

LA SALUD MENTAL EN EL SUROCCIDENTE COLOMBIANO: DESAFÍOS PARA EL SIGLO XXI

*Mental Health in the Southwest of Colombia:
Challenges for the XXI century.*

Juan Felipe Martínez Flórez

© <https://orcid.org/0000-0003-2914-0819>

Universidad Santiago de Cali.

Cali, Colombia.

Iván Alberto Osorio Sabogal

© <https://orcid.org/0000-0003-3531-0757>

Escuela Nacional del Deporte.

Cali, Colombia.

Resumen: El presente capítulo aborda un panorama general de la salud mental en Colombia y el Valle del Cauca. Se presentan datos relevantes sobre el estado epidemiológico de los trastornos mentales y problemáticas sociales más prevalentes y las perspectivas a futuro. Se presentan datos de la afectación a la salud mental en el Suroccidente colombiano durante la pandemia del Covid-19 y los desafíos resultantes en salud mental para la postpandemia en la región. Posteriormente, se aborda el crecimiento de la población en estadio de vejez y cómo esto podrá ser una problemática a abordar por los servicios de salud y APS en los próximos años debido al aumento de los trastornos

Cita este capítulo

Martínez Flórez, J. F.; Osorio Sabogal, I. A. (2022). La salud mental en el suroccidente colombiano: desafíos para el siglo XXI. En: Flórez Martínez, J. F. (ed. científico). *Manual para la salud mental en atención primaria en el Valle del Cauca*. (pp. 23-44). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

neurodegenerativos sensibles a esta población. Por último, se plantea una reflexión sobre la manera cómo interpretar y abordar la salud y la enfermedad mental que pretender ser afín a todo el documento.

Palabras clave: salud mental, prevalencia trastornos mentales, problemáticas sociales, envejecimiento, trastornos neurodegenerativos, cuerpo y mente.

Abstract: This chapter provides an overview of mental health in Colombia and the department of Valle del Cauca. Relevant data on epidemiological status of the most prevalent mental disorders and social problems and future perspectives are presented. Data on the mental health affectation in the Southwest of Colombia during the Covid-19 pandemic and the resulting challenges in mental health for the post-pandemic in region in the region are exposed. Subsequently, the growth of the elderly population and how this could be a problem to be addressed by health services and PHC in the coming years due the increase of neurodegenerative disorders sensitive to this population is addressed. Finally, a reflection on how to interpret and approach mental health and mental illness is proposed, which is intended to be related to the whole document.

Keywords: mental health, epidemiology mental disorder, social problems, aging, neurodegenerative disorders, body and mind.

La Psicopatología en Colombia y en el Valle del Cauca

Hablar de salud mental en Colombia remite ineludiblemente a nuestra historia como país y a la prolongación del conflicto violento por décadas. La barbarie de la guerra y las problemáticas conexas como el desplazamiento han tenido y tendrán un impacto en la salud mental de los colombianos por años. Entre los rasgos que se han descrito, que tienen un mayor impacto en la salud mental de los colombianos, se podría identificar: el conflicto armado, el desplazamiento interno,

la violencia basada en género, la violencia por el crimen organizado urbano y las problemáticas asociadas a la producción y consumo de drogas (Chaskel et al., 2015; Schultz et al., 2014).

A estas características históricas y sociales se deberían agregar, la escasez de servicios especializados en salud mental y la baja formación de profesionales en salud mental. Se ha reportado que en las décadas de los noventa y la de comienzos del siglo XXI el número de camas hospitalarias se ha reducido mientras el presupuesto militar ha aumentado (Chaskel et al., 2015). De igual forma, el 90% de los psiquiatras y psicólogos se concentra en las diez ciudades más grandes, haciendo que el acceso a atención especializada en salud mental en regiones, municipios, y zonas rurales sea técnicamente inexistente (Rojas Bernal et al., 2018).

En cuanto a la investigación, en Colombia y en el Valle del Cauca se cuenta con pocos estudios actuales que permitan establecer un panorama del estado de la salud mental en nuestro contexto. En promedio, cada diez años el Ministerio de Protección Social lleva a cabo la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM). El último de estos estudios fue realizado en el año 2013, y sus resultados reportados en 2015. Fuera de este estudio, hay trabajos investigativos realizados por instituciones gubernamentales locales o universidades. Pero dichos estudios han estado enfocados en poblaciones pequeñas o en problemáticas específicas. Por lo tanto, es difícil establecer un panorama del estado actual de la salud mental en Colombia y en el Valle del Cauca en términos de prevalencia diagnóstica actual de enfermedades mentales, prevalencia regional, etc.

