



## La salud mental en Colombia

*Olga Luz Peñas Felizzola. Terapeuta Ocupacional, Maestría en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.  
E-mail: hipogrifo @ starmedia.Com*

### INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge como una aproximación hacia la descripción de la salud mental en Colombia. Inicialmente se describe el contexto internacional como marco de referencia para el posterior análisis de nuestra propia situación, en la cual se realizará un recuento de las tendencias y de algunas estrategias nacionales para el manejo de la problemática.

Según la Organización Mundial de la Salud la salud mental es entendida como "un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio ambiente físico y social" (p.1) (1). A lo cual se añade que "no es simplemente la ausencia de enfermedad mental reconocible" (2).

### Revisión de la situación internacional

Desde finales de los 60's, la salud mental era planteada ya como un problema de grandes proporciones a nivel inter-

nacional, no solo por la escasez de servicios y planes correspondientes, sino por el paulatino incremento de la problemática, principalmente en los países desarrollados (3). En la década siguiente, el diagnóstico realizado por la O.P.S. para la implementación del Plan Decenal de Salud para las Américas (4) pronostica que "se puede prever que en la próxima década va a producirse un aumento en la demanda de servicios de salud mental (...) debido a la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad por enfermedades ligadas al medio" (p.37), además de un aumento intrínseco de los trastornos mentales debido a la influencia de factores característicos de las sociedades en desarrollo.

Para el primer quinquenio de los 80' en el globo ya se contaban, por lo menos, 40 millones de personas con trastornos mentales graves (esquizofrenia y demencia) y 200 millones de incapacitados a consecuencia de alteraciones mentales y neurológicas de menor compromiso (5; 6). Si al análisis de estos datos añadimos la problemática del alcoholismo y el consumo de estupefacientes, y la carga ocasionada sobre el individuo mismo, sobre la familia y la comunidad, se encuentra un asunto de enormes proporciones. Además, la situación mental infantil reflejaba igualmente una situación

difícil pues, según algunos cálculos, el 10% de los 1.400 millones de niños que había entonces presentaba algún problema mental, de los cuales el 80% se ubicaba en el tercer mundo (6). Iniciando la década de los 90', son varios los problemas a considerar. En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, la tendencia es al aumento, y la anterior distinción entre países "productores" y "consumidores" es menos evidente (7). El suicidio, como problema social que manifiesta alteraciones en la salud mental de la comunidad, tiene las tasas más altas en Canadá, Cuba, El Salvador, Trinidad y Tobago y Estados Unidos (con más de 10 casos por 100.000), mientras las tasas intermedias se localizan en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Panamá y Puerto Rico (6 por 100.000). El incremento de la participación de menores en el mercado laboral es otro de los condicionantes de la salud mental que, hoy día, causa preocupación: según la O.I.T., para 1996, de los 15 millones de menores trabajadores en Latinoamérica, la mitad de ellos tenía entre 6 y 14 años (8). Al analizar la salud mental en el adulto mayor es necesario tener en cuenta el envejecimiento<sup>1</sup> como uno de los factores de riesgo para la aparición de enfermedades neuropsiquiátricas. Canadá, Estados Unidos, Uruguay, Cuba y Puerto Rico,

<sup>1</sup>Para su análisis se emplea el índice de envejecimiento (IE) razón existente entre la población mayor de 60 años y menor de 15.

para 1995, poseían las cifras más altas de IE: una persona mayor de 60 años por cada dos menores de 15. En situación intermedia se encontraban Chile, Trinidad y Tobago, Jamaica y Costa Rica.

Los problemas de salud mental, aún cuando son poco visibles en el marco de las políticas de salud, en realidad constituyen un problema de gran magnitud y de preocupante crecimiento. Según proyecciones hechas a mediados de los 80', para el año 2000 se esperaba un incremento aproximado del 48% en la prevalencia de los trastornos psiquiátricos, teniendo en cuenta el aumento y el envejecimiento relativo de la población (7). A este hecho se suma, para desmejorar el panorama, el que "la prevención primaria de los trastornos mentales y la rehabilitación de los pacientes, casi nunca se han incluido en los programas y no ha habido, salvo excepciones, actividades de promoción de la salud mental" (p115). En la actualidad, la prevalencia de alteraciones mentales y psicosociales es considerada alta y extendida, teniendo en cuenta que todos los países americanos se encuentran afectados en diversa medida por tal fenómeno<sup>2</sup>. Según el Banco Mundial el 9% del total de las pérdidas económicas por enfermedades y el 15% de la carga global de la enfermedad, son atribuibles a los trastornos mentales (1;9) y cinco de las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo, son psiquiátricas, siendo la demencia la más importante en la actualidad (9; 8). Para finalizar, entrado el siglo XXI se contarán en América Latina 88 millones de personas con alguna alteración de carácter mental, más de dos millones con trastornos esquizofrénicos y más de 17 con alteraciones afectivas (8); y para el 2020 se proyecta que la depresión mayor ocasionará la segunda causa de carga de enfermedad a nivel global, después

