinieblas, el mundo, la comunidad mundial ha iniciado una respuesta de esbozos aurales, de luz al final de un túnel despiadado, de esperanzas y posibilidades.

Es necesario reconocer y definir claramente la “nueva realidad” en el mundo porque ella traerá consigo una “nueva realidad” en nuestra profesión. COVID-19 descorrió el telón de un escenario cuyos componentes no eran solo vinculados al ataque viral. Actualizó comprobaciones reales, antes solo intuitas. Y la psiquiatría ha asumido esa nueva realidad con entereza, con una identidad renovada y una determinación fortalecida.

Scull (55) describió recientemente, con objetividad rayana en crudeza, los rasgos de la psiquiatría de hoy y los desafíos así generados. El hecho de que se refiera mayormente a la situación en Norteamérica no disminuye su vigencia en otras regiones. Así, a la declinación del psicoanálisis y a la influencia creciente de genética y neurociencias y del enfoque biológico de la enfermedad mental, añade comentarios sobre la limitada utilidad clínica de estos últimos y el colapso de la des-institucionalización. El proceso diagnóstico mantiene todavía una base predominantemente fenomenológica y, por lo mismo, controversial, acentuada por el incierto predominio de la industria farmacéutica (56). En suma, el artículo concluye con una exposición de la crisis actual de la psiquiatría contemporánea: su énfasis biológico, sus incertidumbres diagnósticas y terapéuticas, dudas acerca del futuro de la investigación y la incapacidad de reducir las cifras de excesiva mortalidad en la población con cuadros mentales. Se trata pues de una tormenta persistente, con tiniebla pocas más que ocasionales pero con las tenues luces de un amanecer que puede aún ser gris pero también inminente, inevitable y esperado.

La “nueva realidad” del panorama de la salud y la salud mental, impuesta en buena medida por los estragos causados por COVID-19 a nivel global, está dando lugar –como ya se ha dicho– a una nueva realidad en la psiquiatría a lo largo del mundo. ¿Cuáles son los puntos más saltantes de esta configuración contemporánea de nuestra especialidad? Veamos:

Prioridad de la salud mental en el contexto de la salud general de la población y de la salud pública, en particular. Los pronunciamientos de instituciones rectoras de la salud a nivel mundial y local, de autoridades y profesionales de la salud y –sobre todo– la demanda vigorosa y hasta militante de la población en procura de cambios drásticos en la dotación de presupuestos, recursos y equipos para la atención en salud mental, permite predecir un nuevo amanecer de promesas sinceras y realizaciones concretas. Vale la pena señalar que la llamada Psiquiatría de Precisión ha llenado algunas de estas necesidades ontológicas (57, 58).

El movimiento de Salud Mental Comunitaria ha recuperado iniciativa y empuje en muchos países, particularmente en los de medianos y bajos ingresos, en uso, que se espera sea diligente, de las lecciones dolorosamente aprendidas hace varias décadas y con recursos apropiados y mecanismos de trabajo que permitan el claro cumplimiento de sus fines: servicio definitivamente orientado a la comunidad, con activa participación de ella, con el objetivo claro de intervenciones tempranas y efectivas de naturaleza preventiva (de cuadros agudos, cronicidad, recaídas y eventos dramáticos como la proliferación de la violencia, adicciones y epidemias de conductas suicidas), entre otros (59, 60).

Lo anterior implica también la incorporación de principios de trabajo médico integrado, es decir multidisciplinario, que cuente con la participación activa de varias profesiones (desde el psiquiatra hasta el capellán, pasando por psicólogo, enfermera, asistente social, asistente médico, terapeuta ocupacional y otros), laborando en una atmósfera de respeto mutuo y competencia demostrada (61). Se debe reforzar asimismo la participación de familiares en el manejo cotidiano de casos tanto en consulta externa como en programas de Cuidado Diario y hospitalizaciones deseablemente breves. El contexto de la Atención Primaria (62), activamente cultivado en décadas recientes, posibilita también la instauración de este enfoque.

Se ha señalado anteriormente que tele-salud mental y tele-psiquiatría han llegado a esta era para que-

darse en ella. Como testimonios claros de una tecnología progresista y sofisticada, los beneficios que pueden derivarse de estos manejos (47, 63) superan ciertamente a sus posibles desventajas, sobre todo si practicados con clara conciencia de objetivos y procedimientos. Queda claro que el adiestramiento en este campo debe ser sistemáticamente mejorado y adaptado a diversas situaciones clínicas.

Otro factor que apunta a la esperanza de un amanecer límpido en etapas futuras es la mejoría consistente que debe imponerse a los programas de educación médica, adiestramiento psiquiátrico, diagnóstico, especializaciones y sub-especializaciones, además de planes y proyectos de investigación (64). Hay ya alguna evidencia del abandono de posiciones antagónicas en los terrenos de la investigación biológica (básica) y estudios psico-socio-culturales (65), con el reconocimiento de que la búsqueda de, por ejemplo, “marcadores biológicos” se justifica en buena medida y debe continuar a pesar de dificultades hoy por hoy bastante reconocidas. La Carga Global de Enfermedad (GBD, sigla en inglés de Global Burden of Disease) (66), justifica plenamente que el manejo más efectivo de todo caso clínico es el de una sistemática integración de intervenciones (medicación, psicoterapia, trabajo/entretimiento grupal, comunidad terapéutica, participación familiar, etc.) (67, 68).

El trasfondo de los cambios aquí esbozados tiene, sin duda, su base más sólida en el legado histórico de la psiquiatría como actividad sustancialmente humana. La nueva realidad de la psiquiatría global se nutre de los ingredientes que inspiraron a los héroes legítimos de nuestra disciplina en todas las latitudes de la tierra, los Kraepelin, Jaspers, Kleinman, Kandel, Delgado, León, Pierce, Pichot y muchísimos más. Cada país, cada región, cada continente posee el preciado cartabón de clínicos, pensadores, maestros e investigadores que dieron a la psiquiatría de sus tiempos el matiz de eternidad que la ha guiado tanto en épocas brillantes y sosegadas como en periodos oscuros y tormentosos. Diversificación y enriquecimiento de perspectivas, implementación de cambios y búsqueda constante de respuestas han sido y son esenciales en el manejo de formidables desafíos (69). Pareciera que el actual es un periodo de crisis y tormentas, razón por la cual invocar a aquellas figuras es obligación y deber en la búsqueda de esbozos aurorales. Humanismo y Ciencia tienen una vez más, la oportunidad de encuentros fructíferos (70).

La nueva realidad de la psiquiatría latinoamericana

No cabe duda de que América Latina es uno de los escenarios con detalles más dramáticos en el desdramatamiento de la “nueva realidad” en el terreno de la salud mental, a punto de partida de COVID-19. Con cifras enormemente altas de incidencia, admisiones a UCIs y prevalencia (de ansiedad, depresión, trastorno de estrés post-traumático, adicciones y violencia multiforme), mortalidad y secuelas variadas (71), nuestro continente se convirtió en muestrario de errores y aciertos, de cifras dramáticas, actitudes demagógicas de ciertos líderes políticos y respuestas y gestos ejemplares de trabajadores de la salud en diversas áreas. La salud mental de la población latinoamericana se convirtió en tema de crítica relevancia y de actualidad innegable, retrotrayendo nociones de cuestionamiento de valores, objetivos e identidad, sensaciones de desbalance, opresión y dependencia –un modelo “colonial” (72). Las tormentas y las tinieblas examinadas en páginas precedentes tuvieron y tienen vigencia cabal en América Latina. Es de esperar que sobrevengan auroras de esperanza y de cambio.

En primer término, las autoridades políticas y sanitarias de todos y cada uno de los países deben asumir sus responsabilidades con determinación y transparencia. La asignación de presupuestos decentes, adecuadamente instalados y de distribución ágil y realista, es indispensable. Psiquiatría Comunitaria, Emergencias y Atención Primaria deben operar dentro de criterios de complementariedad y coordinación. Tele-psiquiatría debe utilizarse de preferencia en zonas apartadas o aisladas, con aplicación cuidadosa de enfoques psicoterapéuticos y preventivos que se juzguen necesarios (73).

El ejemplo de próceres de la psiquiatría latinoamericana en los terrenos de práctica clínica, educación e investigación (74), así como el recuerdo de quienes entregaron sus vidas en las líneas de vanguardia contra la agresión viral, deben ser constantemente invocados, no como asertos demagógicos sino como sincera expresión de que Latinoamérica tiene muchas razones para continuar siendo llamado “el continente de la esperanza” (75, 76).

Referencias bibliográficas

1. Alarcón R.D. La disciplina de los perennes comienzos: Dilemas de la psiquiatría contemporánea. En: Desde nuestra propia entraña. Homenaje al Prof. Javier Mariátegui (Alarcón R.D., Castro J., Cipriani E., Eds.). Lima: Fondo Editorial Cayetano Heredia, pp. 117-141.
2. Kirmayer L., Pedersen D. Toward a new architecture for Global Mental health. *Transcult Psychiatry*. 2014; 51(6):759-776. doi: 10.1177/1363461514557202.
3. Saurí J. Historia de las ideas psiquiátricas. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Carlos Lohlé, 1969.
4. Rovaletti M.L. Posibilidad y límites del horizonte de comprensión de la Psiquiatría. *Vertex*. 2010; 31: 413-417.
5. Mora G. Historical and theoretical trends in Psychiatry. En: *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III* (Kaplan H.J., Freedman A.M. y Sadock B.J., Eds.) Vol. 1. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1980, pp. 4-98.
6. Foucault M. *Madness and Civilization*. New York, NY: Pantheon Books, 1965.
7. Klerman G.L., Vaillant G.E., Spitzer R.L. & Michels R.A. Debate on DSM-III. *Am. J. Psychiatry*. 1984; 141:539-553.
8. Stoller R.J. Psychiatry’s Mind – Brain Dialectic or The Mona Lisa has no eyebrows. *Am. J. Psychiatry*. 1984; 141: 554-558.
9. Collins P.Y., Pringle B.A. Building a global mental health research workforce. *Perspectivas from the National Institute of Mental Health. Acad Psychiatry*. 2016; 40(4): 723-726.
10. Zhou W., Yu Y., Yang M., Chen L., Xiao S. Policy development and challenges of global mental health: a systematic review of published studies of national-level mental health policies. *BMC Psychiatry*. 2018; 18: 138-146. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1711-1>.
11. Assoun P-L. *Introducción a la epistemología freudiana*. México D.F.: Siglo XXI Editores, 1982. 211 pp.
12. Gay P. *Freud. A life for our time*. New York, NY: Penguin Books, 1988. 810 pp.
13. Gherson E.S., Merrill C.L., Goldin L.R. et al. The role of Molecular Genetics in Psychiatry. *Biol Psychiatry*. 1987; 22: 1388-1405.
14. Pardes H., Kaufman C.A., Pincus H.A. et al. *Genetics and Psychiatry: Past discoveries, current dilemmas and future directions*. *Am. J. Psychiatry*. 1989; 146: 435-443.
15. Kubie L.S. The retreat from patients. An unanticipated penalty of the full-time system. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1971; 24: 98-106.
16. Engel G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196: 129-136.
17. Arthur R.J. *Social Psychiatry: An overview*. *Am. J. Psychiatry*. 1973; 130: 841-849.