En esta línea de ideas, la intervención de las problemáticas en salud mental en el Valle del Cauca en los últimos años ha sido insuficiente. Si bien se llevan a cabo acciones en salud mental en el Plan operativo Anual de (POA) de la Secretaría de Salud Departamental, dichas accio-

nes en la gran mayoría de los casos obedecen a intervención de corta data y generalmente se encuentra politizada, ocasionando que no se logre consolidar un proceso en el tiempo que permita observar y evaluar el impacto de dichas acciones en la salud mental de los vallecaucanos.

Los resultados reportados en la ENSM (Gómez-Restrepo, 2016) muestran que la prevalencia de cualquier trastorno mental alguna vez en la vida es del 10,1%, (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 8,8%-11,5%) en las personas de 18-44 años y el 7,7% (IC95%, 6,5%-9,1%) de los mayores de 45 años. En los últimos 12 meses, el 5,1% (IC95%, 4,3%-6,0%) del grupo más joven y el 2,3% (IC95%, 1,8%-3,0%) del de más edad. De las personas con alguno de los trastornos mentales medidos, el 17,6% (IC95%, 13,1%-23,4%) presenta dos o más trastornos; es más frecuente la comorbilidad en mujeres (20,4%; IC95% 14,2%-28,3%) que en varones (13,5%; IC95%, 7,9%-22,0%). El trastorno depresivo mayor es el más prevalente de los trastornos, con una prevalencia de vida del 4,3% (IC95%, 3,7%-5,0%). Se calcula además que uno de cada diez colombianos sufre un trastorno mental y que la prevalencia de los trastornos mentales entre infantes y mujeres ha ido en aumento los últimos años. Específicamente en la población entre 7 y 11 años, se encontró que el 27,6% tiene por lo menos un síntoma de trastorno mental el 10,5% tiene dos y el 4,4% padece algún trastorno.

En la población adulta, los trastornos de ansiedad, depresión y trastornos psicóticos son los más prevalentes. Se encontró que el 9,6% de los adultos padece algún trastorno mental los trastornos más prevalentes son los trastornos afectivos con una prevalencia del 6,7%. También destaca que, el 19% de la población ha sufrido al menos una vez de síntomas de ansiedad y que el 10% ha tenido problemas con el uso de sustancias psicoactivas o alcohol. El estudio también determinó una prevalencia mayor en las mujeres más que en los hombres de padecer un trastorno afectivo o un trastorno de ansiedad, mientras en los hombres los trastornos por uso de sustancias tuvieron la mayor prevalencia.

La ENSM arroja datos preocupantes sobre la distribución de trastornos mentales en nuestra sociedad. Entre ellas, la noción que una de cada cinco personas en nuestro país presenta al menos un trastorno mental una vez en la vida. Para la región Pacífico y el Valle del Cauca la prevalencia de “un trastorno mental al menos una vez en la vida” es levemente superior al promedio nacional con un 11 %. La región Pacífico muestra además la mayor prevalencia de trastornos del afecto a nivel nacional en lapsos cortos de tiempo (menores a 30 días). En igual medida, la región junto a Bogotá muestra la mayor prevalencia en trastornos de ansiedad. Esta cifra se corresponde con el trabajo realizado por Pérez Gómez en 2009 que demarcó tanto a la región Pacífico y Bogotá como las regiones con mayor prevalencia en trastornos de ansiedad a nivel nacional con el 22% y 21% respectivamente. La región también se caracteriza por mostrar un alto índice en el consumo de sustancias en comparación con la distribución nacional con el 18% del consumo total.

Tabla 1. Epidemiología de los trastornos mentales en Colombia según la ENSM 2003-2015 y los datos reportados a nivel mundial por la OMS (2008).

Estudio/ trastornos	ENSM -2003	ENSM -2015	Prevalencia mundial OMS (2008)
Cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses	16.0%	9.1%	12-40%
Depresión	13.9	4.3%	4-28%
Trastornos de ansiedad	19.3%	3.9%	4-31%
Esquizofrenia-psicosis	0.8%	1%	0.3-1.3%
Intento suicidio	4.9	6.6%	--

Fuente: ENSM (2003), (2015); OMS (2008).

La ENSM demarca también un promedio de 14 años para el inicio de trastornos del afecto en la población de la región Pacífico y un inicio promedio de los trastornos de ansiedad alrededor de los 18 años. Y para el caso del consumo de sustancias demarca una edad de iniciación de 20 años, aunque esta edad según otros estudios (Pérez-Gómez, 2009) estaría muy cerca de la edad escolar alrededor de los 15 años.

Por otra parte, los problemas de violencia en nuestro departamento han mostrado un incremento en los últimos años convirtiéndose en un problema de salud pública. Las estadísticas vitales a este respecto señalan que la primera causa de mortalidad general en el Valle es por agresión con armas de fuego y otras no especificadas (20,3%) específicamente, en la población de 5 a 14 años, se encuentra la agresión con disparo como la primera causa de muerte (14,8%) y en la población entre 15 y 44 años este tipo de lesiones representa el 51% de causas de mortalidad según la Secretaría de Salud Pública Departamental (2019). En el ambiente escolar, los datos no son muy alentadores; según las investigaciones realizadas entre 2005 y 2012 por el Programa Psicólogos en las Escuelas, se evidenciaron casos y niveles preocupantes de embarazo adolescente, intimidación escolar o “bullying” en las instituciones educativas oficiales del Valle del Cauca.