de la enfermedad isquémica (9).

## Salud mental en Colombia

### *Los factores de riesgo de la salud mental en Colombia*

Innumerables son los factores de riesgo en la problemática mental que cobran gran vigencia en el país, teniendo en cuenta las características propias de este y las complejas situaciones que en la actualidad enfrenta. Tales factores de riesgo pueden abordarse desde las siguientes categorías, propuestas por la O.N.U.(10):

### *Factores socioculturales y ambientales:*

- En lo económico: la segunda mitad de los 90' se ha caracterizado por una recesión general, con despidos masivos de trabajadores y el crecimiento del desempleo que ha alcanzado cifras nunca antes registradas en el país (8).
- Población menor: el maltrato infantil es un riesgo creciente en el país, donde también están proliferando problemas como la orfandad a causa de los conflictos armados, la participación de menores en ellos y el trabajo y maltrato infantil (8; 10). La población adolescente enfrenta problemas, entre muchos otros, relacionados con el uso de sustancias psicoactivas (8).
- Núcleo familiar: las redes de apoyo social -entre ellas, de suma importancia la familia- son otro elemento que está fallando a raíz de los rápidos y radicales cambios sociales que vive la población: urbanización, condiciones de trabajo precarias, cambios en la estructura familiar, desplazamiento, etc,
- Situación de la tercera edad: en Colombia datos anteriores a 1993 (8) han registrado que el 87,5% de esta población no se beneficiaba de la seguridad social; 42% no percibía ingresos; 41,9% estaba en situación de

miseria; 11% vivía en tugurios y 39% debía trabajar para subsistir.

### *Factores biológicos:*

- Transición demográfica: este proceso ha tenido una notoria influencia: el IE para 1997 se calculaba en 20 por cada 100 jóvenes (menores de 15) y para el 2025 se pronostica en 54 por cada uno de estos (11).

*Accidentes y desastres:* estos factores provocan el 12,1% de los casos de alteración mental y emocional (14).

- Desplazamiento forzado: según cálculos, entre diciembre de 1995 y diciembre de 1996 se desplazaron por causa de la violencia 36.202 hogares, y aproximadamente cada hora en el territorio nacional se desplazan cuatro familias por la misma causa (12).
- Situación del adulto: este grupo etéreo encuentra en los homicidios la principal causa de muerte, situación que se traduce en un importante "componente psicopatológico" (13). Según el último Estudio Nacional de salud mental (1) el 22,7% de la población ha perdido algún familiar por homicidio; y el 4,3% y 1,7% refirió haber padecido la desaparición y el secuestro de un miembro de su familia, respectivamente.

### *La salud mental en Colombia: su perfil epidemiológico*

Para conocer la magnitud del problema de salud mental en Colombia, en 1993 se realizó un estudio nacional que involucraba también el consumo de sustancias psicoactivas. A grosso modo, algunos hallazgos fueron: la morbilidad sentida fue de 7,9%; aproximadamente el 39% de la población padece algún trastorno mental; el 32% de la población infantil podría estar padeciendo alguna alteración de este tipo; el 14,3% de la población general muestra algún rasgo psicótico; el 12,9% muestra signos de algún grado de ansiedad; el 23,3% muestra depresión; y el 5,7% inten-

<sup>2</sup>Tanto países en desarrollo como industrializados tienen una fuerte presencia de alteraciones mentales, sin embargo entre unos y otros existen diferencias tanto en el patrón de estas, como en su detección.

tó alguna vez suicidarse (15;16). Además, la demencia está presente por lo menos en el 5% de la población mayor de 65 años, ocasionada en un 60% aproximadamente por la enfermedad de Alzheimer (16).