18. Mandell A.J. Western humanism, modern liberal politics and psychiatric training: Friends or foes?. *Am. J. Psychiatry*. 1973; 130: 529-531.
19. Arana J.D. Algunos obstáculos teóricos en la praxis de la psiquiatría comunitaria. Consideraciones culturales. En: Desde nuestra propia entraña. Homenaje al Prof. Javier Mariátegui (Alarcón R.D., Castro J., Cipriani E., Eds.). Lima: Fondo Editorial Cayetano Heredia, pp. 169-183.
20. Listopad I.W., Esch T., Michaelsen M.M. An empirical investigation of the relationship between Spirituality, Work culture and Burnout: The need for an extended health and disease model. *Front. Psychol.* 2021; 12: 723884. doi:10.3389/psyg.2021.723884.
21. Llinás R. *I of the Vortex. From neurons to Self*. Boston, MA: MIT Press, 2002
22. Alarcón R.D. De la polémica al diálogo: Dicotomías e itinerarios de la Medicina Moderna. En: Universidad Cayetano Heredia: 60 años al servicio de la Humanidad y la Ciencia (R.D. Alarcón y G.S. Alarcón, Editores). Lima, Perú: Fondo Editorial UPCH, 2021, pp. 964-995.
23. Skinner BF. *Science and Human Behavior*. New York: The Free Press. 1953.
24. Farrel BA. *Philosophy and Psychiatry. Some reflections on the nature of Psychiatry*. En: *The scientific foundations of Psychiatry, Handbook of Psychiatry 5* (M. Shepherd, Ed.) Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1985.
25. Ellenberger H. *The discovery of the Unconscious: The history and evolution of Dynamic Psychiatry*. New York, NY: Basic Books, Perseus Books Groups, 1970.
26. Rovalletti M.L. *Antropología Clínica: entre la Filosofía de la Psiquiatría y las Ciencias Humanas*. Vertex, 2018; 29: 349-360.
27. Lieberman J.A. *Shrinks. The untold story of Psychiatry*. London, U.K.: Weidenfeld and Nicolson, 2015. 342 pp.
28. Nordenfelt L. Towards a holistic theory of health. In: *On the nature of health: an action-theoretic approach*, Vol. 26 (L. Nordenfelt, Ed.) Dordrecht: Springer, 1987, pp. 35-104.
29. Hadlaczky G.S., Hokby S., Mkrтчian A., Carli V & Wasserman D. Mental Health First Aid is an effective Public Health intervention for improving knowledge, attitudes and behavior: A meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*, 2014. 26(4): 467-475. doi: 10.3109/09540261.2014.924910.
30. Montori V. *Why we revolt?. A patient revolution for careful and kind care*. Rochester, MN: The Patient Revolution, 2017.
31. Clauss-Ehlers C.S. (Ed.) *Community Psychology. Interdisciplinary and contextual perspectives*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press, 2022.
32. Jurado D., Alarcón R.D., Martínez-Ortega J.M. et al. Factors associated with psychological distress or common mental disorders in migrant populations across the world. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 2017. 10(1): 45-58.
33. Murthy R.S. and Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*, 2006. 5(1): 25-30.
34. Saraceno B., Freeman M., Funk M. *Public Mental Health*. En: *Oxford Textbook of Public Health*, 5th. Ed. New York, NY: Oxford University Press, 2009, pp. 1081-1100.
35. Pan American Health Organization. *Plan of Action on Mental Health 2015-2020*. Rev 1. Washington DC: October 3, 2014.
36. Snow CP. *The two Cultures and a Second Look*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1986.
37. Guze S. *Why Psychiatry is a branch of Medicine*. New York, NY: Oxford University Press, 1992.
38. Kovach J.G., Dubin W.R., Combs C.J. *Psychotherapy training: Residents' perceptions and experiences*. *Acad Psychiatry*, 2015; 39(5): 567-574. doi: 10.007/s40596-014-0187-7.
39. Alarcón R.D., Craig T.J., Fitz M., Baldessarini R.J. A critical moment in Psychiatry: The need for a meaningful psychotherapy training in Psychiatry. *Psychiatric Times*, Feb. 28, 2020. Accessible at: <https://www.psychiatrictimes.com/couch-crisis/critical-moment-psychotherapy-need-meaningful-psychotherapy-training-psychiatr>.
40. Binder R. Should Psychotherapy remain part of Psychiatry? *Psychiatric News*, Jan. 29, 2016. <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2016.2a11>.
41. Vásquez G.H. The impact of psychopharmacology in contemporary Clinic Psychiatry. *Can. J. Psychiatry*, 2014; 59: 412-416.
42. Larsen R.R., Maqochiao L.F., Piedade V.I., Messas G., Hastings J. More phenomenology in Psychiatry?. *Applied ontology as a method towards integration*. *The Lancet Psychiatry*, July 8, 2022. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(22\)001560](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(22)001560).
43. Alegría M., Atkins M., Farmer E., Slaton E., Stelk W. One size does not fit all: Taking diversity, culture and context seriously. *Adm Pol Ment Health and Ment Health Serv Res*, 2010; 37(1-2): 48-60. doi: 10.1007/s10488-010-0283-2.
44. Metz J.M., Hansen H. Structural competence: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci & Med*, 2014; 103: 126-133. doi: 10.1016/j.socsimed.2013.06.032.
45. Mak W.W.S., Poon C.Y.M., Pun L.Y.K., Cheung S.F. Meta-analysis of stigma and mental health. *Soc Sci & Med.*, 2007; 65(2): 245-261. Accessed in: <https://doi.org/10.1016/j.socsimed.2007.03.015>.
46. Kimayer L.J., Jarvis G.E. Culturally responsive services as a path to equity in Mental healthcare. *Healthcare Papers*, 2019; 18(2): 11-23.
47. Aggarwal N.K., Lam P., Castillo E.G., Weiss M.G., Diaz E., Alarcón R.D., van Dijk R. et al. How do clinicians prefer cultural competence training? Findings from the DSM-5 Cultural Formulation Interview field trial. *Acad Psychiatry*, 2015. Published online, Oct. 8, 2015. doi: 10.1007/s40596-015-0429-3.

48. Verduin M.L., Boland R.J., Guthrie T.M. New directions in medical education related to psychiatry. *Int Rev Psychiatry*. 2013; 25: 338-346.
49. Compton M.T. & Shim R.S. (Eds.) *The social determinants of Mental Health*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2015.
50. Singer S.F., Legates D.R., Lupo A.R., Seltz F., Happer W. *Hot talk, cold science. Global warming's unfinished debate* (3rd. Ed.). New York, NY: Independent Institute – Barnes & Noble, 2021.
51. Mann M.E. *The new climate war*. New York, NY: Public Affairs. E-book.2021. 272 pp.
52. Lim M.H., Qualter P., Thurston L. et al. A global longitudinal study examining social restrictions severity on loneliness, social anxiety and depression. *Front Psychiatry* 13: 818030. doi: 10.3389/fpsy.2022.818030.
53. Leary R., Asbury K. Alone in the COVID-19 lockdown: An exploratory study. *Anal Soc Issues Public Policy*. 2022; 1-23. doi: 10.1111/asap/12317.
54. *Político Magazine*. Coronavirus will change the world permanently. Here is How. Published on 03/19/2020. www.politico.com.
55. Scull A. American psychiatry in the new millennium: a critical appraisal. *Psychol Medicine* 1-9. <https://doi.org/1017/S00332917210091975>.
56. Alarcón R.D. Global Mental Health and systems of diagnostic classification: Clinical and cultural perspectives. *Acta Bioethica*. 2016; 22(1): 15-25.
57. Köhne A.C.J., van Os J. Precision Psychiatry: promise for the future or rehash of a fossilized foundation?. *Psychological Medicine* 1-3, 2021. <https://doi.org/10.1017/S0033291000271>.
58. Češková E, Silhan P. From Personalized Medicine to Precision Psychiatry? *Neuropsychiatr Dis & Treatment*, 2021. 17: 3663-3668.
59. Alarcón-Guzmán R.D., Castillo-Martell H. The role of Community Mental Health in a new architecture of World Psychiatry and Global Mental Health. *Salud Mental*, 2020. 43(5). E-pub 12 Nov. 2020. <https://doi.org/10.17711.sm.0185-3325-2020.032>.
60. *The Lancet Psychiatry*. Prevention is better than cure (Editorial). Vol. 9, p. 601, August 2022.
61. Perna G., Nemeroff C.B. Can personalized medicine mitigate confirmation bias in mental health?. *Braz J Psychiatry*, 2021; 00:000-000. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2021-0032>.
62. Elder A., Holmes J. (Eds.) *Mental Health in Primary Care. A new Approach* (Oxford General Practice) (28th. Ed.). New York, NY: Oxford University Press, 2002.
63. Katzman J., Abbas A, Coughlin P, Arosa S. Building connections through teletechnologies to augment resident training in psychodynamic psychotherapy. *Acad Psychiatry*. 2015; 39: 110-113.
64. Kirmayer L.J. Cultural competence and evidence-based practice in mental health: Epistemic communities and the politics of pluralism. *Soc Sc & Med*. 2012. 75: 249-256.
65. Di Nicola V. The Global South: An emergent epistemology for Social Psychiatry. *World Soc Psychiatry*, 2020. 2(1): 20-26. Doi: 10.4103/WSP.WSP_1_20.
66. Ferrari A.J., Santomauro D.F., Mantilla Herrera A.M., Shadid J., Ashbaugh C. et al. (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. Published online Jan. 10, 2022. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3).
67. Neely A.H. The art of medicine. The roots of social medicine: a story of relationships. *The Lancet*, Vol. 399, April 9, 2022, pp. 1376-1377.
68. Ambriz González R., Bortolotti L. The appeal and challenges of an integrative approach to psychiatry. *Braz J Psychiatry*, 2021; 00:000-000. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2021-0035>.
69. Di Nicola V., Stoyanov D. Psychiatry in crisis. At the crossroads of Social Sciences, the Humanities and Neuroscience. New York, NY: Springer Nature, 2021. 174 pp.
70. *The Lancet Psychiatry* (Editorial). Where are we going?. Vol. 9, March 2022.
71. Zhang S.X., Batra K., Xu W., Liu T., Kechen Dong R. et al. Mental disorder symptoms during the COVID-19 pandemic in Latin America – a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Vol. 31. Published online by Cambridge University Press, April 19, 2022. doi: <https://doi.org/10.1017/S2045796021000767>.
72. Rivera-Segarra E., Mascayano F., Alnasser L., van der Ven E., Martínez-Alés G. et al. Global mental health research and practice: a decolonial approach. *The Lancet Psychiatry*, Vol. 9, July 2022. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00043-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00043-8).
73. Alarcón R.D., Lolas F., Mari, J.J., Lázaro J., Baca-Baldomero, E. Latin American and Spanish-speaking perspectives on the challenges of global psychiatry. *Braz J Psychiatry*. 2019; 00.000-000. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0397>.
74. Alarcón R.D. *Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana. Voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria*. México D.F.: Siglo XXI Editores, 1990.
75. Alarcón R.D. *Psiquiatría Latinoamericana: ¿Quo Vadis hoy?*. En: *Conciencia Histórica de la Psiquiatría* (9ª. Entrega). (Miguel Gutiérrez F. y José L. Mediavilla Ruiz, Coordinadores, Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental). Madrid, España: HiFer Artes Gráficas, 2019, pp. 87-122.
76. Alarcón R.D. *Los mosaicos de la esperanza. Reflexiones en torno a la Psiquiatría Latinoamericana*. Caracas, Venezuela: APAL, 2003. 232 pp.

Hacia la puesta en práctica de un modelo integral de atención en Salud Mental en Colombia: avances, retos, oportu- nidades y propuestas

Towards putting a model into practice comprehensive mental health care in Colombia: progress, challenges, opportunities and proposals

Jairo M. González-Díaz

Centro Rosarista de Salud Mental –
CERSAME, Escuela de Medicina y
Ciencias de la Salud, Universidad del
Rosario. Bogotá, Colombia

Clínica Nuestra Señora de la Paz.
Bogotá, Colombia

Unidad de Esquizofrenia, Instituto
Clínic de Neurociencias, Hospital
Clínic, Universidad de Barcelona.
Barcelona, España

Iván Darío González Ortiz

GRESSA, Salud para el desarrollo.
Bogotá, Colombia

Ana F. Olarte Armenta

Investigación Clínica, Centro de
Investigaciones del Sistema Nervioso
– Grupo Cisne SAS. Bogotá, Colombia

Gabriela Ferrero Rincón

GRESSA, Salud para el desarrollo.
Bogotá, Colombia

Martha Patricia Saavedra

Centro Rosarista de Salud Mental –
CERSAME, Escuela de Medicina
Ciencias de la Salud, Universidad del
Rosario. Bogotá, Colombia

Centro de Investigaciones del Sistema
Nervioso – Grupo Cisne SAS. Bogotá,
Colombia

María Isabel Ospina Patiño

GRESSA, Salud para el desarrollo.
Bogotá, Colombia

Juan Fernando Cano Romero

Centro de Investigaciones del Sistema
Nervioso – Grupo Cisne SAS.
Bogotá, Colombia

Centro Rosarista de Salud Mental –
CERSAME, Escuela de Medicina y
Ciencias de la Salud, Universidad del
Rosario. Bogotá, Colombia

Yuli León Vanegas

GRESSA, Salud para el desarrollo.
Bogotá, Colombia

Samuel García de Vargas

Institución: GRESSA, Salud para el
desarrollo. Bogotá, Colombia

Diana C. Zamora Rondón

Centro Rosarista de Salud Mental –
CERSAME, Escuela de Medicina y
Ciencias de la Salud, Universidad del
Rosario. Bogotá, Colombia

Rodrigo Córdoba Rojas

Centro de Investigaciones del Sistema
Nervioso –GRUPO CISNE SAS.
Bogotá, Colombia

Centro Rosarista de Salud Mental –
CERSAME, Escuela de Medicina y
Ciencias de la Salud, Universidad del
Rosario. Bogotá, Colombia

autor de correspondencia

Rodrigo Córdoba Rojas

rodrigo.cordoba@grupocisne.org

Calle 173ª No 65-85 Bogotá-Colombia

Resumen Los trastornos mentales constituyen la principal causa de discapacidad relacionada con la salud en todo el mundo. Aunque en Colombia hay un amplio portafolio normativo que reglamenta la atención en psiquiatría, su puesta en práctica de una manera óptima ha sido difícil por cuenta de las tensiones propias del sistema de salud, la ausencia de un enfoque explícito en recuperación y rehabilitación, la escasa integración entre el enfoque biomédico y comunitario y el énfasis en atención especializada sobre la atención primaria. En este artículo de revisión brindamos un resumen de la situación en salud mental en el país y el escenario normativo nacional y proponemos un modelo integral de atención en salud mental que dé respuesta a sus falencias en la práctica.

palabras clave: Salud mental, Sistema de salud, Modelo de salud, Retos y oportunidades en salud mental

Abstract *Mental disorders are the leading cause of health-related disability worldwide. Although in Colombia there is a broad regulatory portfolio that regulates psychiatric care, its optimal implementation has been difficult due to the tensions inherent in the health system, the absence of an explicit focus on recovery and rehabilitation, the limited integration between the biomedical and community approach and the emphasis on specialized care over primary care. In this review article we provide a summary of the mental health situation in the country and the national regulatory scenario, and we propose a comprehensive model of mental health care that responds to its shortcomings in practice.*

Keywords: *Mental health, Health system, Model of mental health, Challenges an opportunities in mental health*

Introducción

Los trastornos mentales constituyen la principal causa de discapacidad relacionada con la salud en todo el mundo (1). En este contexto, varios países alrededor del mundo han planteado nuevas normativas o reformas a sus planes y servicios en el transcurso de los últimos 30 años, mayoritariamente en Europa (2–4). Sin embargo, y tal y como lo reporta el Atlas de Salud Mental de la OMS en su versión 2020, el gasto público para la salud mental en general es bajo (aún más limitado en países de ingreso medio y bajo) y especialmente destinado a hospitales psiquiátricos y no a servicios comunitarios (3). La OPS en su Atlas de salud mental en las Américas del 2017 (5) destaca que los recursos humanos y financieros asignados para salud mental son escasos y limitan la implementación de los planes nacionales: a nivel regional la mediana del número de trabajadores de salud mental es de 10,3 por 100.000 habitantes, en una variación extrema que va desde 1 profesional en países de bajos ingresos, hasta 236 profesionales en el subgrupo Estados Unidos y Canadá.