En relación con el embarazo adolescente se encontró que durante el primer semestre de 2006 dentro del total de estudiantes de sexo femenino (112.470) de las 180 instituciones educativas públicas en las que existía un psicólogo del Proyecto Psicólogos en las Escuelas se encontró un total de 605 embarazos de adolescentes según auto reporte. Es importante anotar que se encontró un porcentaje alto de deserción escolar entre este grupo de jóvenes, cercano al 25 % del total de embarazadas reportadas y como dato adicional, se encontró que existe una deserción inversamente proporcional en relación con la edad y el grado escolar que cursa la adolescente embarazada que era estadísticamente significativa en la población. Además,

ameritaba una mayor intervención en esta problemática pues llanamente, significa que las madres más jóvenes que quedan embarazadas están en una situación de desprotección y hay abandono escolar mayor. Siendo necesario abordar la percepción y manejo de los casos de embarazo en adolescentes, pues la deserción podría corresponder a presión familiar, son embarazos de alto riesgo, sin tratamiento adecuado, presión social (de sus compañeros de estudio, docentes, directivos u personas cercanas a su lugar de vivienda) o dificultades de carácter económico.

Sobre el matoneo y violencia escolar, se encontró que, de una muestra de doce mil escolares, el porcentaje de abuso y agresión en las instituciones educativas públicas del Valle del Cauca representa el 33 %, es decir uno de cada tres jóvenes es agredido por otro miembro de la comunidad educativa. A partir de la información estadística obtenida se ha logrado obtener un mayor reconocimiento de las problemáticas, que han contribuido significativamente a sensibilizar a la población sobre situaciones presumidas, más no cuantificadas propiamente en las escuelas. Adicionalmente determinar prioridades de intervención hacia condiciones que además de ser favorables en materia de salud mental vayan acorde con los derechos de la infancia y adolescencia.

También, se reportaron cifras de ideación suicida entre los estudiantes del orden del 20 por ciento de la población con intentos suicidas de más del 10 por ciento de los estudiantes. Otras problemáticas que se detectaron en el marco del Proyecto Psicólogos en las Escuelas fueron: el síndrome de quemazón profesional entre el grupo de docentes de primaria y secundaria del departamento en las evaluaciones de los años 2007 y 2012 excedió al 50 por ciento de los profesores, el consumo de sustancias legales e ilegales entre la población adolescente y la existencia de trastornos de alimentación en un número creciente de escolares.

No solamente la violencia urbana y escolar ha sido un flagelo en el departamento, el desplazamiento forzado relacionado con la violencia social y política ocupa también un lugar preponderante, dado que a pesar de los esfuerzos de entidades gubernamentales y no gubernamentales; el desplazamiento forzado creció en el 2008, 24,47% con relación a años anteriores, con las consecuencias sociales asociadas al mismo: desarraigo, destierro, violación a los derechos humanos e infracción al derecho internacional humanitario (Boletín informativo No. 75 – CODHES, 2009). En este documento se cita al SISDHES (Sistema de Información sobre Desplazamiento Forzado y Derechos Humanos) quienes informan que cerca de 380 863 personas (72 172 núcleos familiares), se sumaron en el 2008 a la población total de desplazados con la que contaba el país. Según las estadísticas oficiales del Gobierno (Acción Social), la cifra de desplazados para el período entre 1997 y febrero de 2009 es de 2 935 835. Las mujeres, niñas y adolescentes constituyen la mayor parte de la población desplazada (CODHES, 2009). En el Valle del Cauca, el número de nuevos desplazados recibidos para el 2008 fue de 31 527, cifra superada solo por Bogotá y Antioquia.

Finalmente, los estudios en salud mental han señalado cómo los trastornos mentales en la región no son exclusividad de un único grupo poblacional, género o edad. Las edades de inicio de trastornos pueden variar de acuerdo al trastorno, pero el estudio ENSM señala que desde un punto de vista general la edad de aparición de los trastornos mentales es cada vez más temprana “[...] es importante resaltar que las edades de inicio cada vez más tempranas de los trastornos mentales pueden estar hablando de una mayor exposición a factores psicosociales desencadenantes y plantea una carga de enfermedad mental en poblaciones vulnerables y con poco acceso a los servicios de salud. Todos estos hallazgos sugieren la necesidad de enfocar acciones de promoción y prevención en estos grupos de edad” (ENSM 2015). De la misma manera, el inicio temprano de estos trastornos mentales jun-

to con la condición de cronicidad hacia la que tienden muchos de estos trastornos, señalan que muchas personas padecen (o padecerán) estos trastornos por la mayor parte de su vida, de donde se recalca la necesidad de poder brindar atención de calidad tanto a los pacientes como a sus familias.