Según el Estudio, el indicador de discapacidad permanente por enfermedad mental es alto: tres de cada mil jóvenes entre 12 y 15 años, cifra que varía entre los grupos etáreos hasta alcanzar los 19 por mil en el grupo de 50 a 60 años. Además, la depresión clínica tiene una prevalencia de 25,1% y la discapacidad severa de 3,6% (10). El núcleo familiar, determinante en la salud mental de la población, se encontró afectado por múltiples causas: amenazas (5,2% de las familias); secuestro (1,4%); homicidio (5%); suicidio (0,8%); abandono de padres o cónyuge (4,5%); y por muertes en accidente (4,5%) (17).

El consumo de sustancias ilegales, comparado con las cifras de un estudio anterior (1987), mostró algunas variaciones. La prevalencia de consumo mostró que el uso de la marihuana fue estable en ambos estudios (11%); el de cocaína y basuco disminuyeron (de 3 a 2,8% y de 6 a 3,6% respectivamente). El uso de

tranquilizantes aumentó (60 por mil en 1987 a 319 en 1992), mientras que la ingesta de alcohol disminuyó (560 a 520 por mil) (18; 17). Traducido en números, para la fecha del estudio "cinco millones de personas usan y abusan de fármacos y sustancias psicoactivas" (p.294) (19).

Ya a mediados de los 90' el Ministerio de Salud estimaba que el 14% de los colombianos padecía trastornos neuróticos, el 5% presentaba retraso mental, el 2% epilepsia, el 1% esquizofrenia, y un 0,5% enfermedad afectiva primaria (20; 10). Además de estas cifras, otros hechos indicaban que la salud mental en Colombia requería especial atención: el progresivo y rápido incremento en el consumo de sustancias adictivas (en su orden alcohol, tranquilizantes, marihuana, basuco, cocaína), las condiciones de extrema pobreza de gran parte de la población, y en especial de la población menor (cinco millones de niños), y el fuerte impacto de la violencia, reflejado en las tasas de mortalidad prematura.

Para conocer la situación actual de la salud mental de los colombianos, finalizando la década, de los 90' es tan importante como necesario remitirse a la información condensada en el II Estudio Nacional de salud mental y consumo de

sustancias psicoactivas (1), ya que es la información más completa y reciente acerca del tema<sup>3</sup>. Los hallazgos del Estudio son presentados, a grandes rasgos, en las tablas 1 y 2.

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

#### *Políticas, Programas y Planes: la experiencia nacional*

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

**Tabla 1.** Consumo de sustancias psicoactivas: prevalencia y población en riesgo.

SUSTANCIA	PREVALENCIA ANUAL	POBLACIÓN EN RIESGO	REGIONES EN RIESGO
Alcohol	7,1%	Hombres: 25-29 12-15 años	Guajira, Huila, Amazonas, Magdalena
Tranquilizantes menores	5,7%	Mujeres: 25-29 años	Quindío, Meta, Santander, Sucre
Anfetaminas	0,6%	Hombres: 30-37 años	San Andrés, Quindío, Guaviare, Antioquia
Marihuana	4,1%	Hombres: 25-29	Guajira, Antioquia, Quindío, Guaviare, Bogotá
Basuco	3,5%	Hombres: 12-15	Guajira, Quindío, Chocó, Santander, Sucre
Cocaína	1,4%	Hombres: 12-15	Norte Santander, Risaralda, Amazonas, Guajira, Antioquia
Heroína	1,2%	Hombres: 20-24 / 12-15	Guajira, Sucre, Amazonas, Chocó, Tolima
Inhalables	1,6%	Hombres: menores de 19 años	Guajira, Sucre, Chocó, Quindío, Norte Santander

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

<sup>3</sup> Hay que tener presente que los dos estudios de salud mental no son comparables, pues emplearon escalas de medición y clasificación diferentes.

**Tabla 2.** Alteraciones mentales: prevalencia y población en riesgo.

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

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

terés de la sociedad y el Estado hacia la problemática de la salud mental podría ser que esta no conlleve una mortalidad directa, excepto en el suicidio, a lo que se suma su bajo peso en consulta externa (1,6%) y egreso hospitalario (2%) (20); esto sin tener en cuenta la elevada y creciente morbilidad que causa y los consiguientes problemas que acarrea, analizados mediante los AVAD.