En este sentido, es evidente la existencia de una creciente brecha de acceso y tratamiento en salud mental, conllevando a que quienes más lo necesiten carezcan de acceso oportuno y eficaz a la atención (6,7). De hecho, los países de mayores ingresos, además de gastar en los servicios de salud mental una proporción superior de sus presupuestos de salud, parecen asignarlos de forma más eficiente, alcanzando no sólo para los hospitales neuropsiquiátricos, sino tomando como base la integración de la salud mental en la atención primaria y los recursos comunitarios (8). En este documento se presenta la situación actual de la salud mental en Colombia con especial énfasis en los avances que se han presentado en los últimos años, los retos y oportunidades a los que está expuesta y las propuestas que exponemos de cara a la puesta en práctica de un modelo de atención eficaz e integral.

Escenario normativo nacional

A nivel internacional se han establecido diferentes instrumentos jurídicos enfocados en el mejoramiento del acceso y la atención y la promoción del reemplazo del hospital psiquiátrico por alternativas comunitarias de atención de los cuales el Estado colombiano ha sido signatario, tales como la Declaración de Caracas, la Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental

para la región de las Américas de la OPS/OMS, el Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2020 de la OMS, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible definida por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). En el país se han redactado múltiples políticas, programas y planes encaminados hacia el cuidado de la salud mental de los individuos y las poblaciones (como los Lineamientos de política de salud mental para Colombia de 2005, la Política nacional del campo de la salud mental de 2007 con su Propuesta de Ajuste de 2014 y su respectivo Plan de Acción 2014- 2021, el Decreto 3039 de 2007, Ley 1414 “de Epilepsia” de 2010, la Resolución 1841 de 2013, los Lineamientos Nacionales de la Rehabilitación Basada en la Comunidad de 2014, la Resolución 0518 de 2015 y la Resolución 3100 de 2019), el acceso a servicios a través del plan de beneficios (como la Ley 1438 de 2011, la Resolución 5521 de 2013 y la Política de Atención Integral en Salud-PAIS de 2016), la atención diferencial a víctimas del conflicto armado (como la Ley 1448 de 2011 y el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) de 2017), la prevención y el manejo del consumo de sustancias psicoactivas (como el Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021 y la Resolución 089 de 2018). 172

Punto aparte requiere la Ley 1616 “de Salud Mental” de 2013 que se propuso garantizar el ejercicio pleno del derecho a la Salud Mental a la población colombiana y estableció los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital a través de múltiples dispositivos de atención integrados entre sí. Con esta política se esperaba que para el año 2021, el país lograra el “goce efectivo del derecho a la salud mental mediante su posicionamiento en la agenda pública y la respuesta social organizada desde diferentes sectores, bajo la responsabilidad indelegable del estado”. También instauró la necesidad de capacitación y formación de los equipos básicos de salud) la cual se ha venido realizando en el país mediante cursos como el mental health Gap Action Programme de la OMS y contempló la garantía de la participación comunitaria y la inclusión de las asociaciones de usuarios y familiares.

Esta ley fue reglamentada e implementada por el De-

creto 658 de 2013, que planteó un cronograma y unos responsables para definir las modalidades y los servicios para la atención integral e integrada en salud mental, definir el consejo nacional de salud mental, la política nacional de salud mental, la capacitación y formación de los equipos básicos en salud, el plan de beneficios y el observatorio nacional de salud mental, entre otras estrategias. El énfasis en el fortalecimiento de redes de apoyo social, familiar y comunitario, la articulación con iniciativas intersectoriales, el reconocimiento de otras culturas y saberes, la cualificación de los dispositivos de base comunitaria y el enfoque en rehabilitación e inclusión fue refrendado por la Resolución 4886 de 2018. Asimismo, anualmente se ha actualizado la lista de medicamentos, procedimientos y servicios financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (la versión más reciente corresponde a la Resolución 2481 de 2020). El CONPES 3992 de 2020 garantizó el presupuesto para la promoción de la salud mental entre 2020 y 2024 intentando atacar las principales situaciones asociadas al deterioro de salud mental en la población colombiana en los últimos 20 años: baja coordinación intersectorial, barreras en los entornos para el cuidado de la salud mental y bajo desarrollo de competencias socioemocionales de las personas para afrontar los sucesos adversos y limitaciones en la atención integral e inclusión social de personas con problemas o trastornos mentales.

No obstante, todos estos esfuerzos, no se ha logrado la homogenización de un modelo de actuación en salud mental y, como sucede en múltiples situaciones de salud pública, el país tiene un comportamiento disímil, irregular e inequitativo de acuerdo con el desarrollo y necesidades de cada región.

Los determinantes de la salud mental y el talento humano en el país

Las tasas de incidencia en salud mental están relacionadas con múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos que causan muerte y discapacidad. Algunos de estos factores que cobran especial relevancia en nuestro contexto incluyen:

- Las adversidades socio históricas a las que ha estado expuesta la población (9), especialmente la violencia y el desplazamiento forzado (10,11).
- Las características propias del sistema de salud

(del cual se percibe una priorización de la rentabilidad de los servicios privados sobre los servicios públicos de salud), sus limitaciones para la prestación de servicios y el escaso énfasis en estrategias de rehabilitación, readaptación y reinserción (9,12–15).

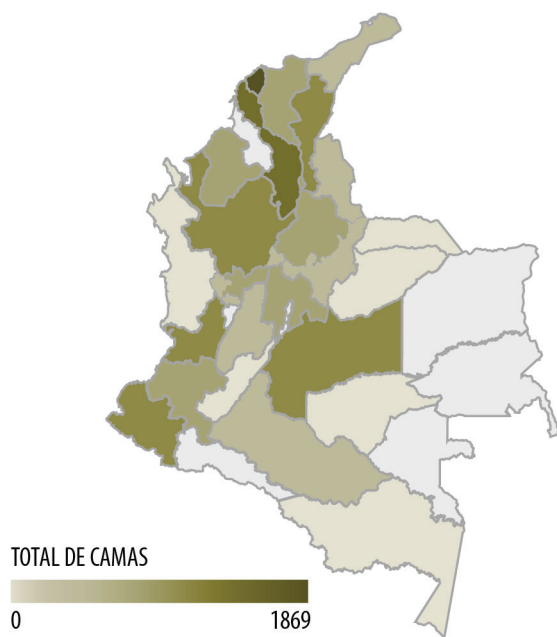
- La dispersión geográfica de las poblaciones, particularmente importante para las comunidades campesinas e indígenas (16).
- El estigma, evidente en la normatividad, en los servicios de salud y en la sociedad en general, y afecta tanto a las personas que solicitan los servicios como a sus familias y al talento humano en salud (9, 12,17).
- El estado civil y el género (18,19).
- El impacto de pobres cuidados perinatales y en la primera infancia, que conllevan a daño cerebral temprano (8).

En este sentido, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (16), la población colombiana identifica tener salud mental principalmente como tener buena salud física/dormir/descansar, sentirse feliz/en paz consigo mismo, superar dificultades y seguir adelante con ganas y no preocuparse, no estresarse y no sufrir (alrededor del 30%). La autovaloración de la salud mental es, por lo general, muy positiva para todos los grupos de edad, y se incrementa con el mayor grado de escolaridad. No obstante, en Colombia ha existido tradicionalmente un modelo de atención centrado en la enfermedad, caracterizado por la búsqueda del diagnóstico, el tratamiento y la prevención de secuelas graves, con la ayuda de psicofármacos e internación en unidades de salud mental (20). En este aspecto actualmente el país cuenta con 14.080 camas habilitadas para salud mental. El 85% de camas habilitadas para salud mental se encuentran en el sector privado y Bogotá, Atlántico y Bolívar concentran el 33% de camas (Figura 1a).

Si bien la oferta de servicios para salud mental en las regiones es reducida, todos los territorios tienen disponibilidad sea en el sector público o privado. Aunque en los últimos años ha habido un aumento de servicios habilitados para las diversas especialidades de salud mental, la mayoría de estos servicios se encuentran ubicados en las principales ciudades del país lo que hace necesario llevar estos servicios a más territorios. Respecto al talento humano disponible, entre 2001

y 2018 se han graduado en el país. Profesionales en el área de psicología y el Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC) congrega a más de 48.000 colegiados. Sin embargo, sólo hay 1,3 terapeutas por cada 100.000 habitantes, menos que en cualquier otro país latinoamericano (10). Igualmente, en Colombia existen actualmente cerca de 1.200 psiquiatras, aproximadamente 2.5 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, cifra mucho menor a la recomendación mínima de la OMS de 10 por cada 100.000 personas. En los centros urbanos del país se concentra la mayor cantidad de talento humano en salud mental: por ejemplo, en Bogotá se encuentran cerca de 500 a 600 psiquiatras, mientras que los municipios rurales tienen solo 1 por cada 100.000 personas (21,22). Para el 2021, SNIES reporta que se ofrecen en Colombia 681 programas (en pregrado y postgrados) que forman en las disciplinas de interés. El programa que presenta mayor oferta en el país es Psicología con 249 programas, le sigue Medicina con 230, Enfermería con 123, Trabajo Social con 68, y, finalmente, Terapia Ocupacional, con 11 programas (Figura 1b). Para el 2015, dentro de estas cinco ofertas profesionales, 65 de los 14.067 cursos en pregrado presentaban en su denominación el término Salud Mental y 2.058 términos asociados, la gran mayoría dentro de los currículos de Psicología y Medicina.

A. Recuento de camas habilitadas para Salud Mental en Colombia



B. Número de programas relacionados con Salud Mental ofertados en Colombia

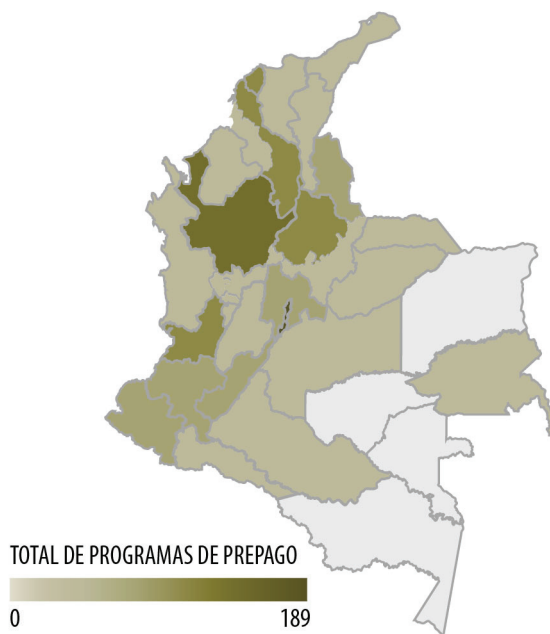


Figura 1. Disponibilidad de servicios y programas de formación en salud mental en Colombia, discriminado por departamento. Mapas generados a partir de los datos disponibles en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 6 de abril de 2021) y el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior – SNIES (Ministerio de Educación de Colombia, 27 de marzo de 2021).