En general los trastornos del afecto, como la depresión son los que tiene más prevalencia en la región y aparecen cada vez en una edad menor, seguidos por los trastornos asociados al consumo de sustancias y los trastornos de ansiedad. Esta prevalencia puede sugerir un estado generalizado y de riesgo para este tipo de trastornos en la región que a su vez expresa una problemática social. Puesto que los trastornos de ansiedad por lo general se expresan en síntomas como angustia y preocupación excesiva por el futuro y miedo generalizado, podría suponerse que, esta prevalencia es reflejo también de condiciones sociales de la región como la pobreza, la desigualdad, y la violencia, lo cual ha ocasionado que buena parte de la población se vea sumergida en incertidumbre constante y sentimientos de inseguridad. Esto también jugaría un papel como factor de riesgo en una problemática como el consumo de sustancias, puesto que el consumo estaría entendido como una vía de escape o paliativo ante la dura realidad social en que hemos estado abocados en la región.

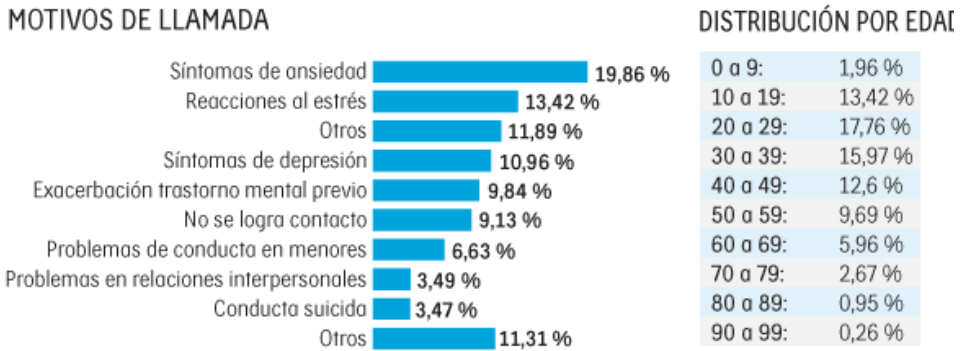
La salud mental en el Valle del Cauca en tiempos de pandemia

La coyuntura sanitaria producto del COVID-19 provocó las políticas de distanciamiento social y cuarentena obligatoria en un gran número de países alrededor del mundo. Bajo la premisa de mitigar el incremento de contagios, la mayoría de países de Latinoamérica apostaron por promover el autocuidado siguiendo los lineamientos propuestos por la OMS y la implementación de cuarentena obligatoria entre la población. El objetivo de la cuarentena fue separar a potenciales portadores de virus de las personas saludables y de esta manera mitigar el crecimiento de contagios. Si bien, es una política

que apuntó al bien común, el costo en términos sociales, familiares, laborales, educativos, individuales, psicológicos y emocionales fue alto. Estudios realizados durante la cuarentena de epidemias como el SARS en 2004 o H1N1 en 2009 han mostrado que entre los efectos psicológicos y emocionales durante las cuarentenas en estas epidemias se cuenta el miedo a la infección, sentimientos de frustración y tristeza, estrés psicológico y ansiedad (Bai et al., 2004; Braunack-Mayer et al., 2013; Wang et al., 2011). Como factores desencadenes de estos efectos psicológicos negativos de la cuarentena se cuenta el declive económico, la extensión del tiempo de la cuarentena, la ausencia de suministros suficientes de comida o aseo y el estigma social en las personas contagiadas.

El decreto 457 de aislamiento obligatorio en Colombia se hizo efectivo el 23 de marzo de 2020, posterior a toques de queda locales. Este decreto contempló el aislamiento obligatorio durante 19 días. Durante este periodo las personas debían permanecer aisladas en sus hogares, no podían recibir visitas y solo una persona por núcleo familiar estaba autorizada a hacer compras de víveres. También se hizo una campaña mediática para difundir las medidas de autocuidado preferidas por la OMS como el lavado de manos, el uso de mascarillas, el mantenimiento de la distancia social, el evitar tocarse la cara y comunicarse a las líneas de atención en caso de presentar síntomas.

Este periodo de la historia reciente ha tenido consecuencias directas en la salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (véase figura 1) reportó un incremento significativo de llamadas que solicitaron atención psicológica en la su línea de atención 192 para la ciudad de Bogotá. Este incremento pudo denotarse principalmente entre personas jóvenes (15-30 años) y adultos jóvenes (30-40 años). Entre las problemáticas reportadas con mayor prevalencia en dichas solicitudes de atención, se registró: síntomas de ansiedad 19%, reacciones al estrés 13.42%, síntomas de depresión 10.96%.

