

Psiquiatría y salud mental en Colombia en los últimos 20 años.

Roberto Perdomo Hoyos, M. D.*

La salud mental se define usualmente como ausencia de enfermedad mental o relativa inmunidad a ella. Es obvio que los individuos que tienen confianza en sí mismos y en sus semejantes, que se consideran competentes y capaces y creen que vale la pena vivir, son menos vulnerables al desequilibrio mental que las personas llenas de sentimientos de inseguridad y sin apego a la vida¹. La salud mental depende de la forma como el individuo se siente respecto a sí mismo, sus semejantes y el lugar que ocupa en el mundo. Una persona mentalmente sana se adapta de manera más fácil y con un máximo de efectividad y satisfacción personal a las tres áreas cruciales del vivir cotidiano: el amor, el trabajo y la recreación.

La enfermedad mental, por el contrario, engendra pobreza y ésta a su vez engendra más enfermedad. Una interacción semejante existe entre la enfermedad mental, la violencia y muchos otros factores sociales, hasta el punto que es difícil determinar cuál es la causa y cuál el efecto. La enfermedad mental produce una reacción en cadena que incide dramáticamente en el núcleo familiar y trasciende luego a la comunidad, creándose un círculo vicioso difícil de romper y con graves repercusiones socioeconómicas.

Existe la creencia generalizada y sin fundamento que un país en desarrollo como Colombia está relativamente libre de enfermedades mentales por no estar expuesto a las presiones propias del desarrollo tecnológico. Trabajos de investigación hechos en el medio nacional^{2,3} sobre la prevalencia de trastornos mentales señalan cifras comparables con las de países industrializados.

De acuerdo con estos hallazgos, hay una tasa de 25 casos de enfermedad mental severa por cada mil habitantes de todas las edades. Un país como Colombia, sin haber resuelto problemas básicos de salud como las enfermedades infecciosas y parasitarias y la desnutrición, se debe enfrentar al problema de la enfermedad mental, comparable en magnitud al que existe en

los países desarrollados y con una fracción mínima de los recursos de éstos.

Se estima que aproximadamente 10% de la población colombiana recibe atención médica del sistema de seguridad social y 15% a través de la atención privada; el resto, supuestamente, es atendido por los servicios públicos del Estado. En Colombia hay alrededor de 280 psiquiatras, en su gran mayoría dedicados a la práctica privada y localizados en 80% en Bogotá, Medellín y Cali. A esta pequeña proporción de la población colombiana que tiene acceso a servicios psiquiátricos se suman las nociones mágicas sobre salud y enfermedad, y se crea así un círculo vicioso difícil de interrumpir.

El tratamiento de las enfermedades mentales se ha hecho tradicionalmente sobre la base de dos sistemas divorciados por completo:

a. La reclusión en "manicomios" superpoblados sin mayor contacto médico-paciente, con énfasis en terapias biológicas prescritas de manera estereotipada y donde los cuidados directos del paciente se delegan casi por entero en el personal auxiliar.

b. Horas interminables en el consultorio privado donde se da gran importancia al contacto personal médico-paciente y a la comunicación con la familia. Ambos tipos de tratamiento son costosos, complejos, también a veces estereotipados, y deben estar a cargo de médicos especialistas.

Este ha sido el marco de referencia tradicional dentro del cual se ha prestado atención al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental en Colombia. Dentro de este modelo, lleno de deficiencias y limitaciones, no tenía cabida la promoción de la salud mental. La prevención, tratamiento y rehabilitación del trastorno psiquiátrico requieren una gama completa de servicios si en verdad se desea proporcionar a la población todas las posibilidades para disfrutar de salud mental.

En cuanto a tratamiento, el hospital psiquiátrico, en el mejor de los casos, logra satisfacer apenas una fracción de estas

* Profesor Titular, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

necesidades. Por el contrario, recibir tratamiento dentro de su propia comunidad tiene ventajas innegables para el enfermo al no haber necesidad de abandonar la familia y el trabajo. El tratamiento hospitalario tradicional se puede evitar mediante el descubrimiento y manejo precoces de los trastornos emocionales. Son innumerables los problemas que una persona puede experimentar en el curso de su vida. Lo importante es utilizar la urgencia que la persona siente para buscar alivio al problema que está viviendo y evitar así que la crisis se convierta en un trastorno mental mayor. No todos los conflictos humanos tienen solución pero una ayuda oportuna puede capacitar a la persona para utilizar mejor su potencial adaptativo.