En carreras como psicología, el diagnóstico y la evaluación en contextos clínicos representa el 37% de las temáticas de formación, en trabajo social son más frecuentes las temáticas de salud pública, salud mental comunitaria, intervención en trastornos y determinantes sociales, mientras que en medicina se da amplia cabida a componentes tanto clínicos como ambientales. No obstante, Colombia es un país con una fuerte tendencia al estudio, desde la psiquiatría y las neurociencias, de los mecanismos neurofisiológicos, genéticos y comportamentales de los trastornos mentales dejando de lado avances importantes en la salud mental poblacional. De hecho, en la práctica los médicos generales presentan grandes vacíos en la detección temprana de problemáticas de salud mental por fallas en las competencias, lo que impide adecuar redes específicas con capacidad resolutoria rápida para problemas que se podrían manejar en los primeros niveles de atención (23). Saldarriaga Hernández describe algunas de las problemáticas y realidades que enfrentan los profesionales de la salud mental en el

país (9) pues además de las barreras de acceso a los servicios de salud mental (en parte explicadas por la escasez de personal psiquiatras y su concentración en las grandes ciudades) es necesario fortalecer las destrezas del talento humano, especialmente en el primer nivel de atención, y mejorar su remuneración.

El panorama de algunos problemas mentales en la población colombiana

La prevalencia de los trastornos mentales en Colombia ha sido estimada a través de las diferentes Encuestas Nacionales de Salud Mental a lo largo de los años. El estudio más reciente (16) encontró una prevalencia de trastornos mentales en los últimos doce meses del 4,7% en niños (7-11 años), 7,2% en adolescentes (12-17 años) y del 9,1% en adultos. Este estudio encontró que los trastornos afectivos (especialmente los depresivos y ansiosos) representan la mayor carga de enfermedad, especialmente en mujeres. Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas en el país, los datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas – ENCSPA (24) realizado por el DANE en 2019 con respecto al uso de cigarrillo o tabaco, la prevalencia de vida fue 33,3%, mientras que la de los últimos 12 meses (año) fue 12,1% y últimos 30 días (mes) 9,8%. En la estimación de prevalencia vida, los hombres informan un mayor consumo de tabaco con 43,0% frente a 24,3% de las mujeres. Esta estimación se reduce a más de la mitad cuando se analiza la prevalencia año y mes, y la brecha entre hombres y mujeres se reduce de 18,7 puntos porcentuales en prevalencia vida a 7,8 en prevalencia mes. Frente al consumo de sustancias psicoactivas ilegales, el estudio incluyó información de las siguientes: sustancias inhalables, Dick, POPPER, marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, heroína, metanfetamina, LSD, hongos, yagé, cacao sabanero, ketamina, GHB o 2CB. La prevalencia de vida de alguna de estas sustancias en las personas de 12 a 65 años fue 9,7% para el total nacional. Por sexo, se observa una brecha de 8,5 puntos porcentuales de los hombres (14,0%) sobre las mujeres (5,6%) en el consumo de sustancias psicoactivas ilegales alguna vez en la vida. Frente a los rangos de edad, el rango de 18 a 24 años registra el consumo más alto con 15,0%, mientras el rango de 12 a 17 años tiene la menor prevalencia con 4,3%. Con respecto al consumo de alcohol o bebidas alcohólicas, el 84,0% de las personas de

12 a 65 años, en el total nacional, informaron haber consumido alguna vez en su vida. 54,5% consumieron en los últimos 12 meses (año) y 30,1% en los últimos 30 días (mes). Al analizar la prevalencia por sexo, observamos que la brecha más grande se encuentra en la prevalencia año con 63,1% para los hombres y 46,6% para las mujeres. Los rangos de edad de 18 a 24 años y 25 a 34 años concentran el consumo reciente para mes con 38,3% y 39,7% respectivamente. Los trastornos del espectro de la esquizofrenia suelen afectar a jóvenes entre la segunda y la tercera década de su vida, momento en el que aparece un primer episodio de psicosis (FEP) que obliga al paciente y su familia a buscar ayuda médica. En Colombia se estima que 714,927 personas viven con esquizofrenia (correspondiente a una tasa de prevalencia del 1,5%) y que el 21% de los pacientes recae cada año (25). Dada su prevalencia y edad de inicio (cuando los individuos están en la cima de sus habilidades sociales, ocupacionales y académicas), la esquizofrenia se relaciona con tasas de desempleo de hasta el 90% (26) y una esperanza de vida reducida en 10 a 25 años (27). En Colombia, los pacientes con esquizofrenia en estadios tempranos presentan dificultades moderadas en el funcionamiento global que mejoran temporalmente con un tratamiento especializado y definen el rendimiento global después de 3 a 5 años de seguimiento (28). El suicidio, un fenómeno que es de naturaleza compleja y multifactorial, plantea la necesidad de establecer acciones que van más allá de los esfuerzos preventivos centrados en la persona y requieren de acciones intersectoriales eficaces. De hecho, las dificultades económicas y el desempleo son los principales “impulsores del suicidio” entre la población colombiana (29,30), y la desigualdad económica está intrínsecamente asociada con las tasas de suicidio del país (31). Aunque la incidencia de conducta suicida en Colombia ha venido en aumento en los últimos años, no existe en el país un programa nacional, con un observatorio, que permita el direccionamiento de acciones a nivel de país y de regiones para el control y disminución de la mortalidad por esta causa. Además, tampoco existe coherencia en los planes regionales, ya que algunos están escritos sin una adecuada implementación y otros no existen (32). A este complejo panorama se añade la actual pandemia de COVID-19, cuya elevada transmisibilidad ha obligado a la implementación de medidas poblacionales que en sí mismas conllevan

otros riesgos en salud pública (33–35). El estricto aislamiento social y las consecuencias económicas de esta situación sin precedentes recientes han excedido las estrategias de afrontamientos de individuos y poblaciones, exponiéndoles a tensiones que a su vez han incrementado la incidencia de problemas y trastornos mentales durante el curso de la pandemia (y probablemente durante algún tiempo después) (36–38). Además de las consecuencias neuropsiquiátricas directas de la enfermedad, los efectos en los rituales funerarios han dado lugar a duelos detenidos o complicados, la sobresaturación de los servicios de emergencia ha podido empeorar las barreras en la atención en salud y los trabajadores de la salud se han visto abrumados por la situación sanitaria desencadenada.

Como resultado, varios autores han demostrado un incremento en la aparición de síntomas de depresión, ansiedad y estrés relacionados con el COVID-19 (39,40), especialmente en niños, adolescentes y ancianos (41,42), personas que han tenido COVID-19 y sus familiares (43), quienes tienen trastornos mentales preexistentes (44,45) y trabajadores de la salud (36,46,47). De hecho, la preocupación (46,7%), el cansancio (22,7%), la tristeza (13,7%) y las dificultades para dormir (15,6%) han sido las emociones que más han afrontado los colombianos durante este periodo (47).

Priorizar la atención en salud mental: retos y oportunidades

La priorización no se dirige a otorgar importancia a un problema de salud, sino a concederle predilección a la hora de distribuir y direccionar los recursos, que se entienden finitos y limitados.

No cabe duda de que los problemas y trastornos mentales han de constituir áreas prioritarias de atención en salud mental, dada su prevalencia, edad de aparición, impacto individual y comunitario. Para la OMS la adopción de una perspectiva de derechos humanos es fundamental para responder a la carga mundial de morbilidad mental y reconoce que los determinantes de la salud mental exceden lo individual y son determinados por múltiples factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales y los apoyos sociales de la comunidad. En este contexto, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significati-

vamente mayor de sufrir problemas de salud mental, dando lugar a grupos vulnerables tales como miembros de las familias que viven en la pobreza, personas con problemas de salud crónicos, niños expuestos al maltrato o al abandono, adolescentes expuestos por primera vez al abuso de sustancias, grupos minoritarios, poblaciones indígenas, ancianos, individuos sometidos a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, personas con sexualidades no hegemónicas, prisioneros y personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias (48).

El sistema de salud colombiano cuenta con una amplia cobertura legal y normativa para desarrollar nuevos enfoques y modelos de salud mental que incluyen a la comunidad y hasta el momento hay avances importantes en el desarrollo orientado hacia la calidad de los procesos administrativos y financieros que puede servir como base en un nuevo modelo más amplio, y que incluya al ser humano y sus necesidades. Asimismo, promueve el empleo de múltiples modalidades de atención tales como consulta externa por medicina especializada, internación parcial (hospital día), atención domiciliaria y en unidad móvil, atención a consumidores de sustancias psicoactivas y telemedicina (49).

La fluidez misma del concepto de salud mental es una fortaleza, que además refleja una realidad: las personas no tienen una sola forma de entender qué es salud mental. Más bien, se trata de buscar la manera de trasladar experiencias exitosas entre equipos y contextos. De hecho, no se pueden desconocer resultados importantes que han generado los procesos comunitarios en varias regiones del país, mediante la detección de casos con su respectiva canalización y acompañamiento, así como la realización de intervenciones iniciales (primeros auxilios emocionales y las psicoterapias breves) por el personal de atención en regiones apartadas.

Igualmente, el 52 % de países de la región de las Américas reporta tener al menos una asociación de usuarios de los servicios de salud mental, y un 60 % de familiares, lo que fomenta la participación social y lograr un mayor involucramiento de usuarios y familiares en la formulación e implementación de los planes de salud mental (50).

Sin embargo, hay múltiples retos a los que está expuesta la atención en salud mental en el país. Hernández-

Holguín y Sanmartín-Rueda en el 2018 (51) plantearon un esquema con las principales falencias del SGSSS en salud mental, determinando tres tipos de fallas:

- Estructurales, como el conflicto entre derecho fundamental a la salud y el ánimo de lucro de las empresas privadas, los problemas de información e irregularidades en el flujo y administración de los recursos, un talento humano poco formado e insuficiente, débil inspección, vigilancia y control y presiones de la industria farmacéutica.
- Conceptuales, al ser un sistema centrado en la enfermedad y la muerte y no en la promoción de la salud y la protección de la vida, con añadidas falencias en la atención en salud mental a nivel secundario y terciario.
- Culturales, dado el olvido y estigma que arrastra la salud mental. En este contexto, los derechos humanos en los servicios de salud, enunciados en la Constitución Política y en la normatividad en general, en la práctica quedan supeditados al cumplimiento de requisitos administrativos que en su intención defienden intereses económicos particulares (51). Además, los profesionales en salud mental se encuentran agrupados en las grandes ciudades del país, y es frecuente la contratación con intermediación laboral, inestabilidad, bajos salarios, demoras en el pago, y cargas laborales excesivas (51). De hecho, en muchos municipios solo cuentan con un psicólogo adscrito a la oficina local de salud para tareas administrativas y de vigilancia en salud pública (51). A esto se añade un fenómeno de discriminación y violación de derechos hacia las personas que padecen problemas mentales, que a su vez se enfrentan barreras que limitan su acceso a detección temprana, tratamiento eficaz y oportuno de rehabilitación integral (52,53). En consecuencia, los costos de los tratamientos mentales son altos precisamente por no ser prevenidos y diagnosticados oportunamente. De hecho, las problemáticas de salud mental que más costos acarrearán al sistema no son fenómenos unicastales o tienden a pasar desapercibidas en las consultas generales de salud o por urgencias.

El modelo de atención continúa siendo esencialmente curativo, con un limitado peso de las acciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos, por lo que los servicios de salud mental

tienen una estructura que no se corresponde con las necesidades y la proyección de un modelo comunitario de servicios, con una primacía del modelo asilar en el que los hospitales psiquiátricos absorben la mayoría de los recursos dedicados a la salud mental (8). Muestra de ello es que los criterios de habilitación de los servicios en salud mental no son diferenciados a los habilitados para servicios médicos generales y no se cuenta actualmente con lineamientos específicos para la habilitación de servicios comunitarios especializados.

Bases para la creación de un nuevo modelo en salud mental

Según la OPS, un modelo de atención en salud permite la organización de los servicios de salud y corresponde a la forma en que los componentes del sistema de servicios de salud son organizados con el objeto de contribuir a su función colectiva (23). En Colombia con la promulgación de la Ley 100 en 1993 se estableció el Plan Obligatorio en Salud (POS), que correspondía al paquete de servicios básicos a los que se tiene derecho en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y aseguramiento, teniendo en cuenta dos regímenes: contributivo y subsidiado. En principio este incluía la atención de urgencias, el tratamiento inicial y la estabilización del paciente, promoviendo el manejo intrahospitalario sólo durante la fase aguda de su patología ya fuera en instituciones psiquiátricas o en unidades de salud mental de hospitales generales, e incluyendo, además de los servicios básicos, terapia ocupacional recreativa y de grupo, y la atención médica especializada (23). En 2008 el Equipo Investigativo del Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo (54) encontró que los pacientes con trastornos mentales se encontraban en estado de alta vulnerabilidad por exclusión, estigmatización y discriminación, y esta situación se hace evidente en lo relacionado con las opciones de tratamiento a las que tenían derecho de acuerdo con el POS. Por ello planteaba la necesidad de que los pacientes con trastornos mentales pudieran acceder a las mismas intervenciones terapéuticas complejas con las que contaban otras enfermedades, se disminuyera la inequidad en la oferta de servicios entre el régimen subsidiado y el contributivo, se promoviera la disminución del estigma social hacia las enfermedades mentales (pues hacía que los usuarios

y su entorno no aceptaran dicho estado, aplazaran el diagnóstico y se agravara el curso de sus síntomas) y se reconocieran los trastornos por dependencia a sustancias psicoactivas como enfermedades mentales. Estas conclusiones no distan de lo que arroja una lectura contemporánea de la realidad nacional en el estado de los servicios de salud mental, con 13 años de diferencia. Además, poco antes el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003 (55) había identificado alrededor del 90% de las personas con algún trastorno mental no tenían acceso a servicios de salud mental.