Desde los años 70', por parte de la O.M.S., surge la propuesta de "(...) organizar servicios en los que se pudiera contar con la participación de la comunidad" como "el sine qua non de toda acción eficaz en pro de la salud mental" (p.9) (5). En Colombia esta propuesta es retomada en la estrategia Rehabilitación basada en la Comunidad, la cual se orienta a hacer partícipe a la comunidad en el primer nivel de atención (20). Al respecto, se elaboró el Manual de Rehabilitación basada en la Comunidad, el cual propone que "(...) la responsabilidad principal de la rehabilitación funcional a las personas con discapacidad se confíe a la familia con el apoyo de las instancias de salud territorial" (p.55). Ante la ineficiencia e inaccesibilidad a los servicios de salud mental, pasando desde la prevención hasta la rehabilitación, esta propuesta constituye una alternativa posible en la medida en que puede satisfacer los requerimientos que el modelo tradicional de atención (institucional-individual) no ha podido suplir: cobertura, participación de la sociedad, atención no individualizada, reducción de costos, etc. Esta propuesta de atención puede encontrar un elemento a su favor: la comunidad como ente de cohesión, y en ella la familia y la presencia de líderes y demás actores que pueden promover la participación social. En este sentido, la comunidad es el fundamento y la base de este proyecto (21; 22).

Otros programas relacionados con la

búsqueda de una mejor salud mental en los colombianos son el Plan Nacional de Acción a favor de la Infancia y el Comité Interagencial para la Prevención del Maltrato Infantil (9), cuyos esfuerzos son encausados hacia el logro de mejores condiciones de vida para la población menor, a sabiendas de las posibilidades reducidas con que cuentan para su desarrollo.

Posterior a la reforma del Sistema General de Seguridad Social se implantó, por parte del Ministerio de Salud, el Programa de Salud del Anciano cuyos propósitos son, grosso modo, establecer "(...) la política del régimen de la seguridad social para conseguir la satisfacción íntegra de las necesidades de este grupo, el fortalecimiento de su identidad y autoestima, el autorreconocimiento, la prevención y el tratamiento de enfermedades, y el mejoramiento de los servicios asistenciales" (p187) (8). A pesar de ello, pareciera que este programa se quedó en el papel ya que no se ha cumplido siquiera con la vinculación al sistema de salud de la población anciana más pobre, y aquella que se encuentra afiliada corre el riesgo de ser retirada en la medida en que disminuye su capacidad de pago y la Ley le exige una contribución excesiva del 12% sobre sus ingresos (23).

La salud mental, desde la perspectiva psiquiátrica, tampoco se ha visto totalmente incluida dentro de las propuestas del actual Sistema, ya que "(...) solo se acepta como componente del Plan Obligatorio de Salud, la psicoterapia de apoyo en la fase crítica de la enfermedad y solo durante la fase inicial de la misma y por un periodo no mayor de treinta días" (p.84) (13). A ello se suma la exclusión y limitación en los servicios asistenciales psiquiátricos y en lo correspondiente al Plan de Atención Básica (19).

En 1998 nace la Política Nacional de Salud Mental (9) bajo la premisa de

*prioridad sanitaria*, y justificada en la centralización y escasez de servicios, información y programas de capacitación, al igual que en la falta de interés en el sector del Estado y comunidad. A nivel global, la Política trata de integrar la salud mental a los procesos de modernización del Estado que le son relevantes: Constitución, descentralización y Ley 100, teniendo en cuenta los fenómenos, entre otros sociales, que se están dando en el país y que ocasionan un enorme impacto en la salud mental de los colombianos. Un componente a resaltar en la Política es la inclusión de la salud mental en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica -SIVIGILA-, con el fin de realizar un monitoreo más constante en los cambios que esta problemática vaya mostrando.

Aún cuando las intenciones de la Política evidentemente son las mejores, en algunos de sus apartes parece muy utópica cuando, ante el consumo de sustancias psicoactivas, propone lo que denomina *reducción del riesgo*, consistente en convencer a la población de reducir su consumo de acuerdo con algunos parámetros utilizados y aplicados en países como Inglaterra o Estados Unidos (bebidas alcohólicas: 8 tragos semanales para mujeres y 12 para hombres).

En la prestación de los servicios de salud, en este caso particular los de carácter mental, han sido detectados algunos problemas. A nivel organizacional, se encuentra poca unificación de normas, escasa integración institucional y extrasectorial, servicios de primer y segundo nivel poco desarrollados con una consecuente sobreutilización del tercer nivel, además no hay un sistema de información integrado. A nivel de la prestación misma de los servicios los problemas más dicentes son: poco conocimiento de la situación de la población en alto riesgo, esquema tradicional de atención individual e institucionalizado, rechazo del personal calificado hacia nuevos modelos de atención (10) y la frecuente estigmatización del usuario del servicio de salud mental<sup>4</sup>.