Producir un psiquiatra toma por lo menos 10 años a partir de la terminación del bachillerato. El aumento en el número de personas que desean tratamiento psiquiátrico crece día a día sin que esta demanda guarde proporción con los recursos existentes. En consecuencia, la protección de la salud mental de una colectividad requiere el concurso de personal de diferentes categorías y niveles de entrenamiento. En otras palabras, se necesita multiplicar y utilizar los recursos humanos que puedan contribuir a la salud mental mediante una labor educativa y la asignación de funciones específicas a cada individuo y grupos de individuos. Se busca no sólo tratar la enfermedad mental sino reducir el número de personas que requieren asistencia psiquiátrica; de lo contrario, nunca serán suficientes los recursos en el campo de la psiquiatría. Afortunadamente, el gobierno colombiano ha tomado conciencia del problema y ha empezado a realizar cambios en el área de la salud mental de la población⁴. En forma simultánea, es progresivo el número de profesionales interesados y capacitados para realizar este tipo de labor. A lo anterior se añade la creciente necesidad sentida de este tipo de servicios en la comunidad.

En el presente trabajo se busca hacer un balance general de los logros, limitaciones y frustraciones experimentados por la psiquiatría y la salud mental en Colombia en los últimos veinte años.

LA EDUCACION DEL MEDICO

Hasta hace 20 años o menos, la enseñanza de la psiquiatría en las escuelas de medicina de Colombia estaba circunscrita a los últimos años de la carrera médica. Consistía en conferencias magistrales, matizadas con ocasionales presentaciones clínicas, ambas enmarcadas por lo teórico y lo francamente especulativo. A la información psiquiátrica insuficiente recibida por los estudiantes durante la carrera médica se sumaba la evolución de la medicina moderna hacia el fraccionamiento en especialidades cada vez más restringidas. Este hecho contribuyó a que el médico mantuviera en su formación la dicotomía entre lo biológico y la psicológico.

Este marco histórico empezó a cambiar paulatinamente en la década de 1950. Para ello se contó con el entusiasmo de especialistas en psiquiatría que tenían una sólida tradición académica lograda en el exterior. Su labor, a su vez, tuvo el respaldo y el estímulo tangibles de los Seminarios de Educación Médica realizados en Cali en 1955 y en Medellín en 1957, donde se dieron recomendaciones muy concretas sobre la enseñanza de la psiquiatría⁵. Con estas bases y durante los últimos años, la

educación del médico en psiquiatría ha experimentado modificaciones profundas en lo que se refiere a objetivos, contenido curricular y aspectos metodológicos de la enseñanza. La psiquiatría se ha ubicado en el terreno de las ciencias médicas y cuenta con programas de enseñanza basados en experiencias eminentemente prácticas que cubren de manera secuencial los años preclínicos y clínicos. Se inician con el estudio del crecimiento y desarrollo de la personalidad y de los determinantes del comportamiento normal desde el punto de vista psicológico, biológico y social.

Sobre esta base se revisa el origen de las fallas adaptativas y la patología de las distintas funciones psíquicas para comenzar el estudio de los síndromes psiquiátricos con la ayuda de demostraciones clínicas. Dentro de este contexto se examinan las relaciones interpersonales como elemento contributorio al comportamiento normal y anormal y como factor indispensable en el manejo profesional del trastorno mental. Posteriormente se estudian las entidades clínicas psiquiátricas buscando la capacitación del médico para la identificación, comprensión y manejo de las formas más frecuentes de enfermedad psiquiátrica. Igualmente se persigue que el futuro médico pueda hacer una evaluación de los elementos emocionales que contribuyen a la aparición de la enfermedad médica o quirúrgica de pacientes del hospital general. Una vez adquiridos los conocimientos antes descritos, los estudiantes de medicina pueden aplicarlos a la práctica clínica durante su rotación en pequeños grupos por los servicios psiquiátricos del hospital general o por las salas del hospital mental. El aprendizaje del estudiante de medicina se puede evaluar conforme a los objetivos generales de la enseñanza de psiquiatría que se podrían sintetizar de la siguiente manera:

- a. Conocer los patrones característicos de comportamiento de cada una de las etapas de desarrollo del ser humano: infancia, niñez, adolescencia, edad adulta, vejez.
- b. Descubrir los factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan el comportamiento humano, normal y anormal.
- c. Identificar los síndromes psiquiátricos de ocurrencia más común y manejarlos adecuadamente bien sea en forma personal o mediante el envío oportuno al médico especialista.
- d. Desarrollar habilidades para utilizar la influencia humana como agente terapéutico en el manejo de la enfermedad, médica o psiquiátrica.