En 2011 se realizó una primera reforma al sistema de salud con la ley 1438 y, en particular, en salud mental se instauró la ley 616 de 2013, en la que se plantea la atención integral en esta área para garantizar su derecho a los colombianos, buscando disminuir la brecha en acceso a los servicios de salud mental. En el nuevo plan de beneficios, bajo el amparo de dicha ley, se incluyeron nuevas tecnologías en salud mental, no sólo en medicamentos sino también en servicios de internación parcial o total y servicios de psicoterapia ambulatoria de múltiples modalidades. Esto constituyó un cambio importante ya que, por ejemplo, previamente la psicoterapia sólo estaba cubierta durante la fase aguda de la enfermedad y por hasta los primeros 30 días de evolución, pero bajo el nuevo modelo se amplió la cobertura hasta 30 sesiones durante el año calendario, bien fuera en fase aguda o de mantenimiento. Asimismo, en la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 (16) se identificó un incremento en la cobertura de los servicios de salud mental y acceso a los medicamentos formulados en general.

Un modelo de atención en salud mental basado en la evidencia, ajustado al contexto sociocultural, costoeficiente y sostenible en el tiempo debe basarse entonces en tres pilares:

- **Atención primaria.** La integración de la salud mental en la atención primaria mejora la accesibilidad a los servicios, promueve el respeto de los derechos humanos y minimiza el estigma y la discriminación que sufren las personas con trastornos mentales. Sin embargo, para su aplicación aún hace falta entrenamiento al personal existente, disponibilidad de psicofármacos esenciales, fortalecimiento de la colaboración intersectorial e inversión en recursos financieros y humanos (8).
- **Enfoque en recuperación.** El concepto de recuperación puede servir de base para impulsar acciones

que ayuden a personas con trastornos mentales severos a alcanzar metas personales significativas, y un sentido de pertenencia y valor personal en la comunidad (53,56). El modelo de recuperación ofrece una alternativa a la visión de un “pronóstico sombrío” que desestimula el trabajo de rehabilitación, al promover la participación del paciente y su familia, para brindar una meta de trabajo articulada y, de esa forma, guiar los componentes del sistema de salud (56).

- **Énfasis en lo comunitario.** La OPS en su documento Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe asegura que la atención comunitaria no solo es la atención más eficaz, también salvaguarda los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales (57). La desinstitucionalización implica desarrollar una red de servicios basados en la comunidad antes o simultáneamente, integrando a la salud mental en el sistema general de salud, sobre todo en la atención primaria y en los hospitales generales, además de desarrollar servicios ambulatorios especializados y servicios residenciales comunitarios (57).

Por ello la OPS describe los siguientes cuatro componentes mínimos para establecer un modelo basado en la comunidad: una red de APS con capacidad de manejar los problemas de salud mental, una red de servicios de salud mental descentralizada y cercana a la población, una comunidad informada y proactiva y familias de personas con enfermedades mentales que estén comprometidas con una actitud propicia al cambio, a la recuperación y la vida en comunidad. En este modelo la atención en salud mental no depende exclusivamente de los recursos disponibles, sino de conceptos como diversidad y calidad, multidisciplinariedad e interdisciplinariedad, aprendizaje, cambio y complejidad. Además, se utiliza un indicador de referencia biopsicosocial para afrontar las diferentes caras del sufrimiento psíquico, el cual no puede ser concebido solo desde procesos médicos (58), por lo que la estructura pasa de estar centrada en el sujeto enfermo a la comunidad, del hospital a los centros comunitarios y del psiquiatra al equipo. En los últimos 50 años varios esfuerzos intersectoriales han tratado de romper el modelo asilar, buscando ir hacia un modelo de salud mental comunitario y rehabilitación

basada en la comunidad. Vale destacar el proyecto de rehabilitación basada en la comunidad para pacientes con trastorno mental crónico del grupo de terapia ocupacional de la Universidad del Valle, el área de Intervención Social y Comunitaria del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle con sus programas de hospital día, seguimiento comunitario a personas con trastorno mental, acciones colectivas y asesoría, el enfoque comunitario en la formación de residentes de psiquiatría de la Universidad Libre, los programas de formación continua y pos gradual en salud pública de la Universidades de Antioquia, El Bosque, del Rosario y Javeriana, la disposición de consultorios psicológicos para atención al público de múltiples universidades a nivel nacional, los servicios de tele-orientación y tele-atención creados durante la pandemia como los liderados por Profamilia, la Fundación Santo Domingo y la Fundación Sergio Urrego, entre otros, las estrategias comunitarias basadas en el arte como el Grupo Pro Acto de Arauca o la creación del subcomité de Rehabilitación Psicosocial de la Asociación Colombiana de Psiquiatría en 2018.

Con miras a la óptima ejecución de un modelo de estas características se plantean varias metas iniciales, que incluyen:

- Fortalecer la lucha contra el estigma.
- Comprometer a todos los estamentos de la sociedad en el tema de la salud mental.
- Identificar tempranamente a los sujetos con mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales. No hay ninguna variable que tenga mejores resultado que la capacidad de detectar e intervenir de manera precoz a los pacientes, y esto se debe tener en cuenta a todos los actores: aseguradores, prestadores, pacientes, familiares y profesionales de la salud y educadores.
- Promover la integración de las redes de prestación de servicios para pasar de una respuesta reactiva, fragmentada y episódica a una atención dinámica y funcional con efecto a largo plazo.
- Fortalecer y extender servicios ambulatorios empáticos, amables, dinámicos, y libres de estigma. Asimismo, se debe brindar especial atención a grupos que por sus características revisten mayor vulnerabilidad, que incluyen a:
 - Los niños, niñas y adolescentes. Muchos trastornos mentales empiezan en la segunda década de la vida y fenómenos relacionados con la crianza,

identificación con figuras parentales, desarrollo psicomotor y fracaso escolar tienen una importancia significativa en su aparición. Por ello se hace necesario promover la formación de psiquiatras y psicólogos infantiles y terapistas ocupacionales y del lenguaje con experiencia en menores de edad.

- Las personas de la tercera edad. La pirámide poblacional ha cambiado de manera drástica en el mundo y en Colombia, lo que implica que se deben generar programas para detectar tempranamente patologías por disfunción cognitiva y así ofrecer soporte psicosocial a esta población.
- Sujetos consumidores de sustancias psicoactivas. Se deben intensificar los programas de prevención del consumo promoviendo el manejo creativo del tiempo libre, al tiempo que se generan programas de atención a pacientes con patología dual (casos que cursan con patología mental y abuso comórbido de sustancias), por lo que se requiere la formación de equipos interdisciplinarios con especial participación de psiquiatras.
- Personas que viven en zonas dispersas. Así como en el centro del país y en algunas regiones están concentrados la mayor cantidad de servicios, en las zonas periféricas, y en algunas áreas rurales, no existe una cama destinada a salud mental, ni recurso humano que permita atender estas patologías, por lo que se debe propender por la descentralización de los servicios y promover la articulación territorial.
- Personas con trastorno mental severo previamente establecido. Se debe favorecer la inserción laboral y disminuir el costo en años de vida ajustados por discapacidad relacionado con las patologías que traigan consigo impacto cognitivo y funcional posteriormente.

Un avance al modelo integral de salud mental: estrategia de diagnóstico

El paso inicial para la puesta en marcha de un nuevo modelo integral de salud mental consiste en el diagnóstico de la situación actual, que hemos dado en llamar “herramienta de verificación”.

Esto se basa en el hecho de que en Colombia se cuenta con un amplio número de indicadores que son fácilmente medibles pero cuyo reporte se encuentra disperso entre múltiples entes o simplemente no se mi-

den en la práctica. Igualmente, la normativa vigente permite moverse a un modelo comunitario de salud mental que será nuevo y revolucionario para visibilizar los esfuerzos dispersos que ya existen en el país. Sin embargo, la falta de recursos materiales y logísticos constituye la principal barrera para las entidades territoriales y cada territorio se enfrenta a unos determinantes sociales que afectan la salud mental de su población de manera diferencial.

En este orden de ideas se propone la verificación de una lista de chequeo para cada entidad territorial que permita definir una línea de base, operativizar la normativa vigente en salud mental en cada uno de sus ejes, ofrecer un formato práctico para la ejecución y seguimiento en acciones territoriales, fortalecer el seguimiento de indicadores que permitan hacer una evaluación continua de los servicios de salud mental en el país y movilizar los servicios de atención al modelo comunitario de salud mental que ha demostrado mayores logros en el bienestar de las poblaciones alrededor del mundo. Esta herramienta de verificación se sostiene en siete ejes, a saber: planificación, evaluación y verificación; prevención; promoción; tratamiento; rehabilitación; y articulación intersectorial. Para alimentar esta herramienta proponemos tres grupos de indicadores:

- Morbimortalidad de los problemas y trastornos mentales y del comportamiento y Epilepsia
- Personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento.
- Personas atendidas por riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales.
- Personas hospitalizadas por DX (trastornos mentales y del comportamiento).
- Personas atendidas por epilepsia.
- Prevalencia de síntomas psicológicos en los últimos 12 meses secundarios a la exposición a eventos traumáticos.
- Personas con discapacidad, atendidas por trastornos mentales y del comportamiento.
- Personas habitantes de la calle atendida por trastornos mentales y del comportamiento, diagnósticos.
- Indígenas atendidos por trastornos mentales y del comportamiento, diagnósticos.
- Personas atendidas por Psicosis de origen no orgánico, no especificado, por Trastorno afectivo

bipolar, por episodio depresivo moderado, por episodio depresivo grave con y/o sin síntomas psicóticos.

- Carga de Enfermedad de los Trastornos Mentales y del Comportamiento.
- AVISAS perdidos: esquizofrenias, psicosis, trastornos bipolares, depresión mayor unipolar, epilepsia.
- Personas privadas de la libertad atendidas por trastornos mentales y del comportamiento, diagnóstico.
- Número de casos intento de suicidio.
- Tasa de ajustada de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente.
- Tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento.
- Tasa ajustada de mortalidad por intoxicaciones.
- Tasa ajustada de mortalidad por epilepsia.
- AVPP por trastornos mentales y del comportamiento.
- AVPP por lesiones auto infligidas intencionalmente
- Letalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente.
- Letalidad por intoxicaciones.
- Carga de Enfermedad de los Trastornos Mentales y del Comportamiento
- Número de camas de psiquiatría.
- Número de camas de cuidado agudo mental.
- Número de camas de cuidado intermedio mental.
- Número de camas de farmacodependencia.
- Oportunidad en la asignación de cita de medicina especializada: psiquiatría.

Nota al pie: Si desea obtener una copia de la herramienta de verificación diseñada, contacte a los autores.

Conclusiones

Los trastornos mentales son la principal causa de discapacidad relacionada con la salud en todo el mundo. A pesar de la amplia cartera regulatoria de Colombia que rige la atención mental, su implementación se ha visto limitada debido a las tensiones inherentes al sistema de salud, la falta de un enfoque claro en la recuperación y la recuperación, la limitada integración entre los enfoques biomédico y comunitario y el marcado énfasis en la atención especializada sobre la atención primaria. A nuestro juicio, un modelo de atención en salud mental basado en la evidencia,

ajustado al contexto sociocultural, costo-eficiente y sostenible en el tiempo debe basarse en tres pilares: fortalecimiento de la atención primaria, enfoque en recuperación y énfasis en lo comunitario. Con miras a su ejecución, no debe perder de vista algunas metas iniciales, que incluyen luchar contra el estigma, comprometer a todos los actores implicados, promover la detección temprana y la integración de redes de prestación de servicios y fortalecer la atención ambulatoria integral. Asimismo, ha de brindar especial atención a quienes más lo necesitan: niños, niñas y adolescentes, personas de la tercera edad, sujetos consumidores de sustancias psicoactivas y quienes tienen una enfermedad mental previamente establecida y quienes viven en zonas dispersas. El paso inicial para la puesta en marcha de un nuevo modelo integral de salud mental consiste en el diagnóstico de la situación actual, que hace parte integral de este documento y está a disposición de quien lo necesite.

Conflictos de interés

Jairo M. González-Díaz ha sido consultor o ha recibido becas/apoyo de investigación y honorarios de Janssen, Eurofarma, Servier, Sanofi, Lilly y Pfizer. Juan F. Cano ha sido consultor o ha recibido becas/apoyo de investigación y honorarios de Janssen y Sanofi. Rodrigo Córdoba ha sido consultor o ha recibido becas/apoyo de investigación y honorarios de Janssen, Sanofi, Tecnofarma, Pfizer, y Servier. El resto de los autores no reportan intereses financieros biomédicos o posibles conflictos de interés.