<sup>4</sup>Para una información más detallada, revisar "La reglamentación de la ley 100 en contravía de la salud mental de los colombianos" (19).

Para finalizar: en un futuro, los factores de riesgo para la salud mental en Colombia dejan entrever un panorama desolador: el desempleo va en aumento, las condiciones de vida de la población menor muestran cifras cada vez más preocupantes, una cuarta parte de la po-

blación vive en familias desintegradas y la tercera parte ha cambiado de residencia en los últimos cinco años -en gran medida por la violencia-, la cuarta parte de la población ha sufrido el homicidio, desaparición o secuestro de un familiar, etc. La violencia, aunque no pue-

de ser considerado el único de los factores que está actuando negativamente sobre la condición mental de la población, por su magnitud y su permanencia de dos décadas, si puede ser señalado como el principal determinante en el incremento de la problemática.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Ministerio de Salud.** II Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá, 1997.
2. **Cocoma, J.C. y Urrego, Diana.** Por la salud mental. En: Revista de Salud Pública, vol. 1, Núm. 1, 1999: 58-67.
3. **American Psychiatry Association.** Mental health in the Americas. Washington, 1969.
4. **Organización Panamericana de la salud.** Plan decenal de salud para las Américas. Washington, 1973.
5. **Organización Mundial de la Salud.** Atención de salud mental en los países en desarrollo: análisis crítico de los resultados de las investigaciones. Ginebra, 1984.
6. **Lima, Bruno.** La atención primaria en salud mental. En: Memorias V Encuentro Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud y O.P.S., Bogotá, 1985:107-114.
7. **O.P.S.** Las condiciones de salud en las Américas, vol. I. Washington, 1990.
8. **Ministerio de Salud.** La salud en las Américas, vol. I y II Washington, 1998.
9. **Ministerio de Salud.** Política Nacional de Salud Mental, Bogotá, 1998.
10. **Ministerio de Salud. O.P.S. y O.M.S.** Lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía. Bogotá, 1996.
11. **Ministerio de Salud. e I.N.S..** Informe epidemiológico nacional, quincenal. Vol. 4, Núm. 7, Santafé de Bogotá, 15 de abril de 1999.
12. **Cruz Roja Internacional.** Infracciones a la misión médica en el conflicto armado colombiano. Bogotá, 1999.
13. **Asociación Colombiana de Psiquiatría.** Posición y propuesta de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría frente a la reglamentación de la Ley 100 de 1993. Revista Colombiana de Psiquiatría Vol. XXIV, Núm. 2, 1995: 83-91.
14. **Calderón.** Los desastres: reacciones psicológicas y psicosociales. En: La salud mental en situaciones de desastre. Editorial Uniantioquia, Medellín, 1993: 51-69.
15. **Ministerio de Salud.** I Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá, 1993.
16. **I.S.S. y ASCOFAME.** 1997. Urgencias psiquiátricas. Editorial Maldonado, Bogotá, 1997.
17. **Posada, J.** Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas. En: Seminario "Políticas, Gestión y Desarrollo de la investigación en salud". ICFES y Colegio Mayor de Cundinamarca, 1995: 97-110.
18. **O.P.S..** Las condiciones de salud en las Américas, volumen II. Washington, 1994.
19. **Alarcón, Rafael.** La reglamentación de la Ley 100 en contravía de la salud mental de los colombianos. En: Revista Colombiana de Psiquiatría, vol XXV, Núm. 4, 1996: 290-297.
20. **Ministerio de Salud y D.N.P.** La salud en Colombia: hallazgos y recomendaciones. Bogotá, 1996.
21. **Sin Barreras.** La visión humana de las enfermedades mentales: la institución al servicio del paciente. Bogotá, Núm. 8, 1996: 14-19.
22. **Guio, Adriana, Quintero, Sandra y Re yes, A.** Calidad de los servicios de salud mental en la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, Bogotá. Tesis (Especialista en Gerencia en Salud), Universidad Colegio Myor de Nuestra Señora del Rosario, 1998.
23. **Jaramillo, Iván.** El futuro de la salud en Colombia. Editado por FESCOL, FES, F.R.B. y Fundación Corona. Bogotá, 1999.