Figura 1. Descripción de los motivos de llamada a la línea de atención psicológica durante los primeros meses de pandemia en 2020.

Fuente: U. Salud, 2020.

Un estudio en que participaron más 1500 personas realizado durante las primeras semanas de aislamiento en el Valle del Cauca y otras regiones del suroccidente colombiano evidenció que hasta un 38% de los participantes mostraba signos de ansiedad o depresión asociados a la cuarentena por el Covid-19 (Martínez Flórez, Isaza y Osorio, 2021). También pudo evidenciarse que, los jóvenes y las mujeres fueron la población que mostró mayor malestar psicológico, lo que probablemente sea explicado por el rol social asignado a la mujer en nuestra sociedad y el aumento de los conflictos domésticos. Este mismo estudio también mostró que la afectación psicológica estaba mediada por el nivel de ingreso, teniendo una afectación mayor las personas con bajo ingreso y bajo nivel educativo. Esto pudo estar explicado por el deterioro general de la economía, el desempleo y la incertidumbre de poder generar ingresos con el consecuente agravante para la salud mental.

Los diversos efectos de la pandemia en las esferas de la sociedad, a largo plazo, aún están conociéndose. Sin embargo, es claro que la población con menos recursos económicos, trabajadora y que genera su ingreso del día a día ha sido quien ha sufrido el más alto impacto. A pesar de esto no parece haber una política seria de salud mental que

permitiese abordar estos efectos, y la urgencia ha quedado manifiesta en las problemáticas sociales surgidas en estos primeros tiempos de la postpandemia donde el malestar psicológico anudado al empobrecimiento social ha desembocado en un estallido social que agudizó las problemáticas psicosociales en la población y hasta ahora no se han medido el impacto y sus consecuencias a largo plazo.

Trastornos neurodegenerativos en envejecimiento: desafío clínico para Colombia y el mundo en el siglo XIX

En la década de los noventa del siglo pasado, la Organización Mundial de la Salud, partiendo de un sinnúmero de estudios de fármaco-economía llegó a la predicción que para el año 2020 la depresión sería la primera o segunda enfermedad más importante en el mundo por discapacidad, carga de enfermedad, gravedad de los casos, compromiso económico por las faltas al trabajo y otras variables elaboradas.

Esta declaración, como muchas de los organismos internacionales, tuvo repercusiones mediáticas importantes y motivó que los recursos de investigación se destinaran a la búsqueda de medicamentos y tratamientos para una enfermedad que se preveía pandémica en pocos años.

Pero, aunque la estadística demostraba que una de cada cuatro personas presentaría una depresión alguna vez en la vida, este diagnóstico podía acompañar al sujeto por mucho tiempo sin afectarlo en gran medida. Pues la mayoría de los casos eran tan leves que no precisarían de los servicios de salud y mucho menos del uso de medicamentos o internación psiquiátrica. Era una pandemia mediática sin repercusiones clínicas a pesar de toda una estrategia publicitaria que se encaminó a hacernos ver todas aquellas situaciones vitales comunes, tipo duelos, rupturas y separaciones, como una enfermedad.

La depresión, como los trastornos afectivos bipolares y las esquizofrenias se diagnostican más hoy en día gracias a la conciencia creada so-

bre estas enfermedades entre el estamento médico, el involucrar otras enfermedades dentro del paquete médico y la disminución del temor del público por la exposición mediática que ha desmitificado no solo los hospitales mentales sino también a los psiquiatras y psicólogos.

Aparentemente faltó una variable a tener en cuenta y fue el aumento de la edad de la población mundial que aunque fue un objetivo deseable para muchos, estaba acompañada de una serie de enfermedades degenerativas entre las cuales las neuro psiquiátricas se están llevando las palmas en cuanto a crecimiento de casos, compromiso de funcionalidad, requerimiento de apoyo y supervisión, necesidad de cuidadores y finalmente por los costos de los medicamentos y productos higiénicos necesarios para su manejo.

El nombre genérico de esta patología emergente, con diversas causas, pero con una consecuencia única, es “Demencia”, sin más. Hay múltiples etiologías: daño de las neuronas por alteración de su sistema de sostén en la enfermedad de Alzheimer, daño de la vasculatura por la aterosclerosis generalizada en la hipertensión y la diabetes que determina la demencia vascular, daños específicos de ciertas áreas del cerebro en enfermedades localizadas, en fin. Todo tiene una razón clave: nos hicimos cada vez más viejos y esa búsqueda desaforada por lograr la eternidad no tuvo en cuenta que las neuronas se pierden y en general no se recuperan.

Hoy en la clínica es muy frecuente encontrar los familiares, que no pacientes, con requerimientos de pañales desechables, cirugías para alimentación por sonda gastroyeyunal, elementos y medicinas para cuidados de lesiones dermatológicas, medicamentos psiquiátricos adicionales para insomnio, agitación, agresividad y desorganización conductual. Además, se ha documentado recientemente la existencia previa de ansiedad generalizada y el consumo por años de ansiolíticos benzodiazepínicos como un predisponente, que po-

siblemente no lo es tal, sino el manejo habitual de un trastorno de ansiedad prodrómico.