Fuentes de financiación

Este estudio fue financiado por el Centro de Investigaciones del Sistema Nervioso – GRUPO CISNE 650 SAS-, el Grupo GRESSA, el investigador Jairo M. González-Díaz está parcialmente financiado por el 651 Ministerio de Ciencia y Tecnología de la República de Colombia (Convocatoria 885/20209); y finalmente por una donación otorgada por Laboratorios Sanofi.

Referencias bibliográficas

- World Health Organization. The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope [Internet]. Srinivasa Murthy R (ed), editor. Geneva; 2001 [cited 2022 Mar 8]. Available from: https://www-who.int.sire.ub.edu/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
- Avital Alfandari C, Racheli M, Orly W. Review and Analysis of mental health reforms in 661 several countries: Implementation, comparison and future challenges. *Ann Psychiatry Treat*. 2020 Mar 31;4(1):013–24.
- World Health Organization. Mental Health Atlas 2017 [Internet]. Geneva; 2018 [cited 2020 May 24]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>
- Henao S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S. Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2016 May 2 [cited 2021 Dec 17];34(2):175–83. Available from: http://www.scielo.org.co.sire.ub.edu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2016000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Pan American Health Organization, World Health Organization. Atlas de salud mental de las 672 Américas 2017 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2018.: PAHO; 2018 [cited 2021 Dec 17]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49664>
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2004 Nov 1 [cited 2022 Mar 8];82(11):858–66. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC15640922/?tool=EBI>
- Rodríguez JJ. Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Rev Psiquiatr Urug*. 2011;75(2):86–96.
- Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2018 [cited 2021 Dec 17]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence
- Saldarriaga Hernández M. El problema de salud mental en Colombia [Internet]. Cerosetenta. 2020 [cited 2022 Mar 9]. Available from: <https://cerosetenta.uniandes.edu.co/el-problema-de-salud-mental-en-colombia/>
- Paternina Hoyos JJ, Herrera Ramírez EP. Efectos del desplazamiento forzado interno sobre la salud mental: una revisión sistemática de literatura [Internet]. Repositorio Institucional UCC. [Montería]: Universidad Cooperativa de Colombia; 2019 [cited 2022 Mar 9]. Available from: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/12955?mode=full>
- González LM, Peñaloza RE, Matallana MA, Gil F, Gómez-Restrepo C, Landaeta APV. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016 Dec 1;45:89–95.
- Así vamos en Salud. La Salud Mental y la ruralidad en Colombia [Internet]. Así vamos en Salud. 2018 [cited 2022 Mar 9]. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/salud-para-ciudadanos/la-salud-mental-y-la-ruralidad-en-colombia>
- Bernal LÁR, Pérez GAC, Bernal DPR. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *CES Med* 698 [In-

- ternet]. 2018 May 21 [cited 2022 Mar 9];32(2):129–40. Available from: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/4513>
14. Gobierno de Colombia - MinSalud. Boletín de salud mental: Oferta y Acceso a Servicios en 701 Salud Mental en Colombia [Internet]. Bogotá; 2018 Jul [cited 2020 Apr 19]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-6- salud-mental-2018.pdf>
 15. Lopera Valle JS, Rojas Jiménez S. Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación 705 a la problemática de salud pública. Med UPB [Internet]. 2012 [cited 2022 Mar 9];31(1):42– 52. Available from: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/1750>
 16. Gómez-Restrepo C. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet]. Bogotá; 2015 [cited 708 2020 Apr 19]. Available from: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015- salud_mental_tomoI.pdf
 17. ONU Mujeres – América Latina y el Caribe. Mujeres líderes llaman a integrar la salud 712 mental en la respuesta al COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 9]. Available from: <https://lac.unwomen.org/es/noticias-y-eventos/articulos/2020/07/mujeres-lideres-llaman-a-integrar-salud-mental-a-la-respuesta-covid-19>
 18. World Health Organization., United Nations Population Fund., Key Centre for Women’s 716 Health in Society. Mental health aspects of women’s reproductive health: a global review of the literature. [Internet]. World Health Organization; 2009 [cited 2022 Mar 9]. 168 p. 7 Available from: <https://www-who.sire.ub.edu/reproductive-health/publications/general/9789241563567/en/>
 19. Forero González SG. Revisión de la salud mental comunitaria; un acercamiento biopsicosocial en diferentes comunidades colombianas. [Internet]. [Bucaramanga]; 7 Universidad Nacional Abierta y a Distancia; 2020 [cited 2022 Mar 9]. Available from: <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/36727>
 20. Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez L, Sánchez H, et al. Encuesta Nacional de 725 Salud 2007 - Resultados Nacionales [Internet]. Bogotá: JAVEGRAF; 2009 [cited 2022 Mar 9]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ENCUESTA_NACIONAL.pdf
 21. Universidad de Antioquia - Facultad de Medicina. Mejor oportunidad en la atención en Psiquiatría, una realidad con la Telesalud [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 9]. Available 7 from: https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna/!ut/p/z1/zVRNc9owEP0tOXD0aCVki46Oa2DAYL4JvnSELBq1_gLLSdtfX5m2M00a7GbSzlQXSaP3dp-edoUidiIejD-oD1yrPOOJ2e8j5z3rewS7FILhcuyB63iu31tA8II2jUA8NazUXT1eG5T5zk_HA2YAVC33-2HeOXjV_Jhgm1wF_58tg69-bsxaeD_oh-uDBf-jN8gsIW_RRGKRKYLFY_2RX7WPKliyTvAy6e7-z y V P 9 c q K 7 X S 1 b i 8 U Q e q T M U 8 l q X F h - ZISJXhZo45cVImuDzqQyIglJlV3YIs-0NJT8gkpUaT-B5B7RMZFGqU6W4Pite6yqEitGegiAcKLWk7MY-WIWBbB0yPVsyPDDPn0GP800jD5aJR82701-9LJTUBBIPnOeCFWnoKYMAGpljWgU83U4D-wtxQvVFPbPZpEBpM5QXtjVO-qUSFGuwclH9E-my8-pacDVK99hBC0ZKLwxw_fws4XtY-IZ14H-4sAhvx8NgiiH0yF8Jf1U9_qfhJ29VP27rd_Ohgo-nU-Sarq_78LNGd_9V2xfpph4p636xPi395ejr7cwaegf2uD6mP6ade3PzDXr8GH8!
 22. Fernández CF, Suárez R. Salud mental: solo 10% de los que necesitan tratamiento lo reciben [Internet]. Salud - ELTIEMPO.COM. 2019 [cited 2022 Mar 9]. Available from: <https://www.eltiempo.com/salud/salud-mental-solo-10-de-los-que-necesitan-tratamiento- lo-reciben-373294>
 23. Rey Sarmiento CF. Modelo de gestión operativa para el componente de salud mental en atención primaria en salud [Internet]. Bogotá DC; 2009 [cited 2022 Mar 9]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/rea de trabajo colaborativo/Atención primaria en salud - APS/ DOCUMENTO FINAL MODELO GESTIÓN.pdf>
 24. Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia. Estudio 751 Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas [Internet]. Bogotá DC; 2019 [cited 7 2022 Mar 9]. Available from: <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/ estudio Nacional de consumo 2019.pdf>
 25. Cordoba R, Tellez D, Garcia C, Pavan E. Costs of Relapse of Schizophrenia for Colombian Health System. Value Heal [Internet]. 2015;18(7):A838–9. Available from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1098301515024389>
 26. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2004 May [cited 2016 Aug 20];39(5):337–49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15133589>
 27. Laursen TM, Munk-Olsen T, Vestergaard M. Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. Curr Opin Psychiatry [Internet]. 2012 Mar [cited 2016 Aug 20];25(2):83–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22249081>
 28. Cano JF, Ortegón-Valencia J, Pedraza-Perez C, Córdoba-Rojas R, Olarte-Armenta A, Vallejo- Silva A, et al. Functionality During the First Five Years After the Diagnosis of Schizophrenia. A Cohort Study in a Colombian Population. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 15]; Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana- psiquiatria-379-avance-resumen-functionalidad-during-first-five-years-S0034745020301177>
 29. Arenas A, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2016 [cited 2019 Aug 20];45(S1):68–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.03.006>

30. García-Valencia J, Palacio-Acosta C, Diago J, Zapata C, López G, Ortiz J, et al. Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2008 [cited 2020 Apr 22];37(1):11–28. available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80637102>
31. Campo-Arias A, Herazo E. Asociación entre desigualdad y tasa de suicidio en Colombia (1994-2013). *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 22];44(1):28–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.006>
32. Acosta CAP. Conducta suicida en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2018 Jul [cited 2021 Mar 15];47(3):139. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745018300702>
33. Gonzalez-Diaz JM, Lozano-Lesmes L, Campo-Arias A. Comment on “Mental health: why it still matters in the midst of a pandemic.” *Brazilian J Psychiatry* [Internet]. 2020 May 20 [cited 2020 May 24]; Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462020005014202&tlng=en
34. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019—A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2020 Apr 10 [cited 2020 Jul 12]; Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2764584>
35. Pereira-Sanchez V, Adiukwu F, El Hayek S, Bytyçi DG, Gonzalez-Diaz JM, Kundadak GK, et al. COVID-19 effect on mental health: patients and workforce. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 Jun [cited 2020 May 4];7(6):e29–30. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S221503662030153X>
36. Ransing R, Adiukwu F, Pereira-Sanchez V, Ramalho R, Orsolini L, Schuh Teixeira AL, et al. Mental Health Interventions during the COVID-19 Pandemic: A Conceptual Framework by 796 Early Career Psychiatrists. *Asian J Psychiatr*. 2020 Apr 1;51:102085.
37. Ramalho R, Adiukwu F, Gashi Bytyçi D, El Hayek S, Gonzalez-Diaz JM, Larnaout A, et al. Telepsychiatry and healthcare access inequities during the COVID-19 pandemic [Internet]. 799 Vol. 53, *Asian Journal of Psychiatry*. Elsevier B.V.; 2020 [cited 2020 Jul 12]. p. 102234. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7296313/>
38. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* [Internet]. 2021 Nov 6 [cited 2022 Mar 27]; (10312):1700–12. Available from: <http://www.thelancet.com.sire.ub.edu/article/S0140673621021437/fulltext>
39. Salari N, Hosseinian-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID- 808 19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Global Health* [Internet]. 2020 Jul 6 [cited 2021 Mar 5];16(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32631403/>
40. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2021 Mar 5];59(11):1218-1239.e3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32504808/>
41. Vahia I V., Jeste D V., Reynolds CF. Older Adults and the Mental Health Effects of COVID-19. *JAMA - J Am Med Assoc* [Internet]. 2020 Dec 8 [cited 2021 Mar 5];324(22):2253–4. Available from: <https://jamanetwork.com/>
42. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021 Mar 5];7(7):611–27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32437679/>
43. Chatterjee SS, Barikar C M, Mukherjee A. Impact of COVID-19 pandemic on pre-existing mental health problems. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2021 Mar 5];51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32334407/>
44. Gadelha A, Fonseca L, Diniz E, Mendonca G, Malinowski F, Mari J. Schizophrenia and covid- 19: Risks and recommendations. *Brazilian J Psychiatry* [Internet]. 2020;42(3):236–8. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85083865567&doi=10.1590%2F1516-4446-202001010&partnerID=40&md5=09b835e315f4cbdf1eeaf1656929b7e6>
45. Jesús García-Iglesias J, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Ramón Martínez-Riera J, et al. Impacto del SARS-COV-2 (COVID-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 5];94:23–4. Available from: www.mscbs.es/resp
46. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papatzi E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2021 Mar 5];88:901–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32437915/>
47. República de Colombia - DANE. Encuesta Pulso Social [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 9]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/encuesta-pulso-social>
48. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phil-

- lips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007 Sep 8;370(9590):859–77
49. República de Colombia MS y PS. Política Nacional de Salud Mental - Resolución 4886 de 2018 [Internet]. Bogotá; 2018 [cited 2022 Mar 9]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>
 50. Ayala García J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documentos de trabajo sobre economía regional [Internet]. Cartagena; 2014 Jul [cited 2022 Mar 9]. Available from: https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_204.pdf
 51. Holguín DMH, Sanmartín-Rueda CF. La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Generación y Políticas Salud* [Internet]. 2018 Dec 11 [cited 2022 Mar 9];17(35). Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/24379>
 52. Dimenstein M. La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *Rev CS* [Internet]. 2013 Jun 3 [cited 2022 Mar 9]; (11):43–72. Available from: https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/1566/2801
 53. Davidson L. The Recovery Movement: Implications For Mental Health Care And Enabling People To Participate Fully In Life. *Health Aff* [Internet]. 2017 Aug 2 [cited 2022 Mar 9];35(6):1091–7. Available from: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>
 54. Defensoría del Pueblo - Equipo Investigativo del Programa de Salud y Seguridad Social. La salud mental en Colombia (Parte I) [Internet]. 2008 Aug [cited 2022 Mar 9]. Available from: https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/11/salud/i1_2008.pdf
 55. República de Colombia - Ministerio de la Protección Social, Fundación FES SOCIAL. Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia 2003 [Internet]. Cali; 2005 [cited 2022 Mar 9]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Informefinal_ENSM_2003.pdf
 56. Muñoz LF, Muñoz CX, Restrepo JMU. La rehabilitación psicosocial en Colombia: la utopía que nos invita a seguir caminando. *Av en Psicol Latinoam* [Internet]. 2020 Nov 25 [cited 2022 Mar 9];38(3):1–19. Available from: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/8547>
 57. Organización Panamericana de la Salud. Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe [Internet]. Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud; 2020 [cited 2022 Mar 9]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53027>
 58. República de Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública [Internet]. [cited 2022 Mar 9]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

PRESENTACIÓN DE LIBROS

DEPRESIÓN POST COVID 19 Y AFECTACIÓN COGNITIVA

Juan Zevallos^(*), Yury Merma^(*), Ximena Alarcón^(*), Diashania Gibaja^(*),

Magly Mendoza^(*), Nancy Zevallos^()**

() Médico Psiquiatra (**) Estudiante de publicidad y multimedia*

A inicios del año 2020 una plaga con tintes históricos golpeo abruptamente los cimientos de los sistemas de salud a nivel mundial. El miedo y el temor al contagio generaron un sinnúmero de casos de estrés agudo y los lutos no consolados generaron desórdenes del estado de ánimo que con el paso de los meses dieron lugar a insufribles episodios de depresión. El virus causal de esta epidemia del SARS CoV 2 demostró en poco tiempo una mortalidad pocas veces antes vista por la sociedad contemporánea.