Un programa de salud mental busca ofrecer a la población la gama completa de servicios para la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental. Su logro requiere la multiplicación de los recursos humanos que se puedan utilizar con este fin. La capacitación adecuada del estudiante de medicina es el núcleo fundamental de este propósito.

LA FORMACION DEL PSIQUIATRA

Hasta hace aproximadamente 20 años el especialista en psiquiatría en Colombia se formaba con base en grandes esfuerzos personales, durante muchos años y de una manera autodidacta. Si era afortunado, se acogía a la sombra de un profesor por tradición, mas no por formación, que lo había

precedido años atrás en la misma experiencia. Esta situación se complicaba por el enfrentamiento de los modelos tradicionales de pensamiento en el campo de la psiquiatría: lo biológico y lo psicológico. Es probable que muchas de las características negativas atribuidas tradicionalmente al psiquiatra se hayan originado en el proceso defectuoso de su formación en aquella época.

El adiestramiento del médico especialista en psiquiatría ha cambiado radicalmente en el país en los últimos veinte años. La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina⁶ ha dado su aprobación a programas de Residencia en Psiquiatría de 3 años de duración en cinco universidades (Antioquia, Nacional, Javeriana, Rosario y Valle) para un total de 57 cupos disponibles al año. La formación profesional dentro de una estructura académica sólida está logrando sustituir la imagen tradicional del psiquiatra que aún hoy día provoca una mezcla de curiosidad, admiración, temor e hilaridad. Su imagen actual es la de un profesional idóneo y mentalmente equilibrado que puede relacionarse con la gente en forma armoniosa y servir como experto en la solución de conflictos emocionales. Es inevitable que haya excepciones que no corresponden a este modelo y que existan tintes políticos con que se quiere deformar la imagen del psiquiatra en algunos sectores de la sociedad.

Desde el punto de vista conceptual, y haciendo una generalización, se puede decir que el adiestramiento del psiquiatra en Colombia se realiza hoy día sobre la base de tres principios fundamentales: la orientación ecléctica de la enseñanza, el empleo del método científico en la evaluación de los conceptos utilizados en psiquiatría y la utilización de los factores socioculturales de la comunidad como marco de referencia para las labores del especialista.

a. Orientación ecléctica de la enseñanza. El ser humano se debe adaptar biológica, psicológica y socialmente al ambiente en que vive. En la medicina tradicional se hizo hincapié en la adaptación fisiológica del hombre, a expensas de los factores psicosociales. En los últimos años, en la mayoría de los centros de entrenamiento psiquiátrico, el péndulo ha oscilado en la dirección opuesta. Se tiene en cuenta, por ejemplo, la forma como el psicoanálisis ha contribuido al campo de la psiquiatría y la intervención trascendental de la farmacología en la terapia de las enfermedades mentales. Así como se acepta que existen trastornos psiquiátricos en cuya etiología intervienen claramente factores biológicos, también se considera que las ciencias sociales pertinentes tienen conceptos sustanciales que contribuyen al entendimiento de la dinámica de la salud y la enfermedad mental.

b. Empleo del método científico. El adiestramiento actual en psiquiatría ayuda al futuro especialista a decidir la forma como desea contribuir a su profesión: la atención de los enfermos, la docencia o la investigación. Tradicionalmente, la psiquiatría no ha tenido una orientación general que se incline hacia la investigación. A este hecho ha contribuido la demarcación imprecisa entre la evidencia clínica, lo probable y lo puramente especulativo. Como resultado de lo anterior, las publicaciones psiquiátricas en el pasado se acercaban más

a la literatura y a la filosofía que a las ciencias del comportamiento.