El punto de los medicamentos anti demenciales es interesante por lo controversial. Los pocos existentes fueron desarrollados a finales de los años noventa, según dicen, como respuesta a los problemas médicos del presidente Ronald Reagan y en cuestión de días se observó que tenían más importancia para calmar la ansiedad del familiar que ante una enfermedad crónica y deteriorante que ocasiona cambios en el carácter y comportamiento de su familiar; casi siempre un personaje importante en la familia por su edad y precedencia, empieza una procesión médica en busca de solución a una enfermedad que pocas veces la tiene. Cuando no puedo aliviar el dolor o la enfermedad de mi familiar empiezo a preocuparme por asuntos como quejarme por la atención, en una variante del hacer por hacer.

Que no sirvan mucho no ha sido óbice para evitar que los precios de los tres o cuatro medicamentos anti demenciales vayan en escalada. No es mucho lo que avanzan en cuanto a resultados, pero la aparición de presentaciones más elaboradas como los parches dérmicos que facilitan el suministro y que muchas veces por novedad son aplicados a pacientes que conservan su capacidad para recibir vía oral y dispuestos a recibir múltiples medicamentos sin oponer mayor resistencia, facilitan la tendencia alcista de los laboratorios que siempre se escudan en los costos de desarrollo e investigación de sus productos.

Los adicionales son también objeto de controversia: los antipsicóticos son vistos como un apoyo invaluable para contener pacientes agresivos o agitados, pero también como razón de múltiples caídas y fracturas, que se convierten en un daño colateral de estas enfermedades.

Los antidepresivos de alta gama han sido estudiados como un elemento importante de modificación del estado general, pero también

como un placebo poco útil por la dificultad para evaluar si la apatía general del paciente corresponde en verdad a una depresión clínica o es solo una consecuencia general del deterioro cognitivo. Los pañales desechables, las cremas y productos de limpieza constituyen una exigencia frecuente de los familiares que son casi siempre negados por las entidades de salud que lo ven como algo exagerado teniendo en cuenta que la mayoría de pacientes pueden moverse por sus propios medios sin considerar que aunque conserven su motricidad, su cerebro no reacciona con la rapidez necesaria para considerar ese tipo de urgencias físicas y en general el asunto termina siendo definido por un juez mediante una acción de tutela.

Los pacientes con demencia son por lo común polimedicados, con patologías sobre agregadas endocrinas, dermatológicas, psiquiátricas, ortopédicas y neurológicas. Con lesiones físicas por efectos adversos de los medicamentos y con gran dificultad de cuidado para el familiar que en no pocos casos termina por ceder e internarlo en instituciones geriátricas cuyo costo casi nunca es asumido por el estado o por las entidades de salud.

Como la mayoría de pacientes con demencias ha terminado su ciclo productivo en lo laboral, es poco lo que aportan en las estadísticas económicas pero cuando se realiza la evaluación de costos ha sido dejada de lado la necesidad de un cuidador a tiempo completo que debe pasar gran parte de su vida cuidando a alguien que no tiene resonancia afectiva y respuesta emocional importante a esta dedicación exclusiva, por su misma enfermedad, y que como resultado el familiar termina convirtiéndose en un segundo paciente con cuadros depresivos o ansiosos por las limitaciones y obligaciones que se le imponen.

Es difícil saber cuál fue la razón por la que los economistas de la época no consideraron adecuadamente la importancia del síndrome de-

mencial pero es evidente que con el aumento paulatino de años de vida de los seres humanos que ya sobrepasan en la mayoría de los países los setenta y cinco años, seis años más que la expectativa de vida en los noventa, la pirámide poblacional se está invirtiendo a pasos agigantados y la presencia de esta patología en la población envejecida se hace cada vez más importante y si todavía no es la número uno en la lista, pronto lo será.

Cuerpo Mente y Enfermedad Mental

El cuerpo es el territorio desde el que se organiza nuestra vida y la experiencia, mucho se ha hablado de la división mente cuerpo, y esta división ha estado presente en nuestra academia y sociedad durante siglos. El campo de la salud no ha sido ajeno a esta división y nuestra concepción de la salud gira en torno a esta dicotomía. Desde la medicina tradicional el cuerpo y la mente han sido objetos separados y aislados entre sí; contamos hoy día con especialidades médicas para cada parte del cuerpo u órgano, así como con técnicas médicas avanzadas y específicas para el tratamiento del cuerpo y sus partes, pero poco hemos hecho por entender cómo se relaciona en la experiencia profunda del cuerpo enfermo con la mente que lo vive y la enfermedad que lo aqueja.