5 médicos psiquiatras de un Hospital Nacional ubicado al sur de Perú y una estudiante de publicidad y multimedia, a lo largo del año 2020 y 2021 lograron recatar una importante data en relación a como el SARS CoV 2 afectaba el funcionamiento del órgano más noble del ser humano, nuestro cerebro; y como lentamente iba generando aquellos eventos inflamatorios que antes conocíamos como niebla mental y hoy los conocemos plenamente como el síndrome neurológico cerebral secundario a la infección por COVID 19.

Aquel arduo trabajo de investigación y recopilación de datos devino en la publicación en mayo del 2022 del libro Depresión Post COVID 19 y afectación cognitiva. Este texto de 277 páginas nos lleva a un viaje imperecedero desde los orígenes mismos de la enfermedad asociados a este virus, hasta un reencuentro socio emocional intergeneracional.

La primera parte del libro nos involucra en las experiencias sociales de afrontar una pandemia y los miedos y temores desarrollados tanto por el personal de salud de primera línea como por la población general, haciendo énfasis en los desórdenes de estrés postraumáticos asociados. La segunda parte nos lleva a conocer el mecanismo íntimo de acción del SARS CoV 2 con las células microgliales y astrocíticas inicialmente hasta elaborar un complejo análisis del proceso inflamatorio neuronal, haciendo énfasis en la distorsión de los circuitos afectivos y cognitivos cerebrales. La tercera parte nos lleva a conocer el mundo tecnológico de los adolescentes durante la pandemia y la afectación cognitiva de niños y adolescentes durante estos años, haciendo énfasis en los procesos de ciberadicción, demencia digital y autismo tecnológico.

El libro Depresión Post COVIDS 19 y afectación cognitiva en su cuarta parte nos invita a conocer una serie de estrategias psicoterapéuticas con la finalidad de asistir a los niños y adolescentes con fracaso conductual y académico durante los años más intensos de la pandemia, haciendo énfasis en los pilares de la educación socioemocional y en la neurobiología del amor social, la quinta parte aborda la depresión gestacional y las posibles consecuencias cognitivas y conductuales en niños gestados durante la pandemia, haciendo énfasis en los efectos protectores de la oxitócina en el niño por nacer y en la epigenética de la depresión gestacional. En la sexta parte los autores nos invitan a conocer la afectación emocional de los niños durante la pandemia haciendo énfasis en la privación afectiva, maltrato infantil y la indiferencia emocional y en los ocho mandamientos de la felicidad.

Finalmente, en la última parte se hace un sumario de todas aquellas estrategias que como profesionales de la salud podemos ir desarrollando con la finalidad de que la epidemia y la infección por COVID 19 pierdan su potencial capacidad para generar depresión o afectación cognitiva, haciéndonos una cálida invitación a dar lo mejor de nosotros como trabajadores de la salud mental en pro de una mejor salud en los años siguientes a nivel global.

SÁNDOR FERENCZI. UNA INTRODUCCIÓN CONTEMPORÁNEA

Fergusson, A. & Gutiérrez-Peláez, M. (2022) - 138 Páginas

El libro *Sándor Ferenczi. Una introducción contemporánea* (*Sándor Ferenczi. A contemporary introduction*) publicado en 2022 por la editorial Routledge (Taylor & Francis), presenta una lectura crítica y actualizada de la obra del psicoanalista húngaro, a quién Sigmund Freud elogió en 1914 al afirmar que: “Hungria, tan próxima a Austria en lo geográfico y tan distanciada de ella en lo científico, hasta ahora no ha brindado al psicoanálisis sino un solo colaborador, S. Ferenczi; pero tal, que vale por toda una asociación” (p. 32). El recorrido investigativo que da origen a este libro parte de una revisión rigurosa de las fuentes primarias, como son los propios escritos de Ferenczi (muchos de los cuales continúan inéditos o presentan dificultades en su traducción, por lo que en múltiples oportunidades se acudió a los originales en alemán, idioma en el que el autor publicó la mayoría de sus trabajos), su extensa correspondencia con Freud y su correspondencia con otros psicoanalistas, al igual que libros y artículos posteriores que han presentado lecturas actualizadas tanto de la obra de Ferenczi como de su impacto en la historia del movimiento psicoanalítico.

Un aspecto novedoso del libro consiste en plantear la profunda dimensión política de Ferenczi, la cual está presente no solamente en su activismo político, su interés por las causas sociales y los derechos civiles de grupos minoritarios, junto con su interés por las intensas convulsiones políticas de la Europa de su tiempo, sino que está presente también en sus innovaciones en la técnica psicoanalítica y en su modo singular de abordar la práctica clínica. A través de sus diferentes innovaciones técnicas (denominadas “relajación y neocatarsis”, “técnica activa” y “análisis mutuo”), las cuales jugaron un papel importante en su posterior marginación y exclusión del movimiento psicoanalítico, Ferenczi propendía por la democratización del psicoanálisis, contrarrestando las jerarquías, la hipocresía y el funcionamiento inauténtico del tratamiento analítico. Como plantean los autores, Ferenczi no solo fue “enterrado vivo”, sino “desaparecido forzosamente” (Fergusson & Gutiérrez-Peláez, 2022, p. 4) por el movimiento psicoanalítico, hasta que diferentes acontecimientos y el trabajo decidido de algunos analistas e investigadores permitieron comenzar a recuperar su obra y poner en marcha un proceso de restituirle su lugar destacado en la historia del psicoanálisis.

El libro recorre los aspectos principales de la biografía de Ferenczi, entre ellos su encuentro con el psicoanálisis y con Freud, su trabajo en el contexto de la Primera Guerra Mundial, sus desarrollos teóricos y técnicos, los conceptos novedosos que introduce, su profunda preocupación y aportes a la formación de los psicoanalistas, la creación de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA), sus formulaciones pioneras sobre el final del análisis, las mencionadas innovaciones técnicas y sus lúcidos desarrollos sobre el trauma psíquico, consignados en sus últimos trabajos y en su Diario Clínico de 1932 (Dupont, 1985).

Finalmente, el libro presenta el estado actual de los estudios sobre Sándor Ferenczi en el mundo, las líneas de investigación principales en torno a sus escritos, y las instituciones y organizaciones que se ocupan actualmente de su obra. Esta publicación tiene el mérito de poder reunir en un libro breve una lectura innovadora y contemporánea de la obra de Ferenczi, la cual es asequible tanto para el lector que se acerca por primera vez a sus escritos, como para el psicoanalista y académico conocedor de la obra del psicoanalista húngaro, que encontrará en ella aportes originales, no consignados en estudios anteriores y que marcan una orientación para los estudios por venir.

Referencias Bibliográficas

1. Dupont, J., editor (1985). *The Clinical Diary of Sándor Ferenczi*. [Balint M., Zarday Jackson N., translators]. Harvard University Press.
2. Fergusson, A. & Gutiérrez-Peláez, M. (2022). *Sándor Ferenczi. A contemporary introduction*. Routledge.
3. Freud, S. (1914). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico.
4. Obras completas (pp. 1-64). Amorrortu.
6. <https://www.routledge.com/SandorFerenczi-A-ContemporaryIntroduction/Fergusson-GutierrezPelaez/p/book/9780367426767>

COMO TODOS LOS DEMÁS, APORTES PARA LA COMPRENSIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Ramón Eduardo Lopera Lopera, *Médico Psiquiatra*.

Podría decirse que la sociedad tiene una deuda histórica con las personas con discapacidad intelectual y sus familias, pues sabido es que han sido víctimas de marginación e invisibilización, no solo en distintos contextos políticos y sociales, sino también en el ámbito académico.

Es por esto que los avances en la comprensión y el abordaje científico de esta condición son relativamente recientes en la historia de la ciencia, con lo que, todos los aportes rigurosos al creciente universo de conocimientos en el tema tienen un valor invaluable.

Así, el libro «Como todos los demás, aportes para la comprensión de la discapacidad intelectual» es un insumo muy valioso con el que contamos los profesionales que nos dedicamos al abordaje de las personas con discapacidad intelectual, sus familiares y contextos sociales, ya que no solo hace grandes aportes conceptuales, sino también terapéuticos, que nos recuerdan la necesidad de vernos en el otro como un espejo, trascendiendo las barreras que en ocasiones las etiquetas condicionan, pero sin olvidar nuestra calidad de acompañantes y guías en un camino lleno de vivencias y experiencias que nos recuerdan que «todos somos iguales y diferentes a la vez».

Dra. Laura Torres Espinosa

Médico, especialista en psiquiatría.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

apalrevista@gmail.com

CUESTIONES GENERALES

La Revista Latinoamericana de Psiquiatría, órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América latina, es una revista en español que publica trabajos sobre Psiquiatría, Neurociencias y disciplinas conexas. Está dirigida especialmente a profesionales del campo de la Salud Mental.

Las condiciones de presentación y publicación de manuscritos que se detallan más abajo se ajustan a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y se pueden consultar en: <http://www.medicinalegal.com.ar/vanco97.htm>, en su versión en español, o en <http://content.nejm.org/cgi/content/full/336/4/309>, en su versión original en idioma inglés.

El envío de un manuscrito a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría constituye en sí mismo una constancia de aceptación de este Reglamento de publicaciones, y por lo tanto de las responsabilidades en cuanto a autoría, originalidad y confidencialidad que en él se enuncian.

Originalidad

Los manuscritos enviados a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría serán aceptados en el entendimiento de que son materiales originales, no publicados previamente, ni enviados simultáneamente para ser publicados en otra revista y que han sido aprobados por cada uno de sus autores.

La reproducción de figuras o tablas previamente publicadas, ya sea por los autores del manuscrito, o por otros autores, deberá contar con la autorización por escrito de la fuente (revista, libro, material electrónico u otro) originales.

Autoría

Todas las personas que firman el trabajo deben reunir los requisitos para ser autores de un trabajo científico. De acuerdo con el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas se considera que un autor es una persona que ha realizado una contribución intelectual sustancial a un estudio, entendiendo esta como el cumplimiento de los tres requisitos que se enumeran a continuación: 1) haber contribuido a la concepción, diseño, adquisición de datos, análisis o interpretación de los mismos; 2) escribir el borrador del artículo o revisarlo críticamente en sus aspectos sobresalientes; 3) proporcionar la aprobación final de la versión enviada para su publicación. A la inversa, cualquier persona que cumpla con los requisitos mencionados debe figurar como autor. Cuando un grupo lleva a cabo un ensayo multicéntrico, los autores son aquellos que detentan la responsabilidad directa del manuscrito. Son éstos quienes deben reunir los criterios de autoría que acabamos de mencionar. Los demás colaboradores deberán ser enlistados en el apartado de

Agradecimientos

Para la Revista Latinoamericana de Psiquiatría, en consonancia con las normas vigentes en las publicaciones médicas, la provisión de fondos, la supervisión general del grupo de investigadores o un rol jerárquico en la institución en que se realizó el trabajo no justifican la autoría.

Todas las personas designadas como autores deben calificar como tales, y todos aquellos que reúnen las condiciones para serlo deben ser mencionados.

Cada uno de ellos debe haber participado en forma suficiente en el trabajo como para poder responsabilizarse del mismo públicamente.

En el apartado de “Agradecimientos” pueden mencionarse a todos aquellos que hayan contribuido económica o técnicamente al trabajo de manera tal que no justifique su autoría. También puede agradecerse a quienes facilitaron la realización del trabajo o la preparación del manuscrito.

Transferencia de derechos y envío del manuscrito

El envío de un artículo a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría supone que todos los autores aprueben el manuscrito que es enviado para su consideración, como así también que todos ceden a la revista el derecho de publicación y reproducción posterior.