En los últimos 20 años se están aplicando técnicas de salud pública en el área de la psiquiatría y esto se refiere también a la investigación. La descripción del caso clínico y la evaluación de drogas sin grupo control, tan frecuentes en la década de 1950, conducían inevitablemente a generalizaciones sin mayor fundamento y a conclusiones "impresionistas". Este tipo de trabajos se ha reemplazado de manera tangible por estudios realizados conforme el método científico y enfocados en su mayoría a grupos de población en lugar de casos individuales. Todo esto es de gran importancia pues la realización de programas de salud mental requiere trabajos de investigación que permitan identificar, por ejemplo, factores que inciden negativamente en la salud mental de la comunidad y grupos humanos expuestos a riesgo mayor de padecer enfermedad mental. Además, para conseguir la colaboración de la comunidad en la labor preventiva y curativa de la psiquiatría, es indispensable adquirir primero un conocimiento exacto de la situación actual de la enfermedad mental⁷.

c. Marco de referencia sociocultural del entrenamiento. Desde el punto de vista de la práctica profesional, este es el vuelco más trascendental que ha experimentado en los últimos años el entrenamiento del psiquiatra en Colombia. Busca darle al futuro especialista la oportunidad de actuar fuera del hospital y de su consultorio, en el seno de la comunidad. Allí puede formar parte de un equipo de salud donde se desempeña como consultor y educador de personal no psiquiátrico, tanto médico como paramédico y auxiliar. Mediante esta experiencia, puede fomentar actividades que contribuyen al bienestar de la sociedad e influir en individuos y organizaciones de quienes depende la toma de decisiones relacionadas con el bienestar común. Este enfoque en su adiestramiento logra que el especialista adopte como sustrato de su trabajo los factores culturales de la comunidad y sus necesidades, así como los recursos de la misma que puedan utilizarse en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad mental.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Se entiende por prevención primaria los esfuerzos conducentes a la erradicación o neutralización de factores responsables de la aparición de la enfermedad mental. Un programa de salud mental, en especial si su propósito fundamental es prevenir la enfermedad, no puede lograr sus objetivos sin la colaboración y participación de la comunidad a la que se quiere servir. Es necesario realizar una labor educativa dirigida primordialmente a miembros de la comunidad que puedan influir sobre la misma, como maestros, estudiantes, padres de familia, religiosos y líderes naturales de la comunidad. Las actividades que se pueden desarrollar en el campo de la prevención primaria están limitadas fundamentalmente a la educación. Por ejemplo, se puede educar a la gente sobre la manera más eficaz de manejar el estrés y de fomentar el bienestar individual y colectivo. Los miembros de una colectividad también se pueden instruir sobre cómo identificar las primeras manifestaciones de enfermedad mental y cuáles son los recursos con que cuenta la comunidad para el manejo de la misma⁸. La publicación de folletos educativos

dirigidos al interés específico de distintos grupos de población, puede encontrar receptores cautivos en los centros de salud, las escuelas y las universidades. Desde hace varios años se están realizando campañas de salud mental en varias ciudades de Colombia. Se tratan temas como la educación de los niños en el hogar y en las escuelas, el manejo de adolescentes, la educación sexual, y últimamente, la farmacodependencia. Idealmente, las campañas educativas deben estar dirigidas a pequeños grupos de población, con un diseño específico y dentro de un contexto que permita influir sobre las emociones y actitudes de la gente, sin restringirse al plano puramente intelectual y cognoscitivo. Estas condiciones no se tienen en cuenta cuando las campañas educativas son producto de la improvisación ante la dramática toma de conciencia de un problema grave. Esto es lo que ha ocurrido en Colombia con el consumo de cocaína y basuco.

Los medios masivos de comunicación como la prensa, se refieren con frecuencia a temas relacionados con lo psicológico. Los periódicos y revistas publican casi a diario artículos sobre problemas mentales. Tanto en su forma como en su contenido se aprecia la desaparición de la truculencia que acompañaba hasta hace poco este tipo de publicaciones. También se nota un acercamiento a la objetividad y al sentido común. Desafortunadamente, en el mismo periódico o revistas se da cabida a publicidad pagada sobre oráculos misteriosos, talismanes magnéticos y "profesores" con poderes milagrosos que supuestamente curan desde la timidez sexual hasta el cáncer.

Es desafortunado que los medios masivos de comunicación no estén incorporados aún de manera sistemática a campañas que fomenten la salud mental. Sin embargo, estos medios de comunicación han logrado crear, sin proponérselo, una mayor conciencia sobre la necesidad de estimular ciertos hábitos que contribuyen a la salud mental, como el deporte y la recreación. En efecto, la gran difusión a nivel mundial de la actividad deportiva ha hecho que se la perciba como un medio a través del cual se puede mejorar la salud física. Como resultado de lo anterior en algunas ciudades de Colombia hay programas estructurados de construcción de parques, instalaciones deportivas y actividades que pueden ser el inicio de una verdadera masificación del deporte.

TRATAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL

Se entiende por prevención secundaria el descubrimiento temprano de casos antes que el trastorno pueda producir daño. En esta área se aprecia un vuelco más tangible en el suministro de asistencia psiquiátrica. Como se dijo antes, el tratamiento de la enfermedad mental estaba asociado exclusivamente con dos alternativas: horas interminables en el consultorio del especialista o meses de reclusión en el hospital psiquiátrico, cuyas condiciones en casi todos los casos eran muy deficientes. En los últimos 20 años, la duración de la hospitalización se ha reducido de 10 a 40% y quizás un poco más⁹ gracias a la utilización racional de los tratamientos biológicos y a un mejor uso de los servicios de consulta externa. Asimismo, se han reforzado los servicios de terapia ocupacional y recreativa tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.

Otro hecho de importancia capital manifiesto en los últimos años ha sido el impulso dado a la construcción y dotación de unidades de salud mental integradas al hospital general. En la actualidad existen 16 unidades de este tipo en 14 ciudades del país⁹. Esto ha facilitado el camino para la necesaria integración de la psiquiatría con las otras ramas de la medicina, pues incorpora la perspectiva psicológica al tratamiento del enfermo y busca eliminar la dicotomía tradicional entre lo psíquico y lo somático¹⁰.

También ha sido llamativa en el área de la prevención secundaria la proliferación de practicantes de terapias psicológicas. Algunas de ellas tienen bases firmes en las ciencias del comportamiento, otras se entrelazan con la magia y la charlatanería, motivadas fundamentalmente por la explotación comercial de los problemas de los niños, los conflictos sexuales, y la farmacodependencia. La práctica del psicoanálisis permanece circunscrita a un grupo reducido de seguidores, muchos de ellos no médicos, en las tres ciudades más grandes del país. Continuando con la tradición, el psicoanálisis permanece aislado del medio académico universitario, donde podría incorporarse a las otras disciplinas relacionadas con el comportamiento humano.

Dentro del marco de referencia de la salud pública, y con el propósito de buscar el aumento de la cobertura y de la calidad de los servicios psiquiátricos, en los últimos años se han creado servicios de salud mental que se integran a los centros de salud, como un servicio intermedio entre la comunidad y centros especializados como los hospitales psiquiátricos. Ya hay en funcionamiento aproximadamente 25 de estos servicios en 15 ciudades distintas⁹. Esta es una innovación trascendental en el área de la prevención secundaria e implica una reasignación de funciones que involucra a miembros de la comunidad como los promotores de salud, los auxiliares de enfermería, las enfermeras y los médicos generales. Se busca con este sistema el descubrir temprano la enfermedad mental y tratarla en los centros de salud.

Como eslabón de enlace entre el centro de salud y los centros especializados está el psiquiatra¹¹. Bajo su responsabilidad se realiza el entrenamiento de los miembros del centro de salud, así como la supervisión y coordinación de actividades en contacto estrecho con la universidad y los servicios especializados de hospitalización psiquiátrica. En Cali¹²⁻¹⁵, se lleva a cabo desde hace varios años un plan piloto de reasignación de funciones en salud mental localizado en los centros o en los dispensarios de salud urbanos y rurales. Este proyecto ha servido de modelo en Colombia y en otros países en desarrollo.

REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL

La prevención terciaria consiste en la aplicación de medidas tendientes a evitar el deterioro producido por la enfermedad mental. Los programas de rehabilitación en el área de la psiquiatría son de muy difícil realización en el medio colombiano. La tasa de desempleo en la población apta para trabajar es muy alta en los países en desarrollo, lo que hace difícil la competencia exitosa en el trabajo para quien se encuentra en inferioridad de condiciones por haber sufrido una enferme-

dad mental severa. En Colombia se podría reglamentar que haya oficios exclusivamente reservados para cierto tipo de incapacidades, lo que aseguraría para el rehabilitado una fuente segura de trabajo y de ingresos. En el país se está apoyando la ejecución de los servicios de terapia ocupacional y talleres protegidos en hospitales psiquiátricos, servicios que se espera puedan instalarse luego en el seno de la comunidad, cerca a los centros de salud. Otra alternativa viable es el establecimiento de "hospitales granjas" para pacientes crónicos en donde se puede crear una fuente de autofinanciación, así sea parcial, de la institución hospitalaria y del individuo.