La mente y el cuerpo no son dos entidades separadas como hemos pensado por mucho tiempo, son un continuo único e indivisible, e incluso cuando llega la enfermedad, esta hace parte de ese continuo y señala alguna dificultad enmarcada en dicha unicidad; de ahí que para comprender mejor a un paciente aquejado de una enfermedad es necesario escucharlo atentamente y denotar las sutiles particularidades de esa experiencia permitirá que podamos brindarle una atención verdaderamente ligada a sus necesidades y que permita en parte aliviar su sufrimiento. Reconocer que la relación entre la mente, y el cuerpo es una relación profunda y continua que pone de manifies-

to un complejo entramado que podríamos definir como vida psíquica, es un primer paso para entender cómo afecta la enfermedad a un individuo y por lo tanto cómo podríamos contribuir en algo a hacer más llevadera su condición.

Ahora bien, al reconocer esta profunda relación es de suponer que aquello que atañe a la mente atañe a su vez al cuerpo, y aquello que la mente no puede expresar a través de palabras y en ocasiones hace que esta mente enferme, ocasionando también a que el cuerpo que habita esta mente también enferme como una forma de expresar este malestar. Aunque, el estudio de los procesos psicósomáticos es bastante amplio y abarca distintas disciplinas y enfoques, en este apartado trataremos de esbozar esta relación a partir de la función del habla como vía hacia dichos procesos.

Pero hemos estado acostumbrados, quizá por un sesgo cultural o social, a no reconocer nuestro cuerpo, ni relacionarnos a partir de nuestra mente con él. Generalmente solo sentimos nuestro cuerpo cuando enferma y menos aún prestamos atención a la relación de aquello que decimos y como se expresa de nosotros dicha relación “[...] parecería que, en la convivencia que establece con el cuerpo como espejo del otro, en la familiaridad del sujeto con los procesos de simbolización de los propios compromisos corporales durante la vida cotidiana el cuerpo se borra, diluido en el cuasi-automatismos de los rituales diarios” (Le Breton, 1990).

El lenguaje es un proceso psicósomático (Dethlefsen y Dahlke, 2005) las palabras que usamos para referirnos a nuestro cuerpo y actividades físicas son elaboradas a partir de nuestras experiencias corporales. El habla, es un proceso que pasa por el cuerpo, y de tal manera expresa no solo contenido funcional comunicativo sino dicho contenido en relación con la experiencia del cuerpo en el cual se inscribe. De ahí que el habla juegue un papel fundamental en la interpretación

de síntomas, dolencias físicas y su diagnóstico. “El que ha aprendido a percibir la ambivalencia psíquica del lenguaje comprueba que el enfermo, al hablar de sus síntomas corporales suele describir un síntoma psíquico [...] este tiene tan mal la vista que no puede ver las cosas claras, aquel no oye nada, aquel del picor se arrancaría la piel” (Dethlefsen y Dahlke, 2005, p. 100).

Por lo tanto, el cuerpo asume lo que la mente no reconoce. La metáfora a través del cuerpo manifiesta o enuncia un deseo inconsciente que busca darse a conocer. La expresión del cuerpo a través de un síntoma o dolencia es un pretexto que comunica a manera de un habla y con un significado particular un mensaje aun no reconocido por el individuo ni en su mente ni en su lenguaje ordinario.

El dolor, el síntoma o la dolencia pueden comunicar un mensaje aun no enunciado “el caso de una empleada que no atreve a reconocer que esta ‘hasta las narices’ y que le gustaría quedarse en casa un par de días, traslada al terreno físico; no obstante, una congestión nasal que acepta sin dificultad y que le conduce al resultado apetecido” (Dethlefsen y Dahlke, 2005, p. 101).

El carácter metafórico y analógico del lenguaje permite la recreación a partir de abstracciones de referentes concretos como pueden ser los síntomas. El habla es ambivalente, una frase es enunciada y su significado es múltiple, la metáfora y la analogía permiten el doble juego con las palabras, por ejemplo, cuando usamos expresiones como: “él es un sol” “mi hijo es un príncipe”; en igual medida cuando nos referimos al cuerpo y sus partes también lo hacemos con este tipo de analogías “me han roto el corazón” “mis piernas son dos trancos”. Estos juegos de palabras permiten evidenciar no solamente la cualidad metafórica y analógica del lenguaje, sino también cómo esta capacidad expresa una relación íntima entre el pensamiento el cuerpo y la experiencia puestas de manifiesto en un acto de habla. La relación entre psique y cuerpo expresada en el habla pone en juego la división culturalmente

elaborada y sostenida del sujeto. A pesar de que, en el habla ordinaria vemos como esta relación es manifiesta y de hecho nos propondría hablar una unicidad de la conciencia psicológica y corporal, la dicotomía regresa, e incluso hablar en estos términos es una forma de sostenerla.