Si en el trabajo se realizan citas extensas (de más de 500 palabras) o figuras de otros textos, los autores deben contar con autorización de los editores del material citado.

Aclaración de conflictos de intereses

Toda forma de apoyo (subsidios, financiación de laboratorios farmacéuticos, etc.) debe ser mencionada en el apartado “Agradecimientos”.

Además, los autores deben especificar, en un apartado especial a continuación del apartado de Agradecimientos, y bajo el título “Declaración de conflictos de intereses”, los compromisos comerciales o financieros que pudieran representar un aparente conflicto de intereses en relación con el artículo enviado, incluyendo pagos de asesorías, de sueldos, u otras retribuciones. La lista de empresas o entidades privadas o de otro tipo que hubieran pagado al o los autores honorarios en concepto de los rubros antes mencionados debe ser explícitamente aclarada.

Si no hubiera conflicto de intereses, en este apartado se consignará “El /los autor/es no declara/n conflictos de intereses”.

Esta información no deberá necesariamente limitar la aceptación del material, y podrá o no, a criterio del Comité Editorial, ser puesta a disposición de los evaluadores del manuscrito.

Preservación del anonimato de los pacientes

El material clínico enviado para su publicación debe cuidar especialmente la protección del anonimato de los pacientes involucrados.

Consentimiento informado

Los trabajos de investigación clínica deben incluir, en el apartado “Materiales y Métodos” una cláusula que señale que todos los pacientes participantes han sido informados de las características y objetivos del estudio y han otorgado el consentimiento para su inclusión en el mismo.

Proceso de revisión de manuscritos

El proceso de evaluación por pares constituye la piedra angular de la comunicación científica. La revista cuenta con un Consejo Editorial y un numeroso grupo de asesores científicos. Todos los trabajos enviados para su publicación son sometidos a la evaluación de al menos dos de los miembros de dichas instancias. Los evaluadores reciben una copia del trabajo en la que se omiten los nombres de los autores, de manera tal de evitar sesgos en el proceso de evaluación. Si fuera necesario, se podrá solicitar además una evaluación de los procedimientos estadísticos empleados, o la opinión de algún evaluador externo a la revista.

Si las opiniones de ambos revisores fueran divergentes, el Editor o el Comité Científico pueden solicitar una tercera opinión, o decidir como cuerpo colegiado acerca de la publicación o no del trabajo. Si los revisores consultados lo solicitan, el Editor podrá requerir al o los autores, modificaciones para adecuar el manuscrito a las sugerencias realizadas. El o los autores recibirán, junto con la decisión del Editor, los comentarios de los revisores a fin de conocer los fundamentos de la decisión final adoptada.

Envío de trabajos

La revista acepta los siguientes tipos de artículos: Investigación original, Revisiones, Casos clínicos y Artículos científicos de controversia o de opinión.

Todos los trabajos deberán enviarse, vía correo electrónico, a la dirección: apalrevista@gmail.com. Los textos deben presentarse en el programa Word. Es importante que no incluyan macros ni ningún tipo de plantillas. Antes de enviar el trabajo verifique haber cumplido con las normas utilizando el apartado titulado ANTES DE ENVIAR EL TRABAJO que se incluye al final de este Reglamento.

Tipos de trabajos

a) Investigación original: describe nuevos resultados en la forma de un trabajo que contiene toda la información relevante para que el lector que así lo desee pueda repetir los experimentos realizados por los autores o evaluar sus resultados y conclusiones. Las investigaciones originales no deben exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, texto, referencias y datos contenidos en tablas y figuras. Se recomienda especialmente la utilización del menor número de figuras posible. El Comité de Redacción valora especialmente la capacidad de síntesis, siempre que esta no comprometa la claridad y exhaustividad del trabajo.

b) Revisión: estos textos compilan el conocimiento disponible acerca de un tema específico, contrastan opiniones de distintos autores e incluyen una bibliografía amplia. La longitud de estos trabajos no debe exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, el texto propiamente dicho y las referencias bibliográficas. Como se mencionó más arriba el uso de figuras o tablas publicadas previamente por el autor o por otros autores debe haber sido expresamente autorizado por el editor original, y debe ser citado apropiadamente al pie de la figura y en el apartado “Referencias”)

c) Casos clínicos: son textos breves en los que se presenta uno o varios ejemplos de casos clínicos de una determinada patología. El artículo debe incluir un resumen en español y en inglés con sus correspondientes Palabras clave y Keywords, respectivamente; luego comentar las generalidades de la patología en cuestión, su semiología habitual, epidemiología, criterios diagnósticos, eventual etiología y tratamiento y, por fin ejemplificar con uno o varios casos originales diagnosticados por el autor. El trabajo debe incluir una breve bibliografía.

d) Artículo científicos de controversia o de opinión: son trabajos en los que se presentan o discuten temas científicos particularmente polémicos. Pueden publicarse dos o más de estos artículos, sobre un mismo tema en el mismo número o en números sucesivos de la revista. Su longitud no debe exceder los 8000 caracteres incluyendo las referencias bibliográficas.

ORGANIZACIÓN INTERNA DE CADA TIPO DE MANUSCRITO

Instrucciones generales

Todos los materiales enviados a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría para su publicación serán escritos a doble espacio, en letra de cuerpo de 12 puntos.

Primera página (común a todos los tipos de trabajos, salvo Cartas de lectores)

El texto del trabajo será precedido por una página (página de título) con los siguientes datos: título, nombre y apellido de los autores, dirección profesional y de correo electrónico del autor principal, título profesional, lugar de trabajo y lugar en el que el trabajo fue realizado.

El título debe ser informativo y lo más breve posible (ver más abajo las restricciones al uso de abreviaturas).

Segunda página (sólo para Investigaciones originales, revisiones y artículos de opinión)

La segunda página contendrá los resúmenes en español y en inglés y bajo el subtítulo “Palabras clave” y “Keywords” se especificarán 5 (cinco) palabras o frases cortas en inglés y español respectivamente. Se proporcionará un título en inglés.

El resumen de 200 palabras deberá proporcionar los antecedentes del trabajo, los propósitos del mismo, los medios de que se valió para lograrlo, los resultados obtenidos y las conclusiones que de los mismos se desprenden.

Cuando se trate de revisiones debe aclararse cuáles son los puntos esenciales que se exploraron y la conclusión principal a la que se llegó.

El resumen es la única parte del trabajo que resulta visible para la totalidad de los lectores, ya que está indexada en bases de datos internacionales. Por lo tanto, se recomienda especialmente a los autores que cuiden su redacción, haciéndola lo más informativa y completa posible. Debe también cuidarse que su contenido refleje con precisión el del artículo.

Agradecimientos

En un texto breve los autores podrán agradecer a quienes hayan contribuido a la realización del trabajo (por ejemplo colaboradores técnicos). Las fuentes de financiación deberán ser explícitamente mencionadas.

Referencias bibliográficas

Las referencias bibliográficas se incluirán en una página aparte de la del texto.

Las referencias serán citadas con números correlativos, entre paréntesis, a medida que aparezcan en el texto y con ese número serán luego enlistadas en la sección "Referencias bibliográficas"- No usar supraíndices para las citas bibliográficas.

Ejemplo:

"Algunos autores observaron que la administración de un placebo, acompañada de un seguimiento clínico que no incluía ni siquiera una psicoterapia formal, proporcionaba alivio sintomático duradero a alrededor de un 50% de los pacientes con depresión leve (1,2).

Referencias bibliográficas

1.- *Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, Pilkonis PA, Beckham E, Glass DR, Dolan RT. Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the NIMH treatment of depression collaborative research. Arch Gen Psychiatry 1992, 49: 782-787.*

2.- *Rabkin JG, McGrath P, Stewart JW, Harrison W, Markowitz JS, Quitkin F. Follow-up of patients who improved during placebo washout. J Clin Psychopharmacol 1986, 6: 274-278.*

La forma de cita se ajusta a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y pueden ser consultados en

<http://www.hospitalarias.org/publiynoti/libros/art%C3%ADculos/163/art1.htm>

Se ilustran a continuación los principales casos:

Artículos de revistas

1. Artículo estándar

Incluir los seis primeros autores y a continuación escribir et al.

Molto J, Inchauspe JA. Libertad de prescripción en España. VERTEX 2005; XVI (59): 130-132.

2. Autor corporativo

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164:282-4.

3. Suplemento de un volumen

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect 1994; 102 Supl 1:275-82.

Libros y otras fuentes de información impresa

4. Autores individuales

Bagnati P, Allegri RF, Kremer J, Taragano FE. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para los familiares y el equipo de salud. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2003.

5. Editor(es) como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

6. Capítulo de libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors.

Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2.ª ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

7. Actas de conferencias

Kimura J, Shibasaki H, editors. *Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.*

8. Ponencia presentada en un Congreso

Bengtsson S, Solheim BG. *Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienholz O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sept 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5. Material No publicado*

9. En prensa

Leshner AI. *Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa 1996.*

Material Informático

10. Artículo de revista en formato electrónico

Morse SS. *Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [citado 5 Jun 1996]; 1(1): [24 pantallas]. Disponible en <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>*

Comunicación personal

Se deberá limitar al máximo este tipo de citas, se deberá contar con la autorización escrita de la fuente.

Figuras

Las figuras deberán ser en blanco y negro, lo que incluye el tramado de superficies para diferenciar distintos grupos experimentales. No se aceptan medios tonos, grises ni colores.

Las figuras serán identificadas con números arábigos, en orden correlativo según aparecen en el texto. Debe enviarse el número mínimo de figuras que facilite la comprensión de los resultados obtenidos. No se aceptarán figuras que utilicen tres dimensiones (3D), a menos que en éstas se cuantifiquen y relacionen entre sí tres parámetros distintos. En la realización de las figuras los autores deben tener en cuenta que el tamaño de las letras y de los números debe ser tal que, aún reducidos para su inclusión en la revista, éstos sean legibles.

Las figuras serán enviadas en página aparte (documento aparte en el CD), formato Word. Se desaconseja explícitamente el uso de figuras para mostrar resultados que pueden ser fácilmente enunciados en forma de texto o tabla (por ejemplo la distribución por sexos o edades en una población, la proporción de pacientes que responden a una de tres o cuatro características en una muestra, etc.). Como se menciona más arriba, si se reproducen figuras previamente publicadas, los autores deberán contar con una autorización por escrito para su reproducción. En la leyenda correspondiente se citará la fuente original con la aclaración "Reproducido con autorización de ... (cita de la fuente original)".

Leyendas de las figuras

En página aparte, a continuación del cuerpo principal del manuscrito, deberán consignarse todos los pies de figura correctamente identificados con el número arábigo correspondiente. Las leyendas serán lo suficientemente explicativas como para que los lectores puedan comprender la figura sin recurrir al texto.

Tablas

Se presentarán en hojas aparte y deberán ser identificadas con números arábigos en orden correlativo según sean citadas en el texto. Estarán provistas de su correspondiente encabezamiento, lo suficientemente claro como para que, al igual que las figuras, puedan ser interpretadas sin volver al texto del artículo. La información contenida en las mismas no debe ser incluida en el cuerpo del trabajo.

Abreviaturas

Las únicas abreviaturas aceptadas son aquellas consagradas por el uso, como ADN (por ácido desoxirribonucleico), ATP (por adenosintrifosfato), etc. Cuando un término es excesivamente largo o es una frase de más de tres palabras (ejemplo: trastorno obsesivo compulsivo) y aparece más de seis veces en el cuerpo principal del manuscrito los autores podrán optar por abreviarlo. La abreviatura deberá ser presentada entre paréntesis a continuación de la primera vez que se utiliza el término o frase, y a partir de ese punto podrá reemplazarlos. Ejemplo: El trastorno obsesivo compulsivo (TOC)...

No se aceptan abreviaturas en el título ni en el resumen. Deben evitarse oraciones con más de una abreviatura, ya que su lectura se hace muy difícil.

No deben utilizarse abreviaturas de frases o palabras escritas en un idioma distinto al español.

ANTES DE ENVIAR EL MANUSCRITO

Antes de enviar el manuscrito controle haber cumplido con los siguientes requisitos:

Hoja de título

- Título.
- Autor o autores.
- Títulos académicos.
- Lugar de trabajo y/o institución de pertenencia.
- Dirección postal.
- Dirección de correo electrónico.

Resumen

- Controle que no tenga más de 200 palabras.
- No utilizar abreviaturas.

Resumen en inglés

- Título en inglés.
- Controle que el número de palabras sea igual o menor a 200.
- No utilizar abreviaturas.

Cita correcta de la bibliografía

- ¿Cada una de las citas indicadas en el texto tiene su correspondiente referencia en el apartado de Bibliografía?
- ¿Las referencias están citadas de acuerdo al reglamento de publicaciones?

Figuras

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Se acompañaron los pies o leyendas indicando a qué figura corresponde cada uno?
- ¿La tipografía utilizada es legible una vez reducida la figura al tamaño de una o a lo sumo dos columnas de la revista?

Tablas

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Cada tabla está encabezada por un título suficientemente explicativo?

Declaración de posibles conflictos de intereses

- ¿Están debidamente aclarados?

2022 *número 3*
volumen 21