Un programa de salud mental en Colombia constituye un desafío y una revolución para la salud pública y la psiquiatría tradicional. Busca ofrecerle a la población una gama completa de servicios para la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales. Lograr este propósito requiere la integración de grupos e individuos de distinta profesión y niveles de entrenamiento para desarrollar funciones específicas a cada uno de ellos, bajo una misma directriz.

La participación de la psiquiatría en un programa de salud mental implica cambios drásticos en su orientación, en la forma y contenido de los programas de adiestramiento, en la dirección que debe tomar la investigación y en la manera de prestar servicios a la comunidad.

Este trabajo ha querido presentar una visión panorámica de los cambios experimentados por la psiquiatría en los últimos 20 años en las áreas de asistencia, docencia e investigación. Estas modificaciones buscan tratar de una manera más racional y eficiente la enfermedad mental y reducir el número de personas que requieren asistencia psiquiátrica. Alterar el sistema tradicional de diagnóstico, manejo y tratamiento de la enfermedad mental es una contribución tangible de la psiquiatría no sólo al alivio del trastorno psiquiátrico, sino al fomento del bienestar del individuo y de la colectividad.

SUMMARY

The practice of psychiatry in Colombia was traditionally reduced to two very different systems: endless hours of psychotherapy in private practice or prolonged interment in insane asylums.

A mental health program involves services for the prevention and treatment of mental disorders, the rehabilitation of former psychiatric patients and the promotion of mental health.

Several drastic changes have taken place in psychiatry in this country in the last twenty years. They look for more efficient ways to treat mental illness and at the same time, to reduce the number of people needing psychiatric help. To alter the traditional way of diagnosis and treatment of the mentally ill is a tangible contribution of psychiatry in Colombia not only to the care of mental disorder but to the promotion of the individual and community welfare.

REFERENCIAS

1. Brown, B. S.: Definition of mental health and disease. En Freedman, A. M., Kaplan, H. I. and Sadock, B. J.: **Comprehensive textbook of Psychiatry**. The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1976.
2. León, C. A.: Prevalencia de trastornos mentales en un sector urbano de Cali. **Rev Col Psiquiat** 2: 24, 1967.
3. León, C. A. y Climent, C. E.: Evaluación de instrumentos para el estudio de la prevalencia de trastornos mentales. En Mariátegui, J. y Adis-Castro, G. (eds.) **Epidemiología psiquiátrica en América Latina**. Editorial Acta, Buenos Aires, 1970.
4. Jaramillo-Salazar, A.: Instalación del XIX Congreso Nacional de Psiquiatría. **Rev Col Psiquiat** 8: 381, 1979.
5. Rosselli, H.: **Historia de la psiquiatría en Colombia**. Editorial Horizontes, Bogotá, 1968.
6. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, División Educación: Programas de Post-grado. Bogotá, marzo, 1983.
7. Organización Mundial de la Salud: Psiquiatría social y actitudes de la colectividad. 7º Informe. Comité de Expertos en Salud Mental, Serie de Informes Técnicos. Nº 177. OMS, Ginebra.
8. Perdomo, R.: Asistencia psiquiátrica comunitaria. P. 52. En Martins, C. y Marques de Asis, L.: **Psiquiatría social en América Latina**. Editora Referencia Ltda., Sao Paulo, 1971.
9. Ministerio de Salud, División de Salud Mental: **Macrodiagnóstico de salud mental. Subsector oficial directo**. Bogotá, 1982.
10. Unidad de Salud Mental, Hospital Universitario del Valle: Gaceta Informativa, Cali, 1982.
11. León, C.A.: Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica. **Bol Of Sanit Panam** 91: 122, 1976.
12. León, C. A. y Climent, C. E.: Lineamientos para un sistema regional de salud mental en el Valle del Cauca. Publicaciones de Salud Mental, Centro Colaborador de la OMS para investigación y adiestramiento en salud mental. Cali, 1979.
13. Climent, C. E. y Arango, M. V.: Estrategias para la extensión de los servicios de salud mental en países en desarrollo. Descripción del proyecto. **Acta Psiquiat Psicol Amer Lat** 26: 48, 1980.
14. Climent, C. E. y Arango, M. V.: Atención primaria de salud mental en América Latina. El programa de Cali. **Acta Psiquiat Psicol Am Lat** 27: 257, 1981.
15. Climent, C. E. y Arango, M. V.: Development of an alternative efficient low cost mental health delivery system. **Soc Psychiatry** 18: 95, 1983.