De tal forma en este documento pretendemos no solamente ofrecer un instructivo sobre el manejo del paciente con enfermedad mental sino además propugnar por una atención a este paciente que no esté basada únicamente en la técnica sino además en una escucha real y humana, que permita no solamente elaborar un perfil del paciente sino además permitirle sentirse, tanto al paciente como a su familia, comprendidos y entendidos en su sufrimiento, poder brindarles una atención y algunas herramientas que hagan de su día a día un proceso más llevadero en pro de una curación.

Se pretende presentar el cuerpo, la mente, la enfermedad y nuestros contextos como íntimamente relacionados. El cuerpo es un territorio desde el cual se inscribe la experiencia, aquellas cosas que nos suceden y que nos dejan una huella que se interrelaciona con nuestra mente y que en ocasiones dicha experiencia puede ser dolorosa y difícil de llevar ocasionando que enfermemos. La relación entre mente y cuerpo no solo se expresa en las facultades lingüísticas como conceptos y palabras, sino también con formas de corporalidad como los movimientos, las acciones y los gestos. Enfermar es un proceso psicosomático, de tal forma nos remite sobre esta relación que nos demuestra que en definitiva la conciencia el habla y el cuerpo, no solo están mediadas por una relación, sino que están más allá de esta apreciación y nos recuerdan la indivisibilidad del sujeto.

Referencias

- Bai, Y., Lin, C. C., Lin, C. Y., Chen, J. Y., Chue, C. M., & Chou, P. (2004, Sep). Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*, 55(9), 1055-1057. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1055>.
- Braunack-Mayer, A., Tooher, R., Collins, J. E., Street, J. M., & Marshall, H. (2013, Apr 15). Understanding the school community's response to school closures during the H1N1 2009 influenza pandemic. *BMC Public Health*, 13, 344. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-344>.
- Chaskel, R., Gaviria, S. L., Espinel, Z., Taborda, E., Vanegas, R., & Shultz, J. M. (2015). Mental health in Colombia. *BJPsych. International*, 12(4), 95-97. <https://doi.org/10.1192/s2056474000000660>.
- CODHES: Boletín informativo de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, No. 75. Bogotá, 22 de abril de 2009. Disponible en: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/3ADD2A7EEEFECBF485257601005693CC-Informe_completo.pdf.
- Dethlefsen, T. y Dahlke, R. (2005) *La enfermedad como camino: Un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades*. México DF; ed Dinámica psicológica.
- Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (ENSM 2015) [Internet]. Bogotá, 2015, Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf.
- Gómez-Restrepo, C., De Santacruz, C., Rodríguez, M. N., Rodríguez, V., Tamayo Martínez, N., Matallana, D., & González, L. M. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio [10.1016/j.rcp.2016.04.007]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 2-8. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.007>.

- Le Breton, D. (1990) *Antropología del cuerpo y la modernidad* Buenos Aires: ED. Nueva Visión.
- Martínez Flórez, J. F., Isaza, I. y Osorio, J. D. (2021). Efectos psicológicos inmediatos y autocuidado en la cuarentena por SARS-CoV-2 en el suroccidente colombiano. *Pensamiento Psicológico*, 19, 1-27. DOI: 10.11144/Javerianacali.PPSI19.epas.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2020). Línea 192 ya ha atendido 2.100 llamadas para Atención en Salud Mental ; // . Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved Sep, 2021, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Linea-192-ya-ha-atendido-2.100-llamadas-para-atencion-en-salud-mental.aspx>.
- Pérez Gómez A. (2009) Transiciones en el consumo de drogas en Colombia. *Revista de socidrogalcohol* Vol. 21 Núm. 1 Pág. 81-88.
- Rojas-Bernal, L. Á., Castaño-Pérez, G. A. & Restrepo-Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *CES Medicina*, 32(2), 129-140. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6>.
- Secretaría Departamental De Salud del Valle del Cauca. Grupo de Vigilancia en Salud Pública. Análisis de Situación de Salud Valle del Cauca Año 2019 [Internet]. Cali 2019; disponible en: <https://www.valledelcauca.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=viewpdf&id=40711>.
- Shultz, J. M., Gomez Ceballos, A. M., Espinel, Z., et al (2014) Internal displacement in Colombia: fifteen distinguishing features. *Disaster Health*, 2, 13–24. doi: <http://dx.doi.org/10.4161/dish.27885>.
- Salud U. (2020). Los Problemas de Salud mental que ya está dejando ver la pandemia. *El Tiempo*. Recuperado Oct 19, 2021, [Internet]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/salud/salud-mental-durante-la-pandemia-en-colombia-trastornos-que-han-revelado-los-estudios-526000>.

- World Health Organization. (2008). mhGAP : Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43809>.
- Wang, Y., Xu, B., Zhao, G., Cao, R., He, X., & Fu, S. (2011, 2011/01/01/). Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic? *General Hospital Psychiatry*, 33(1), 75-77. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.11.001>.